

Care voor de Toekomst

Uitvoeringstoets

Overheveling zorgkantoortaken

Voorstellen voor de korte en de lange termijn

Inhoud

Inhoud	2
Care voor de toekomst	5
Analyse bestaande AWBZ	9
1. Aanleiding en verzoek om een uitvoeringstoets	20
1.1 Vragen uitvoeringstoets	20
1.2 Aanpak advies op hoofdlijnen en toezichttoets	21
1.3 Leeswijzer	22
2. Huidige markt voor AWBZ-zorg	23
2.1 Beschrijving huidige marktstructuur AWBZ	23
2.1.2 Recente ontwikkelingen	25
2.2 Voordelen van de huidige marktstructuur	26
2.3 Problemen op de markt voor AWBZ-zorg	27
2.3.1 Toegang tot zorg / indicatiestelling	29
2.3.2 Zorgverzekeringsmarkt	30
2.3.2.1 Gebrek aan inkoopprikkels	30
2.3.2.2 Kloof tussen feitelijke en formele verantwoordelijkheden	31
2.3.2.3 Belangenvermenging AWBZ-zorginkoper en collectieve polisverkoper-Zvw	35
2.3.2.4 Belangenvermenging tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar	35
2.3.3 Zorginkoopmarkt	35
2.3.3.1 Gebrek aan financiële inkoopprikkels	35
2.3.3.2 Bovenregionaal zorgaanbod	36
2.3.3.3 inkooppositie van zorgkantoor	37
2.3.3.4 Controlemogelijkheden voor zorgkantoor	38
2.3.3.5 Beschikbaarheid van uitkomstindicatoren	39
2.3.3.6 Gebrek aan mogelijkheden tot prijsdifferentiatie	40
2.3.4 Zorgverleningsmarkt	40
2.3.4.1 Keuzemogelijkheden voor de consument	40
2.3.4.2 Transparantie van het zorgaanbod	41
3. Het voorstel van VWS	43
3.1 Beschrijving model VWS	43
3.1.1 Hoofdpunten basismodel	44
3.1.2 Uitbreidingsmogelijkheden: meer prikkels voor ondernemerschap	45
3.1.3 Door VWS genoemde voordelen en aandachtspunten	45
3.2 Risicoanalyse basismodel VWS	46
3.2.1 Voordelen opheffen zorgkantoren	47
3.2.2 Voordelen uitvoering door zorgverzekeraars	47
3.2.3 Risico's en nadelen overheveling zorgkantoortaken naar zorgverzekeraars	48
3.2.4 Randvoorwaarden	50
3.2.5 Specifieke aandachtspunten voorgestelde invulling	50
3.2.5.1 Zorgverzekeraar Zvw en zorgverzekeraar AWBZ in afzonderlijke rechtspersoon	51
3.2.5.2 Mogelijkheden toekomstige regiovertegenwoordiging	53
3.2.5.3 Eén aanspreekpunt voor Zvw- en AWB-zorg	57
3.2.5.4 Vergroting van de risicodragendheid	57
3.3 Toezichttoets	57
3.4 Link naar toekomstig beleid AWBZ	62
3.4.1 Toekomstanalyse AWBZ door de NZa	63

4. De afbakening van AWBZ-markten	65
4.1 Inleiding	65
4.2 Conceptueel kader	66
4.2.1 Inleiding	66
4.2.2 Vraagsubstitutie	67
4.2.3 Aanbodsubstitutie	68
4.2.4 Asymmetrische substitutie	68
4.3 Mogelijke dimensies voor afbakening van AWBZ-markten	69
4.3.1 Inleiding	69
4.3.2 Onderscheid tussen complexe/specialistische zorg en overige zorg	69
4.3.3 Onderscheid tussen wonen en zorg	71
4.3.4 Onderscheid naar AWBZ-functie	76
4.3.5 Onderscheid naar doelgroep	78
4.3.6 Relatie met zorgzwaartepakketten	80
4.4 Conclusie	82
5. Marktmodellen	82
5.1 Inleiding	82
5.2 Methodologie	83
5.2.1 Inleiding	83
5.2.2 Beoordelingskader	84
5.3 Overzicht mogelijke marktmodellen zorgmarkt	88
5.4 Zorgverleningsmarkt	92
5.5 Analyse en keuze marktmodellen	96
5.5.1 Zorgverzekeringsmarkt	96
5.5.1.1 Private uitvoering	96
5.5.1.2 Publieke uitvoering	99
5.5.1.3 Controle en toezicht op de AWBZ	100
5.5.1.4 Conclusie	100
5.5.1.5 Een romp-AWBZ	101
5.5.2 Zorgverleningsmarkt	103
5.5.2.1 Basiszorg	103
5.5.2.2 Specifieke deelmarkten voor complexe of specialistische zorg	104
5.5.2.3 Dagbesteding	107
5.5.3 Indicatiestelling	107
5.5.4 Zorginkoopmarkt	109
5.6 Markt voor wonen	112
5.7 Overzicht gemaakte keuzes	113
6. Transitiepad reguleringsmodel	115
6.1 Afwegingskader	116
6.1.1 Kwaliteit	119
6.1.2 Toegankelijkheid	120
6.1.3 Doelmatigheid	121
6.1.4 Risicobeheersen en risico dragen	123
6.1.5 Kosten	124
6.2 Reguleringsmechanismen per deelmarkt	124
6.2.1 Keuze reguleringsmodel	124
6.2.2 Transitiepad intramurale AWBZ-zorg	126
6.2.3 Transitiepad extramurale AWBZ-zorg	129
6.3 Aandachtsgebieden	133
6.3.1 Consequenties invoering maatstaf voor bekostiging intramurale zorg	133
6.3.2 Kapitaallasten	135
6.3.3 Scheiden wonen en zorg	136
6.4 Rol uitvoeringsorgaan	137
6.4.1 De rol van de verzekeraar bij het keuzeplatform	139
6.4.2 De rol van de verzekeraar bij maatstafconcurrentie	140
6.4.3 Eindoordeel NZa: voorkeur voor vormgeving zorginkoop	

7. Randvoorwaarden transitie	142
7.1 Toegang tot zorg	142
7.1.1 Indicatiestelling	142
7.2 Transparantie en kwaliteit	143
7.3 Productstructuur	144
7.3.1 Extramurale zorgzwaartepakketten	146

Care voor de toekomst

De AWBZ voorziet op een solidaire manier in de behoefte aan zorg van chronische zieken, patiënten met een psychiatrische stoornis, lichamelijke en verstandelijke gehandicapten en mensen in verpleeg- en verzorgingshuizen. De laatste jaren zijn er veel wijzigingen geweest in de vormgeving van het zorgstelsel. Toch zijn er nog steeds voorbeelden dat het huidige systeem aan de ene groep te weinig bescherming geeft en betere publieke borging nodig is, en de andere groep wellicht teveel bescherming geniet, waardoor de doelmatigheid en keuzevrijheid in het gedrang komen. Het is essentieel dat verantwoordelijkheden duidelijk worden belegd, dat wil zeggen meer bij de cliënt, zijn zorgaanbieder en zijn verzekeraar. Daarbij gaat het om het vinden van een goed evenwicht tussen gekregen vrijheden en verantwoordelijkheden.

De geleidelijk gegroeide, gedetailleerde overheidssturing van het stelsel is steeds meer een belemmering gebleken voor een kwalitatief goed en doelmatig functionerende zorgsector. Dit geldt zeker voor de zorg in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Verantwoordelijkheden liggen voor het grootste deel nog steeds bij de overheid. Partijen in de zorg zijn dan ook snel geneigd om zich bij problemen tot de overheid te richten. Meer vrijheden voor consumenten, zorgprofessionals en verzekeraars betekent dat deze partijen ook meer verantwoordelijkheid moeten dragen voor de gevolgen van hun eigen handelen. Het belang van de zorgconsument staat daarbij voorop. Als de keuze van de consument werkelijk centraal wordt gesteld, kunnen zich nieuwe initiatieven ontwikkelen zoals kleinschalig wonen. Wel is het dan nodig om toetredingsdrempels weg te nemen en perverse prikkels op te heffen.

Net als in de cure zijn in de vormgeving van het zorgstelsel al flinke veranderingen doorgevoerd op weg naar meer vraagsturing en meer verantwoordelijkheid voor partijen. Een aantal fundamentele keuzes voor de care zijn echter nog niet gemaakt. In dit rapport analyseert de NZa de langdurige zorg en presenteert zij een samenhangende agenda met adviezen voor de korte en lange termijn, waarbij de positie van de zorgconsument, kwaliteitsverbeteringen en een grotere doelmatigheid stap voor stap centraal komen te staan. Met dit rapport beantwoordt de NZa het verzoek van het ministerie van VWS om een uitvoeringstoets over haar besluit om de zorgkantoren met ingang van 2009 op te heffen.¹

De aanpak die de Nza in dit rapport voorstelt moet na besluitvorming van de staatssecretaris van VWS verder worden uitgewerkt in (onderling samenhangende) afzonderlijke uitvoeringstrajecten per agendapunt. In de eventueel volgende uitvoeringstoetsen en adviezen zal uitvoerige consultatie van partijen plaatsvinden, evenals waar mogelijk een raming van de effecten.

¹ Het rapport geeft een kritische analyse van de inrichting en sturing van de AWBZ-zorg. De *mensen* die in de zorg werkzaam zijn, tonen betrokkenheid en professionaliteit en zij presteren goed. Het gaat dan ook om een analyse van het systeem, niet van de mensen die in de zorg werken.

Adviezen NZa...

- *Empower* de consument. De consument moet daar waar het mogelijk is, keuzeruimte krijgen als risicodragende inkoper in een restitutiemodel. Keuzevrijheid vormt de spil van de nieuwe verhoudingen in de care, waar vraagsturing een grotere rol krijgt. Keuzevrijheid krijgt op korte termijn onder andere vorm in een keuzeplatform waar consumenten uit het aanbod van verschillende zorgaanbieders kunnen kiezen.
- Geef zorgprofessionals meer vrijheden, meer verantwoordelijkheid en ruimte voor innovatie. Dat is mogelijk met doelmatigheidsprikkels aan de aanbodzijde. Voor een groot deel van de zorg kan dat in een systeem van vrije prijzen en voor een gedeelte in een systeem van maatstafconcurrentie.
- De budgetbeperkingen kunnen worden opgegeven en volumes vrijgegeven. De indicatiestelling is de poortwachter van de langdurige zorg; hierbij zijn wel strikte, heldere normen en garanties voor onafhankelijke en objectieve uitvoering noodzakelijk.
- Geef het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling, maar laat de aangescherpte strikte en heldere normen onafhankelijk en objectief uitvoeren door de huisarts of praktijkverpleegkundige. Toets de uitvoering steekproefsgewijs en beperk daardoor de bureaucratie.
- Laat de aanwijzing aan zorgkantoren op 1 januari 2009 vervallen en hevel deze taken over naar de zorgverzekeraars. Laat tevens op 1 januari 2009 de contracteerplicht vervallen.
- Maak zo snel mogelijk een fundamentele keuze over de verzekering en uitvoering van de langdurige zorg. De NZa adviseert het grootste deel van de AWBZ-zorg over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een deel van de AWBZ-zorg kan als 'romp-AWBZ' in stand blijven als publiek uitgevoerde volksverzekering. Zorg behoort tot een romp-AWBZ als geldt dat een groot deel van de patiënten wilsonbekwaam is en de financiële consequenties van een (aangeboren) aandoening te groot zijn om privaat te kunnen verzekeren, zelfs met risicoverevening.
- Snelle besluitvorming is cruciaal om partijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) de noodzakelijke zekerheid te geven om investeringen voor de toekomst te doen.
- Introduceer risicodragendheid bij zorgverzekeraars (gelijktijdig voor extramuraal en intramuraal). Dat motiveert zorgverzekeraars om doelmatig in te kopen en een doelmatige afweging te maken tussen extramuraal en intramuraal aangeboden zorg. Een goed systeem van risicoverevening is hiervoor een vereiste. Zolang er nog geen sprake is van risicodragendheid, is het noodzakelijk om de doelmatigheid te stimuleren door middel van een keuzeplatform en maatstafconcurrentie.
- Ontkoppel de componenten wonen en zorg in zoverre dat de wooncomponent als kostenpost van het zorgaanbod kan worden beschouwd. Er is geen noodzaak voor verdere ontbundeling.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

- Bouw de regulering van het aanbod waar mogelijk geleidelijk af.

....en agenda voor de toekomst

- In het vierde kwartaal van 2007 is de uitwerking gereed van de mogelijkheden voor maatstafconcurrentie voor de intramurale zorg op basis van integrale tarieven inclusief (gemiddelde) kapitaallasten.
- In het vierde kwartaal van 2007 maakt de NZa de consequenties voor instellingen zichtbaar en stelt zij een transitiepad vast. Op dat moment kan worden bepaald of het nodig is een afzonderlijk traject in te zetten voor de kapitaallasten en op welke manier de maatstaf eruit komt te zien.²
- Op 1 januari 2008 kunnen experimenten van start gaan om de extramurale zorg te verdelen via een keuzeplatform. Dit keuzeplatform maakt het zorgaanbod transparant en de consument kiest daarbij zelf voor de gewenste combinatie van prijs en kwaliteit.
- Op 1 januari 2008 vindt invoering plaats van integrale tarieven inclusief kapitaallasten. Hieraan zijn nog geen financiële consequenties verbonden. Wel wordt de financiële positie van de instelling hiermee zichtbaar gemaakt. Voor eventuele verschillen in doelmatigheid waarvan het mogelijk is die te relateren aan bestaande kapitaallasten, regio, zorgzwaarte enzovoorts, kan worden gecorrigeerd in de tarieven voor 1 januari 2009.
- Op 1 januari 2008 worden de extramurale zorgprestaties uitgedrukt in geïndiceerde klassen per week. Door de bekostiging te koppelen aan de bandbreedte van de klasse, ontstaat meer ruimte voor innovatie gericht op een efficiëntere zorgverlening; hierdoor zal op termijn de gemiddelde kostprijs omlaag gaan.
- Op 1 januari 2009 kan (ervan uitgaande dat de politieke besluitvorming over de vormgeving van de maatstaf vóór 1 januari 2008 is afgerond) in de intramurale zorg invoering van maatstafconcurrentie op basis van zorgzwaartepakketten (kortweg zzp's) plaatsvinden. De bekostiging geschiedt volledig op basis van individuele declaraties van zzp's. Hiermee worden instellingen afgerekend op de gemiddelde kosten per zzp. Onderhoud van de tarieven van zzp's gebeurt op basis van nieuwe kostengegevens, onderhandelde prijzen en/of wachtlijstgegevens.
- Op 1 januari 2009 moeten er voldoende vergelijkbare prestatie-indicatoren voor de AWBZ zorg zijn. De NZa zal waar mogelijk deze ontwikkeling steunen en van de prestatie-indicatoren bij de regulering gebruik maken.
- Op 1 januari 2009 kan vanwege het vervallen van de contracteerplicht ook de *Beleidsregel voor instellingen in financiële problemen* vervallen. Een nieuwe beleidsregel voor het waarborgen van de continuïteit van zorg wordt op die datum van kracht.

² De eerste stappen zijn afhankelijk van de totstandkoming van de zzp's.

Rol NZa en aanpak

Per 1 oktober 2006 is de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna NZa) van start gegaan. Naast het vaststellen van budgetten, tarieven en de uitvoering van verzekeringswetten, werkt de NZa aan het pro-actief vaststellen van condities voor gereguleerde marktwerking en de handhaving daarvan. In haar brief van 7 november 2006 heeft de staatssecretaris van VWS de NZa gevraagd om een uitvoeringstoets, die inzicht moet geven in de volgende vragen:

- Welke aandachtspunten, voordelen en risico's ziet de NZa bij de door het ministerie van VWS geschetste uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars en op welke manier kunnen mogelijke risico's het beste worden ingeperkt?
- Welke concrete zaken zal de NZa in de periode tussen nu en 2009 oppakken om er voor te zorgen dat de overheveling van de zorgkantoortaken naar de zorgverzekeraars op een verantwoorde manier kan plaatsvinden? Hierbij vraagt het ministerie van VWS speciale aandacht te besteden aan de volgende onderwerpen:
 - Hoe moet het toezicht op de zorgverzekeraars vorm krijgen?
 - Hoe moet het bekostigingssysteem (prijs- en tariefregulering) worden vormgegeven, zodanig dat er maximale prikkels tot doelmatigheid ontstaan?
 - Welke andere maatregelen moeten worden genomen op het vlak van marktregulering en marktontwikkeling gericht op het bevorderen van de positie van de consument?

Centraal in de analyses van de huidige vormgeving en een optimale vormgeving van de AWBZ-bekostiging en -uitvoering in de toekomst, staat het borgen van het algemene consumentenbelang. De NZa concretiseert het algemeen consumentenbelang aan de hand van de publieke belangen *kwaliteit*, *toegankelijkheid* en *betaalbaarheid* op de zorgmarkten. Deze belangen zijn het beste geborgd als de consument een keuze kan maken voor zorgverlening en voor een zorgaanbieder.

Analyse bestaande AWBZ

De meest recente rapporten over de AWBZ delen de conclusie dat de huidige AWBZ-systematiek op de langere termijn niet houdbaar is.

De bestaande marktstructuur is in feite georganiseerd op basis van regionale inkoopmonopolies die nauwelijks gestimuleerd worden om goede en doelmatige zorg in te kopen. Bovendien hebben zij geen solide juridische basis, waarop mede om die reden te weinig effectief toezicht mogelijk is. Ook de consument van AWBZ-zorg is onvoldoende in staat om zijn³ zorgaanpak tegenover de uitvoeringsorganisaties hard te maken. Daarnaast heeft hij op dit moment slechts beperkte keuzemogelijkheden en binnen de AWBZ-zorg kennen ook zorgaanbieders nog veel te weinig stimulansen om goede, doelmatige zorg te leveren die optimaal aan de wensen van de consument voldoet.

Het huidige AWBZ-systeem was destijds een logische keuze in het aanbodgestuurde zorgstelsel. Het kent ook zeker voordelen, zoals lage beheerskosten en enige sturing om de zorg op macroniveau betaalbaar te houden. Het systeem heeft echter ook kenmerken in zich die een vraaggestuurd stelsel in de weg staan. Dit zijn die kenmerken:

- **Indicatiestelling:** De indicatiestelling door het CIZ is in feite de volumeknop voor de AWBZ. Daarom is het van groot belang dat dit onafhankelijk gebeurt. Die onafhankelijkheid is nog te weinig verankerd in wet- en regelgeving en wordt nog te vaak gemandateerd aan niet-onafhankelijke zorgaanbieders (die de zorg ook zelf leveren). De discussie over de vormgeving van de WAO kan hier als een voorbeeld dienen.
- **Zorgverzekeringsmarkt:** Vraagsturing houdt in dat het zorgkantoor beter af is als het luistert naar de wensen van de consument en als het goede en doelmatige zorg inkoop. De praktijk is echter dat de consument niet naar een ander zorgkantoor kan overstappen als de gecontracteerde zorg hem niet bevalt. Als gevolg van een kloof tussen de feitelijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ (bij het zorgkantoor) en de formele verantwoordelijkheid (bij de zorgverzekeraar), zijn de consument en/of de toezichthouder bovendien niet in staat om van rechtswege af te dwingen dat het zorgkantoor zijn taken goed uitvoert.
- **Zorginkoopmarkt:** Het zorgkantoor zou de zorgaanbieders moeten contracteren die goede en doelmatige zorg leveren. Ook hier is de praktijk vaak anders door de soms sterke concentratie van het zorgaanbod, beperkte sturings- en controlemogelijkheden, de contracteerplicht voor de intramurale zorg en het gebrek aan kwaliteitsinformatie. Daarnaast is het voor aanbieders vaak moeilijk om daadwerkelijk te concurreren om een contract vanwege problemen bij het contracteren van bovenregionale zorgaanbieders en het gebrek aan mogelijkheden tot prijsdifferentiatie. Verder kan het zorgkantoor vaak niet controleren of zorgaanbieders gemaakte afspraken wel

³ Overal waar de consument als hij wordt aangeduid zou ook zij kunnen staan

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

nakomen. Dit is het gevolg van onvolledige informatie over de aanvangsdatum van zorg aan cliënten, een gebrek aan indicaties en onduidelijke onderaannemerconstructies.

- **Zorgverleningsmarkt:** In een vraaggestuurd stelsel zouden consumenten zelf moeten kunnen kiezen voor de zorg die het beste aan hun wensen voldoet. Als gevolg van wachtlijsten voor sommige vormen van zorg en een gebrek aan voldoende goede informatie om een keuze te kunnen maken, is dit echter niet altijd mogelijk.

VWS-model: van zorgkantoren naar zorgverzekeraars

Het ministerie van VWS stelt voor om de uitvoering van de AWBZ met ingang van 2009 bij niet-risicodragende zorgverzekeraars te leggen. De AWBZ blijft in dit model een publieke verzekering. De financiering van de individuele zorgaanbieders zal daarbij echter niet langer plaatsvinden via het Centraal Administratie Kantoor (CAK), maar via de zorgverzekeraars. Ook zal de contracteerplicht voor de intramurale zorg worden afgeschaft, vindt bekostiging van de kapitaallasten integraal plaats, is er sprake van invoering van zzp's in de intramurale zorg en wordt de scheiding tussen wonen en zorg verder doorgevoerd. Op termijn is risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars, gecombineerd met een nominale premie voor de AWBZ, een mogelijkheid.

Het model dat het ministerie van VWS schetst kent een aantal potentiële risico's:

- Zolang de verzekeraars geen risico dragen, stimuleert het basismodel nauwelijks tot meer ondernemerschap dan de huidige constructie.
- Doordat iedere verzekeraar individueel met een zorgaanbieder moet onderhandelen en verantwoording moet afleggen, zullen de transactiekosten en de administratieve lasten toenemen (hiertegen moeten dan wel de voordelen in termen van doelmatigheid en effectiever toezicht worden afgewogen).
- Het model is bedoeld als overgangsmodel, maar schetst geen langetermijnvisie. Hierdoor ontstaat veel reguleringonzekerheid en kunnen belangrijke prikkels worden weggenomen.

Mogelijkheden voor toezicht door de NZa

Hoe meer *checks en balances* – zoals meer risicodragendheid of kritische verzekerden die bereid zijn om van zorgverzekeraar te wisselen of naar de rechter te stappen als de verzekeraar aan zijn verantwoordelijkheid als AWBZ-uitvoerder onvoldoende invulling geeft – er in het model aanwezig zijn, des te terughoudender het toezicht kan worden vormgegeven en des te lager de informatie-uitvraag kan zijn.

Uitgaande van het basismodel van het ministerie van VWS is er een stevig toezicht nodig om te waarborgen dat de uitkomsten van de markt in overeenstemming zijn met de publieke doelstellingen toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid. Met het oog daarop is het cruciaal dat wordt voldaan aan de randvoorwaarden die de NZa vanuit toezichtoogpunt binnen de context van het basismodel aan de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars stelt. De belangrijkste randvoorwaarden voor effectief toezicht door de NZa zijn:

- **Een goede borging van een objectieve, betrouwbare en uniforme indicatiestelling:**

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

- o Voor het bereiken van de publieke doelstellingen vormt de indicatiestelling een cruciale schakel. Het is van belang om de onafhankelijke en objectieve indicatiestelling door het CIZ zo spoedig mogelijk wettelijk te waarborgen. De NZa adviseert om de mandatering aan zorgaanbieders die de zorg ook leveren, sterk te beperken.
- o Mandatering van de indicatiestelling aan een huisarts of de praktijkverpleegkundige daarentegen is een betere optie. Zij hebben niet direct belang bij het leveren van zorg en kunnen deze rol onafhankelijker invullen.
- o Controle door middel van een systeem van risicoanalyse, waarbij steekproefsgewijze controle van de indicaties door huisartsen en verpleegkundigen plaatsvindt, verdient hierbij de voorkeur.
- o Door op deze manier de professionals de ruimte te geven om de zorg te indiceren die bij de beperking van de consument past, is het mogelijk de administratieve rompslomp te beperken en kan de consument sneller van de benodigde zorg gebruikmaken.
- **Zorgverzekeraars moeten voor de toezichthouder rechtstreeks aanspreekbaar zijn op de uitvoering van de AWBZ:**
 - o Als een zorgverzekeraar zich niet aanmeldt voor de uitvoering van de AWBZ, moet goed geregeld zijn wie de NZa in dat geval kan aanspreken op de uitvoering voor de verzekerden die bij deze verzekeraar een zorgverzekering hebben afgesloten.
 - o Als een zorgverzekeraar een samenwerkingsconstructie hanteert voor bijvoorbeeld (een deel van) de zorginkoop of zorgtoewijzing, ontslaat dit hem niet van de verplichting om dit zodanig te regelen dat hij zelf verantwoording kan blijven afleggen over de uitvoering van de AWBZ voor en aan zijn verzekerden.
- **Afwenteling van kosten vanuit de Zvw op de AWBZ moet voldoende voorkomen kunnen worden:** Door bij de controles op de rechtmatigheid van de AWBZ-uitgaven aan dit punt de benodigde aandacht te besteden, kan dit risico worden beperkt. De NZa kan daartoe eisen stellen aan de controles door de externe accountant. Randvoorwaarde is wel dat de prestaties op basis van de AWBZ en de Zvw voldoende onderscheidend zijn.
- **De overheid maakt vooraf duidelijk welke prestaties zij van zorgverzekeraars verwacht:** Zonder duidelijke normen of vastgelegde prestaties is er geen aangrijpingspunt voor toezicht. De concrete invulling van wat de overheid van zorgverzekeraars-AWBZ met het oog op de toegankelijkheid, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg verwacht, is mede afhankelijk van de aanvullende maatregelen die ten opzichte van het basismodel worden ingevoerd.
- **De NZa kan indien nodig effectief en proportioneel ingrijpen:** In principe lijkt het handhavingsinstrumentarium van de NZa voldoende handvaten te bieden om te kunnen ingrijpen. Voorwaarde daarvoor zijn duidelijke normen, op de naleving waarop zorgverzekeraars kunnen worden aangesproken.

Conclusie uitvoeringstoets: adequaat toezicht is mogelijk bij opheffen zorgkantoren

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Het ministerie van VWS schetst in zijn model een aantal belangrijke voordelen van het opheffen van de zorgkantoren. Daarbij gaat het om een betere landelijke coördinatie van zorg, een betere relatie tussen verzekeraar en verzekerde, een betere afstemming tussen cure en care en een potentieel iets grotere prikkel om de AWBZ goed uit te voeren. Daarnaast is het mogelijk het toezicht beter vorm te geven.

De NZa deelt de analyse van het ministerie van VWS en is van mening dat de opheffing van de mandaatconstructie in elk geval zal bijdragen aan een beter handhaafbare AWBZ. Het voorgestelde model is op zichzelf echter onvoldoende om de (eerder) beschreven knelpunten goed te ondervangen. Om die reden heeft de NZa bekostigingsmodellen ontwikkeld die in aanvulling op het model dat het ministerie van VWS schetst kunnen functioneren en die de geschetste risico's zoveel mogelijk kunnen ondervangen.

Adviezen korte termijn

Uitvoering door risicodragende zorgverzekeraars is pas mogelijk bij een adequaat risicovereveningssysteem. Zolang dat er nog niet is, adviseert de NZa bekostigingsmodellen in te voeren die in aanvulling op het door het ministerie van VWS geschetste model kunnen functioneren en die de geschetste risico's zoveel mogelijk kunnen ondervangen.

Advies: keuzeplatform in de extramurale zorg

Het belangrijkste probleem binnen de huidige markt voor extramurale AWBZ-zorg is dat het zorgkantoor als zorginkoper geen risico draagt. Het huidige zorgkantoor loopt uitsluitend risico op zijn beheerskosten en niet op de kosten van de zorgverlening. Het zorgkantoor heeft daarmee vooral een financiële prikkel om een beperkt aantal grote zorgaanbieders te contracteren om aan zijn zorgplicht te voldoen. De noodzaak om te luisteren naar de wensen van de consumenten of om te letten op de verhouding tussen prijs en kwaliteit van de ingekochte zorg is er nauwelijks. Daarom is het noodzakelijk de bekostiging vooral vanuit het perspectief van de consument te bekijken.

Empowerment consument

De individuele consument ondervindt er direct nadeel van als de kwaliteit van de ingekochte zorg onvoldoende is. Om die reden ligt het voor de hand de consument bij de inkoop van zorg een belangrijke rol te geven. Het is dan ook belangrijk de consument aan te sporen om te letten op de prijs van de geleverde zorg. Dit is mogelijk door de eigen bijdrage van de consument afhankelijk te maken van zijn zorgaanbiederskeuze, bijvoorbeeld door een lagere eigen bijdrage te vragen wanneer iemand naar een goedkopere zorgaanbieder gaat.

Als de consument voldoende wordt gestimuleerd om te letten op zowel de kwaliteit als de prijs van de zorg, kan hij in eerste instantie zelf zijn zorg inkopen door middel van een persoonsgebonden budget (PGB) of een persoonsvolgend budget. De consument heeft daarmee optimale vrijheid om zorg in te kopen die het beste aan zijn wensen voldoet. Ook de inkoop van zorg bij zorgaanbieders die niet zijn toegelaten of bij mantelzorgers blijft dan net als in de huidige uitvoering mogelijk. Voor consumenten die niet direct voorkeur hebben voor een bepaalde aanbieder of die niet goed in staat zijn voldoende informatie over de prijs en de kwaliteit van het zorgaanbod te vergaren, kan een *keuzeplatform* (in combinatie met vormen van verdere keuzeondersteuning) uitkomst bieden.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Een keuzeplatform is vooral een praktische methode om vergelijkbare informatie over het aanbod van verschillende partijen boven tafel te krijgen. Elk prijsregime is met dit model te combineren. Bovendien is het mogelijk er allerlei randvoorwaarden, zoals kwaliteitseisen, aan te koppelen.

Voordeel van een keuzeplatform is dat de consument optimale keuzevrijheid heeft, ook uit zorgaanbieders die niet door de zorgverzekeraar zijn gecontracteerd. Bovendien is het voor nieuwe kleine aanbieders gemakkelijker om op de markt een plek te verwerven. Verhandeling van zorgvragen vindt hier immers individueel plaats.

Verzekeraars kunnen aan hun zorgplicht voldoen door ervoor te zorgen dat zij op elke zorgvraag bieden.

In de uitwerking en ontwikkeling van zo'n keuzeplatform is het noodzakelijk dat de transactiekosten beperkt blijven. Dit kan door het aanbod te automatiseren en bijvoorbeeld te werken met standaardbiedschema's. Hoewel individuele zorgvragen individueel worden verhandeld, kunnen de transactiekosten hierdoor beperkt blijven. Ontwikkeling van effectieve en doelmatige uitvoeringsmodellen door middel van experimenten verdient de voorkeur.

Advies: maatstafconcurrentie in de intramurale zorg

Meer verantwoordelijkheid voor de professional

Zorgaanbieders zijn zelf natuurlijk het meest geschikt om de verantwoordelijkheid te dragen voor een goede afweging van prijs en kwaliteit in het belang van de consument. In de extramurale zorg komt dit tot uiting in het creëren van een keuzeplatform. Aanbieders concurreren hier direct op prijs en kwaliteit.

Op de markt voor intramurale zorg is aan een aantal randvoorwaarden voor een goed werkende markt nog niet voldaan. Zo is er sprake van structurele schaarste op de markt ten gevolge van toetredingsdrempels vanuit onder andere het bouwregime. Daarnaast bestaan er nog een contracteerplicht en een omgekeerde contracteerplicht, en zijn er nog geen integrale tarieven inclusief kapitaallasten beschikbaar. Het is daarom niet mogelijk om deze zorg op dezelfde manier te reguleren als de extramurale zorg. Daarnaast is de intramurale zorg complexer van aard, is de zorgvraag erg langdurig en is er vaker sprake van wilsonbekwame cliënten, waardoor het keuzeplatform niet voor de gehele intramurale zorg een alternatief kan zijn.

Met een sterke inkoop door zorgverzekeraars is het voor een groot deel van de intramurale zorg mogelijk om de prijsregulering los te laten. Voor de korte termijn – zonder risicodragende inkoop – en gelet op de marktomstandigheden is een model van maatstafconcurrentie het meest geschikt. Het voordeel van een maatstafconcurrentiemodel is dat dit de consument relatief veel keuzevrijheid laat (meer dan een model van aanbesteding), maar dat er wel sprake is van een constante prikkel voor zorgaanbieders om doelmatig te werken (meer dan in een model van maximum tarieven). Op termijn kan een maatstaf bovendien eenvoudig worden losgelaten wanneer op deze markt vrije prijzen mogelijk zijn.

In de markt voor intramurale AWBZ-zorg kan het beste gewerkt worden met een maatstaf per bundel van producten. Een voordeel van een

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

maatstaf per bundel boven een maatstaf per product is dat zorgaanbieders relatief veel vrijheid hebben om binnen de maatstaf bepaalde producten duurder te maken en andere goedkoper; hierdoor kan de prijs de schaarste op de markt weerspiegelen. Daarnaast heeft de toezichthouder bij een maatstaf per bundel veel minder informatie nodig over de kosten van individuele aanbieders; dit betekent dat het mogelijk is de administratieve lasten te verlagen. Een belangrijk aandachtspunt is dat de maatstaf rekening moet houden met verschillen in kwaliteit en productmix tussen de verschillende zorgaanbieders.

De voorgestelde reguleringsvorm stelt weinig eisen aan het uitvoeringsorgaan en kan daarom goed samengaan met het model van een niet-risicodragende zorginkoper dat door het ministerie van VWS is voorgesteld. Het is mogelijk de taken van deze uitvoerder te beperken tot onderhandelingen over kwaliteit, ervoor zorgen dat elke consument geholpen kan worden (voldoen aan zorgplicht), het fungeren als klachteninstantie wanneer levering van de beloofde zorg niet plaatsvindt en ervoor zorgen dat de rekeningen worden betaald (kassafunctie).

Advies: invulling scheiden wonen en zorg

In het regeerakkoord is gesteld dat wonen en zorg worden gescheiden. Om de wooncomponent zichtbaar te maken in de bekostiging, adviseert de NZa ervoor te kiezen om de cliënt voor het wonen huurlasten te laten betalen en deze af te trekken van de totale kosten voor zorg. Voor de normering van woonlasten is aansluiting mogelijk bij de normering van de sociale woningbouw.

Voor de gehele AWBZ-markt kunnen woonkosten in beginsel voor eigen rekening komen. Daarvoor is aansluiting mogelijk bij het reguleringsmodel op de gewone woningmarkt. Alleen in die gevallen waar de woonfunctie samenvalt met de zorgfunctie (bijvoorbeeld bij permanent toezicht/bewaking), moet de woonfunctie aan hetzelfde toezicht worden onderworpen als de betreffende zorgfunctie.

Advies: randvoorwaarden transitie

Transparantie

Voor de verzekerde en de verzekeraar is het van belang dat er helderheid bestaat over het product dat wordt ingekocht. Een beschrijving in termen van inspanning (uren geleverde zorg) is hierbij niet voldoende. Het is dan niet duidelijk wat de eindprestatie is en welk bedrag hier tegenover staat. De NZa zal daarom waar mogelijk de ontwikkeling van uitkomstindicatoren ondersteunen.

Wachlijsten

Het is van belang voor de zorgverzekeraar en de zorgconsument dat er betrouwbare gegevens beschikbaar zijn over wachlijsten bij zorgaanbieders. De NZa adviseert de verantwoordelijkheid voor het bijhouden van wachtlijstgegevens bij het CIZ of Kies-beter te beleggen.

EZP's

De NZa adviseert de huidige extramurale zorgprestaties (ezp's) te vereenvoudigen en te formuleren als extramurale zzp's per functie, waarbij formulering van de prestaties in termen van uitkomsten per week plaatsvindt en niet langer in uren zorg per dag.

Met de invoering van intramurale zzp's kan de indicatie plaatsvinden op basis van objectiveerbare kenmerken van de cliënt en is het mogelijk

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

een prijs te koppelen aan de totale zorg van deze cliënt. Hiermee is voor een groot deel voldaan aan de eisen van heldere productbeschrijvingen voor inkoop. In de extramurale zorg zouden ezp's per functie kunnen worden vastgesteld. De NZa ziet geen meerwaarde van het samenvoegen van functies tot extramurale zorgpakketten. Dit leidt niet tot een doelmatiger zorginkoop en het beperkt de keuzevrijheid van de cliënt.

Kapitaallasten

De NZa ontwikkelt integrale tarieven voor zzp's. De totale kosten exclusief de kapitaallasten zijn op die manier door middel van toerekening van uren zorg toe te delen aan zorgpakketten.

De kapitaallasten maken 10 tot 12% uit van de totale kosten. Deze kosten worden op dit moment via nacalculatie op basis van de gemaakte kosten gefinancierd en moeten vanaf 2009 onderdeel uitmaken van de zzp-tarieven. Op langere termijn worden de beslissingen over kapitaalinvesteringen overgelaten aan de markt. In de WTZI is dit voorzien vanaf 2012, wanneer ook winstuitkering mogelijk wordt. Dit bevordert het investeringsklimaat en faciliteert extern gefinancierde innovatie.

De NZa zal de methodiek om de kapitaallasten toe te rekenen aan zzp's nader uitwerken. Dit kan in tweede helft van 2007 zijn afgerond.

In het najaar van 2007 is het mogelijk de volgende mijlpaal te bereiken: het doorrekenen van de gevolgen van deze bekostigingsmethodiek voor de individuele AWBZ-instelling op basis van de zzp-productie en de werkelijke exploitatiekosten. Op grond van deze uitkomsten kan een herallocatietraject worden voorgesteld. Invoering van integrale tarieven kan op deze manier al per 1 januari 2008 plaatsvinden.

Het jaar 2008 kan als overgangsjaar gelden om extra informatie te verwerken en rekening te houden met de gevolgen van WTZI-beschikkingen.

1.5 Adviezen langere termijn

De huidige marktconstellatie is mede het gevolg van bestaande regelgeving. In een optimaal model is er uitsluitend sprake van overheidsingrijpen of toezicht wanneer dit op basis van marktfalen of andere ongewenste effecten objectief te rechtvaardigen is. Om te kunnen bepalen welke vormen van marktfalen objectief aan de markt voor AWBZ-zorg te verbinden zijn, is het daarom van belang van de bestaande regelgeving te abstraheren (*zero-basebenadering*). Dit deel van het onderzoek is in opdracht van de NZa uitgevoerd door RBB Economics, een onafhankelijk economisch adviesbureau. De zero-basebenadering begint met het vaststellen van welke productmarkten er naar alle waarschijnlijkheid zouden ontstaan wanneer de huidige regelgeving niet zou bestaan.

Marktafbakening

Kijkend naar de productmarkt is het mogelijk onderscheid te maken tussen enerzijds basiszorg en anderzijds complexe of specialistische zorg, waarbij de omvang van de basiszorg aanzienlijk groter is. De markt voor complexe zorg kan vervolgens – op grond van specifiek vereiste behandel-specialismen (zoals psychiaters) en op grond van verschillende doelgroepen waarvoor specifieke kennis nodig is (bijvoorbeeld zintuiglijk gehandicapten) – nader worden opgesplitst in

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

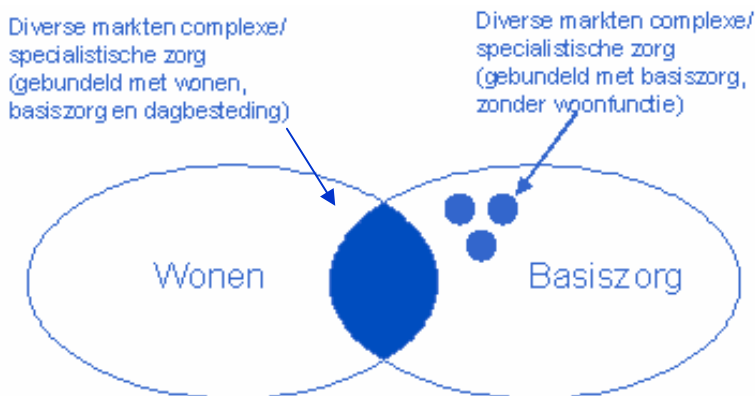
een aantal subcategorieën. Binnen de basiszorg is er geen reden om verschillende markten te definiëren voor verschillende doelgroepen of verschillende functies. Uitsluitend voor de functies wonen en dagbesteding zou er een afzonderlijke markt kunnen bestaan, omdat cliënten potentieel van een breder aanbod gebruik kunnen maken voor dagbesteding en wonen dan de zorgaanbieder aanbiedt.⁴

In de huidige AWBZ worden wonen en zorg intramuraal meestal in combinatie aangeboden. Daar is vanuit economisch perspectief geen aanleiding voor. Voor een aantal vormen van complexe of specialistische zorg is er wel aanleiding om wonen en zorg als één markt te beschouwen. Dat geldt bijvoorbeeld voor de zorg voor cliënten die permanente bewaking nodig hebben of bij erg specifieke woonvoorzieningen.

Een deel van de cliënten in de AWBZ is wilsonbekwaam en kan daardoor minder goed kiezen voor de zorgaanbieder die het beste bij hen past. Zolang er genoeg wilsonbekwame patiënten zijn of wilsonbekwame patiënten die een adequate vertegenwoordiger hebben, zal de positie van wilsonbekwamen toch voldoende beschermd zijn.

Figuur 1 geeft de afgebakende markten grafisch weer. Basiszorg is hierin veruit het grootste segment: naar schatting ongeveer 70% tot 80% van het totale budget voor de huidige AWBZ. De totale omvang van de deelmarkten voor complexe of specialistische zorg is relatief klein en ligt waarschijnlijk tussen de 5 en 10% van het totale huidige budget voor de AWBZ. Wonen maakt daar naar schatting tussen de 10 en 15% van uit.

Figuur 1: Deelmarktafbakening



Marktmodellen

Per relevante markt heeft de NZa de fundamentele kenmerken (zoals de te verwachten keuzevrijheid voor cliënten, de prikkel om efficiënt in te kopen, transparantie en eventuele externe of perverse effecten) geanalyseerd. Aan de hand hiervan heeft zij gekeken of er op ongereguleerde markten vormen van marktfalen optreden en het meest passende marktmodel gekozen.

⁴ Het is voornamelijk onduidelijk of dagbesteding tot een afzonderlijke markt kan worden gerekend. De NZa benadrukt dat deze aanname losstaat van het onderzoek dat zij zal uitvoeren naar de gevolgen die de introductie van de zzp's heeft voor de markt voor dagactiviteiten en de bekostiging daarvan.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Vanuit de analyse van risico's en prikkels in het systeem verdient een verzekeringsvorm de voorkeur met een combinatie van publieke waarborgen (een verzekerings- en acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie) en private prikkels (risicodragendheid en concurrentie). Het is mogelijk deze condities zowel publiekrechtelijk als privaatrechtelijk vorm te geven.

Advies: overheveling naar de Zvw en romp-AWBZ

Voor de basiszorg concludeert de NZa dat de markt zonder regulering in principe goed kan functioneren en dat er met concurrerende zorgverzekeraars als sterke partijen aan de inkoopzijde weinig aanleiding is voor overheidsingrijpen in deze markt. Een model met risicodragende aanbieders die vrij zijn om zelf hun prijs- en kwaliteitsniveau te bepalen, heeft hier dan ook de voorkeur. Naast het opleggen van kwaliteitseisen houdt de overheid in dit model uitsluitend toezicht op de markt en het gedrag van partijen daarop. Het deel van de AWBZ dat zich leent voor private uitvoering zou bij voorkeur moeten worden overgeheveld naar de Zvw. Een adequaat risicovereveningssysteem vormt hiervoor wel een basisvoorwaarde. Dit systeem moet bovendien dusdanig vorm krijgen dat het de concurrentie tussen zorgverzekeraars niet wegneemt.

De markten voor complexe of specialistische zorg kenmerken zich door informatie-asymmetrieën en/of schaalvoordelen, onder andere als gevolg van de noodzaak om specifieke kennis te hebben alvorens bepaalde specifieke doelgroepen bediend kunnen worden. Ook is een gebrek aan transparantie te verwachten. Op grond hiervan is het niet mogelijk om ervan uit te gaan dat deze markten uit zichzelf goed zullen functioneren. Een sterke inkoopzijde kan de informatie-asymmetrieën deels ondervangen. Wanneer sprake is van specifieke kennis kunnen de hieraan verbonden schaalvoordelen in sommige gevallen wellicht worden weggenomen door deze kennis aan iedereen ter beschikking te stellen, bijvoorbeeld door middel van een kenniscentrum. Waar dit niet mogelijk of wenselijk is, kan duurzame marktmacht optreden. Voor dit deel van de zorgmarkt zal dan ook ex-ante-regulering – inclusief een maatstaf op de prijzen - noodzakelijk zijn.

De NZa adviseert om op korte termijn rekening te houden met bepaalde groepen cliënten met extreme risico's, zoals zwaar verstandelijk gehandicapten en cliënten met een zware psychische stoornis. De gedachten zouden kunnen uitgaan naar een 'romp-AWBZ'. Het gaat daarbij om groepen met een zware zorgvraag, waartoe in vergelijking met andere deelmarkten relatief veel wilsonbekwame cliënten behoren.

Een systeem van risicoverevening tussen verzekeraars in de AWBZ wordt mogelijk te complex wanneer alle doelgroepen in de verzekering worden opgenomen. Zo is het denkbaar dat de kosten van bepaalde aangeboren aandoeningen – zoals bij langdurig verstandelijk gehandicapten – vooraf moeilijk zijn in te schatten. De NZa doet hier op dit moment onderzoek naar. Wanneer het mogelijk blijkt deze risico's *wel* te verevenen, dan kunnen zorgverzekeraars deze taak natuurlijk *wel* uitvoeren.

Als de keuze valt op een romp-AWBZ, dan ligt wat de NZa betreft overheidsuitvoering het meest voor de hand. Om afwentelingproblemen te voorkomen, zou de romp-AWBZ aan de hand van doelgroepen moeten worden gedefinieerd en voor deze doelgroepen zowel basiszorg als eventueel benodigde complexe of specialistische zorg moeten omvatten. Gelet op deze afwentelingproblemen is het noodzakelijk dat de omvang bovendien beperkt blijft.

De belangrijkste keuzes die de NZa op basis van haar analyse heeft gemaakt, zijn samengevat in figuur 2.

Afgebakende markten	Basiszorg	Complexe/ specialistische zorg	Wonen
Bekostiging	Vrije prijzen	Prijsregulering* (voorn. maatstafconcurrentie)	
Verzekeringsvorm	Private zorgverzekeraars		volksverzekering (centrale inkoop)*

Figuur 2: Markt- en reguleringsmodellen voor de verschillende deelmarkten.

** Voor sommige erg complexe vormen van zorg kan de levering van de (basis)zorg en de woonfunctie het beste gecombineerd plaatsvinden. Deze zorg kan integraal worden bekostigd door middel van een maatstaf of een vast (overheids) tarief. Voor de inkoop van deze zorg ligt een publiek model het meest voor de hand.*

Zolang nog geen besluit genomen is over de rol van de verzekeraar op de lange termijn, zou volgens de NZa de mogelijkheid om naar een private uitvoering te gaan niet bij voorbaat moeten worden uitgesloten. Om verzekeraars wel voldoende gemotiveerd te houden om de AWBZ uit te voeren, moet er over de toekomst van de AWBZ en het deel dat verzekeraars zullen uitvoeren wel binnen afzienbare tijd een besluit vallen.

Eindconclusie

De spanning in de AWBZ tussen enerzijds de bekostiging en anderzijds het recht op zorg wordt steeds pregnanter. De NZa acht het van belang om op korte termijn op beide systeemelementen veranderingen door te voeren. Het model dat het ministerie van VWS heeft voorgesteld, vormt een goede eerste stap naar meer vraagsturing en concurrentie binnen de AWBZ-zorg. Hoewel deze stap al veel voordelen biedt in vergelijking met het huidige systeem - vooral op het gebied van het toezicht - is het model nog niet voldoende om de eerder geïdentificeerde knelpunten binnen de AWBZ-zorg op te lossen.

Door aan het door het ministerie van VWS voorgestelde model een goede bekostigingsstructuur toe te voegen, kan de markt al op korte termijn worden gestimuleerd tot het leveren van goede en doelmatige zorg. In de extramurale zorg kan dit door de inkoop te verleggen naar de consument, die gesteund door een keuzeplatform zelf kan kiezen voor de aanbieder die het beste aan zijn wensen voldoet. In de intramurale zorg kan een maatstafconcurrentiemodel de markt stimuleren. Dit model past tevens in het lange termijnperspectief waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders zoveel mogelijk vrijheid krijgen om in te spelen op de wensen van de cliënten. Hier krijgt de overheid dan ook een minder regulerende rol. Het gedeelte van de AWBZ dat zich voor private uitvoering leent, zou bij voorkeur moeten worden overgeheveld naar de Zvw. Voor bepaalde groepen waartoe veel wilsonbekwame cliënten behoren, moet de overheidsrol echter toenemen. Hier kan publieke uitvoering van een romp-AWBZ worden overwogen.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

1. Aanleiding en verzoek om een uitvoeringstoets

De huidige organisatie van de langdurige zorg in de AWBZ kent weinig prikkels voor een doelmatige uitvoering. Een belangrijke reden is dat zorgkantoren geen financieel risico lopen over de kosten van de ingekochte zorg en patiënten niet of nauwelijks invloed kunnen uitoefenen op welke zorgaanbieders het zorgkantoor contracteert. De markt- en overheidsfalens zijn talrijk en het systeem kent zwakke doelmatigheidsprikkels. Met de huidige zorgkantoorconstructie is het onmogelijk financiële prikkels in combinatie met risicodragendheid in te voeren.

Het gevolg hiervan is dat de overheid in de praktijk een vrij zware rol heeft om vooraf in detailregels duidelijk te maken welke prestaties zij van zorgkantoren verwacht en achteraf te controleren of de regels zijn nageleefd. Het is effectiever als de uitvoerder meer door de klant en minder door de overheid tot een doelmatige uitvoering en meer kwaliteit wordt aangespoord.

In zijn brief over de organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning (d.d. 9 juni 2006, 30597, nr. 1) heeft het kabinet aangekondigd de aanwijzing van de zorgkantoren niet meer te verlengen. De uitvoering van de AWBZ komt daarmee met ingang van 2009 in handen van de zorgverzekeraars. De AWBZ blijft in haar huidige vorm bestaan. Kernelementen in de aanpak zijn financiering via individuele zorgverzekeraars in plaats van centrale financiering (via het CAK BZ) en afrekening van zorg op cliëntniveau. Dit zijn tevens voorwaarden om de uitvoering van de AWBZ-zorg op termijn (deels) risicodragend te maken en onderdelen van de AWBZ op termijn eventueel over te hevelen naar de Zvw. In eerste instantie is echter niet voorzien in een risicodragende uitvoering van de AWBZ.

De maatregel om AWBZ-taken naar zorgverzekeraars over te hevelen, moet worden gezien als een eerste stap op weg naar een meer doelmatige uitvoering. Het ministerie van VWS onderkent daarnaast de noodzaak om zowel aan de vraagkant als aan de aanbodkant door te gaan met de introductie van meer prikkels voor ondernemerschap.

Het ministerie van VWS heeft de NZa met het oog op deze plannen gevraagd om een uitvoeringstoets. De uitvoeringstoets kan de nieuwe minister bij de besluitvorming over de nieuwe ordening van de AWBZ-zorg input geven.

1.1 Vragen uitvoeringstoets

De overheveling van de AWBZ-taken naar de zorgverzekeraars vormt een complexe maatregel. In een ambtelijke notitie van het ministerie van VWS is op hoofdlijnen in kaart gebracht welke stappen nodig zijn om deze maatregel per 2009 in te voeren. Deze stappen zijn:

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

- De organisatie van zorgcontractering moet veranderen en er moet aanpassing van de financiering van de AWBZ-zorg plaatsvinden (van centraal georganiseerd naar een budget per zorgverzekeraar).
- Met ingang van 2009 zal sprake moeten zijn van declaratieverkeer op individueel verzekerdeniveau.
- Er moet in beeld worden gebracht welke systemen van toezicht en tarief- en prestatie-regulering en overige vormen van marktregulering het beste bij het model voor 2009 passen.

Uit een oogpunt van kostenbeheersing en om te voorkomen dat in een volgende kabinetsperiode rechtstreekse ingrepen in de uitgaven nodig zijn (instellen van uitgavenplafonds), vormt maximalisering van prikkels tot doelmatigheid een bijzonder aandachtspunt⁵. Een mogelijkheid die het vorige kabinet heeft genoemd, is om – zolang de zorgverzekeraars in de AWBZ beperkt risico lopen – via de bekostigingsregels prikkels voor ondernemerschap in te bouwen. Ook de manier van bekostiging kan aan meer doelmatigheid bijdragen.

Bij de overgang van zorgkantoren naar zorgverzekeraars zal de overheid gebruik maken van maatregelen die al in gang zijn gezet en waarvan de verdere uitwerking zonder vertraging voortgang moet houden. Erg belangrijk zijn in dit verband de invoering van prestatiebekostiging in de AWBZ in de vorm van zorgzwaartebekostiging (intramuraal), de ontwikkeling naar integrale tarieven inclusief kapitaallasten (met ingang van 2008) en het voornemen de contracteerplicht voor intramurale zorg af te schaffen (per 2009).

Het ministerie van VWS vraagt de NZa om de volgende vragen te beantwoorden:

- Welke aandachtspunten, voordelen en risico's ziet de NZa bij de uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars zoals het ministerie van VWS die schetst en hoe kunnen mogelijke risico's het beste worden ingeperkt?
- Met welke concrete onderwerpen zal de NZa zich in de periode tussen nu en 2009 bezig gaan houden om er voor te zorgen dat de overheveling van de zorgkantoortaken naar de zorgverzekeraars op een verantwoorde manier kan plaatsvinden? Hierbij vraagt het ministerie van VWS speciale aandacht te besteden aan de volgende onderwerpen:
 - Hoe moet het toezicht op de zorgverzekeraars vorm krijgen?
 - Hoe moet het bekostigingssysteem (prijs- en tariefregulering) worden vormgegeven, zodanig dat er maximale prikkels tot doelmatigheid ontstaan?
 - Welke andere maatregelen zijn noodzakelijk op het vlak van marktregulering en marktontwikkeling en die gericht zijn op bevordering van de positie van de consument.

1.2 Aanpak advies op hoofdlijnen en toezichttoets

De NZa heeft gekozen voor een brede aanpak om deze vragen te beantwoorden. Zij is van mening dat dergelijke vragen alleen goed te beantwoorden zijn als het systeem in zijn totaliteit onder de loep wordt genomen. De gekozen bekostigingssystematiek heeft immers implicaties

⁵ Uiteraard is ook een kwalitatief goede indicatiestelling door het CIZ mede bepalend voor de uitgaven aan zorg.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

voor de uitvoering en het toezicht, en andersom. Bij de analyse in dit document staan de belangen van de consument bij de betaalbaarheid, de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg centraal. Daarnaast kijkt de NZa expliciet naar de keuzevrijheid van de consument. Bij elkaar vormen deze doelen een afwegingskader waartegen de NZa de verschillende mogelijke combinaties voor bekostiging en uitvoering afzet.

Het doel van deze analyse is om de meest optimale reguleringsvorm te vinden, waarbij op een efficiënte manier levering van kwalitatief goede en toegankelijke zorg plaatsvindt, daarbij rekening houdend met de specifieke belangen van de AWBZ cliënten en hun vertegenwoordigers. Hierbij begint de NZa vanuit een zero-basebenadering waarin zij, abstraherend van bestaande regelgeving, kijkt op welke manier de marktordening er in de ideale situatie zou uitzien. Dit deel van het onderzoek is in opdracht van de NZa uitgevoerd door RBB Economics, een onafhankelijk economisch adviesbureau. Vervolgens heeft de NZa de bestaande aanbod- en vraagstructuur als uitgangspunt genomen en voor de transitieperiode een visie op de optimale marktmodellen en de bekostigingsstructuur ontwikkeld. Hiertoe zijn verschillende marktordeningsprincipes conceptueel uitgewerkt. Afsluitend bespreekt de NZa ook de indicatiestelling en de verzekeringsvorm.

Gegeven het korte tijdsbestek valt de uitwerking van de conceptuele modellen zoals die in hoofdlijnen zijn geschetst niet onder de scope van dit project. Daarvoor is ook eerst een beslissing van de bewindspersoon voor nodig. Voor de uitwerking van de uiteindelijke gekozen marktmodellen is een nieuwe uitvoeringstoets noodzakelijk. In dat stadium zullen over deze uitwerkingen brede consultaties plaatsvinden. Voor deze theoretische analyse heeft de NZa geen bestuurlijke opvattingen van de brancheorganisaties gevraagd.

1.3 Leeswijzer

Bij de keuze van een nieuw markt- en reguleringsmodel voor de AWBZ, is het allereerst van belang in kaart te brengen van welke problemen en risico's er op dit moment in de markt sprake is die een nieuw model zoveel mogelijk zou moeten oplossen. Hoofdstuk 2 gaat daarom eerst in op de huidige vormgeving van de AWBZ en op de voor- en nadelen die deze constructie met zich meebrengt. Het voorstel van het ministerie van VWS om de zorgkantoren op te heffen – dat in hoofdstuk 3 aan de orde komt - maakt het mogelijk om effectiever toezicht te houden op een goede uitvoering van de AWBZ en zal ook een aantal van de eerder genoemde knelpunten opheffen. Een groot aantal van de knelpunten zal echter blijven bestaan. Het is wellicht mogelijk deze falens afzonderlijk aan te pakken en zo de markttuitkomsten te verbeteren, maar gezien de veelheid aan problemen zal dit al snel leiden tot een onoverzichtelijke lappendeken van wet- en regelgeving, die ook weer overheidsfalen tot gevolg kan hebben. Hoofdstuk 4 analyseert om die reden uit welke zorgmarkten de AWBZ bestaat en welke vormen van marktfaalen inherent zijn aan deze markten vanuit een zero-base benadering. Welke vormen van regulering en toezicht het beste in staat zijn deze marktfaalen te ondervangen is onderwerp van hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 gaat in op de manier waarop de overgang van het huidige systeem naar het 'ideale' model volgens de NZa het beste vorm kan krijgen. Hoofdstuk 7 schetst de randvoorwaarden die hierbij moeten worden ingevuld.

2. Huidige markt voor AWBZ-zorg

2.1 Beschrijving huidige marktstructuur AWBZ

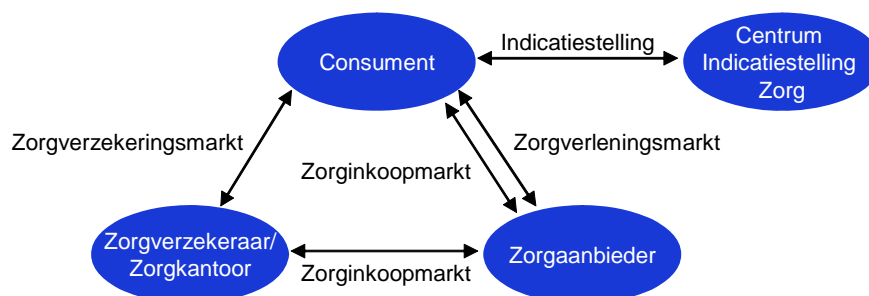
3.1.1 De markt voor AWBZ-zorg

De AWBZ is in 1967 tot stand gekomen om de zogenoemde onverzekerbare risico's te verzekeren. Inmiddels valt hieronder alle langdurige zorg en de zorg die niet op genezing is gericht. De AWBZ is een volksverzekering. Dit houdt in dat alle inwoners van Nederland premie betalen en dat iedereen die aan de gestelde eisen voldoet, recht heeft op zorg. Door de jaren heen zijn er zowel onderdelen aan de AWBZ toegevoegd als bij de verzekering weggehaald. Grofweg zijn er binnen de AWBZ drie sectoren te onderscheiden: de verpleging en verzorging (V&V, die voornamelijk gericht is op ouderen), de gehandicaptenzorg (GHZ) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Figuur 3 schetst globaal de verschillende deelmarkten binnen de AWBZ-zorg. Wanneer mensen AWBZ-zorg nodig hebben, moeten zij eerst een indicatie verkrijgen van het CIZ. Deze indicatie geeft de consument recht op zorg [indicatiestelling]. De zorgverzekeraar, wiens taken worden uitgevoerd door het zorgkantoor, is er voor verantwoordelijk dat de consument deze zorg ook daadwerkelijk krijgt [zorgverzekeringsmarkt, zie ook box 1]. Dit kan door middel van:

- verstrekking van een PGB⁶;
- verstrekking van zorg in natura.

Wanneer de consument kiest voor een PGB, krijgt hij een geldbedrag waarmee hij zelf de benodigde zorg kan inkopen. De consument begeeft zich dan direct op de zorginkoopmarkt [zorginkoopmarkt]. Zorg in natura wordt door het zorgkantoor ingekocht bij de zorgaanbieders die toegelaten zijn om AWBZ-zorg te leveren [zorginkoopmarkt]. Hierbij heeft het zorgkantoor contracteervrijheid voor de extramurale AWBZ-zorg⁷; dit betekent dat het niet alle toegelaten zorgaanbieders hoeft te contracteren. Wel is er een zorgplicht, die inhoudt dat het zorgkantoor voldoende zorg moet inkopen om aan de (rechtmatige) zorgvraag van zijn verzekerden te voldoen. Voor de intramurale AWBZ geldt vooralsnog een contracteerplicht. De consument die heeft gekozen voor zorg in natura, kan voor het daadwerkelijk verkrijgen van zorg een keuze maken uit alle aanbieders die met het zorgkantoor een contract hebben voor de daadwerkelijke zorgverlening [zorgverleningsmarkt].



⁶ De consument kan niet kiezen voor een PGB wanneer het gaat om de functies *behandeling* en *verblijf*.

⁷ Extramurale AWBZ-zorg is zorg waarbij de patiënt thuis woont, en thuis of in een instelling zorg ontvangt. Extramurale zorg onderscheidt zich van intramurale zorg doordat de functie *verblijf* niet is geïndiceerd.

Figuur 3: De markten voor AWBZ-zorg

Box 1: Wettelijk kader zorgverzekeringsmarkt

De uitvoering van de huidige AWBZ is in handen van de zorgkantoren. Formeel gezien zijn de zorgkantoren echter niet de uitvoerder van de AWBZ. Hieronder staat kort de wettelijke vormgeving van de zorgverzekeringsmarkt beschreven.

- **Zorgverzekeraars**

De formele (juridische) verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ ligt bij de zorgverzekeraars (te weten die Zvw-verzekeraars die zich hiertoe hebben aangemeld: art. 33 AWBZ juncto 1(b) Zvw). Hiermee zijn zij voor hun eigen verzekerden formeel de uitvoeringsorganen van de AWBZ. Zorgverzekeraars zijn dus ook het bestuursorgaan waarbij bijvoorbeeld verzekerden bezwaar moeten aantekenen tegen relevante besluiten. Bovendien vormen zij het formele aangrijpingspunt voor de rechtmatigheids- en doelmatigheidscontrole door de NZa. De zorgverzekeraars voeren de inkoop van AWBZ-zorg echter feitelijk niet zelf uit, maar besteden deze uit aan regionale zorgkantoren. Deze zorgkantoren zijn zelf ook zorgverzekeraars die zich voor uitvoering van de AWBZ hebben aangemeld; naast de uitvoering voor hun eigen verzekerden nemen zij als zorgkantoor voor één of meer bepaalde regio's ook de uitvoering voor alle andere verzekeraars voor hun rekening.

- **Verbindingskantoren**

Op dit moment wijst de minister van VWS op grond van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering (ABZ) per regio voor steeds een periode van vier jaar een verbindingskantoor aan, dat samen met het CAK de administratie van de AWBZ uitvoert (de verbindingskantoren vormen formeel de verbinding tussen het CAK en de AWBZ-verzekeraars). De AWBZ-verzekeraars dragen de daadwerkelijke uitvoering van hun AWBZ-taken vervolgens door middel van (collectief) mandaat en volmacht aan deze verbindingskantoren op.⁸ Daarmee zijn de verbindingskantoren naast hun administratieve verantwoordelijkheid per regio ook de feitelijke uitvoerders (en inkopers van AWBZ-zorg) en worden in die rol aangeduid als *zorgkantoor*.

- **Zorgkantoren**

Er is sprake van 32 regio's in Nederland. Elk heeft een eigen zorgkantoor, dat wordt gevoerd door een verbindingskantoor dat door de minister is aangewezen. Dit verbindingskantoor wordt op zijn beurt weer gehouden door een AWBZ-verzekeraar.⁹ Verder bestaat er een (juridisch niet bindend) *Convenant zorgkantoren* tussen de koepelorganisatie van verzekeraars Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het ministerie van VWS en het College voor zorgverzekeringen (CVZ); op basis hiervan leggen de zorgkantoren onder andere (ten

⁸ Slechts een zeer beperkt aantal taken is hiervan uitgezonderd. Het gaat hierbij in het bijzonder om de inschrijving van verzekerden, hulp in het buitenland, ziekenhuisverblijf na de 365^e dag en beslissingen op bezwaarschriften.

⁹ Art 1.1.1(f) *Regeling Subsidies AWBZ* definieert een zorgkantoor als 'een verbindingskantoor als bedoeld in artikel 1, onder c, van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering'

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

behoefte van rechtmatigheid- en doelmatigheidscontrole) verantwoording over hun uitgaven af aan de NZa.¹⁰

- **Centraal administratiekantoor:** het CAK is een centrale bancaire instelling¹¹, die is opgericht door de uitvoeringsorganen. Het treedt op als centrale instelling voor de uitvoering van de administratie voor AWBZ-zorg, met name voor het doen van betalingen aan zorgaanbieders. In plaats van aan de afzonderlijke uitvoeringsorganen maakt het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) de afgedragen premies direct aan het CAK over. Zowel bij de inkomsten als de uitgaven van het CAK is sprake van één rekening voor alle uitvoeringsorganen gezamenlijk: er vindt geen differentiatie per AWBZ-zorgverzekeraar als formeel uitvoeringsorgaan plaats en er lopen dus geen geldstromen via deze verzekeraars.

2.1.2 Recente ontwikkelingen

In de AWBZ volgen de ontwikkelingen elkaar in snel tempo op. Hieronder volgt een korte schets van de belangrijkste ontwikkelingen in de AWBZ in de afgelopen jaren:

- Al in 1999 heeft het ministerie van VWS met de nota *Zicht op zorg* een begin gemaakt met de modernisering van de AWBZ. Centraal stond en staat daarin het creëren van keuzemogelijkheden voor de zorgvrager. Deze kan kiezen tussen de zorg zelf regelen met een PGB en zorg in natura. Binnen de zorg in natura zijn de keuzemogelijkheden toegenomen door de komst van meer aanbieders en meer diversiteit in zorgproducten.
- Vanaf 2003 zijn de aanspraken in de AWBZ geformuleerd in zeven AWBZ-brede functies en klassen. Deze functies zijn *huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling* en *verblijf*. Deze indeling is in 2005 gevolgd door een functiegerichte bekostiging. In eerste instantie gaat het hierbij om de extramurale prestaties, dat wil zeggen dat de functie *verblijf* en daaraan gekoppelde functies voorlopig nog niet op de nieuwe manier worden bekostigd.
- Indicatiestelling vindt sinds april 2003 op basis van functies plaats. In eerste instantie gebeurde dit onder verantwoordelijkheid van gemeenten door de Regionale Indicatie Organen (RIO). Deze RIO's zijn in 2005 landelijk gebundeld tot het CIZ.
- Door de aanspraken te definiëren in zeven functies, is het mogelijk om in de indicatiestelling, de bekostiging en de levering van de zorg meer invulling te geven aan het beleidsvoornemen om tot een scheiding van wonen en zorg te komen. Door de functiegerichte benadering kan meer bewust gekozen worden voor wel of geen indicatie voor de functie verblijf.
- In 2004 is de contracteerplicht voor de extramurale zorg afgeschaft. De gedachte hierbij was dat dit zou leiden tot een groter aantal aanbieders, meer concurrentie en daardoor een betere prijs-kwaliteitverhouding van het aanbod.
- Geconfronteerd met jaarlijkse overschrijdingen van het macrobudgettaire kader heeft de staatssecretaris van VWS eind 2004 besloten tot regionaal afgeperkte budgetten, de zogeheten

¹⁰ Convenant zorgkantoren 2006-2008, Staatscourant 3 april 2006, nr. 66, blz 17. Dit convenant definieert een zorgkantoor als: 'een op grond van artikel 3 van het Administratiebesluit bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aangewezen verbindingskantoor'.

¹¹ op grond van artikel drie, eerste lid, Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

contracteerruimte. Binnen vooraf bepaalde financiële kaders heeft het zorgkantoor de ruimte om productieafspraken te maken met de zorgaanbieders in de regio. De contracteerruimte vormt de begrenzing voor deze afspraken.

- In 2005 en 2006 is voor de verblijfszorg (= intramurale zorg) een bekostigingssysteem ontwikkeld op basis van zzp's. Een zzp is een volledig pakket van zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat de cliënt nodig heeft. Het ministerie van VWS gaat voor de drie sectoren binnen de intramurale zorg uit van 45 zzp's: tien voor de verpleging en verzorging, zeven voor de geestelijke gezondheidszorg en 28 voor de gehandicaptenzorg.
- In 2007 krijgen zorgaanbieders en zorgkantoren voor het eerst met indicatie op basis van zzp's te maken. Vanaf dat jaar worden krijgen mensen die zijn aangewezen op verblijfszorg uit de AWBZ de indicatie in zzp's. Deze vorm van indiceren heeft in 2007 nog geen financiële gevolgen voor individuele instellingen. In 2008 gaat de bekostiging op basis van zzp's van start.
- Voor 2007 zijn bovendien nieuwe integrale tarieven vastgesteld voor de extramurale zorg. In deze tarieven zijn naast de kosten voor zorg ook de huisvestingskosten opgenomen, de kapitaallasten. Voorheen konden zorginstellingen afzonderlijk een vergoeding voor huisvestingskosten krijgen. Voor de tarieven voor de intramurale zorg staat met ingang van 1 januari 2009 een vergelijkbare operatie op het programma.
- Voor mensen met een verblijfsindicatie wordt het binnenkort mogelijk een volledig pakket zorg (*full package*) vanuit de AWBZ thuis te ontvangen. Full package is bedoeld als alternatief voor een verblijf in een AWBZ-instelling. Met full package is het mogelijk de cliënt een samenhangend zorgarrangement met zorg op afroep in de directe nabijheid aan te bieden. De zorginstelling moet het zzp wel thuis kunnen leveren binnen de grenzen van de doelmatigheid.
- Huishoudelijke verzorging vormt vanaf 1 januari 2007 niet langer een afzonderlijke functie in het kader van de AWBZ. Vanaf die datum kunnen mensen hulp bij het huishouden verkrijgen via de gemeenten en wel op basis van de Wmo. Zorginstellingen die uitsluitend huishoudelijke verzorging leveren, vallen per 1 januari 2007 zelfs helemaal buiten de AWBZ en de WTZi.

Oorspronkelijk zou het geneeskundige deel van de GGZ per 1 januari 2007 overgaan naar de Zvw. Dit is met een jaar uitgesteld. Deze overheveling moest bij voorkeur tegelijkertijd plaatsvinden met de invoering van het DBC-declaratiesysteem in de cure. Het declaratiesysteem is 1 januari 2008 gereed. Daardoor blijft de huidige situatie voor bekostiging en financiering voor het geneeskundige deel van de GGZ in 2007 onveranderd.

2.2 Voordelen van de huidige marktstructuur

De bestaande marktstructuur op de markt voor AWBZ-zorg brengt bepaalde voordelen met zich mee. Hier volgen de drie belangrijkste:

• Beheerskosten

In de bestaande marktstructuur zijn de beheerskosten relatief laag doordat elke zorgaanbieder dankzij de mandatering van de zorginkooptaken van de verzekeraars naar het zorgkantoor, voor al zijn producten slechts met één zorgkantoor productieafspraken hoeft te maken. Er dus sprake van het sluiten van maar één contract en hierdoor zijn de onderhandelingskosten beperkt. Bovendien hoeft de zorgaanbieder over de geleverde zorg slechts naar één partij

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

verantwoording af te leggen. Hierdoor blijven de administratieve lasten van de zorgvoorziening in de huidige marktstructuur relatief laag. Zoals dit rapport verder zal uitwerken, moeten deze relatief lage beheerskosten wel worden afgezet tegen de hoge legaliteits- en legitimiteitsrisico's en lage efficiency. Wanneer meting van de kosten van dit systeem dus (ook) in andere termen plaatsvindt, zijn deze waarschijnlijk eerder hoog dan laag te noemen.

- **Macrobetaalbaarheid**

Naast lage beheerskosten voorziet de huidige uitvoering van de AWBZ ook in een waarborg voor de betaalbaarheid op macroniveau. Voor de inkoop van zorg zijn de zorgkantoren immers gebonden aan een regionale contracteerruimte die zij niet mogen overschrijden. Gebeurt dit wel, dan wordt het teveel bestede bedrag naar rato teruggehaald bij die zorgaanbieders die in vergelijking met het voorgaande jaar zijn gegroeid.

Overigens kan deze macro-kostensturing wel botsen met de zorgplicht in de AWBZ. Wanneer de zorgvraag immers sterk toeneemt, kunnen de kosten niet evenredig stijgen en ontstaan er mogelijk wachtlijsten.¹² Verzekerden/rechthebbenden kunnen de zorgplicht tegenover de AWBZ uitvoeringsorganen bestuursrechtelijk moeilijk hard maken, omdat deze feitelijk niet aan uitvoering doen: ook decentrale controle is niet effectief.

Soms is oplossing van de wachtlijsten mogelijk doordat zorgaanbieders in staat zijn efficiënter te gaan werken; structurele prikkels hiertoe zijn echter niet in het huidige systeem ingebouwd. In andere gevallen kan een ophoging van de budgetten nodig zijn om alle consumenten de zorg te kunnen leveren waar zij recht op hebben. Vaak stelt het ministerie van VWS in een dergelijk geval extra geld beschikbaar voor het oplossen van de knelpunten.

- **Onafhankelijke indicatiestelling**

Het is van groot belang dat cliënten voordat zij in zorg worden genomen op gelijke wijze geïndiceerd worden en dat de indicatiestelling onafhankelijk en objectief plaatsvindt. In de AWBZ is het CIZ verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Het CIZ is een onafhankelijk landelijk uitvoeringsorgaan dat op aanvraag kijkt naar de zorgbehoefte van een cliënt en vervolgens bepaalt op hoeveel zorg deze cliënt recht heeft. Hiermee is het CIZ dus de poortwachter voor de publiek gefinancierde zorg en wordt de toegankelijkheid van de AWBZ-zorg bewaakt (uitgaande van voldoende aanbod) en overconsumptie tegengegaan. Bij het indicatiebesluit van het CIZ kan de consument tevens een voorkeur aangeven voor een bepaalde zorgaanbieder. Hiermee wordt al bij de toegangspoort ruimte geboden voor de wensen van de consument.

2.3 Problemen op de markt voor AWBZ-zorg

Behalve de genoemde voordelen zijn er in de huidige marktstructuur ook de nodige markt- en overheidsfalens te ontdekken. Het gevolg hiervan is dat de markt niet leidt tot een optimale behartiging van de belangen van de consument op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. In dit hoofdstuk wordt voor de indicatiestelling, de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt

¹² Daarbij gaat het om de totale kosten van de AWBZ-zorg. Er is wel herverdeling mogelijk binnen of tussen zorgkantoorregio's indien er slechts op een deelgebied sprake is van een tekort.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

nagegaan in hoeverre in de bestaande situatie in de AWBZ sprake is van markt- en overheidsfalen.

2.3.1 Toegang tot zorg / indicatiestelling

Indicatiestellers in de AWBZ moeten op een gelijke manier werken (dus objectief zijn) en bij het stellen van de indicatie niet uitgaan van het beschikbare aanbod of de bestaande wachtlijsten¹³ (en dus onafhankelijk zijn). Uitsluitend dan hebben alle Nederlanders immers hetzelfde recht op zorg. Een adequate protocollering is in dit verband essentieel.

De laatste jaren hebben aanzienlijke verbeteringen plaatsgevonden om tot een landelijke uniforme, onafhankelijke en objectieve indicatiestelling te komen.

Om te beginnen is de indicatiestelling sinds 1 januari 2003 in termen van functies en klassen (zorgzwaarte) geformuleerd. De geïndiceerde en geleverde zorg sluiten hiermee beter op elkaar aan en zijn beter objectiveerbaar gemaakt. Daarvoor zijn nieuwe, uniforme, AWBZ-brede formulieren en protocollen ontwikkeld. Met de overgang naar zzp's zal het mogelijk zijn de indicatiestelling nog sterker te koppelen aan objectieveerbare kenmerken van de cliënt, wat vervolgens de protocollen verder kan aanscherpen.

Verder heeft bevordering van een strikte functiescheiding plaatsgevonden, waarbij de indicatieorganen verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling en het zorgkantoor voor de zorgtoewijzing. Wel blijft het zorgkantoor ervoor verantwoordelijk om in gevallen waarin de geïndiceerde zorg niet onmiddellijk voorhanden is, overbruggingszorg te leveren.

Met de oprichting van een landelijk CIZ in 2005 is de uniformiteit in indicatiestelling sterk verbeterd en nog steeds is het CIZ in een overgangsproces 'op weg naar beter'. Zo heeft het CIZ inmiddels een aantal (benchmark)onderzoeken uitgevoerd of laten uitvoeren naar zijn werkwijze en is het CIZ hierover transparant. Op dit moment zijn er nog wel (aanzienlijke) verschillen tussen CIZ-locaties en -regio's op het gebied van kwaliteit, uitkomsten van de indicatie, snelheid van het proces en tevredenheid van de consumenten.¹⁴ De verwachting is echter dat de verandertrajecten die het CIZ voor de verdere protocollering en uniformering van de indicatiestelling heeft ingezet, deze verschillen sterk zal terugbrengen.

De indicatiestelling door het CIZ vormt de toegangspoort tot het systeem van AWBZ-voorzieningen. Omdat het CIZ daarmee als het ware de volumeknop van de AWBZ in handen heeft, is het van groot belang dat de indicatiestelling objectief en

¹³ Volgens onderzoek van de Algemene Rekenkamer werd in 1999 bij ongeveer 10% van de indicaties minder zorg geïndiceerd dan nodig, omdat de indicatiesteller wist dat de benodigde zorg niet of niet op korte termijn kon worden gerealiseerd (Algemene Rekenkamer, *Planning en indicatie AWBZ-voorzieningen*, TK 1999-2000, 27180, nr. 2). Hoewel het op zich goed kan zijn als CIZ een rol speelt bij de verdeling van schaarse zorg - het CIZ is immers vaak het beste in staat te beoordelen welke mensen met minder zorg toekunnen dan waar zij recht op hebben -, is het belangrijk dat deze functie gescheiden is van de daadwerkelijke indicatiestelling. Op die manier geven de indicaties immers ook de daadwerkelijke vraag naar zorg weer en bestaat er geen verborgen zorgvraag.

¹⁴ Zie bijvoorbeeld: Carolien Koning: *AWBZ: Uniforme indicatiestelling, wens of werkelijkheid*. in Regioplan Nieuwszijde januari 2007, nr 32.

onafhankelijk plaatsvindt. Dit garandeert dat alle Nederlanders hetzelfde recht op zorg hebben en dat de maatschappij niet wordt belast met de kosten van overmatige zorgvraag. Hoewel het huidige systeem in principe een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling zou moeten garanderen, bestaan er nog drie potentiële risico's:

- Het CIZ zou vanwege nog ontoereikende protocollering te veel kunnen toegeven aan de vraag van de consument en daardoor te ruim indiceren.¹⁵ Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de zorgtoekenning in 2005 in 90% van de gevallen gelijk was aan de gevraagde zorg.¹⁶ Dit kan problematisch zijn wanneer consumenten meer zorg vragen dan zij daadwerkelijk nodig hebben, bijvoorbeeld omdat zij graag meer aandacht en ondersteuning ontvangen. Dit risico kan worden ondervangen door scherpere protocollen. Hiertoe zijn recent nieuwe beleidsregels opgesteld.
- Het is niet goed mogelijk de onafhankelijkheid van de indicatiestelling volledig te waarborgen, omdat het CIZ zorgaanbieders voor sommige vormen van zorg machtigt om zelf indicaties te stellen (door middel van zogenaamde Standaard Indicatie Protocollen (SIP's)). Hierbij vullen aanbieders zelf de vragen over beperkingen in. De SIP wordt vervolgens afgegeven binnen het kader van de beleidsregels. Inmiddels vindt bijna 36% van de indicatie van zorg op deze manier plaats en er wordt bovendien gewerkt aan de uitbreiding van de mandaatconstructie. Daarnaast zijn er signalen dat er financiële banden zijn tussen zorgaanbieders en verwijzers naar zorgaanbieders (transferverpleegkundigen en gezondheidscentra). Hierbij bestaat het risico dat de zorgaanbieder de cliënt voor meer zorg indiceert dan strikt noodzakelijk, om zo zijn productieafspraken met het zorgkantoor te kunnen vullen. Ook is er een kans dat de aanbieder vooral kijkt hoe hij de cliënt binnen zijn eigen aanbod het beste kan helpen (en daarnaar indiceert), terwijl een andere aanbieder de cliënt wellicht beter kan helpen (coördinatieprobleem). Een individuele zorgverlener heeft immers minder overzicht over het totale aanbod dan een onafhankelijke indicatiesteller.
- Indien het CIZ niet met voldoende middelen is toegerust kan het CIZ tijdige indicaties niet garanderen. Zo ontstonden in het recente verleden problemen doordat het CIZ achterstanden bij de indicatiestelling had, en sommige mensen daardoor erg lang op een indicatie moe(s)ten wachten. Achterstanden bij de indicatiestelling kunnen er op die manier toe leiden dat de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg in het geding komen. Inmiddels zijn de achterstanden echter grotendeels weggewerkt en is de tijdigheid van indicatiestelling sterk verbeterd.

2.3.2 Zorgverzekeringsmarkt

2.3.2.1 Gebrek aan inkoopprykkels

In een concurrerende zorgverzekeringsmarkt kiezen consumenten normaal gesproken voor de polis die qua dekking, gecontracteerd

¹⁵ Zie onder andere Pomp, M., E Mot en R. Douven (juni 2006), *Handle with care!*, CPB document No. 122, p. 41 en Van de Ven, W. (20 december 2005), *Second Opinion 'Risicoverevening AWBZ'*, iBMG Erasmus Universiteit Rotterdam in opdracht van het secretariaat van de IBO-Werkgroep Romp-AWBZ, p. 14.

¹⁶ Trendrapportage Landelijke Indicatiestelling AWBZ 2005; Toename indicatiebesluiten 2006, een nadere analyse

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

zorgaanbod en premie het beste bij hen past. Omdat consumenten kunnen overstappen naar een andere verzekeraar, worden zorgverzekeraars geprikkeld goed op de vraag uit de markt in te spelen.

In de AWBZ is van een vrije keuze voor een bepaalde zorgverzekering – en dus van een zorgverzekeringsmarkt – momenteel echter geen sprake. In de Zvw is geregeld dat de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde zijn basisverzekering heeft afgesloten - mits die verzekeraar zich heeft aangemeld als AWBZ-verzekeraar - ook verantwoordelijk is om deze verzekerde AWBZ-zorg te leveren. In praktijk hebben de zorgverzekeraars de uitvoering van de AWBZ echter per regio gemandateerd aan een zorgkantoor (de verzekeraar die het zorgkantoor voert, is meestal marktleider in die regio). Consumenten zijn daardoor afhankelijk van hun woonplaats voor het regelen van alle AWBZ-zorg in principe aangewezen op één zorgkantoor. Anders dan in de Zvw kunnen zij dus niet overstappen wanneer de gecontracteerde zorg hen niet bevalt ('stemmen met de voeten'). Het enige alternatief dat zij hebben is zelf zorg in gaan kopen door middel van een PGB (die wordt uitgekeerd door datzelfde zorgkantoor).

Omdat consumenten niet kunnen overstappen wanneer de ingekochte zorg hen niet bevalt, zijn de prikkels voor het zorgkantoor om goede en doelmatige zorg in te kopen en te luisteren naar de wensen van de consument slechts beperkt. Uitsluitend het risico op imagoschade – ofwel dat de zorgverzekeraar die het zorgkantoor voert negatief in het nieuws komt wanneer hij een slecht inkoopbeleid in de AWBZ voert en daardoor ook binnen de Zvw verzekerden verliest - prikkelt de zorgkantoren om naar de wensen van de consument te luisteren.

2.3.2.2 Kloof tussen feitelijke en formele verantwoordelijkheden

Wanneer zorgkantoren onvoldoende prikkels hebben om goede en doelmatige zorg in te kopen en te luisteren naar de wensen van de verzekerden, kan een sterke toezichthouder een rol spelen om alsnog goede uitkomsten in de markt te bereiken. In de AWBZ is dit echter problematisch vanwege de kloof tussen de feitelijke en formele verantwoordelijkheidsverdeling in de AWBZ.

Problemen omtrent het wettelijk kader

Ervan uitgaande dat de mandatering en volmacht die in 2.1.1 is beschreven juridisch mogelijk zijn, dan blijft de AWBZ-verzekeraar als uitvoeringsorgaan in ieder geval zowel formeel als materieel gezien verantwoordelijk voor de gemandateerde ofwel bij volmacht uitgeoefende taken. In juridische zin worden immers alle handelingen van de zorgkantoren toegerekend aan het uitvoeringsorgaan. De mandaat- en volmachtconstructie is echter niet op zo'n manier ingevuld dat de uitvoeringsorganen in staat zijn verantwoording af te leggen over de taken waarvoor zij verantwoordelijk zijn¹⁷:

- **Ontbreken instructies en verantwoording**

Het bestaan van mandaat en volmacht voor de uitvoering vooronderstelt dat sprake is van instructies aan zorgkantoren en

¹⁷ De toenmalige Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU, één van de rechtsvoorgangers van de NZa) heeft er in zijn jaarverslag 1998 en uitgebreider in de toezichttoets Zorgkantoren (september 2000) al bij VWS op aangedrongen om – zeker vanwege het steeds 'beleidsrijker' worden van de uitvoering van de AWBZ – een consequente keuze te maken in wie er voor de uitvoering van de AWBZ rechtstreeks verantwoordelijk is: de verzekeraar of het zorgkantoor. In de afgelopen jaren is die fundamentele keuze nog niet gemaakt.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

verantwoording door hen. Feitelijk bestaan dergelijke instructies niet en evenmin leggen zorgkantoren verantwoording af. Wel regelt het eerdergenoemde convenant tussen ZN, het ministerie van VWS en het CVZ (onder andere) een zekere mate van verantwoording voor hun AWBZ- uitgaven door de zorgkantoren richting de NZa. Het is echter de vraag of een convenant dat de partijen juridisch niet bindt hiervoor het juiste middel is en of het mogelijk is op deze basis inderdaad een effectieve toezichtrelatie te bouwen. Op basis van het convenant is in ieder geval geen sprake van verantwoording naar de eigenlijk individueel verantwoordelijke uitvoeringsorganen. Dit is ook een probleem omdat op deze manier de verzekerde als belanghebbende het verantwoordelijke bestuursorgaan – de AWBZ-verzekeraar – niet effectief kan aanspreken overeenkomstig de bestuursrechtelijke waarborgen die in Nederland algemeen gelden om rechten van individuele burgers te beschermen.

- **Collectieve regelingen versus individuele verantwoordingsplicht**

Ook het collectieve karakter van de mandaatconstructie (waarbij alle uitvoeringsorganisaties en alle zorgkantoren collectief partij zijn) staat haaks op een dergelijke individuele verantwoordelijkheid. In feite is er dus sprake van een blanco volmacht die slechts door het eerder genoemde convenant enigszins wordt gecorrigeerd op het niveau van de koepelorganisatie (maar niet in de verhoudingen tussen individuele AWBZ-verzekeraars en de zorgkantoren).

De uitvoeringsorganen zijn dus niet in staat om controle uit te oefenen op de manier waarop de zorgkantoren hun mandaat en volmacht respectievelijk volmacht uitoefenen. Dit is ook juridisch problematisch: niet alleen vanwege een onvolmaakte invulling van het mandaat en de volmacht, maar vooral ook omdat publiekrechtelijk verantwoordelijke instellingen – de uitvoeringsorganen – zelf niet in staat zijn over hun taken verantwoording af te leggen. Er is dus sprake van zowel een verantwoordingsvacuüm als een toezichtvacuüm. Oplossingen zoals het convenant verdienen in deze context geen schoonheidsprijs.

Doordat het betalingsverkeer niet via de uitvoeringsorganen verloopt maar via het CAK, ontbreekt het de uitvoeringsorganen bovendien aan concrete correctiemogelijkheden. Het feit dat betalingen niet worden toegerekend naar individuele uitvoeringsorganen, roept ernstige vragen op over de financiële verantwoordelijkheid voor de gedane uitgaven en de verantwoording daarover. Feitelijk beheersen de zorgkantoren dus de financiering die gebaseerd is op betalingsopdrachten namens uitvoeringsorganen aan het CAK van middelen die niet individueel tot de uitvoeringsorganen toerekenbaar zijn. Ook dit aspect van het huidige systeem is juridisch en bestuurlijk onvoldoende.

Problemen toezicht

Box 2: Het toezicht op de uitvoering van de AWBZ is in grote lijnen als volgt geregeld:

- **Administratiebesluit**

Op grond van art 40 AWBZ is door middel van aanwijzing het *Administratiebesluit* ingesteld. In artikel 10 van het Administratiebesluit is opgenomen dat het toezicht op de AWBZ-zorgverzekeraars van overeenkomstige toepassing is op de verbindingkantoren en het CAK: dit heeft zowel betrekking op financiële verslaglegging op basis van artikel 36 AWBZ als op het uitvoeringsverslag in artikel 37 AWBZ. Hiermee houdt de NZa dus

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

toezicht op de verbindingskantoren. Voor wat betreft uitvoeringstaken is deze regeling gebrekkig, omdat het besluit alleen betrekking heeft op administratieve taken van verbindingskantoren: formeel hebben deze ook geen andere (publiekrechtelijke) taken.

- **Aanwijzingsbeschikkingen verbindingskantoren**

In de aanwijzingbeschikkingen van de individuele verbindingskantoren op basis van het Administratiebesluit wordt de verplichting opgenomen dat de verbindingskantoren – in de hoedanigheid van zorgkantoren – hun taken uitoefenen zoals dat is opgenomen in het Convenant Zorgkantoren tussen ZN, het ministerie van VWS en het CVZ. Formeel kan zo'n beschikking helemaal geen betrekking hebben op de uitvoeringstaken van de zorgkantoren omdat het administratiebesluit uitsluitend van toepassing is op de administratieve taken.

- **Convenant Zorgkantoren**

In het Convenant Zorgkantoren is (onder andere) opgenomen dat de zorgkantoren verantwoording zullen afleggen aan de NZa en dat zij hen aanwijzingen kan geven.¹⁸ Het convenant biedt echter onvoldoende juridische legitimering voor de NZa om aanwijzingen op te leggen. Dit zet vraagtekens bij het handhavingsinstrumentarium van de NZa. Wellicht zal het ministerie van VWS in een dergelijk geval zijn besluit om een partij op basis van het Administratiebesluit als verbindingskantoor aan te wijzen heroverwegen. De kern van het probleem blijft daarmee echter bestaan. Bovendien is een dergelijke indirecte sanctie ook niet in overeenstemming met de rol van de NZa als onafhankelijke toezichthouder en te weinig genuanceerd om maatwerk in handhaving mogelijk te maken, waartoe de NZa van de wetgever nu juist een palet aan handhavingsinstrumenten heeft gekregen.

¹⁸ Zorgdragen voor (publieke) verantwoording: de zorgkantoren dragen zorg voor de verantwoording over de uitvoering van de AWBZ via een uitvoeringsverslag en een financiële verantwoording, waarin een bestuurlijke verantwoording is opgenomen. Op grond daarvan vormt het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) zich als toezichthouder een oordeel over de rechtmatigheid en de doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ. De zorgkantoren moeten in hun financiële verantwoording tevens verantwoording afleggen over de rechtmatigheid van de bestedingen. De eisen die aan de rechtmatigheidsverantwoording worden gesteld zijn nu opgenomen in de handleiding financiële verantwoording zorgkantoren. Bij de verantwoordingen over 2006 zal de accountant, net als over 2005, een gecombineerde verklaring over de getrouwheid en rechtmatigheid moeten geven en ook een rapport moeten opstellen over de ordelijkheid en controleerbaarheid van het gevoerde financieel beheer. De verantwoording 2006 wordt ingericht overeenkomstig de verantwoordingsvoorschriften die het CTZ in samenspraak met het CVZ heeft opgesteld. Deze zijn gebaseerd op het rapport *Rechtmatigheidsverklaring in de AWBZ* van december 2004 van de gelijknamige werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van VWS, het CVZ en het CTZ. Partijen hebben ingestemd met de aanbevelingen en de conclusies van de werkgroep. Het rapport zal ook voor volgende jaren als uitgangspunt blijven dienen. De verantwoordingen, eventueel aangevuld met gerichte toezichtonderzoeken, vormen de basis voor de beoordeling van het functioneren van het zorgkantoor door het CTZ. Deze beoordeling strekt zich uit over de uitvoering van de eigen, op basis van het Administratiebesluit toebedeelde taken en de taakuitvoering van het zorgkantoor waartoe het door de uitvoeringsorganen AWBZ is gemandateerd en gemachtigd. Wanneer zijn toezichtoordeel daartoe aanleiding geeft, geeft het CTZ ook concreet aan op welke punten de taakuitvoering van het zorgkantoor om verbetering vraagt en op welke manier het daaraan invulling moet geven. Voor het zorgkantoor zijn deze uitspraken van het CTZ bindend. Het zorgkantoor stelt alles in het werk om de verbeterpunten die in het kader van het toezicht zijn geconstateerd aan te pakken.

- **NZa Regeling controle en administratie**
Op basis van artikel 31 en 36 Wmg heeft de NZa een *Regeling controle en administratie AWBZ-verzekeraars* aangenomen, die vanaf 1 januari 2007 van kracht is. Deze regeling is eenduidig gericht op AWBZ-verzekeraars, met als toelichting dat deze als uitvoeringsorganisaties in juridische zin de enige verantwoordelijke partij zijn¹⁹. De regeling blijft echter afhankelijk van de vrijwillige manier waarop de zorgverzekeraars het mandaat invulling geven.

In het huidige systeem is geen sprake van marktprikkels en evenmin van adequaat toezicht. Dit wil niet zeggen dat partijen op dit moment ook inderdaad misbruik van de situatie maken. Wel is duidelijk dat als zij dit zouden doen, de NZa slechts in beperkte mate in staat is om dit vast te stellen²⁰ en effectief te corrigeren. De legaliteit en legitimiteit van de uitvoering van de AWBZ en de rol van de NZa als onafhankelijke toezichthouder hierin zijn hierdoor onvoldoende geborgd.

Problemen bij rechtspositie verzekerde

De huidige AWBZ en de uitvoering ervan door de zorgkantoren kent ook problemen op het gebied van de rechtspositie van verzekerden. Formeel heeft de verzekerde wel enige rechten (zoals de zorgplicht in artikel 6, derde lid AWBZ) maar feitelijk kan hij deze rechten niet effectief geldend maken.

De AWBZ-verzekeraar is als uitvoeringsorgaan het relevante bestuursorgaan in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en dus kunnen belanghebbenden (verzekerden) uitsluitend bezwaar maken tegen uitvoeringsbesluiten. Ook op dit punt is de constructie zoals die op dit moment bestaat zwak. In het collectieve mandaat aan de zorgkantoren sluiten de AWBZ-verzekeraars formeel 'het beslissen op bezwaarschriften' van dit mandaat uit. Voor klachten over gemandateerde taken moeten verzekerden zich echter richten tot de AWBZ-verzekeraar en kunnen zij niet bij het zorgkantoor terecht.

Toch 'machtigt' de AWBZ-verzekeraar vervolgens het zorgkantoor om klachten inhoudelijk te behandelen, en wel op een manier 'overeenkomstig' de Awb. Na de afhandeling informeert het zorgkantoor de klager over de mogelijkheid om de klacht voor te leggen aan de Nationale Ombudsman. Het zorgkantoor 'informeert de zorgverzekeraar periodiek over de klachten waarop de Nationale Ombudsman een reactie heeft gevraagd, en de wijze waarop hier door het zorgkantoor is gereageerd, alsmede over de uitkomst van de procedure'.

Hiermee is een constructie ontstaan die voor de rechtsbescherming van de burger geen afdoende waarborg biedt. Decentrale handhaving door rechthebbenden kan vanuit handhavingsperspectief een belangrijke corrigerende rol spelen. De huidige constructie staat dit echter onvoldoende toe. De verzekerde/belanghebbende verwordt tot een klager bij een niet-overheidsorgaan waar hij geen juridisch afdwingbare aanspraken heeft en er bovendien geen recht meer lijkt te bestaan op beroep bij een administratieve rechter.

¹⁹ In de toelichting staat echter verder vermeld dat voor zover ook zorgkantoren en het CAK zich inhoudelijk nauwgezet aan de regeling houden, de AWBZ-verzekeraars ook geacht zullen worden aan hun verplichtingen te voldoen.

²⁰ In paragraaf 2.3.3.4 komt een aantal redenen aan de orde waarom de zorgkantoren zelf niet goed in staat zijn om hun eigen uitgaven effectief te controleren. Het is duidelijk dat dit dan a fortiori geldt voor hun opdrachtgevers, dat wil zeggen de AWBZ-verzekeraars, en voor de toezichthouder.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Er zijn wel rechtszaken zijn geweest waarbij het zorgkantoor werd gedwongen passende zorg te organiseren en het feitelijk dus wel mogelijk is gebleken om bezwaar aan te tekenen. De juridische waarborgen om te garanderen dat een belanghebbende dit *altijd* kan doen, ontbreken echter.

2.3.2.3 Belangenvermenging AWBZ-zorginkoper en collectieve polisverkoper-Zvw

Mogelijk is er sprake van een probleem bij de inkoop van AWBZ-zorg bij grote zorgaanbieders die in omgekeerde richting collectieve Zvw-polissen onderhandelen voor hun personeel en cliënten. Met name de thuiszorginstellingen die uit de kruisverenigingen zijn voortgekomen kennen vaak grote ledenbestanden. Hierdoor ontstaat er een situatie waarbij de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder beide zowel klant als verkoper zijn, en kan er sprake zijn van een vorm van koppelverkoop/-inkoop. Omdat het zorgkantoor niet risicodragend is, heeft het geen prikkel om voor de inkoop van AWBZ-zorg goede prijzen te bedingen en bestaat het risico dat het eerder bereid is om inkoopvoordelen op de AWBZ-markt in te ruilen voor inkoopvoordelen op de zorgverzekeringmarkt.

De NZa zal dit nader onderzoeken, waarbij zij zal overwegen of dit moet leiden tot een verbod op collectieve contracten met zorgaanbieders.

2.3.2.4 Belangenvermenging tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar

De aan het zorgkantoor gelieerde zorgverzekeraar heeft er belang bij dat de eigen verzekerden snel het ziekenhuis kunnen verlaten en in de thuissituatie thuiszorg krijgen. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor het toewijzen van thuiszorg. Wanneer een verzekeraar tegelijkertijd het zorgkantoor voert, is hij dus beter in staat goede ketenzorg tot stand te brengen. Aan de andere kant brengt dit ook het risico met zich mee dat er (ook ongewenste) afwenteling van de Zvw op de AWBZ plaatsvindt.

2.3.3 Zorginkoopmarkt

In de markt voor AWBZ-zorg is de zorgverzekeraar ervoor verantwoordelijk dat er voldoende zorg wordt ingekocht om de cliënt tijdig²¹ de zorg te kunnen geven waarvoor hij is geïndiceerd. Deze zorg moet van kwalitatief van voldoende niveau zijn en bovendien zo goed mogelijk aansluiten bij de wensen van de consument. Daarnaast moet levering van de zorg op een doelmatige manier plaatsvinden. De zorgverzekeraars hebben deze taak gemandateerd aan het zorgkantoor. Hoewel veel zorgkantoren de laatste jaren in hun inkoopbeleid proactiever zijn geworden, is er ook op dit terrein sprake van een aantal problemen die ertoe kunnen leiden dat de publieke belangen niet altijd voldoende worden behartigd.

2.3.3.1 Gebrek aan financiële inkoopprikkels

Omdat er in de AWBZ geen sprake is van een markt die zorgkantoren prikkelt om goede en doelmatige zorg in te kopen, reguleert de overheid op dit moment de budgetten van zorgkantoren. Zorgkantoren ontvangen een budget dat bestaat uit twee delen: een beheerskostenbudget (ter compensatie van de kosten die het zorgkantoor moet maken om met zorgaanbieders te onderhandelen) en een budget voor de zorgkosten. Zij lopen daarover geen risico.

Aangezien zorgkantoren geen risico dragen over de zorgkosten, maar er uitsluitend sprake is van een prikkel om de beheerskosten laag te

²¹ Dit betekent binnen de zogenoemde Treeknormen.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

houden, ondervinden zorgkantoren een prikkel om niet te veel te onderhandelen en snel akkoord te gaan met de wensen van de zorgaanbieders. Ook is het daardoor voordelig om zoveel mogelijk zorg in te kopen bij een beperkt aantal aanbieders (weinig contracten) en niet te veel nieuwe partijen op de markt toe te laten (*status-quo bias*). Verder geldt dat harde onderhandelingen en/of het niet sluiten van een contract met een bepaalde zorgaanbieder het zorgkantoor (en de achterliggende zorgverzekeraar) vaak negatieve publiciteit opleveren.²² Omdat zorgaanbieders weten dat zij, ongeacht hoe goed zij zijn, vrijwel zeker een contract met het zorgkantoor zullen krijgen, zijn er voor hen weinig prikkels om kwalitatief goede en betaalbare zorg te leveren.

In een poging de zorgkantoren meer prikkels te geven om doelmatige zorg in te kopen, is in 2004 de regionale contracteerruimte ingevoerd. De contracteerruimte maximeert de zorgkosten die het zorgkantoor mag maken en waarborgt zo de macrobetaalbaarheid van de AWBZ. De doelmatigheidsprikkels die uitgaan van de contracteerruimte zijn echter gering. De zorgkantoren zijn namelijk niet risicodragend voor de kosten van de zorg. Wanneer overschrijding van de contracteerruimte plaatsvindt, halen de zorgkantoren de overschrijding naar rato terug bij de zorgaanbieders die in vergelijking met het voorgaande jaar zijn gegroeid. De zorgkantoren ondervinden hiervan dus geen direct nadeel. Daarnaast hebben zij mogelijkheden om kosten voor de zorginkoop te drukken (en dus binnen de contracteerruimte meer ruimte te creëren) door consumenten te stimuleren om te kiezen voor een PGB. Wanneer consumenten hiervoor kiezen, komt dit namelijk niet ten laste van de contracteerruimte van de zorgkantoren. De invoering van de contracteerruimte heeft dan ook nauwelijks geleid tot extra financiële prikkels voor de zorgkantoren om goede en doelmatige zorg in te kopen.

2.3.3.2 Bovenregionaal zorgaanbod

De dreiging van nieuwe toetreders tot de markt geeft zorgaanbieders sterke prikkels om goede en doelmatige zorg te leveren. Wanneer zij immers niet goed voldoen aan de wensen van de consument, bestaat het risico dat er sprake is van nieuwe toetreders tot de markt die de ontevreden consumenten naar zich toetrekken. In de AWBZ is de meeste toetreding afkomstig van aanbieders die bovenregionaal actief worden. Voordeel hiervan is dat zij vaak al enige ervaring hebben met het aanbieden van zorg en zich daardoor makkelijker op de markt kunnen begeven.

De AWBZ is opgedeeld in 32 zorgkantoorregio's met elk een eigen zorgkantoor. Wanneer een aanbieder in verschillende regio's zorg wil leveren, geldt dat het zorgkantoor in de statutaire vestigingsplaatsregio degene is die alle productieafspraken met die aanbieder maakt. Hierbij moet het zorgkantoor in de regio waarin de levering van de zorg plaatsvindt, met het zorgkantoor dat de zorg contracteert afspraken maken over de inzet van hun beider contracteerruimten. Dit blijkt in de praktijk echter niet altijd goed te verlopen.^{23,24} Hierdoor is het voor een

²² Veel zorgverzekeraars geven aan dat het meer negatieve publiciteit oplevert als zij een zorgaanbieder *niet* contracteren dan wanneer zij een kwalitatief slechte of dure zorgaanbieder contracteren.

²³ College toezicht zorgverzekeringen, *Zorginkoop zorgkantoren*, juli 2005, p. 22.

²⁴ Er zijn verschillende redenen aan te dragen voor het feit dat de zorgkantoren de contracteerruimte op dit moment niet goed overhevelen. Enerzijds kan het zorgkantoor in de regio waarin de zorg wordt geleverd, reden hebben om geen contracteerruimte over te hevelen. Het zorgkantoor dat de zorg contracteert, heeft hiervoor immers ook extra contracteerruimte gekregen (de contracteerruimte is gelijk aan het totaal van de budgetten van alle aanbieders in die zorgkantoorregio - dus inclusief de bovenregionale budgetten -, plus een

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

bovenregionale aanbieder vaak moeilijk om voldoende groei ruimte los te krijgen.

Om de bovenregionale contractering soepeler te laten verlopen heeft ZN spelregels voor de zorgkantoren opgesteld. Deze spelregels zijn:

- Zorgkantoren die erg specialistische zorg contracteren, moerten naar verhouding meer groei ruimte krijgen wanneer van het beleid van het ministerie van VWS een duidelijke groei aan dit type zorg heeft toegekend.
- Wanneer zorgaanbieders die al bovenregionaal werken meer dan gemiddeld willen groeien, moet het zorgkantoor in de regio waar die extra groei wordt geleverd budget overhevelen naar het zorgkantoor dat de zorg contracteert.
- Nieuwe zorgaanbieders die bovenregionaal actief willen worden, moeten voor elke zorgkantoor regio waarin zij actief willen zijn een afzonderlijke toelating aanvragen en voor elke zorgkantoor regio afzonderlijk productieafspraken te maken.

Hoewel de spelregels van ZN de bovenregionale inkoop vergemakkelijken, worden zorgaanbieders die nog niet bovenregionaal actief waren belemmerd om dit te worden. Dit verhindert de goede werking van de markt en kan ertoe leiden dat de consument niet de beste zorg voor zijn geld ontvangt. De groei van potentieel efficiënte en kwalitatief goede aanbieders wordt gebudgetteerd en daarmee gefrustreerd. De kunstmatige regionale indeling houdt markten geografisch klein en kan dus leiden tot regionale marktmacht waar die normaal gesproken niet zou bestaan. De werkelijke geografische markten zijn immers ruimer en de concurrentiedruk door potentiële toetreding kunstmatig wordt beperkt.

2.3.3.3 inkooppositie van zorgkantoor

Naast dat het zorgkantoor nauwelijks prikkels heeft om zorg van een goede prijs-kwaliteitverhouding in te kopen, zijn ook de mogelijkheden daartoe in sommige gevallen beperkt. Zorgaanbieders kunnen in principe uitsluitend een contract afsluiten met het zorgkantoor in de regio waarin zij statutair gevestigd zijn.²⁵ Hierdoor bevindt het zorgkantoor zich in een monopsonistische inkooppositie. Hoewel het zorgkantoor hierdoor veel inkoopmacht zou moeten hebben, zijn er een aantal factoren die de inkoopmacht van het zorgkantoor aanzienlijk kunnen beperken. Deze factoren zijn:

Sterk geconcentreerd zorgaanbod

In de eerste plaats is de concentratie van het zorgaanbod in de AWBZ hoog.²⁶ Dit wordt versterkt door de kunstmatige regionalisering van

procentuele groei ruimte). Wanneer een bovenregionale aanbieder echter meer wil groeien dan waar in de contracteer ruimte rekening mee is gehouden of wanneer een regionale aanbieder over de grenzen van de zorgkantoor regio zorg wil aanbieden, dan gaat dat ten koste van de cliënten in de eigen regio van het zorgkantoor dat de zorg contracteert. Zorgkantoren zijn vaak niet bereid om een deel van hun contracteer ruimte in te zetten voor verzekerden in andere regio's. Voor deze zorg dient dus compensatie plaats te vinden vanuit het zorgkantoor waarvoor de zorg geleverd wordt. Op dit moment vindt deze overheveling erg moeizaam plaats en dit belemmert de groei van bovenregionale aanbieders.

²⁵ *Circulaire van de ziekenfondsraad van 17 december 1997 (SEA nr. AWBZ/24/97) inzake uitbreiding werking Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering per 1-1-98* Voorschriften zorgverzekeringen, Uitvoeringsorganen-Algemeen, 2-1a, p.70.

²⁶ Onder andere: CTG/ZAio & CTZ, *Monitor extramurale AWBZ-zorg. Analyse van de marktontwikkelingen in 2005 en 2006*, Utrecht, juni 2006.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

het zorgaanbod. Zorgkantoren zijn hierdoor vaak voor een groot deel van hun zorgvraag afhankelijk van een beperkt aantal grote zorgaanbieders. De zorgkantoren moet deze aanbieders wel contracteren als zij aan haar zorgplicht willen voldoen. Hierdoor hebben grote zorgaanbieders veel mogelijkheden om met het zorgkantoor bijvoorbeeld een hogere prijs of een hoger volume af te spreken. Ten aanzien van de kleinere zorgaanbieders is de onderhandelingsmacht van de zorgkantoren groter. Zij kunnen immers ook zonder deze aanbieder vaak wel aan hun zorgplicht voldoen, terwijl de zorgaanbieder in het geval dat het zorgkantoor hem niet wil contracteren geen uitwijkmogelijkheden heeft (afgezien van een kleine groep PGB-houders).²⁷

- **Beperkte mogelijkheden tot sturing van verzekerden**

In de tweede plaats is de onderhandelingspositie van de zorgkantoren afhankelijk van hun mogelijkheden om consumenten te geleiden naar bepaalde zorgaanbieders met wie zij een goed contract (prijs-kwaliteitverhouding) hebben gesloten. Hoe beter een zorgkantoor hierin slaagt, des te meer voordelen het kan behalen in de onderhandelingen met deze zorgaanbieders. Het gebrek aan transparantie maakt het moeilijk om consumenten naar bepaalde (goede) zorgaanbieders te geleiden. In de AWBZ blijkt het merendeel van de cliënten (75-99%) al een voorkeursaanbieder op te geven voordat zij door de verzekeraar zijn geïnformeerd over de prijs en de kwaliteit van het beschikbare zorgaanbod. Hierdoor kunnen zij vaak geen bewuste keuze maken voor een bepaalde zorgaanbieder en is concurrentie op aspecten anders dan naamsbekendheid (bijvoorbeeld kwaliteit) voor de zorgaanbieders erg moeilijk.

De beperkte mogelijkheden voor het zorgkantoor om de consument naar bepaalde zorgaanbieders te geleiden en de sterke concentratie van het zorgaanbod, zorgen ervoor dat de onderhandelingsmacht van het zorgkantoor beperkt is. De voordelen die het zorgkantoor bij de zorgaanbieders kan bedingen, zoals een betere kwaliteit of een lagere prijs, zijn daardoor kleiner.

2.3.3.4 Controlemogelijkheden voor zorgkantoor

Het zorgkantoor moet niet alleen de benodigde zorg inkopen, maar er ook op toezien dat zorgaanbieders die zorg ook daadwerkelijk leveren en dat de consument dus de zorg krijgt waar hij recht op heeft. In praktijk blijkt het voor zorgverzekeraars erg moeilijk te controleren of de geïndiceerde en ingekochte zorg ook daadwerkelijk geleverd is.

Dit is te wijten aan het feit dat er tot voor kort sprake was van achterstanden bij het CIZ, waardoor een aantal mensen zonder indicatie in zorg werd genomen. Het zorgkantoor betaalde deze zorg zonder te weten of deze mensen wel recht hadden op zorg of op meer zorg dan zij op dat moment kregen. Inmiddels heeft het CIZ de achterstanden grotendeels weggewerkt en zou het zorgkantoor in principe kunnen controleren of mensen de zorg krijgen waarop zij recht hebben.

Daarnaast kan het zorgkantoor ook moeilijk controleren of de juiste zorg geleverd wordt als gevolg van de slechte registratie daarvan. Met de invoering van de functiegerichte aanspraken in de AWBZ in april 2003 is ook de AWBZ-brede Zorg Registratie (AZR) ingevoerd. De AZR is een digitaal netwerk waarin het CIZ, de zorgaanbieder en het zorgkantoor informatie over de indicatie, de wachttijden en de verleende zorg kunnen

²⁷ Een aanbieder kan eventueel nog wel haar diensten in onderaanneming aanbieden. Dit gebeurt relatief vaak in de extramurale zorg. Voor een rapportage zie (ref. uitbestedingsonderzoek Eldert)

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

delen. Het AZR zou het zorgkantoor onder andere moeten helpen om in kaart te brengen welke zorg op welke plaats en wanneer geleverd is, en op die manier controle door het zorgkantoor gemakkelijker moeten maken. Op dit moment houden veel zorgaanbieders het AZR nog niet (voldoende) bij, waardoor controle van de geleverde zorg moeilijk blijft. Wel is het CVZ, de beheerder van het AZR, inmiddels met het project *Ultieme vulling* gestart om het AZR beter te laten werken.

Verder is het zo dat sommige zorgaanbieders de zorg niet zelf leveren, maar hiervoor onderaannemers inschakelen. Zorgkantoren zijn vaak niet op de hoogte van het feit dat er onderaannemers ingezet worden en kunnen dan ook niet controleren of de onderaannemer wel aan alle (kwaliteits)voorschriften voldoet. Ook ondoorzichtige onderaannemerconstructies kunnen dus tot een daling van de kwaliteit van de zorg voor de consument leiden.

Het spreekt voor zich dat wanneer de zorgkantoren als feitelijke uitvoerders niet in staat zijn hun eigen uitgaven effectief te controleren, controle op deze uitgaven door de formeel verantwoordelijke uitvoeringsorganen-AWBZ evenmin mogelijk is. Ook de mogelijkheden voor effectief toezicht op beiden door de NZa worden hierdoor beperkt.

2.3.3.5 Beschikbaarheid van uitkomstindicatoren

Om de zorgaanbieder te prikkelen kwalitatief goede zorg te leveren, is het noodzakelijk dat er inzicht bestaat in de kwaliteit van de zorg die de zorgaanbieder levert en dat het mogelijk is hem hierop af te rekenen.²⁸ Wanneer de kwaliteit van de zorg niet inzichtelijk is, kan er voor de zorgaanbieders een prikkel bestaan om de prijs te verlagen ten koste van de kwaliteit. Andersom geldt dat concurrentie op uitsluitend de kwaliteit ertoe kan leiden dat de zorg onbetaalbaar wordt. Het is dus van belang dat het zorgkantoor en de zorgconsument op de hoogte zijn van zowel de prijs als de kwaliteit van de geleverde zorg en daarin bewuste keuzes kunnen maken.

Voor het meten van de kwaliteit van zorg zijn uitkomstindicatoren belangrijk. Uitkomstindicatoren geven informatie over de resultaten van bepaalde geleverde zorg. Bij uitkomstindicatoren speelt, anders dan bij procesindicatoren, de manier waarop het resultaat tot stand is gekomen geen rol. Daardoor geven deze indicatoren veel meer vrijheid om de zorg te leveren die bij de voorkeuren van de consument past en om te innoveren. Uitkomstindicatoren zijn daarom in een vraaggestuurd stelsel van groot belang.

Binnen de AWBZ-zorg wordt er gewerkt aan de ontwikkeling van uniforme uitkomstindicatoren²⁹. Momenteel voeren instellingen zelf klanttevredenheidsonderzoeken uit, die zij gebruiken om verbeteringen in de organisatie door te voeren. Indicatoren waarmee het mogelijk is instellingen te vergelijken zijn echter nog nauwelijks beschikbaar. Er wordt bovendien weinig informatie geregistreerd en inzichtelijk gemaakt voor de consument. Het is hierdoor voor de consument vaak moeilijk om te kiezen voor de zorgaanbieder die het beste aan zijn wensen voldoet. Zorgaanbieders worden bovendien niet afgerekend op basis van de uitkomsten van de zorg die zij leveren, maar vooral betaald op basis van

²⁸ Schut, Prof. dr. F.T., drs. S.A. van der Geest en drs. M. Varkevisser, *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ*, april 2005, Rotterdam.

²⁹ In dit kader werkt de IGZ in samenwerking met de verschillende brancheorganisaties sinds enige tijd onder andere aan de ontwikkeling van 'normen voor verantwoorde zorg'. Daarnaast is op 6 december 2006 het Centrum Klantervaringen Zorg opgericht, dat door middel van zogeheten CQ-indexen de ervaringen van de patiënt met de zorg in kaart brengt.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

de geleverde inspanning (bijvoorbeeld één uur ondersteunende begeleiding). Dit stimuleert de zorgaanbieders vooral om veel uren zorg te leveren en niet om nieuwe methodes te vinden waarmee zij de consument sneller en beter kunnen helpen,. Het gebrek aan uitkomstindicatoren en uitkomstbepaling zorgt er daarmee voor dat de consument vaak niet de beste waar voor zijn zorgeuro krijgt.

2.3.3.6 Gebrek aan mogelijkheden tot prijsdifferentiatie

In de AWBZ kent men zogenoemde functiegerichte aanspraken. Voor de thuiszorg zijn onder deze aanspraken een aantal 'extramurale zorgprestaties' gedefinieerd. Voor elk van deze prestaties definieert de NZa een maximum beleidsregelwaarde.³⁰ Iedere AWBZ-zorgaanbieder maakt productieafspraken met het zorgkantoor in de regio waarin hij statutair gevestigd is. Per prestatie kan de zorgaanbieder slechts één prijs met het zorgkantoor afspreken.³¹ Wanneer de levering van zorg in bepaalde gebieden duurder is dan in andere gebieden, zal de aanbieder een prijs moeten vragen die de gemiddelde kosten dekt. Er dient in dat geval dus kruissubsidiëring tussen bepaalde producten plaats te vinden.

In de thuiszorg blijkt het aanbieden van zorg in dichtbevolkte gebieden vaak veel goedkoper te zijn dan in dunbevolkte gebieden. De gemiddelde kostprijs zal dus voor bepaalde regio's boven de eigenlijke kostprijs (vooral in dichtbevolkte regio's) liggen en voor andere regio's eronder (vooral in dunbevolkte regio's). Doordat het mogelijk is in de dichtbevolkte regio's winsten te behalen, zijn er tot deze regio's steeds meer nieuwe zorgaanbieders toegetrokken. De toegenomen concurrentie zorgt in deze deelmarkten voor een daling van de prijzen. Hierdoor vervallen echter ook de financieringsmogelijkheden voor de zorgverlening in dunbevolkte gebieden, waardoor deze zorgverlening in gevaar kan komen. Bovendien zijn zorgaanbieders die in zowel dure als in goedkope regio's zorg leveren, nauwelijks in staat om goed te concurreren op de markt in dichtbevolkte regio's. Het is daarom van belang dat zorgaanbieders meer mogelijkheden krijgen om te variëren in hun productprijzen voor verschillende gebieden.

2.3.4 Zorgverleningsmarkt

Wanneer de consument een indicatie heeft gekregen van het CIZ, komt hij uiteindelijk (via het zorgkantoor) voor de daadwerkelijke zorgverlening terecht bij de zorgaanbieder. De aanbieder moet vervolgens binnen de indicatie *die* zorg leveren waaraan de consument behoefte heeft. Ook op dit gebied is sprake van een aantal problemen die ervoor kunnen zorgen dat de consument niet de beste zorg voor zijn geld krijgt.

2.3.4.1 Keuzemogelijkheden voor de consument

Voor daadwerkelijke keuzemogelijkheden voor consumenten tussen verschillende zorgaanbieders is het belangrijk dat er ook daadwerkelijk iets te kiezen valt. Daartoe is het noodzakelijk dat er zowel voldoende aanbod als voldoende aanbieders zijn.

³⁰ In de thuiszorg is er officieel sprake van individueel vaste tarieven. Door de gekozen uitwerking van dit systeem is er echter in feite sprake van maximumtarieven: de NZa stelt jaarlijks voor iedere prestatie een maximum beleidsregelwaarde vast. De zorgaanbieder en het zorgkantoor onderhandelen vervolgens over het tarief (dat niet hoger mag zijn dan de maximum beleidsregelwaarde). Dit tarief dienen zij vervolgens in bij de NZa, die dit tarief op haar beurt vastzet.

³¹ Uitsluitend wanneer een zorgaanbieder in elke zorgkantoorregio waarin hij actief is een afzonderlijke rechtspersoon met een eigen toelating heeft opgericht en die zelf productieafspraken met het zorgkantoor maakt, kan de prijs van de zorg tussen de zorgkantoorregio's verschillen.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Zoals eerder gesteld, is het aanbod van zorg niet in alle regio's en deelmarkten voldoende om aan de vraag van de consumenten te kunnen voldoen. Voornamelijk als gevolg van strikte capaciteitsregulering door de overheid, lijken er binnen de verpleeg- en verzorgingshuiszorg en binnen de gehandicaptenzorg soms wachtlijsten te bestaan.³² Door middel van extramurale overbruggingszorg is het meestal mogelijk om ervoor te zorgen dat de consument van deze wachtlijsten geen grote nadelen ondervindt. Vaak zal de schaarste op de markt binnen de AWBZ er echter toe leiden dat consumenten niet kunnen kiezen voor de zorgaanbieder die het beste aan hun wensen voldoet.

Daarnaast is het ook belangrijk dat er voldoende aanbieders op de markt zijn waaruit de consument kan kiezen. Als één zorgaanbieder immers alle zorg levert, dan heeft de consument nog steeds geen keuze. Op dit moment is de concentratie in de AWBZ-zorg hoog, waardoor een beperkt aantal zorgaanbieders het merendeel van de zorg levert. De keuzevrijheid van de consument is daardoor vaak gering. De steeds voortgaande fusiegolf tussen zorginstellingen kan dit probleem versterken (indien de fusie leidt tot opheffing van een bepaalde locatie of tot het gelijktrekken van het zorgaanbod op de verschillende locaties). Het gebrek aan keuzemogelijkheden zorgt ervoor dat bestaande zorgaanbieders nauwelijks concurrentie ondervinden en daardoor niet worden gestimuleerd om goede en betaalbare zorg te leveren. Het gebrek aan keuzemogelijkheden in de markt voor AWBZ-zorg kan er daardoor toe leiden dat de consument niet de beste zorg voor een goede prijs ontvangt.

2.3.4.2 Transparantie van het zorgaanbod

Voldoende aanbod en aanbieders op de markt zijn niet voldoende om de consument een goede keuze te kunnen laten maken. Hiervoor is het namelijk ook van belang dat hij voldoende informatie heeft over het beschikbare zorgaanbod. Daarbij heeft de consument vooral behoefte aan informatie over de kwaliteit van de zorg en over de wachttijden.

Op dit moment wordt hard gewerkt om zowel kwaliteitsinformatie als wachttijdinformatie in de AWBZ beschikbaar te maken³³. Het verkrijgen van betrouwbare informatie is echter moeilijk, want er zijn nog geen goede uitkomstindicatoren beschikbaar die de geleverde kwaliteit op een vergelijkbare manier voor de consument inzichtelijk maken. Bovendien vindt nog geen goede registratie van kwaliteitsaspecten plaats.

Ook informatie over wachttijden is niet altijd beschikbaar. Om die reden is de AZR ingevoerd, maar doordat deze registratie nog niet in alle gevallen wordt gebruikt, zijn de data niet volledig en betrouwbaar. Deze informatie is bovendien alleen beschikbaar via de verzekeraar en daardoor niet goed toegankelijk voor de consument.

Overigens zal het in de praktijk niet vaak voorkomen dat de consument hierdoor lang op zorg moet wachten, omdat het zorgkantoor wel verplicht is om te bemiddelen wanneer een consument bij een bepaalde zorgaanbieder te lang moet wachten op zorg. Door het gebrek aan adequate kwaliteit- en wachttijdinformatie is het voor de consument echter moeilijk zelf een goede keuze tussen de beschikbare zorgaanbieders te maken. De prikkels voor zorgaanbieders om een

³² College voor Zorgverzekeringen, *Wachtlijsten in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg: ontwikkelingen in 2005 en achtergronden*, juni 2006, Diemen.

³³ Onder andere via de website *Kiesbeter* <http://www.kiesbeter.nl>

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

goede kwaliteit te leveren en wachtlijsten zoveel mogelijk te beperken zijn daardoor minder.

3. Het voorstel van VWS

Dit hoofdstuk beschrijft eerst de hoofdpunten van het voorstel van het ministerie van VWS voor de uitvoering van de AWBZ. Daarna volgen twee delen van de gevraagde uitvoeringstoets:

- een risicoanalyse van het voorstel van VWS
- een toezichttoets van dit voorstel.

In het voorstel van VWS staan opheffing van de zorgkantoren en uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars centraal. Los van dit voorstel is een aantal andere maatregelen voorzien die moeten zorgen voor meer verantwoordelijkheid en meer doelmatigheidsprikkels aan de aanbodzijde. Invoering van deze maatregelen vindt gelijktijdig met de opheffing van de zorgkantoren in 2009 plaats. Het gaat om de volgende maatregelen:

- Invoering zzp's als eenheid van bekostiging Om aan de zorgaanboderkant een volwaardige markt te laten ontstaan, moeten de AWBZ-zorgproducten eenduidig worden benoemd. In de intramurale zorg vindt invoering van zzp's plaats. Hierdoor hebben aanbieders ten opzichte van de huidige situatie een minder groot belang om zoveel mogelijk zorguren te leveren en meer belang de klant zo effectief en doelmatig mogelijk te helpen.
- Zorgaanbieder zelf verantwoordelijk maken voor kapitaallasten De aanbieder neemt de kapitaallasten op een marktconforme manier integraal op in de prijzen die hij voor zijn producten berekent. Met deze maatregel gaat de zorgaanbieder het volledige risico van de eigen bedrijfsvoering dragen.
- Afschaffing contracteerplicht voor intramurale zorg Opheffing van de contracteerplicht (de verplichting dat de verzekeraar met elke toegelaten zorgaanbieder een contract sluit en andersom) heeft tot gevolg dat er voor de instelling geen afzet- of prijsgarantie meer bestaat.

In deze uitvoeringstoets beschouwt de NZa bovenstaande beleidsvoornemens als randvoorwaarden. De analyse richt zich op het opheffen van de zorgkantoren in een situatie waarin de beleidsvoornemens zijn ingevoerd.

3.1 Beschrijving model VWS

In de notitie *Op weg naar AWBZ-uitvoering door zorgverzekeraars: de verzekerde als klant* (november 2006) maakt het ministerie van VWS voor de uitvoering van de AWBZ vanaf 2009 een onderscheid tussen een 'basismodel' (dat zoveel mogelijk aanhaakt bij de uitgangspunten van de bestaande AWBZ-uitvoering) en vervolgens in te voeren elementen van meer marktwerking en (financiële) prikkels (hier verder aangeduid als uitbreidingsmogelijkheden). In 3.1.1 gaat de NZa in eerste instantie uit van het basismodel. Vervolgens worden in 3.1.2 de door het ministerie van VWS genoemde uitbreidingsmogelijkheden beschreven. Deels gaat het daarbij niet om uitgewerkte opties, maar wordt de NZa gevraagd voorstellen te doen voor een keuze tussen de opties en een nadere invulling daarvan. Bij de risicoanalyse en de toezichttoets wordt op deze opties niet nader ingegaan. Ze komen aan de orde in hoofdstuk 6. In 3.1.3 volgt een beschrijving van de voordelen en aandachtspunten die het ministerie van VWS ziet bij invoering van het basismodel.

3.1.1 Hoofdpunten basismodel

- volksverzekering uitgevoerd door zorgverzekeraars-AWBZ zonder risicodragendheid;
- verzekerde schrijft zich in bij een zorgverzekeraar die de AWBZ uitvoert (afzonderlijke rechtspersoon);
- indicatiestelling en claimbeoordeling door het CIZ;
- zorgverzekeraar-AWBZ heeft een zorgplicht: verantwoordelijkheid om verzekerde aan een passend zorgaanbod te helpen en de wachttijd zo kort mogelijk te houden;
- zorgverzekeraar-AWBZ krijgt financiële middelen voor uitvoering AWBZ uit het AFBZ;
- zorgverzekeraar-AWBZ contracteert optimaal zorgaanbod voor zijn verzekerden;
- zorgverzekeraars-AWBZ bepalen welke arrangementen zij bij welke aanbieders afnemen;
- betaling van zorg per zorgverzekeraar aan zorgaanbieders voor verleende zorg aan zijn verzekerden;
- zorgverzekeraar-AWBZ kan bij zorgtoewijzing de zorgvraag actief sturen in richting zorgaanbieders die hij heeft gecontracteerd vanwege doelmatigheid en kwaliteit.

Publiekrechtelijke verzekering

De AWBZ blijft een publiekrechtelijke verzekering die van rechtswege tot stand komt en die de zorgkosten vergoedt indien de burger aan bepaalde voorwaarden voldoet. De AWBZ blijft daarmee als publiekrechtelijke sociale verzekering naast de Zvw als privaatrechtelijke sociale verzekering staan.

Inschrijving verzekerde

De verzekerde schrijft zich voor AWBZ-zorg in bij de zorgverzekeraar waar hij ook zijn ziektekostenverzekering heeft afgesloten. Als zijn zorgverzekeraar besluit geen AWBZ-verzekering aan te bieden, moet de verzekerde zich bij een andere zorgverzekeraar-AWBZ inschrijven. Welke keuzeruimte of randvoorwaarden daarbij gelden, moet nog nader worden uitgewerkt.

Indicatiestelling

De indicatiestelling of claimbeoordeling moet op een objectieve, betrouwbare en uniforme manier plaatsvinden. De verantwoordelijkheid daarvoor blijft liggen bij het CIZ.

Zorgplicht

De zorgverzekeraar-AWBZ heeft een zorgplicht jegens zijn verzekerden. De verzekerde kan kiezen tussen de levering van zorg in natura of een PGB.

Vergoeding verzekeraars

De zorgverzekeraar-AWBZ ontvangt voor de uitvoering van de AWBZ financiële middelen uit het AFBZ. Voor 2009 kan het budget voor de zorgverzekeraar-AWBZ worden gebaseerd op de bestaande kosten die zijn verzekerden in het voorafgaande jaar maken (historische kosten). Om de kosten van nieuwe instroom te dekken, vindt vervolgens bijstelling van het budget van de zorgverzekeraar-AWBZ plaats op basis van de indicatiestelling (persoonsgerelateerd). De verzekeraar wordt in dit model achteraf gecorrigeerd voor verschillen in het volume van de geïndiceerde en de geleverde zorg. Het ministerie van VWS noemt als belangrijke randvoorwaarden daarbij dat de indicatiestelling objectief en

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

van hoge kwaliteit moet zijn en dat zorgverzekeraars een financiële prikkel hebben om de geïndiceerde zorg doelmatig in te kopen (prijs, te leveren type zorg binnen de indicatie en de kwaliteit van de zorg). Zolang zorgverzekeraars in de AWBZ nog geen of een beperkt risico lopen, is het noodzakelijk de doelmatigheidsprijkkels in deze overgangperiode op een andere manier te realiseren. Het ministerie van VWS denkt hierbij onder andere aan invoering van een vorm van maatstafconcurrentie als mogelijk aanvullend instrument. Er moet onderzoek plaatsvinden of een dergelijk instrument in de AWBZ mogelijk is, en zo ja op welke manier en onder welke omstandigheden.

Premie

In het basismodel is per 2009 nog geen sprake van een verandering in de premiestructuur, te weten vulling van het AFBZ door afdrachten van inkomensafhankelijke premies en rijksbijdrage. Dit betekent dat de AWBZ-zorgverzekeraar geen mogelijkheid heeft om extra financiering via een nominale premie binnen te halen.

3.1.2 Uitbreidingsmogelijkheden: meer prikkels voor ondernemerschap

Het ministerie van VWS vindt het van belang om voor zowel de verzekeraars als voor de zorgaanbieders meer prikkels voor ondernemerschap in te bouwen. Er moet nog nader worden bekeken welke deelmarkten door middel van de nu volgende instrumenten voor bevordering van de doelmatigheid geschikt zijn:

- Vergroting van de risicodragendheid
Voorwaarden zijn dat verzekeraars voldoende invloed krijgen om dit risico te beïnvloeden en er tussen verzekeraars een *level playing field* ontstaat door middel van een betrouwbaar systeem van risicoverevening.
- In combinatie met (op termijn) invoering van een nominale premie voor de AWBZ

Toekomstperspectief

Met de beschreven ontwikkelingen in de AWBZ naar meer risicodragendheid aan de vraag- en aanbodkant, schuift het model van de AWBZ dichterbij het model van de Zvw. Een aantal belangrijke uitgangspunten komt dan overeen. De geschetste convergentie zou zelfs zo ver kunnen gaan dat het logisch wordt om de AWBZ (of een deelmarkt daarvan) in de Zvw onder te brengen.

3.1.3 Door VWS genoemde voordelen en aandachtspunten

Het ministerie van VWS noemt in de notitie *Op weg naar AWBZ-uitvoering door zorgverzekeraars* en het verzoek om de uitvoeringstoets een aantal voordelen van het overhevelen van taken van zorgkantoren naar zorgverzekeraars:

- Het verdwijnen van de zorgkantoorregio's vormt een voorwaarde voor een betere coördinatie van zorg. De huidige regionalisering in de AWBZ staat op gespannen voet met het verzekeringskarakter van de AWBZ. De regionale schaal van de zorginkoop door het zorgkantoor is steeds minder goed in verband te brengen met de landelijk werkende instellingen en met de zorgbehoefte en wensen van de verzekerden.
- De relatie tussen de verzekerde en de verzekeraar verbetert. De verzekerde krijgt hierdoor een sterkere positie. Verzekerden krijgen één aanspreekpunt voor de Zvw en de AWBZ (mits zijn zorgverzekeraar de Zvw én de AWBZ uitvoert; een zorgverzekeraar heeft hiertoe in het basismodel geen verplichting).

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

- In potentie is er een betere aansluiting mogelijk tussen de uitvoering van de Zvw en de AWBZ. VWS oppert de mogelijkheid dat zorgverzekeraars een 'breed pakket care en cure' gaan aanbieden (mits zorgverzekeraar de Zvw en de AWBZ uitvoert; zie hierboven).
- Er is potentieel een iets grotere prikkel voor zorgverzekeraars om de AWBZ goed uit te voeren (uitvoering voor eigen verzekerden en dus mogelijke imagoschade bij slechte uitvoering).
- De verantwoording over de uitvoering van de AWBZ vindt door formeel verantwoordelijke zorgverzekeraars zelf plaats.
- Het is mogelijk de juridische basis van toezicht beter te borgen.

Het ministerie van VWS noemt ook een aantal randvoorwaarden en aandachtspunten die bij overheveling van de zorgkantoortaken naar zorgverzekeraars belang zijn:

- Wijziging van wet- en regelgeving.
- In kaart brengen relevante informatie die verzekeraars-AWBZ nodig hebben om per 2009 met de zorginkoop van start te gaan.
- Invulling van het budget per zorgverzekeraar.
- Invoering van een informatie- en declaratiesysteem.
Een eenduidige relatie tussen geleverde prestatie en de prijs daarvan, door invoering van een vorm van elektronisch declaratieverkeer op cliëntniveau tussen de aanbieder en de verzekeraar. Daartoe is het noodzakelijk om te kijken naar de tariefstructuur en naar de werkprocessen, administraties en software bij de zorgverzekeraars en de zorginstellingen. Ook moet toetsing plaatsvinden op de privacyaspecten tegen de achtergrond van de wetgeving op het gebied van de bescherming van persoonsgegevens.
- Uitvoering van de PGB-regeling in de nieuwe context.
- Beperken van de toename van administratieve lasten.

3.2 Risicoanalyse basismodel VWS

Kort gezegd komt het basismodel van het ministerie van VWS erop neer dat de taken die de zorgkantoren momenteel uitvoeren per 2009 worden overgedragen aan zorgverzekeraars (niet risicodragend). De financiering van de zorgaanbieders - die nu nog centraal verloopt via het Centraal Administratie Kantoor (CAK) -, maakt in de toekomst plaats voor een financiering per individuele zorgverzekeraar, die verantwoordelijk is voor de AWBZ-kosten van zijn verzekerden.

De NZa deelt de visie van het ministerie van VWS wat betreft de genoemde voordelen en aandachtspunten van de uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars. Zij wijst er wel op dat een aantal voordelen afhankelijk is van de manier waarop het model specifiek en/of in de praktijk wordt ingevuld. Met name is van belang of alle zorgverzekeraars zich ook zullen aanmelden voor uitvoering van de AWBZ. Bij de toetsing van de toezichtaspecten in 3.3 komt dit punt nog nader aan de orde. De risicoanalyse start met een aanvulling op de voordelen van invoering van het basismodel. Daarbij gaat de NZa eerst afzonderlijk in op de voordelen van opheffing van de bestaande mandaatconstructie (3.2.1) en daarna op de voordelen van overheveling van taken naar zorgverzekeraars (3.2.2). Aan het voorstel van VWS om de AWBZ te laten uitvoeren door zorgverzekeraars zijn echter ook risico's en nadelen verbonden. Een overzicht hiervan geeft 3.2.3. In 3.2.4 volgen enkele kanttekeningen bij de specifieke vormgeving van de uitvoering door zorgverzekeraars. De NZa sluit de risicoanalyse van het

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

voorstel van VWS af met de randvoorwaarden die zij in aanvulling op die van VWS van belang acht.

3.2.1 Voordelen opheffen zorgkantoren

In de knelpuntenanalyse in hoofdstuk 2 is al aangegeven dat er sprake is van een kloof tussen de formele verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor de uitvoering van de AWBZ en de feitelijke uitvoering door zorgkantoren, en van een aantal problemen die dit oplevert voor adequaat toezicht. De middelen die zijn ingezet om de knelpunten in ieder geval voor een gedeelte op te lossen (zoals het *Convenant taken en beheerskosten zorgkantoren*, in combinatie met het *Besluit aanwijzing zorgkantoren*), voorzien niet in de solide juridische basis die voor een effectief en handhaafbaar toezicht noodzakelijk is. Los van enige overweging op grond van betaalbaarheid of het invoeren van efficiëncyprikkels in de uitvoering van de AWBZ, is de NZa er daarom groot voorstander van om de huidige zorgkantoorconstructie zo spoedig mogelijk af te schaffen.

Daarbij tekent de NZa wel aan dat de onzekerheid die nu over de invulling van de zorgkantoren bestaat de huidige taken van de zorgkantoren in gevaar kan brengen. Het is om die reden van groot belang deze taken zo snel mogelijk over te hevelen, hierover naar de zorgkantoren duidelijkheid te scheppen en maatregelen te treffen om de taakuitoefening in de tussenliggende periode te waarborgen.

In principe zijn er twee opties om de risico's van de zorgkantoorconstructie weg te nemen:

- (1) De zorgkantoren kunnen worden geformaliseerd als zelfstandige uitvoerders van de AWBZ (op een schaalniveau dat past bij de huidige situatie).
- (2) Zorgverzekeraars worden daadwerkelijk rechtstreeks aanspreekbaar op de uitvoering van de AWBZ, in aansluiting op de formele verantwoordelijkheid die zij daarvoor nu al hebben.

In de eerste optie wordt de band met verzekeraars doorgesneden en veranderen de zorgkantoren in publieke organen. Dit zou ook een landelijk orgaan kunnen zijn. In de tweede optie voert de AWBZ-zorgverzekeraar de publieke taak uit en komt de band tussen consument en verzekeraar juist centraal te staan. Het ministerie van VWS kiest in het basismodel voor de laatste optie. In dit hoofdstuk 4 wordt de keuze van VWS besproken. Daarin is er aandacht voor de regionale schaal, de risicodragendheid en de band tussen verzekeraar en cliënt. In hoofdstuk 5 komen eventuele andere uitvoeringsmodaliteiten aan de orde.

3.2.2 Voordelen uitvoering door zorgverzekeraars

De keuze van het ministerie van VWS is gebaseerd op de eerder genoemde voordelen van uitvoering door zorgverzekeraars:

- opheffing van de beperkingen voor bovenregionale inkoop;
- één aanspreekpunt voor de verzekerde, sterkere positie verzekerde;
- een betere aansluiting tussen de Zvw en de AWBZ;
- betere prikkels voor zorgverzekeraars om de AWBZ goed uit te voeren.

Naast de voordelen die VWS heeft genoemd, ziet de Nza nog als voordeel dat de machtsverhoudingen tussen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars natuurlijker worden. Er is geen sprake meer van slechts één inkoper, waardoor zorgaanbieders een minder sterke prikkel hebben om te fuseren als dit niet de doelmatigheid ten goede komt.

3.2.3 Risico's en nadelen overheveling zorgkantoortaken naar zorgverzekeraars

Overheveling van zorgkantoortaken naar zorgverzekeraars brengt ook risico's en nadelen met zich mee. Hier volgt een overzicht:

- Nauwelijks extra marktprikkels
In het basismodel zijn ten opzichte van de huidige uitvoering door zorgkantoren nauwelijks extra marktprikkels opgenomen. Het model leunt dus ongeveer even zwaar op een overheid die vooraf duidelijk maakt welke prestaties zij van de uitvoerende instantie verwacht en die achteraf controleert of de regels zijn nageleefd. Dit probleem, dat één van de redenen voor afschaffing van de zorgkantorconstructie vormt, blijft in het basismodel dus grotendeels bestaan. In 3.3 gaat de NZa in op de consequenties die dit heeft voor de invulling van het toezicht. Hoofdstuk 5 beschrijft welke aanvullende prikkels volgens haar aan het basismodel kunnen worden toegevoegd.
- Toename transactiekosten
Afschaffing van de zorgkantoren als regionale zorginkopers leidt tot een toename van de transactiekosten voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Hierbij is het wel van belang te bedenken dat het tot de normale randvoorwaarden van een marktproces behoort om over prijzen en voorwaarden te onderhandelen en dat marktpartijen moeten kunnen beschikken over voldoende keuze-informatie. Deze extra kosten zijn dus noodzakelijk om de voordelen van meer marktwerking in de vorm van grotere doelmatigheid en hogere kwaliteit te kunnen bereiken. Binnen de grenzen van de mededingingsregelgeving is het mogelijk om door middel van het al dan niet toestaan van samenwerkingsconstructies te zoeken naar een balans tussen enerzijds voldoende concurrerende inkoop om efficiencywinsten mogelijk te maken en anderzijds samenwerking tussen partijen om transactiekosten voor zorgaanbieder en zorginkoper te verlagen. Ook de afschaffing van de centrale financiering en betaling van verleende zorg door individuele zorgverzekeraars-AWBZ leidt tot een toename van de transactiekosten. Uitgaande van de invoering van zzp's in de intramurale zorg is er echter nauwelijks sprake van een extra toename.
- Verschuiving administratieve lasten
Na opheffing van de zorgkantoren moeten alle zorgverzekeraars-AWBZ zelf verantwoording afleggen over de manier waarop zij de AWBZ voor hun eigen verzekerden hebben uitgevoerd. Afhankelijk van het aantal zorgverzekeraars dat de AWBZ gaat uitvoeren, betekent dit een toename of een afname van het aantal uitvoerende instanties dat verantwoording moet afleggen. Voor zover sprake is van een toename van de administratieve lasten, is dit vooral het gevolg van de afschaffing van de centrale financiering en de invoering van prestatiebekostiging. Bij betaling op basis van 'boter bij de vis' is er immers meer informatie, controle en verantwoording nodig om te kunnen vaststellen of de betalingen uit de AWBZ rechtmatig zijn. Overigens is het goed om op te merken dat er ten opzichte van de huidige formele situatie sprake is van een forse afname van de administratieve lasten: ook nu zijn het eigenlijk de zorgverzekeraars die voor de uitvoering van de AWBZ verantwoordelijk zijn en daarover verantwoording moeten afleggen. De zorgkantoren aan wie de zorgverzekeraars hun taken via een mandaat- of volmachtconstructie hebben overgedragen, zouden met het oog op die verantwoording aan elke zorgverzekeraar informatie moeten aanleveren over de uitvoering van de AWBZ voor zijn verzekerden. Afschaffing van de zorgkantorconstructie en uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars zelf vermindert dus

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

de administratieve lasten ten opzichte van de huidige formele uitvoeringsstructuur.

- Afwenteling kosten Zorgverzekering op AWBZ

Bij de inkoop van AWBZ-zorg door zorgverzekeraars hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om betere afspraken te maken over de aansluiting van curatieve zorg en (langdurige) verpleging en verzorging (waaronder de nazorg na een ziekenhuisoperatie). Dit is een belangrijk voordeel, maar omdat deze vormen van zorg gedeeltelijk substitueerbaar zijn, zou er wel een prikkel moeten bestaan om tot een meest doelmatige verhouding tussen deze vormen van zorg te komen. Nu is dit niet het geval omdat de inkoopende partij - de verzekeraar - bij de inkoop van AWBZ-zorg geen risico loopt, maar bij de inkoop van curatieve zorg wel. Hoewel op dit moment afwenteling ook al mogelijk is, blijven deze mogelijkheden in de huidige situatie beperkt door het feit dat de verzekeraar die concessiehouder in een bepaalde regio is, de AWBZ mede namens alle andere verzekeraars uitvoert. In het voorstel zal de verzekeraar echter uitsluitend voor zijn eigen verzekerden AWBZ-zorg gaan inkopen, waardoor de mogelijkheden tot afwenteling toenemen. Pas wanneer de verzekeraar zowel risicodragend wordt gemaakt over de kosten van de AWBZ-zorg als over de kosten van de Zvw-zorg, ontstaat er voor hem een prikkel om de meest doelmatige uitvoeringsoptie te kiezen en geen kosten af te wentelen.

- Reguleringsonzekerheid zolang nog geen duidelijkheid bestaat over marktmodel uitvoering AWBZ op langere termijn

Het huidige voorstel is bedoeld ter overbrugging van een periode waarin duidelijk moet worden op welke manier de AWBZ er in de toekomst moet uitzien en waar verantwoordelijkheden komen liggen om de consumentenbelangen te borgen. Wanneer er niet tijdig duidelijkheid bestaat over de toekomst van de AWBZ, kan de uitvoering opnieuw vastlopen. Echte investeringen in een goede uitvoering van de AWBZ blijven dan immers achterwege. Het ministerie van VWS zal daarom ten aanzien van verdere hervormingen in de AWBZ een pro-actieve houding moeten aannemen. Onderzoek naar de werking van de zorgverzekeringsmarkt en naar de WMO en investeren in randvoorwaarden om gedeelten over te hevelen naar zorgverzekeraars, verdienen veel aandacht.

Kostenbeheersing

In het model van VWS is geen plaats meer voor regionale budgetten, waarmee voorheen sturing op macrobetaalbaarheid plaatsvond. Dit beperkt de volumeprikkels en stelt om die reden nog hogere eisen aan de indicatiestelling dan op dit moment. Voorstellen om de waarborgen voor de indicatiestelling te verbeteren, staan beschreven in hoofdstuk 7. Prikkels om een grotere doelmatigheid te realiseren kunnen volgen uit inkoopprikkels bij zorgverzekeraars, regulering van aanbieders en grotere verantwoordelijkheid voor de consument. Deze komen in hoofdstuk 6 aan de orde.

- Ontstaan van nieuwe tussenconstructies

De NZa wijst op de mogelijkheid dat er nieuwe samenwerkingsconstructies zullen ontstaan. Deze constructies kunnen de transactiekosten verlagen. Om te bepalen of samenwerkingsconstructies wenselijk zijn of niet, gelden in principe dezelfde argumenten als voor de afweging wie de AWBZ het beste kan uitvoeren: zorgverzekeraars of zorgkantoren. Wanneer de keuze valt op uitvoering door zorgverzekeraars, is het raadzaam ook te overwegen om toekomstige mandaat- en volmachtconstructies (de 'regiovertegenwoordiging') uit te sluiten of ten minste te normeren; dit ook om te voorkomen dat de feitelijke situatie opnieuw de

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

formele regeling ontgroeit. Of het inderdaad mogelijk is om een dergelijke samenwerkingsconstructies op te zetten, hangt waarschijnlijk af van de uitwerking en de keuzes voor die het ministerie van VWS nog moet maken over de vormgeving van de uitvoering door zorgverzekeraars. Dit is onderwerp van 3.2.5.

3.2.4 Randvoorwaarden

Naast de randvoorwaarden die het ministerie van VWS noemt, ziet de NZa de nog een aantal aspecten waarmee bij de overheveling van zorgkantoortaken naar zorgverzekeraars rekening moet worden gehouden. Deze aspecten zijn:

– Maatregelen om de zorgkantoortaken in de periode tot de afschaffing van de zorgkantoren te borgen.

Wanneer de zorgverzekeraars onvoldoende voordeel kunnen behalen bij de uitvoering van de AWBZ, is het de vraag of zij deze taak wel zullen willen blijven uitvoeren. Door op voorhand duidelijk aan te geven waar alle stelselwijzigingen naartoe gaan, kunnen verzekeraars beter inschatten of zij er voordelen in zien om de zorgkantoortaken te blijven uitvoeren en kunnen zij worden gestimuleerd om ondanks de beperkte voordelen op de korte termijn, toch in de uitvoering van de AWBZ te investeren.

– Constructie voor financiering herallocatietraject invoering zzp's

Bij de invoering van de nieuwe bekostiging op basis van zzp's is een overgangperiode voorzien om de verschillen in doelmatigheid tussen instellingen geleidelijk af te bouwen. Gedurende deze periode vindt er een budgetallocatie plaats van instellingen die nu op basis van de huidige bekostigingsregels minder dan de gemiddelde prijs per zzp krijgen, naar instellingen die meer dan de gemiddelde prijs per zzp ontvangen. Deze herallocatie kan op twee manieren plaatsvinden:

- *Verrekening vanuit de centrale kas:*

Bij het maken van afspraken over de invoering van zzp's is uitgegaan van de bestaande situatie met zorgkantoren als centrale inkoper. Vanuit deze situatie is voor de oplossing gekozen om de verrekening vanuit de centrale kas te laten plaatsvinden.

- *Opslag op de prijs:*

Een andere optie is om, net als in de ziekenhuiszorg, wanneer de instelling onder de nieuwe bekostigingsregels minder vergoed krijgt te werken met een opslag op de prijs. Omgekeerd geldt voor instellingen die nu de zorg onder de gemiddelde prijs leveren, in dat geval een korting op de prijs. Deze laatste optie kunnen verzekeraars uitvoeren; wel bemoeilijkt dit het vaststellen van budgetten per verzekeraar (zie 3.2.2)

– Verantwoordelijkheid voor beheer wachtlijsten

Elk zorgkantoor is nu verantwoordelijk voor het beheer van de wachtlijsten. Deze verantwoordelijkheid moet opnieuw worden belegd. Na overheveling van de zorgkantoortaken zal een zorgverzekeraar wachtlijsten voor zijn eigen verzekerden kunnen bijhouden. Het ligt wellicht meer voor de hand om het CIZ de wachtlijsten landelijk te laten beheren. Mogelijk ligt hier ook een taak voor de NZa om partijen te verplichten aan de verantwoordelijke wachtlijstbeheerder informatie te verstrekken. De situatie wordt overigens eenvoudiger wanneer zzp's de basis voor de bekostiging vormen. Instellingen hebben daarmee immers een financiële prikkel om te melden dat iemand daadwerkelijk in zorg is genomen.

3.2.5 Specifieke aandachtspunten voorgestelde invulling

*Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren***3.2.5.1 Zorgverzekeraar Zvw en zorgverzekeraar AWBZ in afzonderlijke rechtspersoon**

Op grond van een aantal verschillende (maar parallel lopende) juridische overwegingen vindt het ministerie van VWS het aan te raden dat de zorgverzekeraar-Zvw en de zorgverzekeraar-AWBZ in afzonderlijke rechtspersonen (binnen hetzelfde verzekeringsconcern) zijn ondergebracht. Hierbij denk VWS aan:

- voorkoming van een aanbestedingsplicht in de Zvw;
- voorkomen dat een nevenbedrijf wordt uitgevoerd;
- scheiding van publiek en privaat verzekeringsbedrijf;
- niet van toepassing worden van Europese schaderichtlijnen.

De NZa onderschrijft deze analyse in brede zin. Op een aantal punten maakt zij hieronder aanvullende opmerkingen.

Aanbesteding zorgverzekeraars

Naar aanleiding van de invoering van het nieuwe zorgstelsel hebben de zorgverzekeraars advies ingewonnen over de vraag of op de aanbestedingsplicht van toepassing is en op welke manier zij hiermee kunnen omgaan.³⁴ Het Europese aanbestedingsrecht voorziet in bindende spelregels voor inkoopactiviteiten door overheden ('aanbestedende diensten').³⁵

Deze aanbestedingsregels gelden voor instellingen die belast zijn met het voorzien in behoeften van algemeen belang (positief criterium). Er bestaat geen harde lijn of dit criterium wel of niet van toepassing is op gezondheidszorg. (Voor diensten op het gebied van de gezondheidszorg bestaat wel een vereenvoudigd regime.³⁶) Indien daarentegen sprake is van activiteiten van industriële of commerciële aard, zijn de aanbestedingsregels niet van toepassing (negatief criterium). Daarbij gaat het erom of sprake is van:

- concurrentie
- economisch risico
- winstoogmerk

De zorgkantoren voldoen op dit moment aan geen van deze drie criteria en vallen dus waarschijnlijk onder 'aanbestedende diensten'. Met de voorgestelde uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars moeten deze vervolgens naar alle waarschijnlijkheid voldoen aan deze Europese regelgeving. Recentelijk is hiervoor door de zorgverzekeraars zelf een leidraad opgesteld³⁷.

Het is echter niet duidelijk in hoeverre de zorgkantoren zich aan deze leidraad gebonden voelen of zich daaraan houden. Ook is de leidraad nog niet in lijn met het Europese aanbestedingsrecht omdat er sprake is van regionale inkoop, die partijen uit andere EU lidstaten nog steeds uitsluit.

³⁴ ZN-circulaire van 14 oktober 2005 met daarbij gevoegde notitie van G.R.J. de Groot van Pels Rijcken en Drooglever Fortuijn.

³⁵ Raamwet EEG-voorschriften aanbestedingen, Stb 1993, 212 (laatst gewijzigd per Stb 2006, 593); Besluit overheidsaanbestedingen, Stb 2005, 4008. Beide zijn sinds de vervanging van de separate Richtlijnen Werken, Leveringen en Diensten gebaseerd op Richtlijn 2004/18/EG van het Europese Parlement en de Europese Raad van 31 maart 2004 voor de coördinatie van de procedures voor het plaatsen van overheidsopdrachten voor werken, leveringen en diensten.

³⁶ Een inkoop van AWBZ-zorg die wordt gekwalificeerd als 'aanbestedende dienst' zal ten aanzien van zijn andere uitgaven voor goederen en diensten (zoals automatisering en bouwopdrachten) echter wel aan de strengere (algemene) regels moeten voldoen.

³⁷ Leidraad contracteerbeleid zorgkantoren 2006, publiek document ZN.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Het verdient dan ook de voorkeur om bij opheffing van de zorgkantoren een adequate regeling voor de aanbesteding door AWBZ-verzekeraars te treffen, respectievelijk hen op de noodzaak hiervan te wijzen.

De consequentie hiervan is dat voor de verzekeraars, hoewel dit voor hun Zvw-activiteiten niet het geval is,³⁸ als zij werkzaamheden gaan uitvoeren als AWBZ-uitvoeringsorganen in principe een aanbestedingsplicht bestaat. Naarmate bij de AWBZ-verzekeraars meer risico komt te liggen en het voor hen aantrekkelijker (en mogelijk) wordt om winst te maken en naarmate hun aanbod naar de verzekerden zich zodanig differentieert dat er sprake is van concurrentie, zal deze aanbestedingsplicht vervallen. Op zich kunnen deze ontwikkelingen wenselijk zijn als doelmatigheidsprikkels.

Om te voorkomen dat de aanbestedingsplicht die op hun AWBZ-activiteiten rust 'overslaat' op hun Zvw-activiteiten, hebben de meeste verzekeraars ervoor gekozen hun zorgkantoor met ingang van 2006 in een aparte rechtspersoon onder te brengen. De overweging van het ministerie van VWS om deze constructie na afschaffing van de zorgkantoren toe te passen op de activiteiten van de zorgverzekeraars in het kader van zowel de Zvw als de AWBZ is terecht. Uit de *Derde Schaderichtlijn* (die van toepassing op de Zvw-activiteiten van de zorgverzekeraars) vloeit bovendien voort dat hetzelfde rechtssubject niet tegelijkertijd verzekeringsactiviteiten en 'sociale activiteiten' mag verrichten.³⁹ Vanuit een toezichtperspectief is een zo duidelijk mogelijke scheiding tussen de AWBZ- en de Zvw-activiteiten van de verzekeraars eveneens wenselijk.

Toepasselijkheid Derde Schaderichtlijn

In de analyse van het ministerie van VWS zou de Derde Schaderichtlijn niet toepasselijk zijn op de AWBZ, omdat de werkgever de premie bepaalt en de belastingdienst deze int en omdat de werkgever ook de omvang en de bijzonderheden van de diensten die het uitvoeringsorgaan verricht op eenvormige wijze voor alle verzekerden vaststelt.⁴⁰ Deze criteria sluiten helemaal aan bij de eerder genoemde criteria om te bepalen of sprake is van een 'economische activiteit'.

Daar staat tegenover dat ziektekostenverzekeringen en ook *verzekeringen die in het kader van een wettelijk stelsel van sociale zekerheid voor eigen risico worden uitgeoefend*⁴¹ wel onder de Derde Schaderichtlijn vallen. Voor de beoordeling of de Derde Schaderichtlijn van toepassing is zal naast de vraag of sprake is van concurrentie en winstgevendheid ook een rol spelen in hoeverre maatregelen worden ingevoerd die de risicodragendheid van verzekeraars vergroten."

Het belang van de Derde Schaderichtlijn ligt niet zozeer in het verbod op goedkeuring van polisvoorwaarden en ingrijpen in de tariefvrijheid door de lidstaten, maar in het feit dat de uitzonderingen hierop die voor zorgverzekeraars en particuliere ziektekostenverzekeraars gelden genormeerd zijn. Het systeem van de Zvw zou hiermee in lijn zijn, zodat ook de toepasselijkheid van de Derde Schaderichtlijn op de AWBZ-

³⁸ Vergelijk G.R.J. de Groot, *Zorgverzekeraar en aanbestedingsplicht*, *Zorg en Financiering* 2005, nr 8; anders C. Bartels, *Zijn zorgverzekeraars onder de nieuwe zorgverzekeringswet nog aanbestedingsplichtig?*, *Tijdschrift aanbestedingsrecht* 2005, blz 130-144.

³⁹ HvJ EG in zaak C-109/99, *Association basco-béarnaise des opticiens indépendants*, *Jurispr.* 2000, blz. I-7247.

⁴⁰ HvJ EG in zaak C-355/00, *Freskot*, *Jurispr.* 2003, blz. I-5263.

⁴¹ HvJ EG in zaak C-206/98, *Commissie v België*, *Jusripr.* 2000, blz. I-3509, rechtsoverweging 44.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

verzekeraars – wanneer de uitvoering van deze verzekering te zijner tijd als economische activiteit moet worden aangemerkt – niet onoverkomelijk lijkt. Het is dan wel van belang dat hiermee bij de vormgeving van de AWBZ-uitvoering als economische activiteit rekening wordt gehouden.

3.2.5.2 Mogelijkheden toekomstige regiovertegenwoordiging

In de beschrijving van het publiekrechtelijke uitvoeringsmodel dat het ministerie van VWS voorstelt, is geen sprake van mogelijkheden voor verzekeraars om collectief in te kopen. Regionale inkoop samenwerking blijft echter een manier om de beheerskosten zo laag mogelijk te houden en afhankelijk van de manier waarop verzekeraars de inkoopkosten vergoed krijgen, zullen zij een meer of minder sterke prikkel ondervinden om juist op deze kosten te bezuinigen. Het is dan ook goed denkbaar dat verzekeraars in het geval zij geen risico dragen ervoor kiezen om de inkoop uit te besteden aan een collectief, zoals dat ook gebeurde in het ziekenfondsmodel met regiovertegenwoordiging. Daar leidde dit per regio tot onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars, waarbij aan de verzekeringskant de grootste verzekeraar voor die regio deelnam en verder de regiovertegenwoordiger, te weten een verzekeraar die alle overige verzekeraars vertegenwoordigde. Vervolgens werden per instelling collectieve afspraken gemaakt. De overheid bekrachtigde deze afspraken later door de instellingsbudgetten vast te stellen. In dit verband tekent de NZa wel aan dat ook de instellingsbudgettering wordt afgeschaft en per zorgverzekeraar sprake is van toebedeling van budgetten die op premies zijn gebaseerd en gerelateerd aan hun verzekerdenbestand. In dat geval zal dus geen sprake zijn van het vaststellen van instellingsbudgetten of tarieven door de overheid.

Op deze plaats analyseert de NZa hoeveel ruimte zorgverzekeraars zouden hebben na het afschaffen van de verbindingkantoren/zorgkantoren om vervolgens *zelf* opnieuw regionale inkoop samenwerking te organiseren. Daarbij zijn een aantal aspecten relevant:

- **Formele verantwoordelijkheid**
Tenzij er een aanpassing van de publiekrechtelijke regeling op dit punt plaatsvindt, zal de formele verantwoordelijkheid blijven liggen bij de zorgverzekeraars die hun eigen AWBZ-taken uitbesteden.
- **Effectief toezicht op feitelijke uitvoering**
Een herhaling van de genoemde bezwaren tegen de huidige vorm van regiovertegenwoordiging (zorgkantoren) zouden voor de toekomst na afschaffing van de zorgkantoren dan ook moeten worden voorkomen. Dit is mogelijk door middel van normering van toekomstige mandaat- en volmachtconstructies. Het gaat er hierbij om te voorzien in effectieve verantwoording naar het uitvoeringsorgaan, zodat ook effectief toezicht daarop mogelijk is.
- **Algemeen mededingingsrecht**
Verder is een beoordeling nodig op basis van het algemeen mededingingsrecht⁴². Dit heeft een drietal aspecten:

⁴² Een formele vaststelling of het mededingingsrecht al dan niet van toepassing is en geschonden wordt kan vanzelfsprekend alleen gegeven worden door de rechter of door de NMa als het verantwoordelijke bestuursorgaan. Hier wordt dan ook niet meer beoogd dan het geven van een risicoanalyse in de context van de gevraagde uitvoeringstoets, zonder dat hiermee de bedoeling is of kan zijn om vooruit te lopen op enig rechterlijk oordeel of besluitvorming door de NMa.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

- Is het algemeen mededingingsrecht in principe van toepassing? (Vallen AWBZ-verzekeraars onder het ondernemingsbegrip?).
- Zo ja, is hier dan ook het kartelverbod van toepassing? (Of is slechts sprake van een voorbereidingshandeling van een overheidsbesluit?).
- Zo ja, wat zijn dan de consequenties van de toepassing van de algemene benadering van inkoopsamenwerking?

De antwoorden op deze vragen zijn mede afhankelijk van de manier waarop de systeemwijziging precies gestalte krijgt. In algemene zin gaat de NZa hier achtereenvolgens kort op de drie vragen in.

- **Toepasselijkheid algemeen mededingingsrecht**

Uit de juridische bijlage bij de notitie van het ministerie van VWS blijkt dat zij er vanuit gaat dat uitvoering van de AWBZ geen economische activiteit is in de zin van het mededingingsrecht. Dit betekent dat in de toekomst ook de AWBZ-verzekeraars als uitvoeringsorganisaties geen ondernemingen zullen zijn en het gehele mededingingsrecht, inclusief het kartelverbod van artikel 6 Mededingingswet, daarmee dus niet van toepassing is. Bij het bepalen of partijen ondernemingen zijn, wordt hun gedrag aan de aankoopkant minder relevant geacht.⁴³ De belangrijkste vraag is of er sprake is van *het aanbieden van goederen en diensten op een bepaalde markt* door partijen zelf.⁴⁴ Het ministerie van VWS concludeert op basis van het AOK-arrest dat zelfs een zekere vrijheid om premies vast te stellen (waarin het basismodel niet voorziet) en daarmee onderlinge concurrentie om verzekerden aan te trekken (die in beginsel overigens wel mogelijk is en mogelijk toeneemt doordat AWBZ-verzekeraars steeds ook in onderlinge concurrentie Zvw-verzekeringen aanbieden) hier niet aan afdoen. Bepalend voor deze conclusie in de AOK-zaak was dat sprake was van een uitsluitend sociaal oogmerk gebaseerd op het beginsel van nationale solidariteit en het ontbreken van winstoogmerk, dit in het bijzonder gezien het bestaan van:

- identieke (wettelijk bepaalde) verplichtingen ten aanzien van verzekerden die niet gerelateerd zijn aan de hoogte van de premies;
- een risicovereveningssysteem waardoor compensatie van onderling uiteenlopende kosten en risico's plaatsvindt.

Hiermee zou onderlinge concurrentie bij het verlenen van de wettelijk verplichte diensten ontbreken terwijl concurrentie op

⁴³ Voor de zorgkantoren is een verwante analyse te vinden in NMa, *Visiedocument AWB-zorgmarkten*, januari 2004, blz 30-31. Wat betreft de activiteiten van de zorgverzekeraars (via de zorgkantoren) op het gebied van de *inkoop* van AWBZ-zorg verwijst de NZa naar de uitspraak van het Gerecht van Eerste Aanleg EG (GEA) in de zaak FENIN. Het GEA herhaalde hier dat onder 'economische activiteit' moet worden verstaan *het aanbieden van goederen en diensten op een bepaalde markt* en niet aankoopactiviteiten als zodanig. GEA in zaak T-319/99, FENIN, Jurispr. 2003 blz. II-357, bevestigd in HvJ EG 11 juli 2006 zaak C-205/03P, FENIN, (nog niet gepubliceerd). Wat betreft *het aanbieden van goederen en diensten op een bepaalde markt* stelde de NMa dat hier voor de zorgkantoren destijds nog geen sprake was. Dit was gebaseerd op de redenering dat zorgkantoren onder streng toezicht stonden en dat sprake was van mechanische wettoepassing. Omdat de wettelijke basis voor toezicht op zorgkantoren ontbreekt evenals voor de zorgkantoren als zodanig, is het twijfelachtig of op de activiteiten van zorgkantoren nog sprake kan zijn van een mechanische wettoepassing.

⁴⁴ Zie HvJ EG in zaak C-41/90, Höfner en Elser, Jurispr. 1991 blz. I-1979, punt 21.; HvJ EG in gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01, AOK-Bundesverband e.a., Jurispr. 2004 blz. I-2493, punt 46.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

premies niet relevant werd geacht. Daar zijn voor het basismodel een aantal kanttekeningen bij te plaatsen:

- Naarmate verzekeraars zich gaan onderscheiden op de prestaties die zij leveren (wat op zichzelf vanuit kwaliteitsoverwegingen wenselijk zou zijn) en hier dus feitelijk op concurreren, verschuift de balans in de richting van een constatering dat sprake is ondernemingen.
- Ook de spillover van concurrentie uit de Zvw-markt kan dit proces versterken. Aangezien vergelijkbare samenwerking in Zvw-markten in ieder geval wel onder het mededingingsrecht zal vallen, kan het bestaan van nauwe samenwerking bij de inkoop in aanpalende markten ook om die reden bezwaarlijk zijn.
- Feitelijk bestaat er nog geen risicovereveningssysteem voor de AWBZ-verzekeraars. Dit zou dan moeten worden gecreëerd en dienen te voldoen aan de genoemde voorwaarden om buiten het EU-mededingingsrecht te kunnen vallen. Daarnaast leggen mogelijk ook andere EU-regels aan de inrichting van een dergelijk systeem beperkingen op.⁴⁵
- Naarmate er bij verzekeraars naast het populatierisico dat zij via een nog in te voeren vereveningssysteem gecompenseerd krijgen meer financieel risico wordt gelegd (hetgeen uit doelmatigheidsoverwegingen juist gewenst is), is het de vraag of het criterium dat geen sprake is van een risicodragende activiteit nog van toepassing is.
- Ook het invoeren van prikkels die te maken hebben met winsttoegmerk (waarzonder risicodragendheid voor de verzekeraars niet aantrekkelijk is), leidt in de richting van het ondernemingsbegrip.

Overigens geldt ook dat beperking van de resterende ruimte voor concurrentie van activiteit die op zich gereguleerd is, kan problematisch zijn. Het zal in ieder geval waarschijnlijk moeilijk zijn om effectieve doelmatigheidsprikkels in te bouwen en toch buiten het mededingingsrechtelijke ondernemingsbegrip te blijven. Dit is een complexe materie die dan ook nog uitgebreide nadere analyse van de voorgestelde specifieke constructie(s) zal vergen. Het is daarom de vraag of de invoering respectievelijk het eventuele behoud van de regiovertegenwoordiging voldoende belangrijk is om zich deze beperkingen op te willen (blijven) leggen.

- **Toepasselijkheid kartelverbod**

Wat betreft de mogelijke analogie met de regiovertegenwoordiging waarvan nu nog sprake is bij het maken van productie- en/of capaciteitsafspraken in het A-segment onder de WVG, geldt dat de NMa deze tot nu toe uitsluitend heeft geaccepteerd omdat *de afspraken tussen de zorginstelling en de zorgverzekeraars te beschouwen zijn als niet meer dan een noodzakelijke stap in de procedure van de totstandkoming van een besluit van een overheidsorgaan*.⁴⁶ Om

⁴⁵ Het gaat dan om de regels voor diensten van algemeen economisch belang, respectievelijk staatsteun, bijzondere en exclusieve rechten in samenhang met vrij verkeer en misbruik van economische machtspositie en de schadeverzekeringsrichtlijnen. Het is niet doenlijk om hier in het kader van de huidige toets dieper op in te gaan. Tot nu toe wordt gewerkt met de principes vastgelegd in de uitspraak van het HvJ EG in zaak C-280/00, Altmark Trans GmbH, Jurispr. 2003, blz. I-7747. Veel hangt af van de uitkomst in het beroep tegen de goedkeuring van de Europese Commissie van risicovereveningssystemen in Ierland en meer recentelijk in Nederland in de volgende zaken voor het GEA: T-289/03, British United Provident Association, (nog aanhangig), Pb EG 2003, C 264/32; en met name het beroep in T-84/06, Azivo, (nog aanhangig), Pb EG 2006, C 108/27.

⁴⁶ Brief NMa aan CTG/Zaio van 9 maart 2006 "informele zienswijze regiovertegenwoordiging":

die reden zou het kartelverbod in het geheel niet van toepassing zijn (dus zelfs zonder dat het nodig is om gebruik te maken van de uitzonderingen die dit verbod zelf mogelijk maakt). Overheidsmaatregelen die kartelafspraken bevorderen of overbodig maken zijn overigens wel zelf in strijd met het EU-verdrag. Bovendien zal de constructie die de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) hanteert alleen gelden als voldaan is aan de voorwaarde van centrale budgettering (en tariefvaststelling), iets waar het ministerie van VWS ook in het basismodel juist vanaf wil om doelmatigheidsprikkels te kunnen inbouwen. De NZa beveelt dan ook aan om de NMa vooraf te vragen zich hier opnieuw over uit te spreken.

- **Algemene regels voor inkoop samenwerking**
Indien sprake is van ondernemingen en er geen beroep mogelijk is op de constructie van voorbereidingshandelingen voor het totstandkomen van een besluit van een overheidsorgaan, gelden de gewone regels voor inkoop samenwerking. Dit betekent dat inkoop samenwerking bij een gezamenlijk marktaandeel van minder dan 15% waarschijnlijk niet problematisch is. Daarboven hangt dit van andere factoren af, waaronder de aanbodzijde.⁴⁷ De regiovertegenwoordiging die het oude model voor het A-segment van de ziekenhuiszorg volgt, zal deze drempel welhaast per definitie ruim overschrijden en zich dus steeds in de gevarenzone bevinden. Gezamenlijk onderhandelen met de grootste partijen zal op basis van de standaard die de NMa tot nu toe hanteert, dan juist niet meer mogelijk zijn. In hoeverre inkoop samenwerking tussen kleinere partijen wel mogelijk is, hangt af van de omstandigheden van het geval (enerzijds de mate van mededingingsbeperking en anderzijds mogelijk compenserende factoren zoals efficiencywinst waarin consumenten kunnen meedelen). De NZa vindt dat ook hierover de NMa vooraf moet worden geconsulteerd.
- **Aanmerkelijke marktmacht**
Ongeacht de eventuele toepasselijkheid van het algemene mededingingsrecht moet in ieder geval worden voldaan aan de regels die de NZa handhaaft met betrekking tot aanmerkelijke marktmacht (AMM). (In dit geval is namelijk niet vereist dat sprake is van 'ondernemingen'; een marktpartij - respectievelijk een zorgaanbieder of een zorgverzekeraar - volstaat.) De NZa heeft aangegeven dat zij minder problemen in inkoopmacht ziet dan in verkoopmacht en dus op het eerste gezicht pas een AMM-analyse zal overwegen als sprake is van aanzienlijke marktaandelen op de inkoopmarkt in combinatie met hoge marktaandelen op de verkoopmarkt.⁴⁸ Dit lijkt regiovertegenwoordiging volgens het traditionele model per definitie uit te sluiten.

http://www.nmanet.nl/Images/informele%20zienswijze%20zorg_tcm16-85027.pdf. Dit standpunt is gebaseerd op HvJ EG in zaak C-35/99, Arduino, Jurispr. 2002, blz. I-1529.

⁴⁷ Vergelijk NMa, *Richtsnoeren samenwerking ondernemingen*, Staatscourant 7 april 2005, nr 67, blz 20-24, para 106; NMa, *Visiedocument inkoopmacht*, December 2004, para 96-104; NMa, *Richtsnoeren voor de zorgsector*, oktober 2002, para 152-163; Besluit DG NMa van 13 oktober 2000, gevoegde zaken 145 en 652, Inkoop samenwerkingsovereenkomst ziekenfondsen VGZ, OZ en CZ; Mededeling van de Commissie, *Richtsnoeren inzake de toepasselijkheid van artikel 81 van het EG-Verdrag op horizontale samenwerkingsovereenkomsten*, Pb EG 2001, C 3/2.

⁴⁸ NZa, *Consultatiedocument aanmerkelijke marktmacht in de zorg*, januari 2007.

*Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren***3.2.5.3 Eén aanspreekpunt voor Zvw- en AWB-zorg**

Wanneer de zorgverzekeraar verplicht is zowel de Zvw als de AWBZ uit te voeren of voor beide zorgvragen tenminste aanspreekpunt te zijn, en verzekerden gelijktijdig van verzekeraar wisselen voor zowel de AWBZ als de Zvw, dan zal er ook één aanspreekpunt voor de consument zijn. Het voorstel van het ministerie van VWS is nog niet duidelijk over de uiteindelijke koppeling tussen uitvoering van de Zvw en de AWBZ. De relatie tussen zorginkoper en verzekerde, de keuzemogelijkheden en de één loketgedachte zijn afhankelijk van de keuze van de uiteindelijke variant en in hoeverre gezamenlijke inkoop wordt toegestaan.

Een nauwere koppeling tussen de Zvw en de AWBZ kan bovenstaande voordelen van uitvoering door verzekeraars versterken. Er kan worden overwogen om dit vooraf te regelen door de uitvoering van de AWBZ verplicht te stellen en de inschrijving van een AWBZ-verzekeraar te koppelen aan zijn inschrijving voor de Zvw.

3.2.5.4 Vergroting van de risicodragendheid

Om verzekeraars sterkere doelmatigheidsprikkels te geven is het mogelijk om hen in plaats van de werkelijk inkoopkosten de gemiddelde kosten per zvp te vergoeden. Dit is een vorm van maatstafconcurrentie en ex post-risicoverevening, waarbij op prijs kan worden geconcurrerd. Of het wenselijk is om verzekeraars een dergelijke prikkel te geven, is afhankelijk van het gekozen reguleringsmodel. Wanneer de keuze valt op maatstafconcurrentie aan de aanbodzijde, is het niet per se nodig om risicodragendheid bij verzekeraars in te voeren. Waar de maatstaf het beste zou kunnen komen te liggen, is afhankelijk van de onderliggende marktfaalens die moeten worden gecorrigeerd. Als de maatstaf wordt opgelegd vanwege machtsposities van aanbieders door schaarste, door concentratie van marktaandelen en door toetredingsdrempels, dan is het effectiever om die aan de aanbodzijde op te leggen. Inkopers zullen immers geen lagere prijzen kunnen bedingen in gevallen waarin aanbieders over marktmacht beschikken.

Vergoeding op basis van werkelijke inkoopkosten kan echter ook perverse prikkels voor de verzekeraars tot gevolg hebben. AWBZ-verzekeraars zullen door de koppeling met de Zvw feitelijk in concurrentie met elkaar staan. Als er voor de verzekeraar totaal geen financieel risico aanwezig is, heeft deze mogelijk een prikkel om bij de AWBZ een *te hoog* kwaliteitsniveau in te kopen en zich hiermee in de concurrentieslag om de (Zvw-)cliënten te onderscheiden. Om te voorkomen dat er sprake is van een te hoog kwaliteitsniveau ten opzichte van de kosten, zou om die reden enige mate van risicodragendheid kunnen worden ingevoerd.

Hoofdstuk 6 gaat uitgebreid in op de rol van de inkoper, afhankelijk van het bekostigingsmodel. Hierbij komt ook aan de orde wat het effect van risico dragen kan hebben op de AWBZ uitvoering.

3.3 Toezichttoets

In deze paragraaf behandelt de NZa de toezichtaspecten van het voorstel van het ministerie van VWS om de zorgkantoortaken over te hevelen naar zorgverzekeraars. Hierbij is uitgegaan van het 'basismodel' zoals dat beschreven is in de brief van 9 juni 2006 aan de Tweede Kamer. De mogelijkheden om dit model uit te breiden met aanvullende prikkels voor ondernemerschap, zijn in eerste instantie buiten beschouwing gelaten. Deze komen aan de orde in 6.4.

Aspecten toezichttoets

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

In een toezichttoets beoordeelt de NZa of het na invoering van de voorgestelde maatregelen mogelijk is om aan het toezicht adequaat invulling te geven. De NZa gaat na op welke manier dat toezicht er ongeveer zou moeten komen uit te zien, welke randvoorwaarden daarvoor gelden en of zij knelpunten voorziet. Waar mogelijk reikt de NZa oplossingsrichtingen aan.

Voor de beantwoording van de vraag of de NZa als toezichthouder in de nieuwe situatie voldoende mogelijkheden heeft om adequaat toezicht te kunnen houden, kijkt de NZa naar vier randvoorwaarden:

- a. *Toezichtdomein*: omvat het toezicht alle relevante aspecten en alle relevante partijen?
- b. *Normenkader*: is duidelijk wat van alle partijen wordt verwacht en waarop de toezichthouder hen kan aanspreken?
- c. *Informatie ten behoeve van de oordeelsvorming*: kan de toezichthouder voldoende informatie vergaren om tot een oordeel over de uitvoering te komen?
- d. *Mogelijkheden voor ingrijpen en sancties*: heeft de toezichthouder ook bevoegdheden en middelen om in te grijpen als dat nodig is?

Hiervoor is al geconcludeerd dat het basismodel van het ministerie van VWS in vergelijking met het zorgkantoormodel nauwelijks extra marktprikkels bevat (zie 3.2.1). Deze conclusie heeft tot gevolg dat een 'stevig toezicht' noodzakelijk is. Er zijn immers nauwelijks *checks en balances* in de uitvoeringsstructuur zelf opgenomen die waarborgen dat de uitkomsten van de markt in overstemming zijn met de publieke doelstellingen toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid. Met het oog daarop is het cruciaal dat wordt voldaan aan de hieronder uitgewerkte randvoorwaarden die vanuit toezichtoogpunt aan de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars moeten worden gesteld. Als het niet of slechts ten dele lukt om aan die randvoorwaarden te voldoen, heeft dat gevolgen voor de mate waarin het mogelijk is de gewenste uitkomsten van de AWBZ-markt voor de publieke doelstellingen te waarborgen. Bovendien is het, zoals ook het ministerie van VWS in haar verzoek om een uitvoeringstoets constateert, effectiever als aansporing van de uitvoerder tot een doelmatige uitvoering en meer kwaliteit sterker door de klant plaatsvindt en minder door de overheid. In 6.4 beschrijft de NZa welke aanvullende prikkels volgens haar aan het basismodel kunnen worden toegevoegd.

Randvoorwaarden adequaat toezicht

Toezichtdomein NZa

Om een optimale bijdrage te kunnen leveren aan het waarborgen van de publieke doelstellingen *toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid* van zorg, is het van belang dat het toezicht van de NZa alle relevante marktpartijen omvat dan wel op een andere manier adequaat is geregeld. Relevante spelers bij de uitvoering van de AWBZ in het basismodel zijn de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders, het CIZ en het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Ziektekosten (CAK BZ), dat betrokken blijft bij de uitvoering van de eigen bijdrageregelingen. Van deze spelers valt het CIZ als enige niet onder het toezicht van de NZa.

Borging objectieve, betrouwbare en uniforme indicatiestelling

Het CIZ blijft verantwoordelijk voor de indicatiestelling ('claimbeoordeling'). Aangezien het hier om de toegangspoort tot het

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

gebruik van AWBZ-zorg en AWBZ-geld gaat, is het voor de publieke doelstellingen en daarmee ook voor een sluitend toezicht van groot belang dat de indicatiestelling voldoet aan de eisen die het ministerie van VWS daaraan in haar notitie stelt: *objectief, betrouwbaar* en *uniform*. Verzekerden (in de rol van potentiële zorggebruiker, maar ook als betaler), verzekeraars, zorgaanbieders en overheid moeten erop kunnen vertrouwen dat er te weinig noch te sprake is van indicatie van zorg ten laste van de AWBZ. Hoofdstuk 7 gaat nader in op de eisen die het marktmodel dat de NZa heeft voorgesteld aan de invulling van de indicatiestelling stelt.

Zorgverzekeraars rechtstreeks aanspreekbaar op uitvoering

Een voordeel van de overheveling van de zorgkantoortaken naar zorgverzekeraars is dat zorgverzekeraars rechtstreeks aanspreekbaar worden op de uitvoering van de AWBZ. In de huidige situatie zijn zorgverzekeraars immers ook al verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden en zouden zij daarover ook verantwoording moeten afleggen, ook over het deel van de taakuitvoering dat zij hadden aan zorgkantoren gemandateerd. Geleidelijk is de uitvoering van de AWBZ, ook door toedoen van de overheid, feitelijk steeds meer bij de zorgkantoren komen te liggen, zonder betrokkenheid van de formeel verantwoordelijke zorgverzekeraars en zonder verantwoording aan hen. Registratie van gegevens over zorgverlening en zorgbetaling vindt niet op cliëntniveau plaats, waardoor een verantwoording per verzekeraar zelfs niet mogelijk is. De overheid maakt via het *Convenant taken en beheerskosten zorgkantoren* met ZN afspraken over wat zij van de zorgkantoren verwacht. Aangezien zorgverzekeraars niet over de informatie beschikken om verantwoording af te leggen en verantwoording door zorgverzekeraars via de zorgkantoren bovendien tot een volstrekt ondoelmatige situatie zou leiden, werd ook de toezichthouder gedwongen zich bij deze situatie aan te sluiten: de NZa beoordeelt de uitvoering van de AWBZ in de huidige situatie op basis van verantwoording door de 'concessiehouders' van één of meer zorgkantoren. Prestatiebeoordeling vindt plaats op het niveau van concessiehouders en zorgkantoren. Alleen in geval van gerechtelijke procedures is de formele verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar nog zichtbaar. Eerder is al aangegeven hoe risicovol de zorgconstructie formeel-juridisch is en welke knelpunten dat met zich brengt. De opheffing van de zorgkantoren maakt een einde aan deze knelpunten. De NZa vindt dit, zoals gezegd, een belangrijk voordeel van invoering van het voorstel van het ministerie van VWS. Wel zijn daarbij vanuit toezichtoogpunt de volgende vragen van belang:

1. Gaan alle zorgverzekeraars zich aanmelden voor de uitvoering van de AWBZ?
2. In hoeverre zullen verzekeraars kiezen voor samenwerkingsconstructies bij de uitvoering van de AWBZ?

Ad 1. Als niet alle zorgverzekeraars naast de Zvw ook de AWBZ willen uitvoeren, vervallen bepaalde voordelen van de overheveling van zorgkantoortaken naar zorgverzekeraars (zie 3.2.5.3). Vanuit toezichtoogpunt is vooral een aandachtspunt dat goed wordt geregeld wie de toezichthouder kan aanspreken op de uitvoering van de AWBZ voor de verzekerden die hun zorgverzekering hebben afgesloten bij een zorgverzekeraar die zich niet heeft aangemeld voor uitvoering van de AWBZ. Overigens moet uiteraard ook voor de verzekerde duidelijk zijn wie zijn AWBZ-verzekeraar is, mocht dit een andere zijn dan zijn zorgverzekeraar Zvw.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Ad 2. Een risico is dat als zorgverzekeraars onvoldoende voordeel zien om zelf in de uitvoering van de AWBZ te investeren, zij zelf weer kiezen voor samenwerkingsconstructies. Uitgangspunt voor NZa is dat zij zorgverzekeraars rechtstreeks aanspreekt op de uitvoering van de AWBZ en op hun verantwoordelijkheden die zij in dat kader hebben (bijvoorbeeld voor het zo kort mogelijk houden van de wachttijden voor zorg).

Toezicht op rechtmatige en doelmatige uitvoering AWBZ

De aspecten waarop de NZa toezicht moet houden zijn, net als in de huidige situatie, de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Het toezicht omvat voor de AWBZ ook de financiële rechtmatigheid, dat wil zeggen dat uitgaven uitsluitend ten laste van de AWBZ mogen worden gebracht als is voldaan aan de eisen die daarin bij of krachtens de AWBZ zijn gesteld.

In haar risico-analyse heeft de NZa aangegeven dat overheveling van zorgkantoortaken naar zorgverzekeraars, zodat deze de AWBZ voor hun eigen verzekerden gaan uitvoeren, een (verhoogd) risico met zich meebrengt dat zorgverzekeraars kosten van de Zvw afwentelen op de AWBZ. Door bij haar controles op de rechtmatigheid van de uitgaven AWBZ aan dit punt de nodige aandacht te besteden, kan de NZa dit risico beperken. De NZa is bevoegd daartoe eisen te stellen aan de controles door de externe accountant. Randvoorwaarde is wel dat de prestaties op basis van de AWBZ en de Zvw voldoende onderscheidend zijn.

Normenkader voor prestaties verzekeraars

Zoals is aangegeven blijft na overheveling van de zorgkantoortaken naar zorgverzekeraars, voor zover geen aanvullende prikkels worden ingevoerd, de situatie bestaan waarbij de overheid een vrij zware rol heeft om vooraf in detailregels duidelijk te maken welke prestaties zij van zorgverzekeraars verwacht en achteraf te controleren of de regels zijn nageleefd. Zonder duidelijke normen of vastgelegde prestaties is er geen aangrijpingspunt voor toezicht. In de huidige situatie boden wet- en regelgeving onvoldoende duidelijkheid en is met name in het *Convenant taken en beheerskosten zorgkantoren* dat het ministerie van VWS, het CVZ en ZN hebben gesloten, aangegeven welke taken de zorgkantoren moeten uitvoeren en welke invulling daarbij van hen wordt verwacht. Aangezien op veel punten sprake was van een geleidelijke verbetering van de uitvoering zijn de convenantsafspraken sinds de sluiting van het eerste convenant in 2001 periodiek geactualiseerd. Bij de jaarlijkse beoordeling van de uitvoering van de AWBZ op rechtmatigheid en doelmatigheid en de invulling van de prestatiebeoordeling van zorgkantoren vormden deze afspraken en de normen die daaruit konden worden afgeleid, uitgangspunt voor het toezicht. Omdat in de convenantsafspraken veel rekening is gehouden met de ontwikkelingsfase waarin de zorgkantoren zich bevonden en met het feit of de zorgkantoren de mogelijkheid hadden zelf de gevraagde prestatie te beïnvloeden, scoorden zorgkantoren over het algemeen goed op de prestatie-indicatoren, ondanks dat in de uitvoering van de AWBZ nog veel te verbeteren was.

Ook na overheveling van de zorgkantoortaken naar zorgverzekeraars moet de overheid voldoende duidelijkheid bieden over wat zij van zorgverzekeraars die de AWBZ gaan uitvoeren verwacht met het oog op de toegankelijkheid, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg, en daaruit moeten ook prikkels tot verbetering voortkomen.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Speciale aandacht is daarbij nodig voor de eisen aan de rechtmatigheid van uitgaven: welke kosten mogen zorgverzekeraars onder welke voorwaarden ten laste van de AWBZ brengen? De mogelijkheden om financiële correcties aan te brengen nemen toe na overheveling van zorgkantoortaken naar zorgverzekeraars, de wijziging van de bekostigingsstructuur en het beschikbaar komen van informatie over de (kosten van de) zorg op individueel niveau. In dat kader, en gelet op de ervaringen die zijn opgedaan met de uitvoering van de Ziekenfondswet, is het relevant om tijdens de voorbereiding van de voorgestelde uitvoeringsstructuur de vraag te beantwoorden welke ruimte de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de toezichthouder moeten krijgen om bij de financiering van uitgaven uit de AWBZ eigen afwegingen te kunnen maken en bepaalde controletoleranties te hanteren (wanneer zijn uitgaven 'onrechtmatig' en in hoeverre is het mogelijk onrechtmatige uitgaven toch ten laste van de AWBZ te brengen en, voor zover zorgverzekeraars onrechtmatige uitgaven achteraf niet ten laste van de AWBZ mogen brengen, wie deze uitgaven dan wel moet financieren en op welke manier?).

De concrete invulling van de normen is mede afhankelijk van de aanvullende maatregelen waarmee de invoering van het basismodel vergezeld gaat. Vastlegging van de normen in regelgeving verdient de voorkeur boven een nieuw convenant. De juridische status van een convenant is immers onduidelijk en zorgverzekeraars zijn daaraan uitsluitend gebonden door middel van de handtekening van hun brancheorganisatie(s).

Informatievergaring en oordeelsvorming

Na opheffing van de zorgkantoren moeten zorgverzekeraars over de uitvoering van de AWBZ zelf aan de NZa verantwoording afleggen. Dit sluit aan bij het uitgangspunt dat wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van bepaalde wet- en regelgeving, zich daarover ook moet verantwoorden. De NZa kan aan de verantwoording door zorgverzekeraars eisen stellen.

Naarmate er meer of beter werkende checks en balances in het marktmodel aanwezig zijn (bijvoorbeeld kritische verzekerden die bereid zijn van zorgverzekeraar te wisselen of naar de rechter te stappen als een zorgverzekeraar onvoldoende invulling geeft aan zijn verantwoordelijkheid als AWBZ-uitvoerder), kan het toezicht terughoudender zijn en de informatie-uitvraag beperkter. De NZa maakt voor de invulling van haar toezicht gebruik van een risicoanalysemodel. Verschil tussen het toezicht op de uitvoering van de Zvw en dat op de AWBZ blijft dat het bij de Zvw alleen om de rechtmatigheid van de uitvoering gaat en bij de AWBZ om toezicht op zowel de rechtmatigheid (inclusief de financiële rechtmatigheid) als de doelmatigheid, met de bijbehorende informatiebehoefte. Vanzelfsprekend maakt de NZa ter beperking van de toezichtslast ook in de AWBZ gebruik van de resultaten van controles eerder in de keten, voor zover die voldoen aan de eisen die zij vanuit het oogpunt van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid stelt.

Het basismodel laat de mogelijkheid open dat een zorgverzekeraar ervoor kiest niet zelf de AWBZ voor zijn verzekerden uit te voeren. Zolang de zorgverzekeraar voldoet aan het uitgangspunt dat wie verantwoordelijk is ook verantwoording moet afleggen, voorziet de NZa wat betreft de informatievergaring geen knelpunten. Ook als zorgverzekeraars (tijdelijk) voor samenwerkingsconstructies kiezen (bijvoorbeeld voor de zorginkoop of zorgtoewijzing in gebieden waar zij weinig verzekerden hebben), blijft de zorgverzekeraar zelf voor de

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

uitvoering van de AWBZ verantwoordelijk. In dat geval zal hij zorg moeten dragen voor een zodanige informatie-uitwisseling dat hij zich ook over dat deel van de uitvoering naar zijn verzekerden en de toezichthouder kan verantwoorden.

Interventiemogelijkheden toezichthouder

Toezichthouder moet indien nodig effectief en doelmatig en proportioneel kunnen ingrijpen. In principe lijkt het bestaande handavingsinstrumentarium van de NZa daartoe voldoende mogelijkheden te bieden. Voorwaarde daarvoor zijn duidelijke normen op de naleving waarvan de NZa zorgverzekeraars kan aanspreken.

Conclusie toezichtbaarheid basismodel VWS

Van de genoemde randvoorwaarden is er één waarvan op voorhand niet duidelijk is of hieraan voldoende invulling kan worden gegeven. Het gaat daarbij om het vooraf voldoende duidelijk maken wat in de nieuwe context van zorgverzekeraars die de AWBZ gaan uitvoeren wordt verwacht. De NZa besteedt aan dit punt nadere aandacht bij haar voorstellen voor aanvullende maatregelen in 6.4.

3.4 Link naar toekomstig beleid AWBZ

De afgelopen jaren zijn een aantal onderzoeken gedaan naar de mogelijkheden om de AWBZ op een meer doelmatige manier vorm te geven. Sterk oplopende kosten, het vooruitzicht op een sterk vergrijzende bevolking en een dreigend tekort aan verplegend personeel hebben veel organisaties ertoe gezet om te onderzoeken of het niet mogelijk is om de AWBZ in de toekomst anders - dat wil zeggen beter - vorm te geven, zodat de kwaliteit en de betaalbaarheid van de langdurige zorg behouden kunnen blijven.

Het CVZ was één van de eerste die met een rapport over de inrichting van de AWBZ naar buiten kwam⁴⁹. In dat rapport suggereerde het CVZ om het gedeelte van de AWBZ dat op welzijn is gericht, over te hevelen naar de door de gemeenten uitgevoerde WMO, en het zorggedeelte van de AWBZ over te brengen naar de Zvw. Deze overheveling werd vooral ingegeven door de grote mate van samenhang tussen delen van de AWBZ en het gemeentelijke respectievelijk verzekerde domein. Ook het tweede rapport over de inrichting van de AWBZ, geschreven door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), beveelt overheveling van taken naar gemeenten en zorgverzekeraars aan. In het model van de RVZ geldt er echter een eigen verantwoordelijkheid voor mensen op het gebied van wonen en welzijn. De verantwoordelijkheid voor de verzorging van mensen zou in dit model in handen van de gemeenten komen, terwijl de daadwerkelijke medische zorg kan worden overgeheveld naar de Zvw.

De adviezen van het CVZ en de RVZ vormden de basis voor een nieuw onderzoek, ditmaal door een aantal ministeries verzameld in een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO). Ook het IBO concludeerde dat overheveling van de AWBZ gedeeltelijk naar de gemeenten en gedeeltelijk naar zorgverzekeraars een goed model was. Zo was het IBO van mening dat de zorg voor licht en matig gehandicapten en voor chronisch psychiatrische patiënten het beste door de gemeenten kon worden uitgevoerd vanwege de grote samenhang met lokaal beleid. De

⁴⁹ Zorg en participatie gegarandeerd: een uitwerking van het rapport toekomst AWBZ, CVZ 2005

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

zorg voor ouderen en voor lichamelijk- en zintuiglijk gehandicapten daarentegen zag het IBO het beste belegd bij de zorgverzekeraars. Voor de zeer complexe zorg, bijvoorbeeld voor zwaar gehandicapte of psychiatrische patiënten, vormt centrale overheidssturing nog een optie. Het Centraal Planbureau (CPB), dat zich voornamelijk concentreerde op de ouderenzorg, sloot voor deze markt bij de conclusie van het IBO aan.

Alle besproken modellen concluderen dat de vormgeving van de AWBZ-zorg doelmatiger kan. Welke partij daarvoor het meest geschikt is, is afhankelijk van een aantal randvoorwaarden die eerst nader moeten worden uitgezocht. Zo is onder andere nog onduidelijk op welke termijn het mogelijk is om voor de AWBZ met het oog op de uitvoering door de zorgverzekeraars een voldoende goed risicovereveningssysteem te ontwikkelen. Andere aandachtspunten zijn de onafhankelijkheid van de indicatiestelling, externe effecten en de mate waarin afstemming tussen de verschillende regelingen mogelijk is. Een directe overheveling naar de Zvw of de WMO lijkt om deze redenen niet goed mogelijk.

Het voorstel van het ministerie van VWS is niet de uitkomst van één van de genoemde onderzoeken naar de optimale structuur van de AWBZ. Het voorstel kan wel worden beschouwd als een eerste stap in de richting van een meer risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars.

Ondertussen kan onderzoek naar meer structurele ingrepen en de voorbereiding daarvan, zoals overheveling naar Zvw of de WMO, gewoon voortgaan. De kennis van de inkoop van de AWBZ blijft gedurende die tijd bij het zorgkantoor c.q. de zorgverzekeraar behouden.

3.4.1 Toekomstanalyse AWBZ door de NZa

In hoofdstuk 2 heeft de NZa de huidige knelpunten in de AWBZ geschetst. Deze problemen doen zich voor op alle markten en hebben niet alleen te maken met structurele kenmerken van de AWBZ-zorg, de zorgvragers en de zorgaanbieders, maar ook met de huidige marktordening. Het voorstel van het ministerie van VWS, zoals dat in de voorgaande hoofdstukken is geanalyseerd, vormt een eerste stap om meer doelmatigheidsprijkels in de AWBZ te kunnen introduceren. Het moet gezien worden in het licht van verdere stappen om gedeelten van de AWBZ over te hevelen naar meer risicodragende segmenten van zorg en welzijn.

Hiermee zijn echter niet alle knelpunten opgelost. Het ministerie van VWS vraagt in de uitvoeringstoets aan te geven hoe de risico's die de NZa constateert kunnen worden opgelost. VWS vraagt onder andere te onderzoeken op welke manier zij in de voorgestelde structuur reguleringsinstrumenten beter kan inzetten. Hierbij vraagt het ministerie specifiek op welke manier het mogelijk is om meer doelmatigheidsprijkels in te bouwen via de bekostiging en hoe de positie van de consument kan worden verbeterd.

Hoofdstuk 5 geeft eerst een analyse van de structurele kenmerken van AWBZ-zorgmarkten en de fundamentele vormen van marktfaalen die inherent zijn aan deze zorg. In deze 'zero basebenadering' is geabstraheerd van de huidige regulering. Daarna beziet de NZa hoe deze markten er op termijn kunnen uitzien en welke regulering- en toezichtinstrumenten er dan nodig zijn.

Hoofdstukken 6 en 7 geven vervolgens antwoord op de vraag welke stappen op korte termijn noodzakelijk zijn om tot het gewenste

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

eindresultaat te komen. Hierbij gaat de NZa ook in op de specifieke vragen van het ministerie van VWS.

4. De afbakening van AWBZ-markten

4.1 Inleiding

De NZa is door het ministerie van VWS gevraagd om een uitvoeringstoets over een wijziging in de AWBZ die tot gevolg zal hebben dat de zorgkantoren, nu verantwoordelijk voor de inkoop van AWBZ-zorg bij aanbieders van zorg, worden opgeheven. Voor zo'n advies is het van belang een visie te ontwikkelen op de toekomst van de uitvoering van de AWBZ. Daarbij gaat het om onder andere de organisatie van de bekostiging van zorgaanbieders, de financiering van de zorg als geheel, de regulering van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en de rol van de overheid (een 'marktmodel'). Dit deel van het onderzoek is in opdracht van de NZa uitgevoerd door RBB Economics, een onafhankelijk economisch adviesbureau.

Aangezien de huidige marktconstellatie mede een gevolg is van het bestaande regelgevend kader, is het voor een lange termijnvisie nodig hiervan te abstraheren. Omdat er op dit moment sprake is van een volksverzekering, spelen de zorgverzekeraars bijvoorbeeld geen rol behalve bij de uitvoering van de zorgkantoorfunctie. Ook de bestaande prikkels voor de kwaliteit en prijs van de zorg hangen nauw samen met de manier waarop de AWBZ-zorg nu is georganiseerd. Zulke marktkenmerken, die het gevolg zijn van bestaande regelgeving, zijn minder relevant voor het ontwikkelen van een lange termijnvisie. Vanaf hier wordt deze lange termijn visie aangeduid als de 'zero-basebenadering'. Bij deze benadering gaat het erom welke AWBZ-markten er zijn en op welke manier die zich naar alle waarschijnlijkheid zullen ontwikkelen wanneer de huidige regelgeving niet zou bestaan. Vervolgens onderzoekt de NZa voor deze markten welke vormen van marktfaalen zich kunnen voordoen en welke marktmodellen (inclusief regulering) zulk marktfaalen kan voorkomen.

Omdat de lange termijnvisie betrekking heeft op de AWBZ-zorg, beschouwt de NZa in de zero-basebenadering de overheveling van de functie huishoudelijke verzorging naar de gemeenten (WMO) en de overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als gegeven.

De eerste stap in de analyse die leidt tot een lange termijnvisie is het bepalen van de markten die voor de AWBZ-zorg relevant zijn. Daarna onderzoekt de NZa welke marktmodellen in de rede liggen. Dit hoofdstuk 4 heeft betrekking op de eerste stap. Het afbakenen van relevante markten is een belangrijk hulpmiddel bij een concurrentieanalyse of bij het onderzoeken van de mogelijkheden voor concurrentie. De methode die de NZa gebruikt om markten af te bakenen, vindt haar oorsprong in het algemene mededingingsrecht. Hierin is de afbakening van relevante markten een eerste stap in de beoordeling van de gevolgen van fusies of overnames, van overeenkomsten tussen ondernemingen en van gedragingen van (dominante) ondernemingen. De nadruk ligt hier in de meeste gevallen op de werking van markten op de korte termijn, gegeven de marktstructuur op het moment van de analyse.

In de zero-basebenadering waar het hier om gaat, staat echter de ontwikkeling van AWBZ-markten op de lange termijn centraal. Daarbij wordt zoveel mogelijk geabstraheerd van bestaande kaders en ook in zekere mate van de bestaande structuur van de markt. Daarnaast is een

belangrijk verschil dat de afbakening van de relevante AWBZ-markten tot doel heeft marktmodellen te vinden waarin de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de AWBZ-zorg gewaarborgd is en niet beoordeling van de positie of de gedragingen van één of meer spelers op de markt, zoals dat in het mededingingsrecht gebruikelijk is.

In het licht hiervan kan het gerechtvaardigd zijn om in een zero-basebenadering wat ruimere kaders voor de afbakening van de markt te hanteren, met name waar het de mogelijkheden voor vraag- en aanbods substitutie betreft. Als gevolg hiervan is het denkbaar dat de afbakening van relevante markten in de huidige zero-basebenadering ruimer uitvalt dan wanneer de marktafbakening volledig in de context van de huidige marktstructuur zou plaatsvinden. De analyse kan dan ook tot een andere afbakening van markten leiden dan bij de toepassing van het algemene mededingingsrecht, zoals bijvoorbeeld de NMa dat doet bij het beoordelen van fusies tussen AWBZ-instellingen.

4.2 Conceptueel kader

4.2.1 Inleiding

Een relevante markt heeft een tweetal dimensies: de productmarkt (welke aanbieders van welke producten of diensten concurreren met elkaar?) en de geografische markt (in welk geografisch gebied wordt geconcentreerd?).⁵⁰

In onderstaande analyse gaat de NZa uitsluitend in op de afbakening van productmarkten. Hoewel geografische markten niet expliciet worden geanalyseerd, merkt zij wel op dat afnemers van AWBZ-zorg en/of hun familie vaak een voorkeur hebben voor zorg in de nabije omgeving en dat deze voorkeuren op de afbakening van de geografische markten van invloed kunnen zijn. De NZa houdt hiermee rekening, in haar analyse van de te verwachten mate van concurrentie in elk van de af te bakenen markten.

De Europese Commissie geeft de volgende definitie van een relevante productmarkt:⁵¹ *'een relevante productmarkt omvat alle producten en/of diensten die op grond van hun kenmerken, hun prijzen en het gebruik waarvoor zij zijn bestemd, door de consument als onderling verwisselbaar of substitueerbaar worden beschouwd.'*

Een hulpmiddel bij het afbakenen van relevante markten is de SSNIP- of hypothetische monopolist test⁵². In deze test staat de vraag centraal of een onderneming die de enige aanbieder van een product of dienst in een bepaald gebied zou zijn, (de hypothetische monopolist) in staat zou zijn de prijzen duurzaam en winstgevend met een klein percentage te verhogen.

De uitvoering van de SSNIP-test begint met de kleinst mogelijke markt. Dit startpunt zal van geval tot geval verschillen en bijvoorbeeld bij een fusie veelal worden gedefinieerd door bepaalde producten die beide partijen in een bepaald geografisch gebied leveren. Waar het om gaat is voor deze kleinst mogelijke markt vast te stellen of het voor een

⁵⁰ Een additionele dimensie is tijd. Deze dimensie speelt bijvoorbeeld een rol op energiemarkten, maar is niet relevant voor de AWBZ-markten.

⁵¹ Bekendmaking van de *Commissie inzake de bepaling van de relevante markt voor het gemeenschappelijke mededingingsrecht*. Publicatieblad Nr. C 372 van 09/12/1997, randnummer 7.

⁵² 'SSNIP' staat voor Small but Significant Non-transitory Increase in Price.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

denkbeeldige monopolistische aanbieder van deze producten winstgevend is om de prijs permanent met een klein maar significant percentage te verhogen.⁵³ Wanneer dit het geval is, vormen deze producten in de gegeven geografische markt een 'relevante' markt. Is een prijsverhoging niet winstgevend, dan worden andere producten en/of gebieden aan de relevante markt toegevoegd en vindt herhaling van de test plaats totdat een relevante markt is gevonden.

De factoren die van invloed zijn op de winstgevendheid van een prijsverhoging en daarmee op de afbakening van de relevante markt, zijn in een tweetal hoofdcategorieën onder te verdelen: vraagsubstitutie en aanbods substitutie. Hieronder gaat de NZa nader in op elk van deze factoren in de context van de AWBZ. Aanbodsubstitutie is in de zorg over het algemeen van groter belang dan vraagsubstitutie.

Over de SSNIP-test zelf valt nog op te merken dat deze vooral moet worden gezien als analysekader voor het afbakenen van relevante markten. Het zal in de praktijk niet altijd mogelijk zijn om alle stappen in de SSNIP-test empirisch op een exacte wijze te valideren; de test geeft echter wel aan binnen welk kader interpretatie van het beschikbare bewijsmateriaal moet plaatsvinden.

4.2.2 Vraagsubstitutie

'Vraagsubstitutie' is het overstappen van afnemers naar beschikbare alternatieven (substituten) voor het product waarop het onderzoek betrekking heeft. Wanneer er geen substituten voor dit product beschikbaar zijn, kan een denkbeeldige monopolist zijn prijzen winstgevend verhogen. Blijkt bij uitvoering van de SSNIP-test echter dat afnemers bij een prijsverhoging in voldoende mate naar substituten buiten de afgebakende markt overstappen waardoor een prijsverhoging niet meer winstgevend is, dan moeten deze substituten tot de relevante markt worden gerekend.

De mogelijkheid tot vraagsubstitutie is in grote delen van de zorg beperkt. Met name in de cure is er over het algemeen geen substitutie tussen behandelingen voor verschillende diagnoses. Ook in de care geldt dit tot op zekere hoogte, vooral waar de vereiste zorg relatief complex of specialistisch is. Wel kan, zoals zal blijken, vraagsubstitutie tot op zekere hoogte worden verwacht tussen extramurale en intramurale zorg.

Een van de complicerende factoren bij het analyseren van vraagsubstitutie in de zorg is het feit dat de zorgvraag en betaling veelal niet aan elkaar zijn gekoppeld, in elk geval niet op korte termijn. In de cure vindt de betaling voor de zorgvraag van consumenten bijvoorbeeld plaats door de zorgverzekeraars. Dit neemt niet weg dat er op een wat langere termijn tussen de betaling en de zorgvraag wel degelijk een relatie kan bestaan. Doordat zorgverzekeraars met elkaar in concurrentie zijn, moet de vraag van consumenten bij een goed werkende zorgverzekeringsmarkt uiteindelijk tot uiting komen in de pakketten die de zorgverzekeraars aanbieden. Zelfs wanneer zorg uit gemeenschapsmiddelen wordt gefinancierd kan enige vraagsubstitutie

⁵³ In principe gaat het hierbij om de vraag of prijzen kunnen worden verhoogd tot boven het niveau dat in een concurrerende markt tot stand zou komen. Bij fusiezaken gaat het echter om het specifieke effect van de betreffende fusie op de huidige mate van concurrentie in de markt. Om deze reden is de vraag bij fusiezaken in hoeverre prijzen tot boven het huidige niveau verhoogd kunnen worden (dat niet noodzakelijkerwijs het niveau is dat in een concurrerende markt tot stand zou komen).

optreden, bijvoorbeeld wanneer de politiek ervoor kiest de toegang tot intramurale zorg te beperken als gevolg van een relatieve prijsverhoging van intramurale zorg.

4.2.3 Aanbodsubstitutie

Aanbodsubstitutie treedt op als aanbieders van andere producten hun productie kunnen omschakelen en op die manier de relevante markt kunnen betreden in reactie op een prijsverhoging. In dat geval behoren deze aanbieders tot de relevante markt. De NZa wijst erop dat een relatief kleine prijsverhoging een veel grotere stijging van de marges kan inhouden. Wanneer een denkbeeldige monopolistische aanbieder de prijzen met een klein percentage probeert te verhogen, kunnen andere aanbieders dus sterke financiële prikkels ondervinden om tot deze markt toe te treden.⁵⁴

Bij marktafbakening in mededingingszaken wordt aanbodsubstitutie in beginsel alleen in aanmerking genomen als toetreding op korte termijn en zonder significante kosten of risico's kan plaatsvinden.⁵⁵ De reden hiervoor is dat het uitsluitend onder deze voorwaarden zonder nader onderzoek kan worden aangenomen dat de betreffende aanbieders een directe invloed op de prijzen uitoefenen. Bij een afbakening van markten op lange termijn voor reguleringsdoeleinden is het echter mogelijk een wat ruimer kader te hanteren. De NZa interpreteert aanbodsubstitutie voor de doeleinden van haar zero-baseanalyse dan ook als alle potentiële mogelijkheden voor toetreding waarbij de verwachte opbrengsten van toetreding de kosten die hieraan zijn verbonden overtreffen, rekening houdend met de risico's die met toetreding gepaard gaan.

4.2.4 Asymmetrische substitutie

Substitutie, zowel aan de vraagkant als aan de aanbodzijde, kan symmetrisch *en* asymmetrisch zijn. Van symmetrische substitutie is sprake als product A concurrentiedruk uitoefent op product B en andersom. Asymmetrische substitutie treedt op als product A wel concurrentiedruk uitoefent op product B, maar omgekeerd niet. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als product A een nieuw product is dat als de 'opvolger' van product B kan worden beschouwd.

Ook in de AWBZ-sector is mogelijk sprake van asymmetrische substitutie. Zo is het denkbaar dat intramurale zorg wel concurrentiedruk uitoefent op extramurale zorg, maar niet andersom. Verder zou complexe zorg concurrentiedruk kunnen uitoefenen op niet-complexe zorg zonder dat dit in de omgekeerde richting het geval is. In het vervolg van dit hoofdstuk komt tot aan de orde.

Asymmetrische substitutie kan overlappende relevante markten tot gevolg hebben. Figuur 1 geeft bijvoorbeeld een situatie weer met asymmetrische (vraag- en/of aanbod)substitutie van A naar B (dus niet van B naar A). A is op grond hiervan een relevante markt. Het deel B

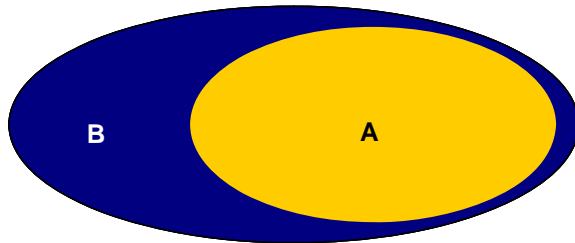
⁵⁴ Wanneer sprake is van een marge van 10%, dan zal een prijsverhoging van 10% een verdubbeling van de marge inhouden. Indien er geen of weinig vraaguitval optreedt, dan is het mogelijk de winst te verdubbelen. De aangenomen hypothetische prijsstijging van 5 tot 10% kan dus een erg grote invloed hebben op de winstgevendheid en daarmee op de prikkel van anderen om toe te treden.

⁵⁵ Bekendmaking van de *Commissie inzake de bepaling van de relevante markt voor het gemeenschappelijke mededingingsrecht*, hierboven geciteerd, randnummer 20.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

vormt als gevolg van de substitutie vanuit A op zichzelf echter geen relevante markt; wel is het mogelijk een markt voor het geheel te onderscheiden (A+B).

Figuur 1
Overlappende markten



Zoals in hoofdstuk 6 - dat op marktmodellen ingaat - zal blijken, kan er in zo'n situatie op praktische gronden toch voor worden gekozen om voor A en B afzonderlijke bekostigingsmodellen te hanteren.⁵⁶ Bij het model voor segment B moet in een dergelijk geval echter rekening worden gehouden met de concurrentiedruk die aanbieders in segment A uitoefenen. Dit kan aanleiding geven tot een 'lichter' model dan wanneer bepaling van de mate van concurrentie in de markt uitsluitend aan de hand van de aanbieders in segment B zou plaatsvinden.

4.3 Mogelijke dimensies voor afbakening van AWBZ-markten

4.3.1 Inleiding

Hoewel marktafbakening in principe op het kleinst mogelijke niveau moet beginnen, is dit gezien de omvang en diversiteit van de AWBZ voor de zero-base-analyse op macroniveau niet praktisch. In plaats hiervan onderscheidt de NZa een aantal mogelijke dimensies voor de marktafbakening en gaat zij voor elk van deze dimensies na in hoeverre een segmentatie gerechtvaardigd is.

Achtereenvolgens vindt een analyse plaats van de volgende mogelijke dimensies:

- onderscheid tussen complexe of specialistische zorg en overige zorg
- onderscheid tussen wonen en zorg
- onderscheid naar AWBZ-functie
- onderscheid naar doelgroep

Vervolgens wordt afzonderlijk ingegaan op de relatie van de afgebakende markten met zzp's.

4.3.2 Onderscheid tussen complexe/specialistische zorg en overige zorg

⁵⁶ Indien voor beide relevante markten (A en A+B) een bekostigingsmodel zou worden gehanteerd, dan zijn aanbieders in segment A aan twee bekostigingsmodellen onderhevig. Dit kan aanleiding geven tot praktische problemen.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

De AWBZ is een omvangrijke en heterogene sector waarin vele vormen van zorg worden geboden die op verschillende manieren te groeperen zijn. Een groot deel van de AWBZ-zorg is zorg die relatief eenvoudig van aard is, bijvoorbeeld het helpen bij de persoonlijke verzorging van cliënten of wondverzorging. Een deel van de AWBZ-zorg is echter complexer. Zo wordt een deel van de AWBZ-zorg geleverd door gespecialiseerde behandelaars. Daarnaast vereist de zorg aan bepaalde doelgroepen met een zware zorgbehoefte specifieke kennis of een multidisciplinaire aanpak. Het eerste mogelijke onderscheid dat de NZa dan ook zal analyseren, is dat tussen enerzijds complexe of specialistische vormen van zorg en anderzijds eenvoudigere vormen van zorg.

Tussen deze twee segmenten bestaat in principe geen vraagsubstitutie, aangezien een cliënt met een indicatie voor specialistische zorg of complexe zorg niet kan overstappen naar meer eenvoudige zorg. Ook het omgekeerde is niet te verwachten.

Wat betreft de mogelijkheden tot aanbodssubstitutie valt op voorhand aan te nemen dat deze asymmetrisch zullen zijn: een aanbieder van complexe of specialistische zorg zal op korte termijn ook niet-specialistische zorg kunnen leveren. Het omgekeerde is wellicht niet altijd het geval. Op basis hiervan valt het bestaan van een afzonderlijke markt (of meerdere markten) voor complexe of specialistische zorg niet uit te sluiten. Het is dan ook noodzakelijk om te onderzoeken in welke mate aanbodssubstitutie van eenvoudige naar meer complexe of specialistische vormen van zorg mogelijk is.

Het is in dit kader nuttig om de factoren in kaart te brengen waardoor bepaalde vormen van zorg een complex of specialistisch karakter kunnen hebben. Een mogelijke factor is de noodzaak om de beschikking te hebben over gespecialiseerd behandelend personeel, bijvoorbeeld psychiaters. Om actief te worden in de psychiatrie of andere specialismen is een langdurige opleiding vereist. In het licht hiervan is op het niveau van de individuele behandelaars geen aanbodssubstitutie vanuit andere beroepsgroepen te verwachten. Aangezien er evenmin een voldoende mate van vraagsubstitutie tussen verschillende specialismen zal bestaan, vormen de diverse specialismen in de AWBZ (bijvoorbeeld de psychiatrie) waarschijnlijk afzonderlijke relevante markten. Hetzelfde geldt mogelijk voor eventuele subspecialisaties, zoals de forensische psychiatrie.

Het is vervolgens de vraag of het bestaan van afzonderlijke relevante markten op het niveau van individuele specialismen consequenties heeft voor de mogelijkheid tot aanbodssubstitutie op instellingsniveau. Een instelling kan immers gebruik maken van het beschikbare aanbod op de markt voor het betreffende specialisme door personeel in dienst te nemen of hier een contract mee afsluiten. In feite is sprake van een verticale relatie tussen de markt op het niveau van het specialisme en de markt op instellingsniveau. Juist omdat er een markt op het niveau van het individuele specialisme bestaat, kan een instelling relatief eenvoudig over dit personeel beschikken. Een aanbieder van eenvoudige zorg kan door het benodigde personeel in dienst te nemen ook zorg met een behandelingscomponent leveren. De NZa concludeert dan ook dat het moeten aannemen van gespecialiseerd personeel de mogelijkheden voor aanbodssubstitutie van eenvoudige naar complexe of gespecialiseerde zorg niet in de weg staat.

Een andere factor die bepaalde vormen van zorg een complex of specialistisch karakter kan geven, is de mogelijke noodzaak van specifieke kennis op het niveau van de aandoening of doelgroep. Hierbij valt te denken aan kennis die niet kan worden verkregen door een

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

specialist in dienst te nemen, maar die op het niveau van de instelling als gevolg van jarenlange ervaring met het werken met een bepaalde groep mensen - wellicht in multidisciplinaire teams - verkregen is. In tegenstelling tot specialisten met een opleiding die voor dat specialisme relevant is, is voor dergelijke kennis wellicht geen sprake van een 'markt'. Eventuele nieuwe toetreders op de markt zijn voor de verwerving van deze kennis afhankelijk van de bestaande aanbieders. Aanbodsubstitutie van eenvoudige zorg naar deze specifieke vormen van zorg is daarom niet goed mogelijk.

In dit verband valt te denken aan de volgende vormen van zorg:⁵⁷

- zorg aan meervoudig zintuiglijk gehandicapten (vooral waar aangeboren)
- zorg aan aids-patiënten
- zorg aan gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten
- zorg aan zware GGZ-cliënten
- orthopedagogische zorg
- zorg aan cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH)
- zorg aan CVA-patiënten⁵⁸

Hoewel de detailafbakening van deze markten nader onderzoek zou vergen, is er in beginsel aanleiding om elk van deze vormen van zorg als een afzonderlijke relevante markt af te bakenen. Zoals echter opgemerkt gaat dat het hier om vrij kleine markten in relatie tot de totale AWBZ. Er is dus onderscheid te maken tussen enerzijds een aantal markten voor complexe of specialistische zorg en anderzijds alle overige vormen van AWBZ-zorg (hierna aangeduid als 'basiszorg'). De markten voor complexe of specialistische zorg zijn in twee hoofdgroepen onder te verdelen:

- markten op het niveau van individuele behandel-specialismen
- markten voor de zorg aan enkele specifieke doelgroepen zoals hiervoor genoemd

4.3.3 Onderscheid tussen wonen en zorg

Een aanzienlijk deel van de AWBZ-zorg wordt momenteel aangeboden in een intramurale setting, waarbij de cliënt in het gebouw of op het terrein van de instelling woont en daar ook de zorg krijgt aangeboden. Intramurale zorg valt dus te omschrijven als een bundel van wonen en zorg. Een ander deel van de AWBZ-zorg wordt extramuraal bij de cliënt thuis aangeboden. Hier zijn wonen en zorg dus niet gebundeld.

Het feit dat het aanbieden van AWBZ-zorg voor een deel gebundeld met het product 'wonen' plaatsvindt, roept de vraag op of de bundel van wonen en zorg waar deze bestaat een afzonderlijke relevante markt vormt. Als niet gesproken kan worden van een dergelijke markt voor een

⁵⁷ De lijst is bedoeld ter illustratie en heeft niet tot doel volledig te zijn.

⁵⁸ CVA staat voor CerebroVasculair Accident: een ongeluk in de bloedvaten van de hersenen oftewel een beroerte.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

bundel, kunnen wonen en zorg als afzonderlijke markten worden gedefinieerd.

De vraag of er voor bepaalde producten van een economische markt voor een bundel kan worden gesproken is niet uniek voor de AWBZ, maar een vraagstuk dat regelmatig een rol speelt bij de regulering van markten of in de analyse van mededingingsvraagstukken. OPTA heeft een aantal criteria gedefinieerd die in dit verband relevant zijn. Deze criteria zijn:⁵⁹

- De mate waarin de producten of diensten gezamenlijk worden aangeboden en afgenomen. Het bestaan van een markt voor een bundel is waarschijnlijker naarmate dit in sterkere mate het geval is.
- De mate waarin eindgebruikers de verschillende producten of diensten als bundel percipiëren. Ook hier geldt dat het bestaan van een markt voor een bundel waarschijnlijker is naarmate eindgebruikers de producten of diensten in sterkere mate als bundel percipiëren.
- De mate waarin de producten of diensten complementair, substitueerbaar of onafhankelijk van elkaar zijn. Als sterk complementaire goederen met elkaar in een bundel worden aangeboden, kan dit een argument zijn voor het bestaan van een markt voor de bundel.
- Het prijsverschil tussen de bundel en losse componenten. Als zulke prijsverschillen van dusdanige aard zijn dat de losse componenten in een groot aantal gevallen niet meer kunnen concurreren met een bundel van deze componenten, kan er sprake zijn van een markt voor de bundel.
- Een eventueel bestaande vaste verhouding waarin de componenten worden afgenomen. Het bestaan van een markt voor een bundel is waarschijnlijker als sprake is van een dergelijke vaste verhouding.
- Bij een zero-basebenadering is het van belang om deze criteria op basis van de fundamentele kenmerken van de betreffende producten te beoordelen. De bestaande situatie kan op basis van huidige of vroegere regelgeving een ander beeld geven.

Een eerste fundamenteel kenmerk betreft de vraag of wonen en zorg complementair, substitueerbaar of onafhankelijk van elkaar zijn. Twee producten zijn in economische zin complementair als een prijsverhoging van één product een negatieve invloed heeft op de vraag naar een ander product.⁶⁰ Producten vormen substituten als een prijsverhoging van het ene product een positieve invloed heeft op de vraag naar het andere product. Van onafhankelijke producten is sprake als een prijsverhoging van één van de producten de vraag naar het andere product niet beïnvloedt.

⁵⁹ Zie bijvoorbeeld het OPTA besluit van 21 december 2005 *Retailmarkten voor vaste telefonie*.

⁶⁰ Met andere woorden als de kruiselasticiteit tussen de twee producten negatief is.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

In het algemeen is het niet aannemelijk dat een (beperkte) stijging in woonkosten invloed zal hebben op de zorgvraag.⁶¹ Ook in omgekeerde richting is normaal gesproken van een stijging in zorgkosten op de woonbehoefte geen invloed te verwachten. Wonen en zorg zijn dan ook als onafhankelijke producten te beschouwen.

Een volgende vraag is of wonen en zorg in een zero-basesituatie als bundel of als losse producten aangeboden (en gepercipiëerd) zullen worden. In de huidige situatie is dit in veel gevallen wellicht inderdaad het geval. Het is echter de vraag in hoeverre het huidige aanbod in de AWBZ representatief is voor de voorkeuren van de huidige samenleving. Het beleid is er immers op gericht om mensen zo lang mogelijk in de eigen omgeving te verzorgen. Voor vormen van zorg waarvan het mogelijk is die zowel intramuraal als extramuraal aan te bieden, ligt het daarom niet voor de hand om ervan uit te gaan dat deze in een zero-basesituatie noodzakelijkerwijs als bundel worden aangeboden of dat eindgebruikers deze als zodanig percipiëren.

Een duidelijk voorbeeld hiervan zijn verzorgingshuizen. Een cliënt die momenteel in een verzorgingshuis verblijft, krijgt door de zorginstelling niet alleen de accommodatie maar ook alle zorg aangeboden. Deze combinatie is echter niet essentieel. Zo is het denkbaar dat de cliënt in een individuele woonomgeving blijft wonen, eventueel in de nabijheid van de zorgaanbieder, en de zorg thuis geleverd krijgt. De organisatie waarbij de cliënt de woning huurt, hoeft in dit scenario niet dezelfde organisatie te zijn als die de zorg levert. Ook zijn combinaties denkbaar waarbij de cliënt ervoor kiest om alleen door de week zorg van een zorgaanbieder af te nemen en in het weekend van mantelverzorgers gebruik te maken. Ook voor een deel van de verpleeghuispopulatie geldt dat de combinatie van wonen en zorg niet essentieel is.

Dit alles neemt niet weg dat ook in een zero-basebenadering een aantal aanbieders wonen en zorg waarschijnlijk *wel* als bundel zullen aanbieden, aangezien een bepaalde doelgroep wellicht nog steeds de voorkeur aan een gecombineerd aanbod zal geven. Te verwachten is dat bepaalde aanbieders voor de gebundelde benadering zullen kiezen en andere aanbieders zich hetzij als woonaanbieder, hetzij als zorgaanbieder zullen profileren. Ook in de huidige markt is deze ontwikkeling al zichtbaar.

Voor een aantal vormen van complexe zorg geldt echter dat deze minder goed los van de woonfunctie aangeboden kunnen worden. Het gaat hier in het bijzonder om vormen van zorg waarbij het noodzakelijk is de patiënt beveiligd op te nemen, zoals in de forensische psychiatrie. Ook voor cliënten met een erg zware zorgbehoefte - zoals cliënten met zowel een verstandelijke als een zintuiglijke handicap, ernstig demente bejaarden of GGZ-cliënten met een ernstige gedragsproblematiek - valt echter te verwachten dat het aanbieden van hun zorg vooral in combinatie met de woonfunctie, dus intramuraal, zal plaatsvinden. Voor

⁶¹ Doordat het beschikbare budget begrensd is en zowel wonen als zorg in potentie een aanzienlijk deel van het budget in beslag nemen, kan een forse prijsverhoging van het ene product wel invloed hebben op de vraag naar het andere product als een herallocatie van de beschikbare middelen nodig is. Bij de vraag of producten substituten, onafhankelijk of complementair zijn, is echter het effect bepalend van kleine prijsverhogingen waarbij dergelijke budgetbeperkingen minder snel zullen optreden.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

deze cliënten zijn gebouwen met specifieke voorzieningen nodig. Ook kunnen aan de bundeling efficiëntievoordelen verbonden zijn.

In deze context is het zinvol te analyseren of een hypothetische monopolistische aanbieder van het gebundelde product zijn prijzen winstgevend kan verhogen. Aanbodsubstitutie door aanbieders van uitsluitend zorg is niet waarschijnlijk, aangezien deze niet over de noodzakelijke gebouwen beschikken. Ook aanbodsubstitutie door aanbieders van uitsluitend de woonfunctie is niet te verwachten, aangezien voor deze groepen cliënten gebouwen met specifieke kenmerken nodig zijn.

Aangezien een deel van de cliënten in beginsel thuis zal willen wonen of zelf zijn woonplaats zal willen kiezen, is in theorie wel een zekere mate van vraagsubstitutie denkbaar tussen de bundel en de losse componenten wonen en zorg. Een eventuele prijsverhoging door aanbieders van de bundel van wonen en zorg kan dan ook een zekere mate van vraaguitval tot gevolg hebben. Onderzoek is noodzakelijk om uit te wijzen of deze vraaguitval naar verwachting dusdanig groot zal zijn dat een prijsverhoging niet winstgevend is.⁶²

Een hulpmiddel dat bij dergelijke vraagstukken bruikbaar kan zijn, is de zogeheten critical-lossanalyse. Door middel van een critical-lossanalyse is het mogelijk om de SSNIP-test op een andere manier te formuleren. Mits zorgvuldig geïnterpreteerd kan dit tot nuttige inzichten leiden.

⁶² Hierbij moet worden opgemerkt dat er nu al een aanzienlijk prijsverschil bestaat tussen zorg zonder verblijf en zorg met verblijf, en dat dit één van de redenen is ernaar te streven om zorg waar mogelijk bij de patiënt thuis te leveren. De te onderzoeken vraag is dan ook hoeveel extra vraaguitval zal optreden als het prijsverschil nog verder toeneemt.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

In het algemeen geldt dat de winstgevendheid van prijsverhogingen afneemt naarmate meer vraaguitval optreedt. Een *critical-lossanalyse* berekent hoeveel vraaguitval exact moet optreden (de 'critical loss') voordat een hypothetische prijsverhoging niet meer winstgevend is. Wanneer de te verwachten vraaguitval lager is dan het berekende percentage, is de hypothetische prijsverhoging winstgevend en kan dit aanleiding zijn om een relevante markt af te bakenen. Als de te verwachten vraaguitval hoger uitvalt dan dit percentage, is de prijsverhoging niet winstgevend en kan dit aanleiding zijn om de relevante markt ruimer af te bakenen. (In een dergelijk geval is het echter ook nuttig om na te gaan of grotere prijsverhogingen dan 5 tot 10% eveneens niet winstgevend zijn.) Met andere woorden: als een onwaarschijnlijk hoge vraaguitval nodig is om een hypothetische prijsverhoging onrendabel te maken, kan dit aanleiding zijn tot het afbakenen van een afzonderlijke relevante markt.

Hoe groter het verschil tussen de omzet en de marginale kosten (dat wil zeggen hoe hoger de marge zonder de vaste kosten), des te eerder zal een prijsverhoging niet langer winstgevend zijn. De intuïtie hierachter is dat vraaguitval ernstigere financiële gevolgen zal hebben als er op de overgestapte klanten hoge marges werden behaald dan wanneer de marges laag zouden zijn. Bij lage marges moet er dan ook een grote mate van vraaguitval optreden om een prijsverhoging niet meer winstgevend te maken. Bij hoge marges is dit eerder het geval.

Het is in dit kader van belang om na te gaan welke marges ten opzichte van de variabele kosten in een zero-basebenadering mogen worden verwacht. De huidige marges van aanbieders zijn hiervoor niet als leidraad te gebruiken, aangezien aanbieders op dit moment geen winstoogmerk mogen hebben en de prijzen gereguleerd zijn. Hoewel de te verwachten marges in een zero-basebenadering afzonderlijk onderzoek zouden vereisen, is het wel mogelijk hier enkele algemene opmerkingen over te maken.

Wanneer er sprake is van hoge vaste kosten, zoals in kapitaalintensieve bedrijfstakken, is een hoge marge tussen de omzet en de variabele kosten nodig om deze vaste lasten te kunnen dekken. In arbeidsintensieve bedrijfstakken met lage vaste kosten kan de marge tussen de omzet en de variabele kosten lager zijn. De zorg is een arbeidsintensieve sector is met hoge variabele (marginale) kosten. Zelfs bij zorg met wonen maken de vaste kosten slechts een beperkt deel van de totale kosten uit. Voor de sector Verpleging en Verzorging zijn de kapitaallasten bijvoorbeeld geschat op 14% van de totale kosten.⁶³ Dit betekent dat het niet aannemelijk is dat zorginstellingen erg hoge vaste lasten hebben, die door hoge marges moeten worden gedekt. Instellingen zullen daarnaast nog andere vaste kosten hebben, bijvoorbeeld voor overhead, en in een zero-basebenadering zullen zij ook een rendement op de kapitaallasten willen behalen. Toch is het niet aannemelijk dat de marges ten opzichte van marginale/variabele kosten in een concurrerende markt bijzonder hoog zijn.

⁶³ Zie KPMG (2004) *Functiegerichte Kostprijzen AWBZ*, p. 43. Voor andere sectoren (GHZ, TZ en GGZ) werden lagere percentages gevonden, maar deze zijn wellicht beïnvloed door het feit dat deze sectoren een deel van de zorg extramuraal leveren.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Hoe lager deze marges, des te hoger de vraaguitval moet zijn om een prijsverhoging onrendabel te maken. Bij marges van 20% is bijvoorbeeld een prijsverhoging van 5% winstgevend zolang de vraaguitval niet meer bedraagt dan 20%. Voor een vraaguitval van 20% in reactie op een prijsverhoging van 5% moet de vraag uiterst elastisch zijn. In de zorg wordt er echter algemeen vanuit gegaan dat de vraag inelastisch is, zodat kleine prijsverhogingen veelal juist wel winstgevend zullen zijn.⁶⁴ Voor de groep cliënten waarbij het aanbieden van de zorg met name gebundeld plaatsvindt, zal dit bij uitstek het geval zijn.

Op grond hiervan concludeert de NZa dat aanbieders van bundels van wonen en zorg voor cliënten met een erg zware zorgbehoefte, waarschijnlijk onvoldoende concurrentiedruk ondervinden van aanbieders die wonen en zorg voor deze specifieke doelgroepen afzonderlijk aanbieden. Voor deze specifieke doelgroepen is er dus aanleiding om markten voor de bundel van wonen en zorg af te bakenen.

De NZa merkt hierbij op dat er in de huidige terminologie sprake is van een onderscheid tussen *wonen* en *verblijf*, waarbij *verblijf* de vormen van zorg omvat die uitsluitend intramuraal kunnen worden aangeboden. De markten voor de bundels van wonen en zorg zullen waarschijnlijk een deel van wat nu 'verblijf' heet omvatten. Voor een ander deel van wat nu 'verblijf' wordt genoemd geldt waarschijnlijk dat wonen en zorg in een zero-basebenadering geen gebundelde markt vormen, waardoor de term 'wonen' wellicht meer op zijn plaats is. 'Verblijf' in een zero-basebenadering is dus waarschijnlijk beperkter dan verblijf op dit moment. Voor 'wonen' geldt het omgekeerde.

De conclusie van de NZa is dat basiszorg en wonen in beginsel afzonderlijke relevante markten vormen. Voor enkele specifieke doelgroepen met een erg zware zorgbehoefte is er aanleiding markten voor de bundel van zorg en wonen af te bakenen.

4.3.4 Onderscheid naar AWBZ-functie

Na overheveling van de functie 'huishoudelijke verzorging' naar de WMO omvat de AWBZ een zestal functies: persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Hiervan is de functie verblijf (dat de combinatie vormt van wonen en zorg) al in 5.3.3 aan de orde geweest.

Een volgende vraag is in hoeverre het noodzakelijk is om een onderscheid naar de resterende AWBZ-functies te maken. Meer in het bijzonder is de vraag of er binnen de markten die al zijn onderscheiden voor enerzijds complexe of specialistische zorg en anderzijds basiszorg, nog afzonderlijke markten per functie moeten worden afgebakend. Hier zou aanleiding voor zijn als er zowel onvoldoende vraag- als aanbods substitutie tussen de afzonderlijke functies mogelijk zijn.

Afgezien van de functie 'behandeling' bestaat er echter een aanzienlijke mate van aanbods substitutie tussen de afzonderlijke functies (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding). Omdat deze functies geen gespecialiseerd personeel vereisen, is het mogelijk om de mensen die hierin werken onmiddellijk of op korte termijn ook in andere functies in te zetten. Bovendien is dit personeel in ruime mate beschikbaar op de arbeidsmarkt en met vergelijkbare kwalificaties ook in andere sectoren werkzaam. Dit geldt eveneens voor

⁶⁴ Zie bijvoorbeeld het overzicht in Docteur, E en Oxley, H (2003) *Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience*. OECD Health Working Papers.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

de functie *verpleging*, waar weliswaar de opleiding meer specialistisch van aard is, maar er een relatief ruim aanbod op de arbeidsmarkt bestaat.⁶⁵ Voor de functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding lijkt een onderscheid naar functie dan ook niet gerechtvaardigd.

Zoals hierboven beschreven is voor de functie *behandeling* wel gespecialiseerd personeel nodig; aanbodsubstitutie vanuit de andere functies is hier dus niet mogelijk. Binnen de diverse behandelingspecialismen kan evenmin aanbodsubstitutie plaatsvinden. Er bestaat voor de huidige AWBZ-functie *behandeling* dan ook geen markt. In plaats hiervan is waarschijnlijk sprake van diverse markten op het niveau van de individuele specialismen.

Een afzonderlijke vraag is of er aanleiding is een afzonderlijke markt voor *dagbesteding* af te bakenen. Dagbesteding is binnen de AWBZ niet als expliciete functie gedefinieerd, maar wordt in de context van de zzp's toch als een afzonderlijke functie geïnterpreteerd die al dan niet kan worden afgenomen. Dagbesteding kan onder andere bestaan uit cursussen, sport, recreatie, arbeidsmatig of ambachtelijk werk en rustgevende activiteiten.

Binnen de GGZ en de gehandicaptenzorg is er een groot aantal instellingen die zich specifiek op dagbesteding richten. Zo concentreert het Leger des Heils zich in de GGZ specifiek op het bieden van dagbesteding voor verslaafden. In de gehandicaptenzorg is sprake van een groot aantal specifieke dagverblijven. Het bestaan van zulke gespecialiseerde aanbieders kan een argument zijn voor het bestaan van een relevante markt voor dagbesteding.

In dat kader is het wel nodig om de vraag te beantwoorden in hoeverre een denkbeeldige monopolistische aanbieder van dagbesteding zijn prijzen op een winstgevende manier met 5 of 10% kan verhogen. Aangezien het personeel voor zorg gedeeltelijk ook dagbesteding kan bieden, is de mogelijkheid van aanbodsubstitutie vanuit de zorgmarkt op voorhand niet uit te sluiten.

De vraag hierbij is wat er bij het opzetten van een dagbestedingactiviteit komt kijken. Allereerst is een locatie nodig. Hierbij kan het gaan om gespecialiseerde gebouwen, zoals de huidige dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten. Andere gebouwen, bijvoorbeeld de aula van een school of een wijkcentrum, zijn echter niet per definitie ongeschikt en in principe niet schaars. Het lijkt er dan ook niet op dat de noodzaak voor een gebouw voor aanbodsubstitutie vanuit de zorgmarkt een significante belemmering vormt.

Dagbesteding vereist wel meer dan uitsluitend een gebouw. Om de tijd op een zo zinvol mogelijke manier in te vullen en de talenten van de cliënten zo goed mogelijk te ontplooien, is ook vakkennis nodig. Een voorbeeld hiervan zijn bakkers met wie lichamelijke gehandicapten broden bakken of timmerlieden onder wier begeleiding ambachtelijk werk wordt verricht. Het gaat hier om mensen die niet alleen enigszins ter zake kundig moeten zijn, maar ook affiniteit dienen te hebben met het werken met de specifieke AWBZ-doelgroepen. Ook is het noodzakelijk organisaties bereid te vinden om hun faciliteiten voor het werken met AWBZ-cliënten beschikbaar te stellen. Hier ligt het minder voor de hand te veronderstellen dat zulke personen of organisaties in

⁶⁵ Dat er in algemene zin sprake kan zijn van tekorten aan gekwalificeerd personeel, doet niet af aan de constatering dat er een ruim aanbod is; aanbieders kunnen immers ook personeel werven dat op dit moment ergens anders werkzaam is.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

groten getale beschikbaar zijn en dat een nieuwe toetreders die op een eenvoudige manier kan inhuren. Een denkbeeldige monopolistische aanbieder van dagbesteding in een bepaalde regio zou het beschikbare aanbod van dergelijke personen of organisaties misschien voor een belangrijk deel kunnen absorberen. Wel geldt dat dagbesteding ook goed op kleine schaal kan worden aangeboden, bijvoorbeeld door mantelverzorgers.

Hoewel het op basis van het bovenstaande moeilijk is een 'harde' conclusie te trekken, lijkt er aanleiding te zijn om het bestaan van een afzonderlijke markt voor dagbesteding te vermoeden. In het navolgende vormt dit dan ook het uitgangspunt. Waar wonen en zorg onderdeel zijn van een gebundelde markt, zal dagbesteding hier eveneens deel van uitmaken.⁶⁶

4.3.5 Onderscheid naar doelgroep

Een belangrijke vraag is in hoeverre het noodzakelijk is om binnen de markten die tot nu toe zijn vastgesteld een onderscheid te maken naar doelgroep. Het *Besluit zorgaanpak AWBZ* onderscheidt verzekerden met één of meer van de volgende aandoeningen of beperkingen: somatische aandoening of beperking, psychogeriatrische aandoening of beperking, psychiatrische aandoening, verstandelijke handicap, lichamelijke handicap, zintuiglijke handicap en psychosociaal probleem. Tussen deze groepen bestaat normaal gesproken geen vraagsubstitutie. Onderzocht moet dus worden hoe sterk de mate van aanbods substitutie tussen elk van deze groepen is.

De AWBZ kenmerkt zich historisch gezien door een erg sterke gerichtheid op doelgroepen. Tot in 2003 bestond er een strikt onderscheid tussen de verschillende typen zorginstellingen (geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg). Toewijzing van cliënten aan een bepaald type instelling vond plaats op basis van hun zorgbehoefte en het was instellingen van een bepaald type niet toegestaan zich ook op andere doelgroepen te richten. Hoewel de ontschotting van de AWBZ in april 2003 verandering in deze situatie heeft gebracht, is het voormalige beleid nog steeds van grote invloed op de huidige structuur van het aanbod in de AWBZ.

In een zero-basebenadering is het noodzakelijk om van deze historisch bepaalde structuur te abstraheren. Er moet worden nagegaan op welke manier de structuur van de aanbodzijde zich ontwikkeld zou hebben als er van het begin af aan van ontschotting sprake was geweest, zodat aanbieders zich op verschillende doelgroepen hadden kunnen richten.

Een dergelijke manier van denken is vooral van invloed op de beoordeling van basiszorg die in combinatie met wonen wordt aangeboden. Op dit moment is het aanbod van woonlocaties als gevolg van de vroegere schotten in sterke mate gericht op specifieke doelgroepen en komt aanbods substitutie relatief weinig voor. Verpleeg- en verzorgingshuizen moeten bijvoorbeeld rolstoeltoegankelijk zijn, terwijl het accent in de GGZ meer op veiligheid kan liggen. De ombouw van bestaande voorzieningen is kostbaar en, mede door de procedures die moeten worden doorlopen, tijdrovend. Wel bestaat een zekere mate van vraagsubstitutie tussen woonlocaties voor verschillende groepen. Zo kunnen verzorgings- of verpleeghuizen in sommige gevallen concurreren met instellingen voor gehandicaptenzorg voor oudere verstandelijk gehandicapten of cliënten met een lichamelijke handicap.

⁶⁶ De NZa doet op dit moment nader onderzoek naar de vraag of dagbesteding als afzonderlijke markt moet worden afgebakend.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

De vraag is in hoeverre een dergelijk specifiek karakter van woonlocaties ook in een zero-basebenadering, met ontschotting, te verwachten is. Gezien de grote investeringen en risico's die aan het investeren in woonlocaties verbonden zijn, is het aannemelijk dat risicodragende aanbieders hun accommodatie zo flexibel mogelijk zullen willen vormgeven. Hoewel dit niet hoeft te betekenen dat zij verschillende groepen cliënten op een bepaald tijdstip bij elkaar huisvesten, kan dit wel inhouden dat (delen van) gebouwen op een dusdanige manier worden vormgegeven dat het mogelijk is deze op een relatief eenvoudige manier voor een andere cliëntengroep geschikt te maken.

Toch zijn er grenzen aan die flexibiliteit. Voor bepaalde gespecialiseerde vormen van zorg is specifieke accommodatie nodig, waarbij het niet mogelijk of praktisch is om deze op een flexibele manier om te bouwen en voor andere groepen cliënten te gebruiken. Voorbeelden zijn forensisch psychiatrische zorg, die hoge eisen stelt aan beveiliging, en zorg met wonen aan zintuiglijk gehandicapten, waarbij sprake is van specifieke eisen voor verlichting en akoestiek.

Zoals hierboven is aangegeven, is het mogelijk om de deelmarkten voor complexe of specialistische zorg af te bakenen aan de hand van enkele erg specifieke doelgroepen. Dit onderscheid is echter gedetailleerder dan het onderscheid waar in het *Besluit zorgaanspraken AWBZ* sprake van is. Wanneer bijvoorbeeld een afzonderlijke markt voor de zorg aan meervoudig zintuiglijk gehandicapten wordt afgebakend, betekent dit een nauwere doelgroep dan de doelgroep 'cliënten met een zintuiglijke handicap' uit het Besluit.

Voor basiszorg ligt een onderscheid naar doelgroep niet voor de hand. Het gaat hier om zorg die door niet-gespecialiseerd personeel geleverd kan worden en waar geen specifieke kennis voor vereist is. Dit personeel is relatief eenvoudig ook voor andere doelgroepen inzetbaar en bovendien in ruime mate op de arbeidsmarkt beschikbaar. Het feit dat niet-gespecialiseerd personeel op dit moment veelal toch de neiging heeft om zich op één bepaalde doelgroep te richten, is op deze conclusie niet van invloed. Voor een deel kan een zo'n oriëntatie een gevolg zijn van de vroeger bestaande schotten en voor een deel van de intrinsieke motivatie van het personeel. Er is echter geen reden om aan te nemen dat toetreders op een hypothetische markt voor basiszorg aan een bepaalde doelgroep niet het benodigde personeel zullen kunnen verwerven, bijvoorbeeld door middel van een economische prikkel zoals een hoger salaris.

Een vraagstuk dat aan het definiëren van relevante markten op basis van doelgroepen gerelateerd is, heeft betrekking op de rol van wilsonbekwamen. Wanneer er in beginsel mogelijkheden zijn voor vraagsubstitutie (het veranderen van aanbieder), maar de afnemers zijn wilsonbekwaam en kunnen dus geen rationele afweging maken over de keuze van zorgaanbieder, dan is de vraag in hoeverre afnemers van bestaande substitutiemogelijkheden ook echt gebruik zullen maken. Wanneer een patiënt wilsonbekwaam is, kan worden gesteld dat de wilsonbekwaamheid van deze patiënt mogelijk een onoverkomelijke overstapdrempel vormt. Als de markt louter uit wilsonbekwamen zou bestaan, dan zou iedere instelling over marktmacht beschikken; het is immers mogelijk de prijzen te verhogen of de kwaliteit van de zorg te verlagen zonder dat dit vraaguitval tot gevolg heeft. In de meeste gevallen zal het aandeel wilsonbekwame afnemers (die ook geen beschikking hebben over familie of andere vertegenwoordigers die namens hen kunnen kiezen) echter een klein gedeelte van de totale vraag vertegenwoordigen. Zolang voldoende patiënten (*marginale afnemers*) kunnen overstappen naar een andere aanbieder, zal de

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

concurrentiedruk die hiervan uitgaat de positie van de wilsonbekwamen (*inframarginale afnemers*) beschermen, mits de zorgverlener niet kan discrimineren tussen deze twee groepen. In dat geval heeft het feit dat een deel van de afnemers wilsonbekwaam is geen gevolgen voor de definitie van de relevante markt.

Aard van de AWBZ client

De AWBZ representeert geen homogene groep cliënten. Wat dat betreft is de AWBZ in haar aard heel verschillend. Dit uit zich met name in de keuzebekwaamheid. Hierin zijn grofweg drie groepen te onderscheiden:

1. Assertieve mensen die gewend zijn om te kiezen en bereid zijn hiervoor te betalen. Deze (in omvang toenemende) groep kan de regie over het eigen leven houden en wil dit zolang mogelijk doen. Deze groep bestaat uit ouderen, lichamelijk of zintuiglijk gehandicapten en (jong) verstandelijk gehandicapten die onder voogdij van ouders/verzorgers vallen die keuzevrijheid willen hebben in de zorg voor hun kind/cliënt.
2. Sociaal zwakke groepen die keuzes kunnen maken over bijvoorbeeld gewenste dagbesteding, maar niet de regie over hun eigen leven hebben. Hieronder vallen met name verstandelijk gehandicapten en voor een deel ook ouderen. Vaak ontvangt deze groep zorg door middel van een intermediair (maatschappelijk werker/ case manager/ zorgconsulent). Dit is de groep waarmee de AWBZ het meest wordt geassocieerd en qua omvang waarschijnlijk de grootste groep.
3. Mensen die geen keuze willen maken en geen regie over hun leven hebben:
 - bijvoorbeeld verslaafden/ langdurige GGZ-cliënten
 - bemoeizorg: maatschappelijk werk om mensen met een laag IQ en een beperkt sociaal vangnet te ondersteunen met bijvoorbeeld opvoeding en financiën.

Dit is ten dele AWBZ-zorg die vaak ongevraagd wordt gegeven.

De eerste groep, wilsbekwamen, is verder te beschouwen als een groep 'gewone consumenten'. Wellicht hebben zij extra ondersteuning nodig om informatie te vinden, maar zij zijn in principe in staat om voorkeuren kenbaar te maken, keuzes af te wegen en hun recht te halen, mits die voldoende duidelijk zijn.

De tweede groep bestaat uit mensen waarvoor extra waarborgen voor het sturen naar een zorgaanbieder noodzakelijk zijn. Bij eventuele tegengestelde belangen tussen uitvoerder en cliënt zouden de belangen van de cliënt immers snel in het gedrang komen, omdat de cliënt niet goed voor zijn belangen kan opkomen.

De derde groep is volledig afhankelijk van hulpverlening en is ook niet in staat haar zorgvraag in te dienen.

De NZa concludeert dan ook dat er bij de afbakening van AWBZ-markten in beginsel geen aanleiding is om een onderscheid naar doelgroep te maken. De afbakening van de verschillende markten voor complexe of specialistische zorg zal in veel gevallen wel samenvallen met een onderscheid naar doelgroep dat in sommige gevallen erg specifiek zal zijn.

4.3.6 Relatie met zorgzwaartepakketten

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Sinds 1 januari 2007 vindt de financiering van aanbieders van intramurale zorg plaats door middel van zzp's.⁶⁷ Zzp's zijn pakketten van zorg die aansluiten op de kenmerken en zorgbehoeften van cliënten. In totaal zijn 45 pakketten gedefinieerd, waarvan tien voor verpleging en verzorging, zeven voor de geestelijke gezondheidszorg en 28 voor de gehandicaptenzorg.⁶⁸

Grosso modo zijn zzp's samengesteld op basis van oplopende zorgbehoefte, met één of meerdere basispakketten en diverse meer complexe specialistische pakketten. Voorbeelden van pakketten in de sector verpleging en verzorging zijn *beschut wonen met enige begeleiding* (zzp 1 VV), *beschermde wonen met intensieve verzorging en verpleging* (zzp 6 VV) en *beschermde verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg* (zzp 10 VV).

De zzp's hangen voor een deel samen met de marktafbakening zoals die hierboven is beschreven. Zo zal ook hier veelal asymmetrische substitutie optreden: een aanbieder van een complex of gespecialiseerd pakket zal in de meeste gevallen ook in staat zijn om basispakketten aan te bieden, terwijl dit omgekeerd veelal niet het geval zal zijn. Verder is aanbodssubstitutie denkbaar tussen de basispakketten in verschillende sectoren (verpleging en verzorging, GGZ, gehandicaptenzorg). Aanbodssubstitutie is echter niet of slechts in beperkte mate denkbaar tussen de meer gespecialiseerde of complexe pakketten. Ook komt het gebundelde karakter van zzp's gedeeltelijk overeen met de constatering dat het aanbieden van bepaalde vormen van complexe of specialistische zorg altijd gebundeld plaatsvindt met wonen en/of met niet-complexe zorg, en dus als markt voor de bundel afgebakend kunnen worden.

Toch zijn er ook een aantal verschillen. Zo hebben de tot nu toe gedefinieerde zzp's uitsluitend betrekking op intramurale zorg. Daarnaast geldt dat de zzp's als bundel van zorg en wonen zijn gedefinieerd, terwijl de conclusie hierboven nu juist was dat zorg en wonen in beginsel afzonderlijke markten vormen. Dit verschil is gerelateerd aan het feit dat zzp's zijn gebaseerd op de huidige AWBZ, terwijl we in de onderhavige analyse hiervan abstraheren. Ook is het denkbaar dat in sommige gevallen meer gedetailleerde markten worden afgebakend dan de zorgzwaartepakketten. De reden hiervoor is dat de zzp's in de eerste plaats bedoeld zijn om een prijskaartje aan de zorg te hangen en niet in alle gevallen onderscheid maken naar de aard van de zorg. Zo zijn de mogelijke specifieke deelmarkten voor complexe of specialistisch zorg die hierboven beschreven zijn niet als zodanig in de zzp's terug te vinden. Verder zijn de zzp's nog sterk georiënteerd op de vroegere 'schotten' binnen de AWBZ, wat bij de marktafbakening tot foutieve conclusies kan leiden.

Gelet op deze verschillen kunnen de zzp's in de ogen van de NZa weliswaar een nuttig hulpmiddel bij marktafbakening zijn, maar vormen zij hiervoor geen geschikt startpunt.

⁶⁷ In het eerste jaar (2007) heeft deze nieuwe bekostigingssystematiek echter nog geen financiële gevolgen voor instellingen.

⁶⁸ Een beschrijving van de pakketten is te vinden op <http://www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging/zorgzwaartepakket>

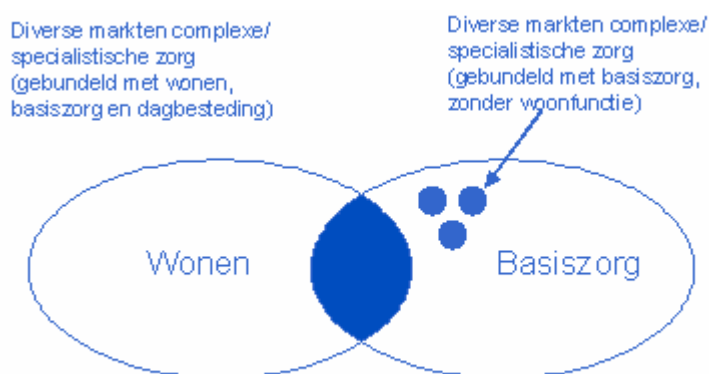
4.4 Conclusie

Op basis van de gemaakte analyse kan een onderscheid worden gemaakt tussen basiszorg en complexe of specialistische zorg, waarbij deze laatste markt uit een aantal submarkten bestaat. Aanbieders van complexe of specialistische zorg kunnen ook basiszorg leveren, maar niet omgekeerd.

Verder is het mogelijk een onderscheid te maken tussen zorg en wonen. In een aantal gevallen waar zorg en wonen ook in een zero-basebenadering met name gebundeld worden aangeboden, is er aanleiding om markten voor de betreffende bundels af te bakenen.

De onderscheiden markten zijn in figuur 2 grafisch weergegeven.

Figuur 2. Afgebakende markten



Op basis van de cijfers die KPMG heeft verzameld⁶⁹ en de eigen beoordeling door de NZa is het mogelijk van het belang van elk van de markten een ruwe schatting te maken. Basiszorg is veruit het grootste segment; de NZa schat dat deze markt grofweg tussen de 60% en de 70% van het totale budget voor de huidige AWBZ vertegenwoordigt. De totale omvang van de deelmarkten voor complexe of specialistische zorg is relatief klein en ligt waarschijnlijk tussen de 5 en 10% van het totale budget voor de huidige AWBZ. Wonen en dagbesteding maken elk tussen de 10 en 15% van het huidige budget uit.⁷⁰

Deze marktafbakening op hoofdlijnen heeft consequenties voor de mogelijke inrichting van de AWBZ-markten (*marktmodellen*) vanuit het perspectief van de financiering (de verzekering) en de noodzaak tot regulering op de lange termijn. Deze aspecten komen onder andere in het volgende hoofdstuk over marktmodellen aan bod.

5. Marktmodellen

5.1 Inleiding

Mede op basis van de discussie over relevante AWBZ-markten biedt de NZa in dit hoofdstuk een overzicht van mogelijke toekomstige

⁶⁹ Zie KPMG (2004) Functiegerichte Kostprijzen AWBZ, p. 17 en p. 34.

⁷⁰ Hier wordt uitgegaan van de AWBZ exclusief huishoudelijke verzorging en geneeskundige GGZ.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

marktmodellen. Dit hoofdstuk is in opdracht van de NZa uitgevoerd door RBB Economics, een onafhankelijk economisch adviesbureau. Ook hierbij vormt een zero-basebenadering het uitgangspunt. Dit betekent dat de NZa eerst de fundamentele kenmerken van elk van de afgebakende markten analyseert en nagaat waar in ongereguleerde markten vormen van marktfalen of andere ongewenste uitkomsten optreden die zullen moeten worden verholpen. Hierbij streeft de NZa naar de best mogelijke uitkomst waarin marktprikkels optimaal functioneren. Eventueel overheidsingrijpen in de vorm van regulering of toezicht komt uitsluitend in beeld wanneer dit op basis van marktfalen of andere ongewenste effecten objectief te rechtvaardigen is. Op deze manier zijn de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid zo goed mogelijk gediend en wordt de rol van de overheid geoptimaliseerd, waardoor marktfalen als gevolg van overheidsoptreden zelf zoveel mogelijk is uit te sluiten.

Eerst wordt nader ingegaan op de gehanteerde methodologie. Daarbij gaat het onder andere om de voorwaarden waaronder het mogelijk is markten eventueel vrij te geven en de externe effecten die in de AWBZ optreden. Daarna volgt een overzicht van denkbare marktmodellen voor zowel de zorgverleningsmarkt als de zorgverzekeringsmarkt. Per markt maakt de NZa daarbij een keuze voor een marktmodel. Vervolgens komen afzonderlijk de aspecten van de zorginkoopmarkt aan de orde die nog niet in de voorgaande hoofdstukken aan bod zijn gekomen, evenals de markt voor wonen. Afsluitend geeft de NZa een samenvattend overzicht van haar gemaakte keuzes.

5.2 Methodologie

5.2.1 Inleiding

Zoals aangegeven baseert de NZa haar keuzes voor marktmodellen op een analyse van de fundamentele kenmerken van elk van de markten. Bij deze zero-basebenadering abstraheren we grotendeels van de bestaande situatie. In het bijzonder abstraheren we van de bestaande regelgeving om op die manier de eventuele noodzaak van regulering zo zuiver mogelijk te kunnen analyseren. Hiertoe worden de kenmerken van elk van de markten in kaart gebracht wanneer deze volledig ongereguleerd zouden zijn en gaat de NZa na of er in een dergelijke situatie eventueel bepaalde vormen van marktfalen te verwachten zijn. Verder vindt ook abstrahering van de bestaande marktstructuur plaats, aangezien deze veelal is beïnvloed door huidige of vroegere regelgeving en door andere factoren.

Na deze eerste stap gaat de NZa na welk marktmodel in het licht van de fundamentele kenmerken van de markt en eventuele marktfalen het meest geschikt is. Aangezien de analyse abstraheert van de bestaande situatie, gaat het hier om marktmodellen waar op lange termijn naar kan worden gestreefd. Voor de korte termijn zullen veelal tussenvormen aangewezen zijn. Bij de keuze van marktmodellen voor de korte termijn kan het streefbeeld voor de langere termijn echter wel een richtinggevende rol spelen.

De analyse van ongereguleerde markten gaat uit van de veronderstelling dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars een winstoogmerk mogen hebben en deze winst ook kunnen uitkeren aan aandeelhouders. Deze aanname is noodzakelijk voor een goed functionerende markt. Indien aanbieders met elkaar in concurrentie staan maar geen winst na mogen streven, zal dit het disciplinerende effect van concurrentie op kwaliteit en doelmatigheid ondergraven. Wanneer aanbieders geen winst mogen uitkeren, ontstaat verder het risico dat zij eventuele surplussen alsnog

op een niet-doelmatige manier besteden. Het ontbreken van een winstmotief kan ook risicovolle investeringen in bijvoorbeeld nieuwe locaties ontmoedigen.

5.2.2 Beoordelingskader

De analyse van de fundamentele kenmerken van de markten in de zero-basebenadering vindt plaats aan de hand van een aantal dimensies. De achterliggende gedachte bij deze dimensies is dat een markt in beginsel geschikt is voor vrije prijsvorming als aan al deze voorwaarden in positieve zin is voldaan. Wanneer aan een bepaald criterium niet voldaan is, is het vervolgens mogelijk op een systematische manier na te gaan met welk marktmodel dit probleem te ondervangen is. Met deze dimensies sluiten de NZa aan bij de criteria die gegeven zijn in het door haar ontwikkelde *Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg*.

Voor concurrerende markten is het in de eerste plaats van belang dat cliënten voldoende keuzevrijheid hebben. Hiervoor zijn de volgende factoren van belang:

- Er moet op de markt geen sprake zijn van duurzame schaarste. Schaarste kan worden veroorzaakt door toetredingsdrempels. In effectief concurrerende markten zonder toetredingsdrempels zal schaarste (bijvoorbeeld als gevolg van een plotselinge toename in de vraag) prijsstijgingen tot gevolg hebben, die op hun beurt nieuwe toetreding zullen uitlokken. Toetredingsdrempels kunnen dit mechanisme belemmeren, waardoor duurzame schaarste kan ontstaan (met hoge prijzen).⁷¹ Hoewel in de zero-basebenadering abstrahering plaatsvindt van toetredingsdrempels die het gevolg zijn van bestaande regelgeving, kan een markt ook worden gekenmerkt door meer fundamentele toetredingsdrempels. Deze zullen optreden wanneer toetreding tot een markt zich niet risicoloos kan afspelen, bijvoorbeeld in gevallen waarin investeringen in kapitaal of in specialistische kennis noodzakelijk zijn.
- Voor voldoende keuzevrijheid kan het gewenst zijn dat cliënten eenvoudig kunnen overstappen tussen de verschillende aanbieders. Hoge overstapdrempels zijn gerelateerd aan *lock-in-effecten*. Deze treden op als een cliënt om één of andere reden aan een aanbieder gebonden is, bijvoorbeeld als gevolg van persoonlijke gehechtheid of doordat de aanbieder specifieke kennis over de cliënt heeft verworven. Hoewel deze lock-in-effecten niet noodzakelijkerwijs ongewenst zijn (zo kan specifieke kennis over een cliënt bijdragen aan een hoge kwaliteit van de geleverde zorg), kunnen wel nadelige effecten optreden als cliënten als gevolg van lock-in-effecten geen enkele keuzevrijheid meer hebben. Zelfs bij hoge overstapdrempels kan effectieve concurrentie echter gewaarborgd zijn als cliënten vooraf (bij het maken van hun eerste keuze) voldoende keuzevrijheid hebben en als aanbieders niet overmatig kunnen discrimineren tussen bestaande en nieuwe cliënten.

⁷¹

De NZa merkt op dat in de zero-base benadering wordt geabstraheerd van andere factoren die mogelijk van invloed zijn op schaarste en meer gerelateerd zijn aan de bestaande marktstructuur. Een voorbeeld hiervan is de mogelijkheid tot het bereiken van efficiëntieverbeteringen.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Aan de vraagzijde is het verder van belang dat de kopers een prikkel hebben om efficiënt in te kopen, zowel wat betreft prijs als kwaliteit. De NZa maakt in haar analyse een onderscheid tussen de inkooppraktijken van individuele cliënten, zorgverzekeraars, gemeenten en een centraal overheidsinkooporgaan. Hierbij veronderstelt zij dat zorgverzekeraars in onderlinge concurrentie staan en een winstoogmerk hebben.

Aan de aanbodzijde is het essentieel dat aanbieders niet over duurzame marktmacht beschikken als gevolg van de fundamentele kenmerken van de markt (bijvoorbeeld schaalvoordelen). Een zekere mate van inkoopmacht aan de vraagzijde kan wenselijk zijn om een goede onderhandelingspositie ten opzichte van aanbieders te hebben, mits de vraagzijde van deze inkoopmacht geen misbruik maakt (bijvoorbeeld doordat inkoopmacht de concurrentie tussen zorgverzekeraars verstoort).

Voor goed functionerende markten is ook transparantie van belang. Het is essentieel dat de koper en gebruiker goed geïnformeerd zijn over de prijs en kwaliteit en op basis hiervan gefundeerde beslissingen kunnen nemen. Volledige transparantie is in de zorg niet altijd mogelijk, aangezien het om diensten gaat waarbij het niet mogelijk is om de kwaliteit vooraf waar te nemen. Ervaring, vooral bij herhaalde afname van bepaalde zorgproducten, kan dit echter gedeeltelijk of geheel ondervangen. Als kwaliteitsaspecten objectief meetbaar zijn en het mogelijk is om het te leveren product helder te definiëren, dan is de kwaliteit bovendien in beginsel contracteerbaar en kunnen de aanbieder en de koper of cliënt hier vooraf afspraken over maken.

Verder moet er rekening worden gehouden met eventuele externe of perverse effecten die op ongereguleerde markten op kunnen treden. Externe effecten zijn (positieve of negatieve) effecten die niet in de marktprijs tot uiting komen en daardoor een inefficiënte allocatie tot gevolg kunnen hebben. Perverse effecten zijn ongewenste effecten op de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De keuze van de NZa voor een bepaald marktmodel wordt in belangrijke mate gestuurd door de vraag op welke manier het mogelijk is deze negatieve effecten te ondervangen.

Tabel 1 geeft een kort overzicht van mogelijke externe of perverse effecten in AWBZ-markten. Veel van deze effecten zijn een direct of indirect gevolg van asymmetrische informatie. Met asymmetrische informatie wordt bedoeld dat één van de partijen bij een transactie beter geïnformeerd is dan de ander. In de meeste zorg- en verzekeringsmarkten is sprake van asymmetrische informatie en is er dan ook een kans dat de genoemde negatieve effecten zich zullen voordoen.

Elk van deze effecten wordt in detail beschreven bij de markten waar zij optreden.

Tabel 1

Mogelijke externe/perverse effecten in AWBZ-markten	
Effect	Omschrijving
Aanbodgestuurde groei van de vraag (<i>supplier induced demand</i>)	Vraag naar zorg die door de zorgaanbieder wordt gecreëerd en die niet zou zijn ontstaan wanneer consumenten volledig geïnformeerd zouden zijn. ⁷² Kan tot overconsumptie leiden.
Adverse selectie (<i>adverse selection</i>)	Zelfselectie door verzekerden met private informatie om zich al dan niet te verzekeren, waardoor de verzekeraar alleen de hoogrisicocliënten aantrekt. Kan risicoselectie (zie onder) tot gevolg hebben en de toegankelijkheid van verzekeringsmarkten in gevaar brengen.
Afwentelingsprobleem	De prikkel die twee instanties met aanpalende verantwoordelijkheden kunnen hebben om kosten of risico's op elkaar af te wentelen als gevolg van ongelijke bekostigingssystemen. Een inefficiënte allocatie van middelen kan hiervan het gevolg zijn. Gerelateerd aan schottenprobleem (zie onder).
Coördinatieprobleem	Mogelijke afstemmingsproblemen wanneer meerdere zorgaanbieders of meerdere zorginkopers verantwoordelijk zijn voor het verlenen van delen van zorg aan dezelfde cliënt of groep cliënten. Kan tot ondoelmatigheid leiden. Gerelateerd aan schottenprobleem (zie onder).

⁷² Donaldson, C. en K. Gerard stellen in *Economics of Health Care Financing. The visible hand*, (1993, Londen, Mac) dat 'Supplier induced demand is the amount of demand created by doctors, which exists beyond what would have occurred in a market in which consumers are fully informed.' McGuire geeft in het Handbook of Health Economics aan dat 'Supplier induced demand exists when the physician influences a patient's demand for care against the physician's interpretation of the best interest of the patient.' (*Handbook of Health Economics*, onder redactie van Culyer, A., en J. Newhouse (2000), waaraan McGuire een bijdrage heeft geleverd).

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Moreel gevaar (<i>moral hazard</i>)	Veelal negatieve invloed op prikkels om verzekerde risico's te beperken. Hieraan gerelateerd is de prikkel voor verzekerden om hun situatie anders te doen lijken dan in werkelijkheid, om zo ruimere indicatie te krijgen. Hierdoor kan overconsumptie optreden.
Risicoselectie	Selectie door verzekeraars op risico's als gevolg van <i>adverse selectie</i> (zie boven). Kan de solidariteit tussen verzekerden en de toegankelijkheid van de verzekeringsmarkt in gevaar brengen.
Schottenprobleem	Afwentelings- en coördinatieproblemen (zie boven) die kunnen ontstaan wanneer meerdere zorgaanbieders of meerdere zorginkopers potentieel (financiële) verantwoordelijkheid dragen voor (delen van) de zorg aan een cliënt of cliëntgroep.

Hierbij kan worden opgemerkt dat ook de publieke belangen zelf tot spanningen en mogelijk ongewenste effecten kunnen leiden, bijvoorbeeld als gevolg van de inherente spanning tussen enerzijds toegankelijkheid en kwaliteit en anderzijds betaalbaarheid. Maatregelen om de betaalbaarheid te beheersen, kunnen bijvoorbeeld de toegankelijkheid in de weg staan als zulke maatregelen wachtlijsten tot gevolg hebben.

In theorie is een markt geschikt voor vrije prijsvorming (of deregulering in meer algemene zin) als aan bovenstaande voorwaarden in positieve zin is voldaan.⁷³ Op zo'n markt is effectieve concurrentie te verwachten die de publieke belangen op onderstaande manieren kunnen bevorderen:

- Toegankelijkheid: op een vrije markt zullen nieuwe aanbieders toetreden en bestaande aanbieders hun capaciteit uitbreiden indien de vraag het aanbod overstijgt. Eventuele schaarste (en daaraan gerelateerde hoge prijzen) zullen daarom hooguit van tijdelijke aard zijn.
- Kwaliteit: cliënten kunnen de kwaliteit als zij transparant is vooraf beoordelen en als de kwaliteit tekortschiet kunnen zij naar andere aanbieders overstappen. Hierdoor hebben aanbieders een prikkel om aantrekkelijke prijs-kwaliteitscombinaties te leveren bovenop de prikkel die hun intrinsieke motivatie mogelijk verschaft. Bovendien is, zoals hierboven is aangegeven, het uitgangspunt dat de overheid als aanvullende waarborg specifieke minimum kwaliteitseisen zal opleggen.
- Betaalbaarheid: aanbieders in een markt met effectieve concurrentie hebben er belang bij de kosten in de hand te houden. Anders kunnen zij immers geen aantrekkelijke prijs-kwaliteitscombinaties leveren en op die manier niet effectief concurreren. Een winst oogmerk versterkt deze prikkels verder.

73

Met andere woorden: aanwezigheid van transparantie, afwezigheid van externe effecten enzovoorts.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

De NZa merkt wel op dat er vele markten met vrije prijsvorming bestaan zonder dat deze volledig aan bovenstaande criteria voldoen. De overheid grijpt in deze markten desondanks niet in, onder andere omdat dit ingrijpen op zichzelf kosten en verstoringen met zich mee kan brengen. In de praktijk is het voor vrije prijsvorming van belang dat een markt in voldoende mate aan bovenstaande voorwaarden voldoet.

Op basis van de kenmerken van ongereguleerde markten en eventuele marktfalen die in een dergelijke ongereguleerde context optreden, komt de NZa per relevante markt tot een realistisch marktmodel voor zowel de zorgverleningsmarkt als de zorgverzekeringsmarkt. De analyse van de zorginkoopmarkt betreft de NZa grotendeels bij haar analyse van de zorgverleningsmarkt. Enkele specifieke aspecten van de zorginkoopmarkt komen afzonderlijk aan de orde.

5.3 Overzicht mogelijke marktmodellen zorgmarkt

5.3.1 Inleiding

Deze paragraaf geeft een overzicht van de belangrijkste mogelijke marktmodellen voor de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt. De marktmodellen voor de zorginkoopmarkt zijn gedeeltelijk een verlengde van de marktmodellen voor de zorgverzekeringsmarkt. Enkele specifieke aspecten van de zorginkoopmarkt komen afzonderlijk aan bod.

Deze paragraaf gaat op de markt voor wonen uitsluitend daar in waar de woonfunctie als onderdeel van een intrinsieke bundel met complexe of specialistische zorg wordt aangeboden. Het overige deel van de markt voor wonen komt eveneens afzonderlijk aan bod.

5.3.2 Zorgverzekeringsmarkt

Voor de zorgverzekeringsmarkt zijn op hoofdlijnen drie verschillende marktmodellen denkbaar. Een optie is om de risico's privaat te verzekeren (zoals nu in de Zvw). Een andere mogelijkheid is om de risico's collectief te verzekeren in de vorm van een volksverzekering (zoals de huidige AWBZ). Ook is het denkbaar om de verantwoordelijkheid voor de verstrekking van de zorg bij de gemeenten te leggen (zoals in de WMO). Onderstaand gaat de NZa nader op elk van deze drie opties in.

5.3.2.1 Private verzekering

In markteconomieën is het mogelijk veel risico's privaat te verzekeren. Voorbeelden van private verzekeringen zijn brandverzekeringen, (wettelijke) aansprakelijkheidsverzekeringen en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Het gaat hierbij altijd om verzekeringen tegen de kosten van gebeurtenissen die zich in de toekomst kunnen voordoen. Zodra vaststaat dat een gebeurtenis zich daadwerkelijk zal voordoen, is het niet langer mogelijk hiertegen een private verzekering af te sluiten. De AWBZ was oorspronkelijk bedoeld voor bepaalde privaat onverzekerbare risico's, zoals de gevolgen van een aangeboren handicap.

Een andere basisvoorwaarde voor de private verzekerbaarheid van een risico is dat het calculeerbaar moet zijn. Hiertoe is het noodzakelijk dat verzekeraars van tevoren de gevolgen van het dragen van het risico kunnen overzien. Oorlogen zijn onvoorspelbaar en kunnen tot schade

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

leiden die vooraf niet is in te schatten. Het is dan ook onmogelijk om het oorlogsrisico te verzekeren. Met behulp van kansberekening kan de waarschijnlijkheid van bijvoorbeeld stormen en de schade die zij kunnen veroorzaken echter wel enigszins in kaart worden gebracht, zodat dit risico wel te verzekeren is. Naast calculeerbaar moeten risico's ook beheersbaar zijn. De beheersbaarheid van risico's kan worden verbeterd door bijvoorbeeld maatregelen op het gebied van preventie, die de verzekeraar aan de verzekerde kan opleggen.

Een private verzekering wordt aangeboden door verzekeraars die met elkaar in concurrentie staan. In beginsel kunnen zij zowel natura- als restitutiepolissen aanbieden. In beide gevallen is sprake van een verzekerd recht op zorg, waarbij de verzekerde individuele aanspraken heeft die juridisch afdwingbaar zijn. Bij de naturapolissen treedt de verzekeraar op als zorginkoper en bestaat er geen rechtstreekse inkooprelatie tussen zorgaanbieder en cliënt. Bij restitutiepolissen (en varianten hierop, zoals PGB's) is zo'n relatie er wel. Bij de bespreking van de zorginkoopmarkt komt dit uitgebreider aan de orde.

Verzekeringmarkten kennen potentieel een aantal vormen van marktfalen. De belangrijkste hiervan komen nu hier in meer detail aan de orde: adverse selectie, risicoselectie en moreel gevaar. De onderliggende oorzaak van deze vormen van marktfalen is asymmetrische informatie. In de zorgverzekeringsmarkt kan de verzekeringsnemer beter geïnformeerd zijn over de eigen gezondheid dan de zorgverzekeraar. Omgekeerd is het denkbaar dat een verzekeraar beter op de hoogte is van de risico's waarvan sprake is.

Adverse selectie en premiedifferentiatie

Adverse selectie (ook wel *antiselectie* of *adverse selection* genoemd) treedt op als verzekerden een keuze hebben om een risico al dan niet te verzekeren en een informatievoorsprong ten opzichte van de verzekeraar hebben over de mate van het risico. Cliënten met een erg laag risico zullen zich minder snel verzekeren dan cliënten met een erg hoog risico. Het feit dat een cliënt zich wil laten verzekeren, wijst er dus op dat de verzekerde een hoger risico heeft dan gemiddeld. Het is te verwachten dat verzekeraars hierdoor eveneens een hoger risicogemiddelde zullen aantrekken dan in de onderliggende populatie. Om deze risico's te dekken moeten verzekeraars een hogere premie in rekening brengen dan zij in andere gevallen gedaan zouden hebben. De hogere premie kan echter nog meer cliënten ervan weerhouden een verzekering af te sluiten.

Verzekeraars kunnen adverse selectie proberen tegen te gaan door middel van premiedifferentiatie. Cliënten met lage risico's kunnen zij een relatief lage premie en/of dekking aanbieden, terwijl cliënten met hoge risico's een hogere premie moeten betalen of geweigerd worden. Als verzekeraars de risico's van cliënten niet volledig kunnen beoordelen als gevolg van asymmetrische informatie, kan premiedifferentiatie het probleem van adverse selectie echter slechts gedeeltelijk ondervangen.

In de context van de publieke belangen bij de AWBZ kan adverse selectie de solidariteit tussen verzekerden aantasten en kan premiedifferentiatie de toegankelijkheid van de zorgverzekeringsmarkt in gevaar brengen.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Met een verbod op premiedifferentiatie, een verzekeringsplicht en een acceptatieplicht is het mogelijk deze problemen te ondervangen en kan de toegankelijkheid van de AWBZ-zorg worden gewaarborgd. Op deze manier worden de cliënten met een laag risico eveneens gedwongen om zich te verzekeren en blijven de mogelijkheden voor verzekeraars om risicoselectie toe te passen beperkt. Wel is het zo dat een verzekeraar risicoselectie ook op andere manieren kan toepassen dan door premiedifferentiatie, namelijk door het aanbieden van verschillende verzekeringspakketten of door het hanteren van kwaliteitsverschillen. Om risicoselectie tegen te gaan is om die reden niet alleen een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie nodig, maar ook een vooraf vastgesteld basispakket. Zelfs dan hebben verzekeraars echter nog mogelijkheden om zware risico's op een meer creatieve manier buiten de deur te houden (bijvoorbeeld door het verlenen van slechte service aan deze doelgroep). Met een risicovereveningssysteem, dat verderop nog aan de orde komt, is het mogelijk deze prikkels zoveel mogelijk weg te nemen.

In het licht van bovenstaande overwegingen gaat de NZa bij haar analyse van private zorgverzekeringsopties voor de AWBZ uit van de vooronderstelling dat deze gepaard gaan met een verzekeringsplicht, een acceptatieplicht, een verbod op premiedifferentiatie en een risicovereveningssysteem.

Bij AWBZ-zorg is voor een deel sprake van een zorgbehoefte die zich pas op langere termijn zal manifesteren. Een voorbeeld hiervan is de zorgbehoefte van een gezonde vrouw van 30 jaar die misschien pas over 40 jaar behoefte heeft aan thuiszorg. Een private verzekering van AWBZ-risico's heeft daarom gedeeltelijk het karakter van een verzekering tegen de gevolgen van het ouder worden en heeft raakvlakken met pensioenverzekeringen. De vraag dringt zich in dit kader op of private verzekeraars van AWBZ-zorg verplicht zouden zijn om een kapitaaldeckingsstelsel toe te passen, zoals pensioenfondsen dit ook moeten doen. Om overstappen tussen verzekeraars mogelijk te maken zou het in dat geval ook mogelijk moeten worden gemaakt om opgebouwde aanspraken tussen verzekeraars 'mee te nemen'.

5.3.2.2 Volksverzekeringen

Volksverzekeringen vormen een alternatief voor private verzekeringen. Volksverzekeringen zijn verzekeringen waarbij alle ingezetenen van rechtswege verzekerd zijn en verplicht zijn premie te betalen. Voor de keuze voor een volksverzekering kunnen verschillende redenen bestaan. Zo kan het gaan om risico's die privaat onverzekerbaar zijn. Met een volksverzekering voor zulke risico's is het mogelijk de toegankelijkheid van de betreffende zorg te waarborgen. Er kan ook voor een volksverzekering worden gekozen op grond van solidariteitsoverwegingen. Bovendien vormt een volksverzekering een eenvoudige manier om adverse selectie en risicoselectie te beperken.

Bij een volksverzekering is, net als bij een private verzekering, in principe sprake van een verzekerd en afdwingbaar recht op zorg. Er is bij een volksverzekering echter wel een inherente spanning tussen toegankelijkheid en betaalbaarheid, aangezien een recht op zorg in een volksverzekering een grote druk op de overheidsbudgetten kan leggen.⁷⁴ Dit kan zich uiten in wachtlijsten. Het aanbieden van een

⁷⁴

Dit geldt des te meer omdat, zoals verderop zal blijken, uitvoeringsorganen van een volksverzekering inherent zwakke prikkels hebben om efficiënt in te kopen en op die manier de uitgaven in de hand te houden.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

volksverzekering kan in de vorm van een naturapolis of een restitutiepolis. PGB's vormen een variatie op een restitutiepolis met als fundamenteel gemeenschappelijk kenmerk dat de cliënt de zorg direct bij de zorgaanbieder inkoopt.

De uitvoering van een volksverzekering kan worden ondergebracht bij publieke of private uitvoeringsorganen. De uitvoeringstaken van de AWBZ zijn zorgbemiddeling, zorginkoop en betaling. In principe kan ieder orgaan dit doen en zouden deze taken tevens kunnen worden uitbesteed.

- **Betaling:** administratieve taak die correct moet worden uitgevoerd, maar weinig raakvlak heeft met het borgen van consumentenbelangen.
- **Zorgbemiddeling:** hulp om de zorg te vinden die het beste past bij de geïndiceerde zorgvraag en de wensen van de cliënt. Hiertoe moet er een loket zijn waar de cliënt terecht kan met hulpvragen. Een zorgverzekeraar is daarvoor vanuit de Zvw-taken goed toegerust. Een publiek orgaan zal moeten investeren in het opzetten van een zichtbaar loket.
- **Zorginkoop:** onderhandelingen met zorgaanbieders over volume, kwaliteit en prijs. Dit kan bilateraal plaatsvinden en wel via een aanbestedingsprocedure of via een marktplaats. De keuze om de AWBZ privaat of publiek te laten uitvoeren wordt grotendeels bepaald door de mate waarin concurrentie tussen uitvoerders mogelijk is (sturing verzekerden, risicoverevening) en de gewenste prikkels oplevert om kwalitatief goede zorg voor een goede prijs in te kopen.

In tegenstelling tot een private verzekering is bij een volksverzekering meestal geen sprake van verzekeraars die met elkaar in concurrentie staan, zodat verzekerden niet 'met de voeten kunnen stemmen' (bijvoorbeeld als het gepercipieerde kwaliteitsniveau van de verstrekte zorg ontoereikend is). Effectieve prikkels voor het uitvoeringsorgaan moeten in dat geval op andere manieren worden gevonden. Gunning van het recht om een uitvoeringsorgaan te exploiteren zou dan bijvoorbeeld door middel van een aanbesteding met kwaliteitsprikkels kunnen plaatsvinden.

Overigens bestaan er ook mengvormen tussen private en volksverzekeringen. Zo zijn de verzekeringen in het kader van de Zvw private verzekeringen met verzekeraars die met elkaar in concurrentie staan. Door aanvullende maatregelen, bijvoorbeeld het verplichte karakter, het verbod op premiedifferentiatie en het risicovereveningsstelsel, hebben de zorgverzekeringen ook enkele kenmerken van een volksverzekering. De Ziekenfondswet daarentegen was juist een volksverzekering met elementen van een private verzekering: zorgverzekeraars stonden in concurrentie met elkaar en de inkoop was risicodragend. Het label volksverzekering of private verzekering blijkt in de praktijk dus niet altijd onderscheidend.

5.3.2.3 Verstrekking door gemeenten

Een andere mogelijkheid naast private verzekeringen en volksverzekeringen is dat gemeenten voor de langdurige zorg op hun grondgebied verantwoordelijk zijn. Een aantal onderdelen die voorheen onder de AWBZ vielen, zijn nu ondergebracht in de WMO en de gemeenten zijn voor de uitvoering daarvan verantwoordelijk. Het gaat hier bijvoorbeeld om een aantal subsidieregelingen uit de AWBZ, zoals mantelzorgondersteuning en diensten bij wonen met zorg. Verder is de huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ naar de WMO overgeheveld.

Mogelijkerwijs is verstrekking door gemeenten van andere vormen van langdurige zorg ook denkbaar. In een aantal andere landen (Finland,

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Zweden en het Verenigd Koninkrijk) is de taak van de gemeente breder dan in Nederland. In deze landen is de gemeente verantwoordelijk voor ondersteuning en zorg, soms met intensieve begeleiding. Daarbij beschikken gemeenten wel over meer instrumenten en middelen dan in Nederland om deze taken adequaat uit te voeren. In enkele Scandinavische landen vindt financiering van langdurige formele en informele zorg plaats uit gemeentelijke belastingen. Op deze manier blijft de eenheid van budgettering en uitvoering gehandhaafd.⁷⁵ Hierdoor is democratische controle achteraf bijvoorbeeld eenvoudiger, omdat de gemeente zowel voor het innen van voldoende middelen als voor een juiste en doelmatige uitvoering verantwoordelijk is. Gemeenten kunnen ook een sterke prikkel hebben om langdurige zorg van psychiatrische patiënten – vooral van hen die binnen de gemeente overlast veroorzaken – aan te pakken.

Bij verstrekking door gemeenten is geen sprake van een verzekerd recht op zorg; gemeenten kunnen uitsluitend een voorziening bieden. Ook staan gemeenten niet met elkaar in concurrentie. Hoewel inwoners in principe naar andere gemeenten kunnen verhuizen, hebben gemeenten er niet noodzakelijkerwijs belang bij om inwoners met een zware zorgbehoefte aan te trekken. De prikkel voor gemeenten om op een goede prijs-kwaliteitverhouding te letten, moet voornamelijk komen vanuit de lokale democratische controle. Deze controle is echter erg indirect, aangezien hij naast zorg betrekking heeft op een groot aantal andere gemeentelijke onderwerpen en diensten.

5.4 Zorgverleningsmarkt

Voor het inrichten van de zorgverleningsmarkt is sprake van een aantal hoofdmodellen, die te onderscheiden zijn aan de hand van de partij die risicodragend is (aanbieders of overheid) en de vraag of vooraf (ex-ante) gereguleerd wordt of achteraf (ex-post) toezicht plaatsvindt. Dit resulteert in principe in vier verschillende modellen. Ex-post-toezicht op de overheid blijft echter buiten beschouwing, zodat een drietal hoofdmodellen overblijven. Elk van deze drie hoofdmodellen komt hier aan de orde.

5.4.1 Risico bij aanbieders, toezicht ex-post (vrije markt binnen randvoorwaarden)

Dit model legt alle ondernemingsrisico's bij de zorgaanbieder. Het gaat hierbij in hoofdzaak om het volumerisico (het risico van onderbenutting van de capaciteit) en het kostenrisico (het risico dat verlies wordt geleden omdat de kosten van dienstverlening hoger zijn dan opbrengsten). De aanbieder is in beginsel ook vrij om het prijsniveau en het bijbehorende kwaliteitsniveau te bepalen. Net als in de meeste andere sectoren vindt uitsluitend mededingingstoezicht achteraf (ex-post) plaats door de NMa.⁷⁶ Op grond van artikel 24 van de mededingingswet is het ondernemen verboden misbruik te maken van een economische machtspositie.

In dit verband is echter een aanvullende veronderstelling van belang, die gerelateerd is aan het publieke belang 'kwaliteit'. Aan de zorg wordt een

⁷⁵ RVZ (2005), *Mensen met een beperking in Nederland; De AWBZ in perspectief*, p. 40.

⁷⁶ Fusiecontrole, die per definitie ex-ante plaatsvindt, laten we hier buiten beschouwing.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

groot maatschappelijk belang gehecht en gevallen, zelfs incidentele, waarin sprake is van levering van onvoldoende kwaliteit worden veelal als bijzonder ongewenst beschouwd. Om deze reden gaat de NZa ervan uit dat de overheid zelfs in een overigens ongereguleerde markt minimum kwaliteitseisen zal opleggen en specifiek toezicht zal uitoefenen op de naleving hiervan. Daarnaast gaat zij er bij dit marktmodel van uit dat aanbieders uitkeerbare winst mogen nastreven. Dit is zoals eerder aangegeven noodzakelijk voor een goed functionerende markt.

De (vrije) prijsvorming in dit model kan verschillende vormen aannemen. Zo zijn bilaterale onderhandelingen denkbaar tussen de zorgaanbieder en de cliënt of tussen de zorgaanbieder en de institutionele zorginkoper. Ook kunnen zorginkopers een veilingprocedure als inkoopmodel organiseren, zoals op dit moment gebeurt in de kraamzorg.⁷⁷

5.4.2 Risico bij aanbieders, regulering ex-ante (gereguleerde marktwerking)

Wanneer markten niet aan de voorwaarden voor volledig ongereguleerde markten voldoen, kan specifieke ex-ante-regulering nodig zijn om de publieke belangen te waarborgen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als markten gekenmerkt worden door aanzienlijke schaalvoordelen met als gevolg hoge toetredingsdrempels, mogelijk duurzame marktmacht en onvoldoende keuzevrijheid voor cliënten.

Ex-ante-regulering kan verschillende vormen aannemen, zoals:

- prijs- en kwaliteitsregulering;
- het opleggen van non-discriminatieverplichtingen;
- maatregelen om de transparantie van de geleverde kwaliteit te vergroten.

Afgezien van de opgelegde verplichtingen behouden de aanbieders hun ondernemersvrijheid en blijven zij ook het volume- en kostenrisico dragen. Bovendien mogen aanbieders in beginsel uitkeerbare winst nastreven op grond van soortgelijke overwegingen als eerder zijn omschreven.

Voor de selectie van de aanbieders die ex-ante-verplichtingen krijgen opgelegd, zijn er in beginsel twee mogelijkheden, die ook in combinatie kunnen worden toegepast. Een optie is het opleggen van verplichtingen die gelden voor aanbieders op een bepaalde markt. Dit is bijvoorbeeld denkbaar in de volgende gevallen:

- Markten die dusdanige kenmerken hebben dat een erg groot gedeelte of alle aanbieders op deze markt duurzame marktmacht zullen hebben. Dit kan het geval zijn bij nauwe regionale markten (bijvoorbeeld omdat cliënten graag in de nabijheid van familie verblijven) met dusdanige schaalvoordelen dat er slechts

⁷⁷ De veiling voor kraamzorg werkt als volgt. Op een website (zorgveiling.nl) kan de zorgvrager (in dit geval de zorgverzekeraar uit hoofde van de verzekerde) de zorgvraag kenbaar maken. Hierop kunnen de zorgaanbieders op het leveren van die zorg een kortingsbod ten opzichte van het maximumtarief uitbrengen. De zorgverzekeraar selecteert de zorgaanbieder met het beste kortingsbod (rekening houdend met de voorkeur van de verzekerde) op basis van een veilingcomputer.

ruimte is voor één aanbieder per regio.

- Vormen van marktfalen die uitsluitend effectief zijn te ondervangen met verplichtingen aan alle aanbieders in een markt. Een voorbeeld hiervan zijn maatregelen om de transparantie op een markt te vergroten.

Een andere mogelijkheid is om uitsluitend aanbieders met aanmerkelijke marktmacht verplichtingen op te leggen. Dit kan bijvoorbeeld geschikt zijn op transparante markten waar de kleine aanbieders voldoende concurrentiedruk ondervinden van de AMM-partij, maar waar dit in de omgekeerde richting (nog) niet het geval is. In zulke omstandigheden is het opleggen van ex-ante-verplichtingen aan de kleinere aanbieders niet altijd noodzakelijk en is het opleggen van verplichtingen aan de AMM-partij mogelijk afdoende. Wanneer deze partij niet langer aanmerkelijke marktmacht heeft, bijvoorbeeld omdat nieuwe toetreding heeft plaatsgevonden, komen de verplichtingen te vervallen.

Ex-ante-verplichtingen kunnen (maar hoeven niet noodzakelijkerwijs) gepaard gaan met het reguleren van prijzen. In dit kader geldt de veronderstelling dat eventuele regulering uitsluitend betrekking heeft op *maximumprijzen*; daarbij staat het aanbieder vrij om een lagere prijs dan de maximumprijs te hanteren en zo met elkaar te concurreren.

Prijsregulering vindt gewoonlijk plaats aan de hand van een kostenmaatstaf. Hiervoor zijn in beginsel twee varianten denkbaar: het gemiddelde kostenniveau van alle aanbieders in een bepaalde markt en het kostenniveau van iedere aanbieder afzonderlijk.

Het reguleren van de prijzen op basis van de gemiddelde kosten binnen een sector staat bekend als maatstafconcurrentie (ook *benchmark- of yardstick competition* genoemd). Hierbij concurreren aanbieders in de eerste plaats op hun kostenniveaus; de maatstaf voor een gegeven instelling wordt daarbij bepaald door het gemiddelde kostenniveau van alle overige aanbieders. Concurrentie om de gunst van de cliënten vindt, voor zover deze een keuzevrijheid hebben, uitsluitend op kwaliteit plaats. Aanbieders hebben in dit model een prikkel om beter te presteren dan het gemiddelde, vooral in combinatie met een winstoogmerk. Als bepaalde aanbieders hun prestaties verbeteren, zal het gemiddelde kostenniveau van alle aanbieders dalen; daardoor is het mogelijk op het moment van herziening ook de gereguleerde prijs naar beneden bij te stellen. Bij effectieve maatstafconcurrentie zullen de gereguleerde prijzen op den duur richting het competitieve niveau tenderen.

Een van de voorwaarden voor effectieve maatstafconcurrentie is dat er binnen de sector zowel voldoende als vergelijkbare aanbieders zijn. Wanneer aan deze twee voorwaarden niet wordt voldaan, is maatstafconcurrentie niet goed mogelijk. Bij onvoldoende aanbieders is het immers moeilijker om te corrigeren voor externe factoren. Ook is maatstafregulering bij slechts enkele aanbieders gevoelig voor collusie. Een andere voorwaarde is dat kwaliteit voldoende transparant is en indien nodig kan worden gereguleerd. Dit kan door middel van een correctie op de maatstaf of afzonderlijk door middel van minimum kwaliteitsniveaus.

Als er niet voldoende vergelijkbare instellingen zijn om tot maatstafconcurrentie over te gaan, is het mogelijk om de prijzen van individuele aanbieders te reguleren op basis van hun individuele kostenniveaus. Een manier hiervoor is om de prijzen te reguleren op basis van de huidige kostprijs plus een opslag voor een redelijk rendement. Het probleem hierbij is dat de aanbieder een verminderde

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

prikkel kan hebben om de kosten te beheersen. Hij krijgt deze kosten immers volledig vergoed. Er zijn echter mogelijkheden om deze kostenmaatstaf dusdanig vorm te geven dat er een prikkel wordt ingebouwd om doelmatig te werken. Zo is het mogelijk aanbieders in staat te stellen de opbrengsten van eventuele kostenverlagingen gedurende een aantal jaar te behouden (en als winst uit te keren), waarna herziening van de vergoeding kan plaatsvinden.

5.4.3 Risico (deels) bij overheid, regulering ex-ante (publieke dienstverlening)

Voor aanbieders die aan ex-ante-regulering worden onderworpen, geldt in het algemeen voor deze regulering hogere eisen gelden naarmate meer risico's en meer ondernemersvrijheid bij de aanbieder worden gelegd. Risicodragende aanbieders kunnen immers omvallen, wat op termijn kan gebeuren als vaststelling van gereguleerde prijzen op een te laag niveau gebeurt. Meer in het algemeen kunnen te lage prijzen efficiënte investeringen ontmoedigen. Te hoge prijzen daarentegen kunnen overwinsten veroorzaken die maatschappelijk ongewenst kunnen zijn of excessieve investeringen uitlokken.

Vaststelling van gereguleerde prijzen op het optimale niveau kan aanzienlijke kosten met zich meebrengen. De aanbieder heeft een informatievoorsprong, waardoor het voor de toezichthouder lastig kan zijn om te beoordelen of de aanbieder al dan niet efficiënt opereert. Zoals gezegd is het mogelijk dit probleem met maatstafconcurrentie te ondervangen. Dit is echter niet mogelijk waar er onvoldoende vergelijkbare aanbieders zijn.

In zulke gevallen kan de vraag gesteld worden of de te verwachten baten van het risicodragend maken van aanbieders nog zullen opwegen tegen de te verwachten kosten die (nauwkeurige) regulering met zich mee zal brengen. Wanneer dit niet het geval is, kan het aangewezen zijn de risico's die aan het eigendom en de exploitatie van de betreffende instellingen verbonden zijn geheel of gedeeltelijk bij de overheid te leggen. Een andere reden hiervoor kan zijn dat sommige gespecialiseerde instellingen een dusdanig maatschappelijk belang vertegenwoordigen dat het niet wenselijk is dat deze kunnen omvallen.

Een manier om dit te organiseren is door middel van een aanbesteding. Hierbij moeten aanbieders concurreren om het recht een instelling gedurende een bepaalde periode te exploiteren. Het eigendom van de locatie kan bij de overheid blijven en zij kan ook verantwoordelijk blijven voor belangrijke investeringsbeslissingen (bijvoorbeeld uitbreiding van de locatie). De risico's die aan het eigendom zijn verbonden (bijvoorbeeld kostenoverschrijdingen bij investeringsprojecten en dekking van kapitaallasten) liggen in dit model bij de overheid, maar de aanbieder draagt het dagelijkse exploitatierisico aangezien hij dit risico het beste kan beheersen. De aanbieder zal de mate van het risico dat hij loopt laten meewegen bij het bepalen van de hoogte van zijn offerte. Dit heeft mogelijk een opdrijvend effect op de prijs.

De selectie van aanbieders bij een aanbesteding kan plaatsvinden op basis van diverse criteria. Een mogelijkheid is van aanbieders een financieel bod te verlangen als vergoeding voor het exploitatierecht; daarbij wordt de concessie toegewezen aan de hoogste bieder (of in voorkomende gevallen degene die de laagste subsidie nodig heeft). In dit geval moet de overheid vooraf aangeven tegen welke voorwaarden - waaronder de te hanteren prijzen en de te leveren kwaliteit - zij de concessie verleent en is het dus nog steeds noodzakelijk om het prijs- en kwaliteitsniveau te bepalen. Het is echter minder noodzakelijk om hierbij

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

het exacte 'optimum' te bepalen, aangezien de aanbieder de vereiste prijs- en kwaliteitsniveaus kan verdisconteren in zijn bod.

Een andere mogelijkheid is om de aanbieders te selecteren op basis van bijvoorbeeld het te hanteren prijsniveau. Hiermee kan de markt in feite het gereguleerde niveau van de prijzen bepalen. Voorwaarde is wel dat de offertes van de diverse aanbieders voldoende vergelijkbaar zijn. Bij complexe vormen van AWBZ-zorg, die vele aspecten omvat waaraan in principe losse prijskaartjes kunnen worden gehangen, is dit mogelijk een probleem.

Een alternatief voor aanbesteding is om de instellingen door de overheid zelf te laten exploiteren. Hierbij liggen alle risico's bij de overheid. Zij stelt zelf prijs- en kwaliteitsniveaus ex-ante vast. Hoewel dit model weinig doelmatigheidsprkkelers bevat, zijn wel enige doelmatigheidsprkkelers mogelijk door middel van de (arbeids)contracten met het management van de aanbieder. Ook in dit model zijn de gevolgen van het vaststellen van de tarieven op een verkeerd niveau beperkt, aangezien de overheid zelf de hieraan verbonden risico's dekt.

5.5 Analyse en keuze marktmodellen

Op basis van de hiervoor gedefinieerde relevante markten en het overzicht van de mogelijke marktmodellen en de mogelijke vormen van marktfaalen, komt de NZa hier tot een keuze voor een marktmodel.

Daarbij komt eerst de zorgverzekeringsmarkt aan de orde, waarbij expliciet wordt ingegaan op de mogelijkheid van een romp-AWBZ en op de markten voor zorgverlening (basiszorg en complexe en specialistische zorg). Ook komt de eventueel afzonderlijk af te bakenen markt voor dagbesteding en de indicatiestelling aan bod. Verder passeren een aantal specifieke vraagstukken de revue die aan de inkoop van zorg gerelateerd zijn.

5.5.1 Zorgverzekeringsmarkt

Aangezien verzekering van risico's in markteconomieën veelal privaat gebeurt, gaat de NZa bij haar analyse van marktmodellen voor de zorgverzekeringsmarkt in de AWBZ in eerste instantie uit van de kenmerken van privaat verzekerde zorgmarkten. Op basis van deze kenmerken weegt zij de verschillende marktmodellen tegen elkaar af. Zoals eerder aangegeven veronderstelt de NZa bij privaat verzekerde zorgmarkten een verzekeringsplicht, een acceptatieplicht, een verplicht basispakket en een verbod op premiedifferentiatie. Daarna wordt een model van publieke uitvoering uitgewerkt.

5.5.1.1 Private uitvoering

Verzekeringmarkten worden in het algemeen gekenmerkt door schaalvoordelen, aangezien de mogelijkheid om risico's te spreiden toenemen naarmate de verzekerde populatie toeneemt. Het omslaan van risico's over meer verzekerden is echter niet de enige manier om risico's te spreiden. Zo is het ook mogelijk om risico's te herverzekeren bij een herverzekeraar. Hierdoor kunnen in beginsel ook kleinere aanbieders op verzekeringmarkten actief zijn.

In zorgverzekeringsmarkten is sprake van een aantal aanvullende schaalvoordelen. Deze zijn gerelateerd aan het feit dat zorgverzekeraars niet alleen risico's verzekeren, maar voor een deel ook als zorginkoper optreden. Dit geldt wanneer zij een naturapolis aanbieden, maar ook bij

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

een restitutiepols in combinatie met gecontracteerde zorg. Met een grotere schaal heeft de zorgverzekeraar een sterkere onderhandelingspositie. Bovendien brengt het onderhandelen met aanbieders transactiekosten met zich mee die verzekeraars bij een grotere schaal over meer verzekerden kunnen verdelen.

Op basis van deze schaalvoordelen valt uiteindelijk een geconcentreerde markt te verwachten. De exacte structuur van deze markt hangt onder andere af van de vraag of verzekeraars met name regionale of landelijke posities zullen innemen en van de vraag in hoeverre de schaalvoordelen aan de inkoopkant op een efficiënte manier ook in de vorm van inkoopcombinaties kunnen worden gerealiseerd. De noodzaak om aanbieders te contracteren en de schaalvoordelen die hieraan zijn verbonden, kunnen regionale posities in de hand werken. Aan de andere kant kan juist een landelijke dekking noodzakelijk zijn om te kunnen dingen naar collectieve contracten van grote bedrijven. Mogelijkerwijs ontstaat er een hybride model, waarin een paar verzekeraars landelijk met elkaar concurreren en er een aantal lokale verzekeraars overblijven die voornamelijk binnen een regio actief zijn.

Zorgverzekeringsmarkten zijn in principe intransparant. Als gevolg van de heterogeniteit van de verzekerde risico's kunnen verzekeraars de transparantie belemmeren door verschillende pakketten aan te bieden en verschillende voorwaarden te hanteren. Zoals hierboven is aangegeven gaat de NZa echter uit van een verplicht basispakket, dat onder andere het mogelijke gebrek aan transparantie ondervangt.

Een gebrek aan transparantie kan ook optreden bij zuivere naturapolissen, waarbij de cliënt geen keuzevrijheid heeft, aangezien de verzekerde de kwaliteit van de gecontracteerde zorg niet vooraf kan beoordelen. In de praktijk wensen cliënten echter een zekere mate van keuzevrijheid, als gevolg waarvan aanbieders van naturapolissen veelal meerdere aanbieders in een bepaalde regio contracteren.

Ondanks de schaalvoordelen en het bestaan van toetredingsdrempels kan op de zorgverzekeringsmarkt effectieve concurrentie worden verwacht (waarbij de NZa het bestaan van fusiecontrole en andere maatregelen om de keuzevrijheid voor consumenten te waarborgen, met name de hierboven aangehaalde acceptatieplicht, als een gegeven beschouwt). Factoren die effectieve concurrentie in de hand kunnen werken zijn de mogelijkheden voor verzekeraars om zich te differentiëren met aanvullende verzekeringen en de mogelijkheid om kortingen bij collectieve contracten aan te bieden.

Een belangrijk kenmerk van concurrerende private zorgverzekeraars is dat deze een sterke prikkel hebben om doelmatig in te kopen. Deze prikkel komt voort uit het winstmotief van verzekeraars en uit het feit dat verzekerden naar andere verzekeraars kunnen overstappen als de ingekochte zorg ondermaats is. Bij inkoop door gemeenten is deze prikkel minder sterk, aangezien gemeenten nauwelijks risico lopen om 'klanten' te verliezen. Ook lokale democratische controle voorziet slechts in beperkte inkoopprykkels, aangezien deze controle betrekking heeft op een veel breder scala aan diensten en onderwerpen dan uitsluitend zorg. Bovendien is bij inkoop door (combinaties van) gemeenten een veel grotere mate van versnippering te verwachten dan bij inkoop door (combinaties) van zorgverzekeraars. Bij inkoop (door uitvoeringsorganen van) voor een volksverzekering is er wel sprake van een geconcentreerde inkoopzijde, maar is het verschaffen van effectieve inkoopprykkels eveneens problematisch door het gebrek aan concurrentie en de slechts indirecte democratische controle.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Aangezien gemeenten verantwoordelijk zijn voor de WMO en voor bijvoorbeeld de beschikbaarstelling van aangepaste woningen, zal er bij private verzekering van AWBZ-zorg een schottenprobleem optreden⁷⁸. Dit schottenprobleem heeft zoals ook eerder is aangegeven twee mogelijke dimensies:

- Een risico op afwenteling tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Dit kan optreden als bepaalde gemeentelijke voorzieningen vanuit het perspectief van de vraagzijde enigszins substitueerbaar zijn met bepaalde voorzieningen in de AWBZ-zorg. Dit kan prikkels opleveren om cliënten met een bepaalde zorgvraag naar de andere instantie af te schuiven, met een mogelijk inefficiënte allocatie van cliënten als gevolg.
- Een mogelijk coördinatieprobleem. Dit kan optreden als bepaalde gemeentelijke voorzieningen samenhangen met voorzieningen in de AWBZ-zorg. Wanneer bijvoorbeeld gemeenten verantwoordelijk zijn voor huishoudelijke verzorging en zorgverzekeraars voor persoonlijke verzorging en zij elk hiervoor hun eigen zorgaanbieder inschakelen, zal de zorgverlening op een minder doelmatige manier plaatsvinden dan wanneer de verantwoordelijkheid voor deze twee functies bij één instantie ligt.

Een schot tussen gemeenten en zorgverzekeraars treedt bij elk denkbaar marktmodel op en de vraag is dan ook waar dit schot het beste kan worden geplaatst. Hierbij is de samenhang tussen de verschillende voorzieningen van belang. Als de samenhang tussen bijvoorbeeld de zorgfunctie *ondersteunende begeleiding* en de WMO groter is dan de samenhang tussen de zorgfuncties onderling, dan kan er aanleiding zijn de functie *ondersteunende begeleiding* bij gemeenten onder te brengen. Wel is in dat geval een afweging noodzakelijk met de verminderde inkoopprikkel die gemeenten hebben. Aangezien er op dit moment geen doorslaggevend bewijsmateriaal voorhanden lijkt voor de omvang en het belang van het schottenprobleem, baseert de NZa haar conclusies uitsluitend op de inkoopprikkel die van de diverse modellen uit gaat.

Eén van de randvoorwaarden voor een private zorgverzekeringsmarkt voor AWBZ-risico's is de ontwikkeling van een effectief risicovereveningssysteem. Zonder zo'n systeem is het onwaarschijnlijk dat verzekeraars die aan een acceptatieplicht en een verbod tot premiedifferentiatie onderhevig zijn, op de markt actief zullen worden.

Verevening van risico's tussen verzekeraars kan in beginsel op twee manieren plaatsvinden. De eerste manier is risico's te verevenen op basis van de kenmerken van de populatie en daarmee de te verwachten zorgbehoefte. Dit is analoog aan de huidige methodiek in de Zvw. Zowel het volumerisico en het inkooprisico liggen bij deze benadering bij de verzekeraar. Voor de risicoverevening wordt gebruik gemaakt van allerlei kenmerken van de verzekerde groep om tot een risico-inschatting te komen van de verwachte zorgbehoefte. Normbedragen voor iedere zorgbehoefte zijn vervolgens noodzakelijk om deze risico's om te zetten in financiële risico's.

Een tweede methode is om risico's op basis van daadwerkelijke indicaties te verevenen, eveneens op basis van normbedragen per

⁷⁸ Zie: Pomp, M., E Mot en R. Douven (juni 2006), *Handle with care!*, CPB document No. 122, p. 41.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

indicatie. Hierbij wordt het volumerisico bij de overheid neergelegd en draagt de verzekeraar uitsluitend het inkooprisico. De verzekeraar heeft bij dit model geen prikkel meer om het aantal indicaties te beperken en een onafhankelijke indicatie is hierbij dan ook een vereiste.

Deze tweede benadering, risicoverevening op basis van daadwerkelijke indicaties, wijkt af van de in de Zvw gehanteerde systematiek en creëert dan ook risico's voor afwenteling. Wanneer een verzekeraar wel volumerisico draagt in de geneeskundige zorg, maar niet in de basiszorg, is er sprake van een prikkel om risico's van de geneeskundige zorg naar de basiszorg over te hevelen. Gezien deze mogelijke negatieve externe effecten is nader onderzoek nodig naar de vraag of risicoverevening op basis van daadwerkelijke indicaties een wenselijke optie is.

De mogelijkheid om risico's in de AWBZ te verevenen op basis van de kenmerken van de populatie is momenteel eveneens onderwerp van nader onderzoek. Hoe dan ook is het zo dat risicoverevening in de AWBZ aanzienlijk complexer is dan in de Zvw, aangezien de risico's veel schever over de populatie zijn verdeeld. In het extreme geval van mensen met een aangeboren handicap is zelfs nauwelijks meer sprake van risico's, maar van een bij voorbaat vaststaande zorgbehoefte. Hier zal risicoverevening dus in feite grotendeels op basis van de al vaststaande indicatie plaatsvinden.

5.5.1.2 Publieke uitvoering

Er kunnen goede redenen zijn waarom private uitvoering niet mogelijk is. Zoals hierboven al is beschreven moet er sprake zijn van een goed risicovereveningssysteem alvorens verzekeraars de zorg risicodragend kunnen inkopen. Daarnaast bestaat het risico dat concurrerende verzekeraars onvoldoende prikkels hebben om kwalitatief goede zorg in te kopen voor wilsonbekwamen.

Een overheidsorgaan dat belast is met de inkoop van zorg en de zorgbemiddeling voor consumenten, kan vanuit de intrinsieke motivatie van medewerkers, maatschappelijke verantwoording en scherp toezicht gemotiveerd worden om doelmatig in te kopen en zorg te dragen voor een snelle en adequate zorgbemiddeling. Deze prikkels zijn echter niet optimaal. Het is effectiever als aansporing van de uitvoerder tot een doelmatige uitvoering en meer kwaliteit meer door de klant en minder door de overheid plaatsvindt. Een directe relatie met de consument biedt meer inzicht in de preferenties van de AWBZ-client en risicodragendheid geeft uitvoerders een sterke motivatie om doelmatig in te kopen.

Een overheidsorgaan zal daarnaast meer moeten investeren om te zorgen dat het zichtbaar is voor de cliënt. Een afzonderlijke overheidsdienst zal zich minder laten motiveren om zich voor de cliënt in te spannen naarmate deze meer op afstand van de verzekerde staat. Een directe relatie met de cliënt biedt de cliënt de mogelijkheid om zijn wensen voor het voetlicht te brengen en zo nodig de uitvoerder bij te sturen. Een bijkomend probleem van overheidsuitvoering is dat er een schot blijft bestaan tussen curatieve zorg en AWBZ-zorg.

Verder heeft de client of diens vertegenwoordiger niet de mogelijkheid om van intermediair voor AWBZ-zorg te veranderen als hij niet tevreden is met het aanbod.

De overheid kan de inkoop bij deze volksverzekering zelf ter hand nemen of uitbesteden. Als zij op budgetten stuurt, heeft ook de overheid wellicht geen inherente prikkel om kwalitatief goede zorg in te kopen. Het is bij een volksverzekering dan ook van groot belang om bij de inkoop van de zorg en de selectie van aanbieders expliciet 'punten' toe

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

te kennen aan zowel de prijs als de kwaliteit. Met het waar mogelijk toekennen van PGB's, bijvoorbeeld aan cliënten die wel een adequate wettelijke vertegenwoordiger hebben, kunnen eveneens extra kwaliteitsprikkelers worden ingebouwd.

5.5.1.3 Controle en toezicht op de AWBZ

Het toezicht op private of publieke uitvoerders is in principe identiek. De overheid toetst de zorgplicht en de randvoorwaarden waaraan de uitvoeringsorganen moeten voldoen. Afhankelijk van het feit of de verzekering als publieke of private verzekering wordt aangemerkt, is het mogelijk meer of minder specifieke eisen te stellen. Bij een concurrerende, risicodragende uitvoering gelden dan in beginsel de schaderichtlijnen; daarbij is het moeilijker is om algemene regels op te leggen. Bij een publieke verzekering gelden daarentegen aanbestedingsregels en bestaat in principe meer ruimte om aanvullende eisen te stellen voor zover die met deze aanbestedingsregels in overeenstemming zijn. Voor een meer uitgebreide bespreking van deze Europese regelgeving zie hoofdstuk 3.

Als versterkt toezicht noodzakelijk is (zoals het geval zal zijn wanneer minder of geen ruimte bestaat voor concurrentie) kan de toezichthouder ook het meest effectief controle uitoefenen op uitvoerders van de AWBZ indien dit als een dienst van algemeen economisch belang wordt aangemerkt. Omdat aan uitvoerders van een dergelijke dienst erg gedetailleerde regels kunnen worden opgelegd, gelden in dit geval de meeste waarborgen.

5.5.1.4 Conclusie

Op grond van het bovenstaande concludeert de NZa dat een private verzekering voor AWBZ-zorg in principe de voorkeur verdient boven een publiek uitgevoerde volksverzekering of verstrekking door gemeenten. De sterkere inkoopprikkels bij het model met concurrerende verzekeraars zijn hierbij een doorslaggevend argument. Basisvoorwaarde voor dit model is wel een goed risicovereveningssysteem waarbij ook nog concurrentie tussen verzekeraars mogelijk is.

Indien geldt dat concurrerende, risicodragende verzekeraars de zorgbemiddeling en zorginkoop voor verzekerden kunnen uitvoeren, dan geldt ook dat het mogelijk is deze zorg over te hevelen naar de Zvw. Het ligt voor de hand dit ook inderdaad te doen. Het bestaan van een losse private zorgverzekering voor (delen van) de AWBZ die zorgverzekeraars zouden uitvoeren, lijkt onnodig gecompliceerd en daarom ongewenst. Bovendien kan het voor de uitvoering van de AWBZ gunstig zijn om mee te liften met de dynamiek op de polismarkt voor de Zvw.

Alleen voor de zorg waarvoor private uitvoering onvoldoende kwaliteit kan garanderen of waarvoor de risicoverevening niet goed mogelijk is, zou publieke uitvoering het beste alternatief zijn.

Het ligt dan in de rede een deel van de AWBZ-cliënten van de private verzekering uit te sluiten en als volksverzekering in een romp-AWBZ te houden. In dat geval beveelt de NZa aan de mogelijkheid van het aanmerken van een dienst van algemeen economisch belang nader te onderzoeken.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

5.5.1.5 Een romp-AWBZ

Deze romp-AWBZ zou dan blijven bestaan voor cliënten waarvoor de risico's niet goed te verevenen zijn en waarvoor de kwaliteit van inkoop onvoldoende geborgd is bij private uitvoering.

Betere borging kwaliteit

Drie factoren bepalen het risico dat concurrerende verzekeraars mogelijk onvoldoende prikkels hebben om kwalitatief goede zorg in te kopen voor wilsonbekwamen.

- Allereerst bestaat het risico dat de verzekeraar beknibbelt op de kwaliteit van de zorg op het moment dat deze geleverd wordt. Wilsonbekwamen zijn minder goed in staat hiertegen te protesteren en bovendien minder goed in staat naar een andere zorgverzekeraar over te stappen.

Dit risico wordt echter beperkt door de overeenkomst die met de verzekerde is afgesloten. De oorspronkelijk afgesloten verzekeringspolis van bijvoorbeeld een demente oudere zal een bepaald kwaliteitsniveau specificeren. Hoewel de oudere op het moment van levering van de zorg zelf niet meer kan beoordelen of aan de afgesproken normen wordt voldaan, kunnen anderen dat wel. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om familieleden, wettelijk vertegenwoordigers of - bij gebrek hieraan - patiëntenverenigingen (bijvoorbeeld door middel van steekproeven en het afdwingen van schadeclaims als zij tekortkomingen constateren). Deze laatste groeperingen moeten hiervoor wellicht wel met de noodzakelijke rechten en eventueel ook middelen worden uitgerust.

- Een tweede risico is dat de overeenkomst die met de verzekerde is afgesloten niet een voldoende kwaliteitsniveau zal specificeren. Het merendeel van de verzekerde populatie (de wilsbekwamen) zal wellicht geen rekening houden met de mogelijkheid om gehandicapt of geestelijk gestoord te raken en zal bij de keuze van een verzekeringspolis met de zorg voor deze groepen wellicht niet of in mindere mate rekening houden. Als verzekeraars hun polissen afstemmen op de voorkeur van de meerderheid, bestaat het risico dat een concurrerende markt voor AWBZ-zorg een te laag kwaliteitsniveau voor bepaalde doelgroepen zal voortbrengen. Dit risico geldt op het niveau van de verzekeringsovereenkomst tussen verzekeraar en verzekerde, dat wil zeggen de overeengekomen kwaliteit van de zorg voordat daadwerkelijk levering plaatsvindt. (Een afzonderlijke vraag, die hierboven is behandeld, is of levering van de overeengekomen zorg ook daadwerkelijk gebeurt).

In dit kader merkt de NZa echter op dat zij voor de private AWBZ-verzekering uitgaat van een door de overheid verplicht basispakket. Met name waar het gaat om zorg aan kwetsbare groepen zou dit verplichte basispakket gepaard kunnen gaan met verplichte kwaliteitsniveaus. Hiermee worden wilsonbekwamen in ieder geval voorzien van een adequaat recht op zorg en blijft het probleem beperkt tot de vraag of levering van de gecontracteerde zorg ook daadwerkelijk plaatsvindt.

- Een derde risico is of dat wilsonbekwamen hun voorkeuren niet zelf kenbaar kunnen maken door middel van de keuze voor een verzekeraar. De groep handelingsonbekwame cliënten die geen wettelijk vertegenwoordiger heeft, zal echter waarschijnlijk klein zijn.⁷⁹ Binnen de Zvw heeft de wetgever de verzekeringplicht van

⁷⁹ Indien een verzekeringplicht wordt opgelegd, is het aannemelijk dat er sprake is van een sanctie als een individu zich niet verzekert. Voor

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

kinderen en onder curatele, bewind of onder mentorschap gestelde meerderjarigen bij hun wettelijke vertegenwoordigers gelegd.⁸⁰ De NZa wijst er in dit kader op dat het op een gegeven moment wilsonbekwaam *worden* van een cliënt in beginsel geen probleem hoeft te vormen als de cliënt voorafgaand aan het optreden van deze aandoening een bewuste keuze voor een verzekeraar heeft kunnen maken. Het feit dat dementerende ouderen wilsonbekwaam zijn vormt voor het goed functioneren van de zorgverzekeringsmarkt niet per definitie een obstakel, aangezien de ouderen dit risico voorafgaand aan het intreden van de dementie konden laten meewegen in de keuze voor een verzekeraar. Voor cliënten met een aangeboren handicap of die al op jonge leeftijd verslaafd raken bestaat deze mogelijkheid niet.

Risicoverevening mogelijk houden

Het tweede hoofdargument waarom een publiek uitgevoerde romp-AWBZ zou moeten blijven bestaan is het risico dat risicoverevening tussen verzekeraars in de AWBZ te complex wordt als alle doelgroepen in de private verzekering opgaan. Achtergrond hierbij is het feit dat voor sommige doelgroepen de zorgvraag van te voren al bekend is. Hierbij kan worden gedacht aan mensen met een aangeboren handicap en ernstige GGZ-cliënten. Deze risico's zijn in een volledig vrije markt waarschijnlijk onverzekeraar, aangezien het verzekerde feit deels vooraf al is opgetreden. Het is niet op voorhand duidelijk of deze 'risico's' op een praktische manier in een risicovereveningssysteem kunnen worden opgenomen.⁸¹

Wanneer de risicoverevening te complex wordt, zouden de uitkeringen uit het risicovereveningsfonds dusdanige vormen kunnen aannemen dat er misschien te weinig ruimte overblijft voor verzekeraars om te concurreren op het niveau van de nominale premie. Het overstappen tussen verzekeraars brengt kosten met zich mee (zoals zoekkosten en administratieve handelingen) en het is dus essentieel dat er door over te stappen voldoende voordelen te behalen zijn om deze kosten te compenseren. Met een voldoende hoge nominale premie kunnen er in absolute zin vrij grote prijsverschillen optreden, waardoor het de moeite kan lonen om van aanbieder te wisselen. Bij een lage nominale premie zijn de financiële prikkels om tussen verzekeraars over te stappen beperkter. Het opnemen van extreme risico's in de private zorgverzekering zou dus, als dit tot een te zwaar risicovereveningssysteem leidt, de concurrentie tussen private verzekeraars kunnen beperken en hiermee het hele private verzekeringsmodel in gevaar kunnen brengen.

Omvang romp-AWBZ

Voor het bepalen van de minimale omvang van de romp-AWBZ bestaan dus in hoofdzaak de volgende twee opties:

- op basis van wilsonbekwaamheid op het moment dat zelfstandig een keuze voor een verzekering moet worden gemaakt, bijvoorbeeld bij het bereiken van de meerderjarige leeftijd.

handelingsonbekwame zonder wettelijk vertegenwoordiger zou dit onterecht kunnen zijn. Binnen de Zvw (artikel 2) is het zo geregeld dat als een zorgvrager niet verzekerd blijkt, deze zich bij een verzekering moet melden. De verzekering heeft een acceptatieplicht en er wordt geen boete opgelegd wanneer blijkt dat de verzekeringsplichtige niet in staat was zich te verzekeren.

⁸⁰ ZVW, artikel 2, lid 3. Zie ook de Memorie van Toelichting, p. 83-84 (Kamerstukken II (2003-2004), 29763, nr. 3).

⁸¹ Hier doet de NZa op dit moment nader onderzoek naar.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

- op basis van extreme risico's om zo het risicovereveningssysteem beheersbaar te houden. Het gaat hierbij om bepaalde doelgroepen met een extreme zorgbehoefte, bijvoorbeeld zwaar/complex gehandicapten en gebruikers van de zware chronische GGZ.

Deze groepen vallen deels samen. De exacte omvang van een eventuele romp-AWBZ zou moeten afhangen van het uit te voeren onderzoek naar risicoverevening in de AWBZ.

Ongeacht de omvang van de uiteindelijke romp-AWBZ merkt de NZa op dat het onderbrengen van de zorg voor deze specifieke groepen bij gemeenten minder voor de hand ligt. Doordat de zorg voor deze cliëntgroepen deels complex van aard is, kan in bepaalde gevallen een zekere mate van concentratie op de zorgverleningsmarkt worden verwacht. Gemeenten zijn te versnipperd over de te verwachten geografische markten en zouden hier dan ook onvoldoende tegenwicht bieden.

Om afwentelingsproblemen te vermijden zou de romp-AWBZ ideaal gesproken alle zorg aan de betreffende doelgroepen moeten omvatten, waaronder in elk geval zowel basiszorg als eventueel benodigde complexe of specialistische zorg. Nadrukkelijk merkt de NZa op dat een romp-AWBZ dus aan de hand van doelgroepen gedefinieerd zou moeten worden en *niet* op het niveau van relevante markten in de zorgverleningsmarkt.

De zorgbehoefte van een cliënt met een aangeboren handicap kan al vanaf zijn of haar geboorte door deze verzekering worden gedekt. Voor cliënten waarin de aandoening pas later ontstaat, kan de volksverzekering de zorgbehoefte vanaf het moment van indicatie dekken.

5.5.2 Zorgverleningsmarkt

5.5.2.1 Basiszorg

De markt voor basiszorg (exclusief wonen) wordt in een zero-basebenadering gekenmerkt door lage toetredingsdrempels. Het gaat hier om relatief eenvoudige zorg zonder belangrijke schaalvoordelen die zelfs individuele personen (bijvoorbeeld mantelzorg) kunnen aanbieden. Specialistische kennis is voor het leveren van basiszorg niet noodzakelijk en het benodigde personeel is in principe algemeen op de arbeidsmarkt beschikbaar of kan relatief eenvoudig worden om- of bijgeschoold. Hoewel aanbieders een reputatie kunnen opbouwen en hier een concurrentievoordeel aan kunnen ontleen, is een dergelijke reputatie niet essentieel om op de markt actief te kunnen zijn en onderdeel van normaal ondernemerschap.

De markt voor basiszorg is in beginsel transparant. Hoewel de kwaliteit van geleverde zorg vooraf niet goed kan worden beoordeeld, zullen cliënten de daadwerkelijk geleverde kwaliteit in de meeste gevallen wel goed kunnen beoordelen. Van belang is hierbij dat basiszorg bijna altijd herhaaldelijk zal worden afgenomen en dat cliënten voldoende keuzevrijheid hebben. Hoewel enige lock-in-effecten kunnen optreden als bijvoorbeeld ouderen zich persoonlijk gaan identificeren met de zorgaanbieder, hoeft dit het effectief functioneren van de markt niet in de weg te staan. In het algemeen geldt dat wanneer aanbieders verwachten dat klanten gedurende de duur van hun relatie met de aanbieder winstgevender zullen worden als gevolg van lock-in-effecten, zij vooraf scherp om deze klanten zullen concurreren (bijvoorbeeld in de vorm van korting gedurende de eerste maanden van een contract).

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Hierdoor kan de markt per saldo toch goed functioneren. Ook in AWBZ-markten is dit in beginsel denkbaar. Van belang is dat cliënten op elk moment voldoende keuzevrijheid hebben en over voldoende informatie over de alternatieven beschikken.

Wel geldt dat de markten voor basiszorg gekenmerkt worden door een specifieke vraagstructuur. Cliënten hebben veelal een voorkeur voor zorg in de nabije omgeving. In bepaalde gevallen kan dit toch tot beperkte concurrentiedruk op individuele aanbieders leiden, omdat er niet of nauwelijks sprake is van concurrentie in de nabije omgeving.

Externe effecten zijn in de basiszorg op het niveau van de zorgverleningsmarkt in principe nauwelijks te verwachten. De enige effecten die kunnen optreden houden verband met de indicatiestelling. Zo kan aanbodgestuurde groei van de vraag optreden als de indicatiestelling bij de aanbieder ligt of kunnen cliënten zich zorgbehoevender voordoen dan zij in werkelijkheid zijn. Deze effecten komen nog aan de orde in de context van de indicatiestelling.

Voor het goed functioneren van de markt voor basiszorg lijkt het van belang om een sterke inkoopzijde te hebben. Wanneer cliënten zelf de inkoop op zich nemen, is niet uit te sluiten dat aanbieders van basiszorg in sommige gevallen marktmacht over individuele cliënten kunnen uitoefenen. Wanneer de cliënten echter worden bijgestaan (of, in voorkomende gevallen, vervangen) door zorgverzekeraars, zijn deze problemen te ondervangen. Zorgverzekeraars kunnen direct zorgaanbieders contracteren of hun cliënten een referentieaanbod voorleggen dat zij ofwel kunnen accepteren ofwel als uitgangspunt kunnen gebruiken bij hun individuele onderhandelingen met zorgaanbieders. Bij de bespreking van de zorginkoopmarkt komt dit nog nader aan bod. Ook een uitvoeringsorgaan van een eventuele romp-AWBZ kan dergelijke maatregelen nemen.

Met zorgverzekeraars of een uitvoeringsorgaan van een romp-AWBZ aan de inkoopzijde is de noodzaak voor overheidsingrijpen in de zorgverleningsmarkt voor basiszorg beperkt. Een model met risicodragende aanbieders die vrij zijn om zelf hun prijs- en kwaliteitsniveau te bepalen (mits zij minimum kwaliteitseisen in acht nemen), lijkt hier dan ook goed te kunnen werken. Naast het opleggen van kwaliteitseisen houdt de overheid in dit model uitsluitend achteraf toezicht op de markt.

5.5.2.2 Specifieke deelmarkten voor complexe of specialistische zorg

Bij de marktafbakening heeft de NZa geconstateerd dat de zorg voor enkele specifieke doelgroepen dusdanige kenmerken heeft dat aanbods substitutie vanuit basiszorg niet te verwachten is. In dit kader zijn de volgende vormen van zorg genoemd:⁸²

- zorg aan meervoudig zintuiglijk gehandicapten (met name waar aangeboren)
- zorg aan aids-patiënten
- zorg aan gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten
- orthopedagogische zorg
- zorg aan cliënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH)

⁸² Deze lijst is bedoeld ter illustratie en heeft niet ten doel volledig te zijn.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

- zorg aan CVA-patiënten⁸³

Zoals in het deel over marktafbakening duidelijk werd, is de beschikking over specifieke kennis voordat zorg kan worden aangeboden voor aanbieders op deze deelmarkten noodzakelijk. Deze kennis kan ofwel benodigd zijn omdat de geleverde zorg behandeling omvat die door specialisten moeten aanbieden, ofwel omdat de aandoening dusdanig specifiek is dat de instelling als geheel specifieke kennis moet hebben om adequate zorg te kunnen leveren.

Individuele behandel-specialismen worden zelf niet gekenmerkt door schaalvoordelen. Dit uit zich onder andere in het feit dat ook vrijgevestigde specialisten deze zorg in de praktijk leveren. Hoewel specialismen zich kenmerken door toetredingsdrempels, onder andere gerelateerd aan de noodzaak om een opleiding te doorlopen en vanwege bijvoorbeeld reputatie-effecten, zijn in beginsel effectieve concurrentie tussen individuele specialisten te verwachten.

Instellingen die zorg aanbieden met daarin een behandelingscomponent, kunnen specialisten in dienst nemen of specialisten in staat stellen om hun diensten rechtstreeks aan de cliënten van de instelling aan te bieden. Zorg met een specialistisch karakter als gevolg van de aanwezigheid van een behandelcomponent kenmerkt zich daarom niet noodzakelijkerwijs door schaalvoordelen. Hoewel de toetredingsdrempels tot dit segment hoger zijn dan voor basiszorg - onder andere doordat het nodig kan zijn een reputatie te ontwikkelen, is afhankelijk van marktomstandigheden effectieve concurrentie tussen aanbieders nog steeds mogelijk.

Voor complexe zorg aan bepaalde categorieën cliënten met een erg specifieke aandoening ligt dit anders. Voor dit type zorg is specifieke kennis noodzakelijk die niet zozeer door opleiding als wel door ervaring kan worden verkregen en die niet in ruime mate op de markt beschikbaar is. In dit geval is sprake van toetredingsdrempels, aangezien een instelling deze kennis veelal uitsluitend kan verkrijgen bij partijen die al op de markt actief zijn (bijvoorbeeld door een deel van het personeel weg te kopen) en hierbij afhankelijk is van de medewerking van de betreffende personen of partijen.

De specifieke kennis kan, voor zover instellingen deze niet met elkaar delen, aanzienlijke schaalvoordelen inhouden. Omdat deze markten over het algemeen ook kleine markten zijn, is in deze markten wellicht slechts ruimte voor enkele aanbieders per regio. Aangezien cliënten veelal een voorkeur voor zorg in de directe nabijheid hebben, kunnen deze aanbieders, of een deel hiervan, zonder aanvullend overheidsingrijpen dan ook duurzame marktmacht hebben.

Op markten voor complexe of specialistische zorg is een gebrek aan transparantie waarschijnlijk. Bij cliënten met chronische aandoeningen zullen behandelaars een informatievoorsprong ontwikkelen, waardoor externe effecten zoals aanbodgestuurde vraag kunnen ontstaan. Ook kunnen lock-in-effecten optreden als cliënten moeilijk kunnen overstappen naar andere behandelaars die de specifieke kennis over de cliënt in kwestie niet hebben. Deze lock-in-effecten kunnen ernstiger gevolgen hebben dan bij de basiszorg, omdat er als gevolg van de specifieke kennis die behandelaars opbouwen niet langer van kan worden uitgegaan dat de cliënt op elk moment volledige keuzevrijheid heeft. Aan de andere kant is het misschien mogelijk om lock-in-effecten

⁸³ CVA staat voor Cerebro Vasculair Accident: een ongeluk in de bloedvaten van de hersenen ofwel een beroerte.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

gedeeltelijk te ondervangen door de ervaring van de cliënt of diens vertegenwoordiger.

Op grond van bovenstaande overwegingen kan er volgens de NZa niet van worden uitgegaan dat de markten voor complexe en specialistische zorg uit zichzelf goed zullen functioneren en tot efficiënte uitkomsten zullen leiden.

Mogelijk zijn deze vormen van marktfalen gedeeltelijk te ondervangen met een sterke inkoopkant. Met name in de markten voor specialistische zorg (zorg met een behandelingscomponent) is het gebrek aan transparantie als gevolg van informatie-asymmetrieën het belangrijkste probleem. Met zorgverzekeraars of een uitvoeringsorgaan van een volksverzekering op de achtergrond zijn deze informatie-asymmetrieën misschien te beperken. Verzekeraars zullen ook zelf kennis in huis hebben en kunnen bijvoorbeeld gebruik maken van experts. Door behandelaars alleen te contracteren als deze de verzekeraar periodiek gedetailleerde informatie verschaffen over de voortgang van de behandeling, kunnen zorgverzekeraars ook te sterke lock-in-effecten tegengaan.

Met sterke partijen aan de inkoopkant zouden in principe de markten voor specialistische zorg (zorg met een behandelingscomponent waar geen specifieke kennis op instellingsniveau vereist is) ook moeten kunnen functioneren. Zoals aangegeven vormt de informatie-asymmetrie het belangrijkste probleem en is hier geen sprake is van onoverkomelijke schaalvoordelen of toetredingsbarrières.

Voor markten waarbij specifieke kennis op het niveau van de instelling is vereist, is zoals hierboven aangegeven wel sprake van schaalvoordelen en mogelijk duurzame marktmacht.

Eén optie om deze problemen gedeeltelijk te ondervangen, is het organiseren van specifieke kennis door en bij de overheid. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een door de overheid geëxploiteerd kenniscentrum dat de specifieke kennis voor de verzorging van cliënten met bepaalde aandoeningen beheert en publiceert. Al dan niet tegen betaling kan dit centrum individuele instellingen ondersteuning bieden. Van belang is dat dit kenniscentrum zelf up-to-date moet kunnen blijven en dat individuele instellingen als gevolg van hun dagelijkse ervaring geen kennisvoorsprong opbouwen.

Als het mogelijk is de specifieke kennis voor alle instellingen beschikbaar te maken, zullen de schaalvoordelen in de markten voor deze vormen van zorg verminderen. De vraag is vervolgens of ook individuele aanbieders (met de noodzakelijke kennis) cliënten met deze erg specifieke aandoeningen efficiënt in kleine aantallen door kunnen verzorgen. Als dit het geval blijkt, is feitelijk geen sprake meer van schaalvoordelen en hoge toetredingsdrempels. Ook deze markten moeten met een sterke inkoopzijde goed kunnen functioneren.

In sommige markten is het echter wellicht niet mogelijk de schaalvoordelen volledig weg te nemen. Dit is het geval als het om andere redenen dan kennis efficiënter is om bepaalde cliënten met specifieke aandoeningen in grotere groepen bij elkaar te verzorgen. GGZ-cliënten met een zwaar zorgprofiel zijn hier wellicht een voorbeeld van. Ook kan dit het geval zijn als het niet mogelijk of praktisch is om de kennis bij de overheid onder te brengen (bijvoorbeeld als het vakgebied evolueert en instellingen door hun dagelijkse behandelervaring een kennisvoorsprong kunnen opbouwen). In deze markten is wellicht slechts ruimte voor enkele aanbieders, waardoor duurzame marktmacht kan ontstaan.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

In deze markten is verregaande ex-ante-regulering nodig van zowel de prijs als de kwaliteit. Ideaal gesproken zou dit in de vorm van maatstafconcurrentie moeten gebeuren, aangezien instellingen hier sterke prikkels hebben beter te presteren en het kostenniveau op termijn naar het competitieve niveau zou moeten tenderen. Hiervoor is echter wel noodzakelijk dat er sprake is van een voldoende aantal vergelijkbare aanbieders. In het licht van de schaalvoordelen en het complexe karakter van deze zorg zal misschien niet in alle gevallen aan deze voorwaarde voldaan zijn. In deze gevallen kan aanbesteding of overheidsexploïtatie worden overwogen. Het gaat hier waarschijnlijk slechts om een klein aantal aanbieders.

5.5.2.3 Dagbesteding

Eerder kwam aan de orde dat er mogelijk aanleiding bestaat een aparte markt voor dagbesteding af te bakenen. De redenen hiervoor zijn gerelateerd aan het bestaan van instellingen die zich specifiek op dagbesteding richten en aan enkele mogelijke belemmeringen voor aanbods substitutie naar dagbesteding. Het is echter moeilijk hierover zonder nader onderzoek een harde conclusie te trekken.

Ondanks het mogelijke bestaan van een afzonderlijke markt voor dagbesteding, is niet te verwachten dat de kenmerken van deze markt fundamenteel van de markt voor basiszorg zullen afwijken. Ook hier zijn de toetredingsdrempels laag. De markt voor dagbesteding is verder transparant en kenmerkt zich niet door externe effecten. Een model met vrije prijsvorming lijkt hier dan ook goed te kunnen functioneren.

Ook voor dagbesteding geldt dat inkoop het meest efficiënt kan plaatsvinden door concurrerende zorgverzekeraars. Wanneer echter voor bepaalde doelgroepen een romp-AWBZ in stand wordt gehouden, moet dagbesteding voor de betreffende doelgroepen van deze romp-AWBZ integraal deel uitmaken.

5.5.3 Indicatiestelling

Zoals in 2.3.1 duidelijk werd, is het voor een goede werking van de AWBZ cruciaal dat de indicatiestelling op een objectieve en onafhankelijke manier plaatsvindt. De voornaamste risico's van de huidige manier van indicatiestellen zijn het risico op overindicaties – zowel als gevolg van de mandatering van de indicatiestelling aan zorgaanbieders, als van het gebrek aan strenge indicatieprotocollen bij het CIZ – en het risico dat met name zorgaanbieders consumenten niet op een onafhankelijke manier indiceren.

Het is mogelijk het risico van overindicatie aanzienlijk te verminderen als consumenten een voldoende hoge eigen bijdrage moeten betalen. Consumenten zullen dan minder snel meer zorg vragen dan noodzakelijk, omdat dit ook ten koste gaat van hun eigen portemonnee. Uit onderzoek blijkt dat een eigen bijdrage een belangrijke remmende invloed kan hebben op zorggebruik, zonder dat dit schadelijk hoeft te zijn voor de gezondheid van de verzekerden.⁸⁴

⁸⁴ Bakker, F (1997), "Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen", *Proefschrift*, Erasmus Universiteit Rotterdam.
Newhouse, J.P. and the Insurance Experiment Group (1993), *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Daarnaast kan het risico op overindicatie ook door middel van de manier van indicatiestellen worden tegengegaan. Hieronder volgt een aantal opties.

Verzekeraar

Een eerste partij die voor de indicatiestelling verantwoordelijk zou kunnen worden gemaakt is de zorgverzekeraar. Bij vele schadeverzekeringen stelt de verzekeraar zelf het uit te keren premiebedrag in geval van schade vast. Ook de zorgindicatie zou de verzekeraar kunnen doen wanneer de AWBZ-zorg privaat verzekerd is en de verzekeraar volumerisico loopt.

Onderindicaties (zowel in termen van kwaliteit als kwantiteit) komen in theorie niet voor in een markt waar verzekeraars voldoende met elkaar in concurrentie treden: verzekeraars waarvan bekend is dat zij te laag indiceren, zullen cliënten verliezen aan hun concurrenten die wel op een eerlijke manier indicaties vaststellen. Doordat de cliënt een verzekerd recht heeft, kan hij deze rechten bovendien in principe voor de rechter (of een nieuw in te stellen laagdrempelige geschillencommissie) afdwingen. Verder kan ook (steekproefsgewijs) specifiek toezicht op de indicatiestelling door verzekeraars de toegankelijkheid van de zorg waarborgen.

Zoals hierboven is gebleken lopen private verzekeraars bij een risicovereveningssysteem op basis van de kenmerken van de verzekerde populatie een volumerisico. Voor de verzekeraars zal dit risico het meest beheersbaar zijn als zij voor de indicatiestelling *zelf* verantwoordelijkheid dragen. Om indicatiestelling door verzekeraars mogelijk te maken, is het wel noodzakelijk dat de zorgverzekeringsmarkt goed werkt en dat risicoselectie niet mogelijk/winstgevend is; dit om de schijn van partijdigheid te voorkomen. Wanneer andere partijen de indicatiestelling uitvoeren terwijl de verzekeraars volumerisico lopen, zullen de verzekeraars over de schouder van deze partijen willen meekijken. Als de door derden uitgevoerde indicatie onvoldoende voorspelbaar is, kunnen de verzekeraars op den duur een bijkomende risico-opslag in hun premies gaan verwerken.

Zorgaanbieder

Behalve de zorgverzekeraar zou ook de zorgaanbieder de indicatiestelling voor zijn rekening kunnen nemen. De zorgaanbieder heeft vaak het meeste contact met de consument en beschikt daardoor over het inzicht en de expertise om de zorgvraag goed in te schatten. Aan de andere kant kan de zorgaanbieder een prikkel hebben om de indicatie te ruim te stellen, om op die manier zijn productieafspraken te vullen. Daarnaast bestaat er een risico dat de zorgaanbieder – hoewel meestal met de beste bedoelingen - vooral kijkt naar hoe hij de consument binnen zijn eigen zorgaanbod het beste kan helpen en alternatieven die elders worden aangeboden en wellicht beter aansluiten op de wensen van de consument negeert. Dit kan ertoe leiden dat de consument niet de zorg krijgt die het beste bij hem past en dat er overconsumptie optreedt als gevolg van aanbodgestuurde vraag, waardoor de betaalbaarheid in het gedrang kan komen. Deze optie verdient daarom niet de voorkeur.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Onafhankelijke (overheids-)instantie

Ook uitvoering van de indicatiestelling door een objectieve en onafhankelijke (overheids)instantie is mogelijk. In de huidige situatie is deze rol neergelegd bij een onafhankelijk overheidsorgaan: het CIZ.

Hoewel het CIZ in principe onafhankelijk en objectief werkt, bestaat er in de huidige situatie toch een risico op overindicatie als gevolg van een gebrek aan strenge indicatieprotocollen. De kosten van de zorgverlening zijn daardoor soms onvoorspelbaar en kunnen bovendien moeilijk verevenbaar zijn (in het risicovereveningssysteem). Uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars in deze situatie is daardoor lastig. Daarnaast genereert centrale indicatiestelling door de overheid een extra administratieve laag tussen zorgaanbieder en cliënt, die als bureaucratisch en onwenselijk kan worden beschouwd. Om die reden is ook onafhankelijke indicatiestelling door de huisarts of de transferverpleegkundige een optie.

Vaak hebben de huisarts (of andere onafhankelijke eerstelijnszorgverleners) met een zorgvrager al contact gehad voordat de cliënt van (AWBZ-)zorg gebruik gaat maken. Door deze professionals de ruimte te geven de zorg te indiceren die past bij de beperking van de consument, kan de administratieve rompslomp goeddeels verminderen en kan de consument sneller gebruik maken van de benodigde zorg. Net zoals in de Zvw zou de huisarts op deze manier een poortwachtersfunctie vervullen.

Indicatiestelling op decentraal niveau is minder voorspelbaar dan een centrale indicatiestelling en verhoogt voor de verzekeraars het volumerisico. Om ervoor te zorgen dat de indicatiestelling op een objectieve, onafhankelijke en uniforme manier plaatsvindt, is het wel noodzakelijk dat er sprake is van heldere normen en protocollen. Daarnaast is het belangrijk dat op de naleving van deze protocollen streng wordt toegezien en dat er handhaving plaatsvindt. Een dergelijke controlerende rol zou kunnen worden belegd bij het CIZ, dat steekproefsgewijs de indicaties door huisartsen kan controleren.

Conclusie indicatiestelling

De NZa concludeert dat onafhankelijke, objectieve en uniforme indicatiestelling de meeste waarborgen biedt om onder- of overconsumptie te voorkomen. Indicatiestelling door onafhankelijke professionals binnen de eerste lijn, zoals de huisarts, is daarbij de beste manier om de consument snel te kunnen helpen. Om de objectiviteit, uniformiteit en de onafhankelijkheid van de indicatiestelling te waarborgen, is het wel noodzakelijk dat er strenge indicatieprotocollen bestaan en dat erop wordt toegezien dat naleving van deze protocollen is gewaarborgd. Een dergelijke rol zal een overheidsinstantie als het CIZ het beste kunnen uitvoeren.

5.5.4 Zorginkoopmarkt

In de voorafgaande bespreking van de zorgverleningsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt zijn al een aantal aspecten van de zorginkoopmarkt aan de orde gekomen. Zo is gebleken dat concurrerende zorgverzekeraars met winstoogmerk in beginsel een

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

sterkere inkoopprikkel hebben dan uitvoeringsorganen van een volksverzekering of gemeenten.

Een fundamenteel ander punt met betrekking tot de zorginkoopmarkt dat nog niet in detail aan bod is geweest, heeft betrekking op het onderscheid tussen de verzekeraar (in welke vorm dan ook) als zorginkoper en de cliënt als zorginkoper.

Het belangrijkste voordeel van de cliënt als zorginkoper is dat de voorkeuren van de cliënt optimaal zijn geborgd. De inkoop via vertegenwoordiging van de cliënt door zorgverzekeraars is immers meer indirect. Het bij de cliënt leggen van de inkoopverantwoordelijkheid past ook in het bredere overheidsbeleid om burgers zoveel mogelijk eigen verantwoordelijkheid te geven. Ook valt het te verwachten dat ten minste een deel van de huidige AWBZ-populatie, met name de (toekomstige) ouderen, de mogelijkheid om zelf te beslissen over de zorg die zij ontvangen zorg uiteindelijk zal opeisen.

Het leggen van de inkoopverantwoordelijkheid bij de verzekerde kan op diverse manieren, die uiteenlopende inkooprikkels opleveren.

Een eerste model is het vooraf uitkeren van een vrij besteedbaar normbudget aan de verzekerde op basis van de zorgindicatie. Dit budget kan de verzekerde aan zorg besteden, maar hij mag het ook voor andere doeleinden gebruiken. Zorgaanbieders onderhandelen in dit model direct met cliënten, hoewel verzekeraars ook zelf aanbod kunnen contracteren en dit als één van de mogelijke prijs-kwaliteitsopties aan de cliënt kunnen voorleggen (waarbij de cliënt vrij is om hiervan af te wijken). De verzekerde heeft een prikkel om zowel op prijs als op kwaliteit te letten en hij heeft geen inherente prikkel tot overconsumptie. Wel bestaat mogelijk een risico van onderconsumptie als de verzekerde zijn zorgbehoefte onderschat of het geld op een onverantwoorde manier besteedt. Aangezien geen verantwoording over het budget hoeft te worden afgelegd, zijn de administratieve lasten bij deze optie relatief laag. Een nadeel van dit model is dat individuele cliënten geen inkoopmacht hebben. Wanneer zorgverzekeraars een referentieaanbod ontwikkelen kan dit echter gedeeltelijk worden ondervangen (aangezien cliënten in hun onderhandelingen met zorgaanbieders altijd op dit referentieaanbod kunnen terugvallen).

Een tweede model is het vooraf uitkeren van een zorggebonden normbudget op basis van de indicatie, vergelijkbaar met het huidige PGB in onder andere de AWBZ. Een zorggebonden normbudget mag een verzekerde uitsluitend aan zorg besteden, waarbij hij echter de vrijheid heeft om te bepalen welk type zorg hij afneemt. De uitgaven moet de verzekerde achteraf verantwoorden, hetgeen administratieve lasten met zich meebrengt. Bovendien kan het systeem gevoelig zijn voor fraude. Ook bij deze optie onderhandelen verzekerden direct met zorgaanbieders, hoewel het verzekeraars vrij staat om hun inkoopmacht aan hun verzekerden door te geven door ook zelf aanbod te contracteren en dit als referentieaanbod aan hun cliënten voor te leggen (of zelfs te bepalen dat verzekerden hun normbudget uitsluitend bij gecontracteerde aanbieders mogen besteden). Verzekerden kunnen daarbij een eigen afweging over de prijs en de kwaliteit maken, aangezien zij zelf kunnen bijdragen in de kosten en eventuele besparingen aan andere vormen van zorg mogen besteden. Een eventuele mengvorm met het vrij besteedbare budget is ook mogelijk, bijvoorbeeld door te bepalen dat de cliënt 50% van een eventueel niet besteed bedrag mag behouden.

Wanneer er gevaar bestaat dat de verzekerde zijn budget niet kan beheren, is een aanvullende optie om het zorggebonden budget alleen op papier aan de verzekerde uit te keren (analoog aan het huidige PGB).

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Hierbij wikkelt de verzekeraar het daadwerkelijke betalingsverkeer af, zodat de verzekerde het geld niet oneigenlijk kan besteden en er mogelijk enige beperking van de administratieve lasten plaatsvindt. De inkoopprikkels voor de verzekerde worden hier in principe niet door beïnvloed.

Een derde model is het vergoeden van specifieke zorgkosten bij een vrij te kiezen zorgverlener aan de cliënt (restitutiepolis). Dit kan achteraf via restitutie of vooraf door middel van een voorschot. Bij dit model bestaat een prikkel tot overconsumptie en de verzekeraar zal de claims veelal vooraf of achteraf willen beoordelen. De verzekerde is echter nog steeds in staat zelf de aanbieder voor het gegeven type zorg te kiezen, waarbij hij eventueel gebruik kan maken van een referentieaanbod van zorg die de verzekeraar heeft gecontracteerd. De vergoeding geschiedt op basis van daadwerkelijk gemaakte of te maken kosten. De verzekerde heeft hier dan ook in principe geen prikkel om naar de prijs te kijken en zal aanbieders vooral op basis van kwaliteitskenmerken selecteren. Om dit te voorkomen is het ook mogelijk om de zorgkosten tot een bepaald maximum te vergoeden of slechts voor een bepaald percentage, zoals nu bijvoorbeeld gebruikelijk is bij zorg in het aanvullende pakket van de Zvw.

Een vierde model is het aanbieden van specifieke zorg bij een beperkt aantal gecontracteerde zorgverleners (polis met gecontracteerde zorg). De verzekeraar contracteert hierbij meerdere aanbieders (bijvoorbeeld in een bepaalde regio) en maakt centrale afspraken over prijs en kwaliteit. De verzekerde kan op basis van de indicatie en claimbeoordeling vervolgens een keuze maken uit de gecontracteerde aanbieders en is in beginsel niet vrij om andere aanbieders te kiezen of om van het referentieaanbod af te wijken. Zorgaanbieders concurreren in dit model eerst op het niveau van de zorgverzekeraars en vervolgens om specifieke cliënten. Verzekerden hebben prikkels om zorgaanbieders op kwaliteit te selecteren, al kunnen de kwaliteitsniveaus die in de markt beschikbaar zijn worden beïnvloed door de centrale afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverleners. De betaling zal in dit model doorgaans rechtstreeks door de zorgverzekeraar plaatsvinden.

Bij al bovenstaande modellen hebben cliënten een bepaalde mate van keuzevrijheid. Alleen in het erg specifieke geval waarbij de verzekeraar uitsluitend specifieke zorg vergoedt bij slechts één gecontracteerde aanbieder die voor de cliënt in aanmerking komt (bijvoorbeeld als gevolg van nabijheid), heeft de cliënt *de facto* geen keuzevrijheid en is de verzorging van de inkoop geheel in handen van de verzekeraar.

Het aanbieden van bovengenoemde opties kan in principe in het kader van een private zorgverzekering, een volksverzekering of gemeentelijke verantwoordelijkheid plaatsvinden. Bij een private zorgverzekering zal de markt het aanbod van de opties bepalen. Verzekeraars kunnen zich van elkaar onderscheiden door verschillende modellen aan te bieden of zij kunnen tot de conclusie komen dat het door hun inkoopmacht efficiënter is als zij bepaalde vormen van complexe zorg zelf contracteren (en hun verzekerden voor deze zorg dus mogelijk uitsluitend keuze bieden uit gecontracteerde aanbieders). Er lijkt hier in beginsel geen aanleiding voor overheidsoptreden.

Bij een romp-AWBZ ligt het voor de hand dat de overheid zelf met de aanbieders contracten afsluit, mede in het licht van het feit dat een deel van deze doelgroep wellicht niet in staat is de eigen belangen adequaat te behartigen. Gedeeltelijk gaat het hier ook om complexe zorg waar centrale inkoop van belang is voor het goed functioneren van de zorgverleningsmarkt. Cliënten kunnen al naar gelang hun indicatie

vervolgens de keuze krijgen tussen zorg in natura of (persoonsvolgende) normbudgetten.

5.6 Markt voor wonen

Zoals bij de marktafbakening is gebleken, is de huidige AWBZ in hoofdzaak onder te verdelen in een aantal markten voor zorg en een afzonderlijke markt voor wonen. In de meeste gevallen is het mogelijk wonen en zorg gescheiden aan te bieden. Slechts bij een aantal specifieke vormen van zorg die uitsluitend intramuraal kunnen worden aangeboden, is sprake van een intrinsieke bundel van wonen en zorg.

In de voorafgaande paragrafen is ingegaan op de markten voor zorg, waarbij achtereenvolgens de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt aan de orde zijn geweest. De NZa is tot de conclusie gekomen dat het aanbieden van AWBZ-zorg bij voorkeur door concurrerende private verzekeraars zou moeten plaatsvinden. Voor enkele specifieke doelgroepen is een romp-AWBZ als volksverzekering denkbaar.

Bij de discussie over private zorgverzekeringen bleek ook dat gebeurtenissen potentieel verzekeraar zijn als niet bij voorbaat vaststaat dat zij zich voordoen en als de hieraan verbonden risico's calculeerbaar en beheersbaar zijn.

Op grond hiervan kan volgens de NZa worden geconcludeerd dat de verzekeraarbaarheid van de woonfunctie sterk verschilt van de verzekeraarbaarheid van de zorgfunctie. Afgezien van bepaalde groepen chronische patiënten of gehandicapten gaat het bij zorg inderdaad over een risico dat zich in de toekomst mogelijk zal voordoen. Bij de woonfunctie is dit echter niet het geval, aangezien iedere verzekerde in elk geval een woonbehoefte zal hebben. Het enige risico dat potentieel verzekeraar is, bestaat uit eventuele extra woon- of verblijfskosten die met een zorgbehoefte samenhangen.

Bij kortdurende zorg kunnen deze kosten aanzienlijk zijn, aangezien een verzekerde daarbij zijn bestaande woonruimte niet kan opgeven. Een patiënt die in een ziekenhuis wordt opgenomen zal niet alleen de (hotel)kosten voor het verblijf in een ziekenhuis moeten betalen, maar eveneens de kosten van de reguliere woning. Het ligt dan ook voor de hand om deze meerkosten op te nemen in een verplicht basispakket. Hetzelfde geldt voor de (kortdurende) meerkosten die optreden als een patiënt tijdelijk in een verpleeghuis moet worden opgenomen, bijvoorbeeld voor revalidatie na een ongeluk. Hierbij geldt wel dat het mogelijk is deze kosten te beperken als verzorging in de eigen woning mogelijk is.

Voor de woon- of verblijfskosten bij langdurige zorg ligt dit anders. Wanneer een alleenstaande oudere in een verpleeghuis wordt opgenomen, zal hij eigen woning niet meer hoeven aanhouden. Er kunnen echter wel meerkosten optreden wanneer een oudere niet alleenstaand is. Ook eventueel noodzakelijke aanpassingen in de bestaande woning, bijvoorbeeld het installeren van cameratoezicht, kunnen meerkosten met zich meebrengen.

Deze (langdurige) meerkosten zijn waarschijnlijk privaat te verzekeren. Een belangrijke vraag is of een dergelijke verzekering verplicht gesteld zou moeten worden (bijvoorbeeld door deze kosten in een verplicht basispakket op te nemen). Bij een verplichte verzekering zouden deze meerkosten deel (blijven) uitmaken van het privaat te verzekeren AWBZ-pakket. Als er geen aanleiding is voor een verplichte verzekering,

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

is het mogelijk om deze meerkosten zonder verder overheidsingrijpen aan de markt over te laten.

Voor een verplichte verzekering kunnen verschillende redenen bestaan. Een van die redenen is, zoals eerder vermeld, het tegengaan van adverse selectie: het zich niet verzekeren van patiënten met een laag risico. Een andere mogelijke reden is gerelateerd aan toegankelijkheid: de samenleving kan collectief besluiten dat het onverantwoord is als mensen niet voor bepaalde risico's verzekerd zijn. Bij ziektekosten, met potentieel hoog oplopende kosten, is dit bij uitstek het geval. Het is uiteindelijk aan de samenleving om dit te beoordelen.

Een belangrijke vraag in dit kader is in hoeverre bepaalde groepen in de samenleving voor onoverkomelijke problemen komen te staan als zij met deze meerkosten worden geconfronteerd. Het is niet ondenkbaar dat dit voor sommigen in eerste instantie inderdaad het geval is. Het gaat in dit verband bijvoorbeeld om de kosten voor woningaanpassingen of de overbruggingskosten die optreden als één van de gezinsleden in een verpleeghuis moet worden opgenomen terwijl de rest van het gezin in eerste instantie de kosten van de oorspronkelijke woning moet dragen en vervolgens moet verhuizen. Het is te overwegen om een verzekering voor dergelijke tijdelijke of eenmalige kosten inderdaad verplicht te stellen. Of ook op langere termijn onoverkomelijke meerkosten zullen optreden, is echter de vraag. De kosten voor aanpassing van woningen zijn in principe eenmalig.

Aan de aanbodzijde zijn de kenmerken van de markt voor wonen vergelijkbaar met die van de reguliere sociale woningmarkt. Deze laatste markt kent schaarste en dit is één van de redenen waarom de huren aan een maximum zijn gebonden. Hoewel er in de markt voor wonen sprake is van aanzienlijke toetredingsdrempels als gevolg van het kapitaalintensieve karakter van (aangepaste) woningen, zijn deze toetredingsdrempels niet fundamenteel verschillend van de reguliere woningmarkt.

Op grond hiervan zou kunnen worden overwogen om aan de aanbodzijde van de markt voor wonen een reguleringsmodel voor de aanbieders te hanteren dat gelijk is aan de sociale woningmarkt. Alleen voor de vormen van complexe of specialistische zorg waarvan het aanbieden uitsluitend intramuraal (dus als bundel van zorg en verblijf) kan plaatsvinden, zou de verblijfsfunctie aan hetzelfde toezichtskader als de zorgfunctie moeten worden onderworpen.

5.7 Overzicht gemaakte keuzes

De belangrijkste keuzes die de NZa in dit hoofdstuk heeft gemaakt zijn op een vereenvoudigde manier samengevat in figuur 2

Figuur 2 **Overzicht gemaakte keuzes**



Bovenaan zijn de afgebakende markten weergegeven. Het gaat hier om de markten voor basiszorg en dagbesteding, de verschillende deelmarkten voor complexe of specialistische zorg (hier gezamenlijk weergegeven) en de markt voor wonen. Enkele van de specialistische deelmarkten zijn gebundeld en omvatten ook basiszorg en dagbesteding (niet als zodanig weergegeven).

In het midden staan de marktmodellen voor de bekostiging van de zorgverleningsmarkt. Voor zowel basiszorg als dagbesteding is het mogelijk om vrije prijzen te hanteren en kan de rol van de overheid beperkt blijven tot kwaliteitstoezicht. Voor de verschillende deelmarkten voor complexe en specialistische zorg (waaronder de gebundelde markten met basiszorg en dagbesteding) zal regulering van aanbieders noodzakelijk zijn. In een enkel geval kunnen de kosten en verstoringen die aan deze regulering zijn verbonden dusdanig zijn dat overheidsexploitatie wellicht de voorkeur verdient.

Onderaan zijn de verzekeringsvormen voor de AWBZ weergegeven. Inkoop door concurrerende zorgverzekeraars heeft voor het overgrote deel van de AWBZ de voorkeur. Alleen voor enkele specifieke doelgroepen kan eventueel centrale inkoop door de overheid worden overwogen in de vorm van een volksverzekering. Een eventuele volksverzekering voor deze doelgroepen zou ook basiszorg en dagbesteding moeten omvatten (niet in de figuur weergegeven).

6. Transitiepad reguleringsmodel

In hoofdstuk 5 is uitgebreid ingegaan op de manier waarop de huidige AWBZ in de toekomst ideaal gesproken vorm zou moeten krijgen. Het toekomstscenario waarbij er meer ruimte is voor vrije onderhandelingen⁸⁵ tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars laat veel verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder om een goede prijs-kwaliteitverhouding te realiseren en geeft meer invloed aan de consument en diens vertegenwoordiger bij de inkoop. Uitsluitend voor erg specialistische markten - waar ervaring met de problematiek een vereiste is om kwalitatief goede zorg te leveren - zal regulering noodzakelijk blijven.

In een zero-basebenadering geldt als uitgangspunt dat er nog geen markt bestaat, en dat deze dus geheel vanaf de grond (op een zo doelmatig mogelijke manier) kan worden opgebouwd. Een zero-basebenadering schetst daarmee de ideale situatie en abstraheert van de huidige regelgeving en van de daarvan afgeleide structuur van de markt. In praktijk is dit niet het geval omdat de markt, met al haar voor en nadelen, al bestaat. Voordat het mogelijk is de optimale situatie te bereiken, moet de markt echter eerst aan een aantal randvoorwaarden voldoen. Zo dienen zorginkopers een belang te hebben om zorg in te kopen van een goede prijs-kwaliteitverhouding die optimaal tegemoet komt aan de wensen van de consument. Daarnaast moet de zorginkoper voldoende in staat zijn zijn doelmatige zorg in te kopen. Wanneer zorgaanbieders over marktmacht beschikken is het voor de zorginkoper moeilijk om doelmatige zorg in te kopen. Op markten waar de overheid blijvende marktmacht verwacht, blijft regulering daarom noodzakelijk.

De huidige markt voor AWBZ-zorg kan nog niet direct worden overgegeven aan de vrije markt. Zo heeft de zorginkoper – nu nog het zorgkantoor – onvoldoende prikkels om goede en doelmatige zorg in te kopen die aan de wensen van de consument voldoet. Ook het model dat door het ministerie van VWS is voorgesteld kent geen financiële prikkels voor de zorginkoper.

Daarnaast is er momenteel ook onvoldoende transparantie voor wat betreft keuzemogelijkheden, kwaliteit en wachtlijsten. Dit maakt het voor zorginkopers lastig om bij de inkoop van zorg op deze aspecten te letten en voor zorgaanbieders lastig om hierop te concurreren.

Verder is er op dit moment niet in alle deelmarkten binnen de AWBZ sprake van voldoende aanbod en voldoende aanbieders om de keuzevrijheid van de cliënten te kunnen garanderen. Mede als gevolg van het inkoopbeleid in de afgelopen jaren is het aanbod sterk geconcentreerd. Ook vindt er op dit moment niet voldoende toetreding plaats om deze knelpunten op te lossen. In de extramurale zorg wordt toetreding bemoeilijkt doordat het niet eenvoudig is om een contract met het zorgkantoor te krijgen en doordat toetreders als gevolg van een

⁸⁵ Waar in dit hoofdstuk gesproken wordt van vrije onderhandelingen, vrije markt of vrije concurrentie, wordt vooral bedoeld op de vrijheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in onderling overleg afspraken te maken over de te leveren kwaliteit en prijs en het te leveren volume. Daarbij blijven zij natuurlijk wel gebonden aan regelgeving over de minimum kwaliteit van zorg, aan de door de NZa vastgestelde productbeschrijvingen en aan allerlei wet- en regelgeving op het gebied van rapportage en mededinging.

gebrek aan naamsbekendheid moeilijk cliënten kunnen binnenhalen.⁸⁶ In de intramurale zorg geldt bovendien een contracteerplicht die er voor zorgt dat de zorgkantoren bestaande aanbieders altijd moeten blijven contracteren en nauwelijks in staat zijn met hun budgetten te schuiven. Mogelijk spelen ook andere toetredingsdrempels een rol, zoals een niet goed functionerende arbeidsmarkt, onvoldoende opleidingsplaatsen en belemmerende regelgeving voor toelatingen en bouwvergunningen. Op dit gebied zal nader onderzoek moeten plaatsvinden.

De wijzigingen per 1 januari 2009 die het ministerie van VWS heeft voorgesteld, leiden ertoe dat de inkopers een duidelijkere relatie met de consument zullen krijgen en dat de contracteerplicht voor de intramurale zorg komt te vervallen. Om de consument bewuster te maken van de relatie tussen de zorgverzekeraar en de ingekochte AWBZ-zorg, is het echter niet voldoende om alleen maar de zorgkantoren op te heffen; er zal ook moeten worden gewerkt aan een manier om de consument bewuster te laten kiezen voor een verzekeraar die goede en doelmatige AWBZ-zorg inkoopt (anders bestaat hiertoe voor de zorgverzekeraar immers geen prikkel). Een verplichte koppeling tussen de uitvoering van de Zvw en de uitvoering van de AWBZ zou deze relatie mogelijk kunnen versterken. Zo'n optie moet in een vervolgonderzoek nader worden onderzocht.

Hoewel de inkooprikkels van de zorgverzekeraars dus misschien toenemen door de vergrote samenhang tussen de AWBZ en de Zvw, staat de structuur van de verschillende deelmarkten op korte termijn nog geen volledig vrije onderhandelingen over alle parameters toe. Om te waarborgen dat de publieke belangen, kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid voldoende behartigd worden, blijft voor de tussenperiode regulering noodzakelijk. Voor sommige delen van de markt geldt bovendien dat zij dermate complex zijn dat op deze markten altijd regulering noodzakelijk blijft. Dit hoofdstuk gaat nader in op de verschillende reguleringsmechanismen die de overheid kan inzetten, zowel voor markten die zij na verloop van tijd vrij kan laten als voor markten waarop altijd regulering nodig zal zijn. Daartoe beschrijft 6.2 allereerst een aantal verschillende reguleringsmethoden en de voor- en nadelen die aan elk van deze methoden verbonden zijn. In 6.3 wordt per deelmarkt gekeken welk reguleringsmechanisme het meest geschikt is. Paragraaf 6.4 ten slotte gaat in op enkele ontwikkelingen in de markt die een nauwe samenhang kennen met het te kiezen reguleringsmodel, zoals de discussie over het scheiden van wonen en zorg en de problematiek van de kapitaallasten van zorginstellingen.

6.1 Afwegingskader

Voor het reguleren van de AWBZ-zorg zijn verschillende modellen mogelijk. In deze paragraaf komen de meest voor de hand liggende reguleringsmodellen aan de orde. Daarbij gaat het voornamelijk over de regulering van zorgaanbieders die het zorgkantoor op dit moment

⁸⁶ Het probleem dat een nieuwe toetredster nog nauwelijks klanten heeft en zich dus harder zal moeten inspannen dan zittende aanbieder hangt niet uitsluitend samen met de gezondheidszorg, maar speelt in alle markten. In de gezondheidszorg is het binnenhalen van consumenten wel extra moeilijk, omdat zorgaanbieders in de richting van de consument niet kunnen concurreren op prijs (de consument betaalt immers niet zelf). Datzelfde geldt voor kwaliteit, aangezien deze op dit moment voor de consument nog nauwelijks inzichtelijk is. Dit maakt dat voor een zorgaanbieder vooral naamsbekendheid belangrijk is. Aangezien deze naamsbekendheid vaak vooral gebaseerd is op de ervaringen van bestaande klanten die een nieuwe zorgaanbieder nog niet heeft), is het voor een nieuwe zorgaanbieder vaak erg moeilijk om voldoende klanten te werven.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

contracteert. De consument mag vervolgens in alle gevallen zelf kiezen naar welke van de (gecontracteerde) zorgaanbieder hij gaat. Bovendien blijft het PGB hierbij altijd een alternatief.

De NZa is van mening dat de vormgeving van de zorg het beste kan plaatsvinden door professionals die dagelijks zorg verlenen en/of inkopen. Concurrentie op de markt geeft partijen de meeste vrijheid om zelf de zorg te leveren die zij nodig achten, eventueel ondersteund door een keuzeplatform. Alleen in gevallen waarin de markt dermate slecht werkt dat hierdoor de belangen van de consument in het geding komen, is regulering noodzakelijk. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van grote schaalvoordelen – en daarmee van bijzonder grote aanbieders – leidt concurrentie op de markt vaak niet tot goede uitkomsten. Concurrentie om de markt (aanbesteding) ligt dan vaak meer voor de hand. In beide gevallen hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars optimale mogelijkheden om de zorg in te kopen/te leveren die zij het beste achten. Wanneer concurrentie op of om de markt niet werkt, bijvoorbeeld omdat er op de markt schaarste heerst, kan concurrentie door vergelijking (maatstafconcurrentie) een goed reguleringsmechanisme zijn. Hiervoor is wel een vereiste dat er voldoende aanbieders op de markt zijn om hen onderling te kunnen vergelijken. Wanneer ook dat niet het geval is, is het niet mogelijk om de markt vrij te geven en is het beter als de toezichthouder prijzen vaststelt (maximum prijzen).

Wanneer er, zoals op dit moment al gebeurt binnen de extramurale AWBZ, wordt gewerkt met maximum prijzen per prestatie, dan doet de toezichthouder onderzoek naar de kostprijzen van bepaalde prestaties en stelt hij een prijs vast. Het is mogelijk deze prijs periodiek te indexeren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn vervolgens vrij om met elkaar een tarief overeen te komen, zolang deze maar niet hoger is dan het vastgestelde maximum.

In geval van maatstafconcurrentie maakt de toezichthouder, anders dan bij een maximum tarief, geen eigen inschatting van de kosten van de aanbieders. In plaats daarvan stelt hij de maatstaf vast op bijvoorbeeld de gemiddelde kosten van alle (andere) aanbieders in de sector. Hierbij kan de toezichthouder kiezen voor een maatstaf per product of voor een maatstaf voor een bundel producten. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar kunnen ook hier weer onderhandelen over de prijs van de geleverde zorg, met de maatstaf als maximum. Paragraaf 6.3.2 gaat nader in op de werking van een maatstafconcurrentiemodel.

Dan is er nog het veilingmechanisme, waarbij de inkoper aangeeft welke zorg er nodig is en zorgaanbieders een bod uitbrengen. Bij dit mechanisme kan worden gekozen worden voor het veilen van een groot aantal zorgvragen of een gehele markt in één keer (aanbesteding, concurrentie om de markt) of voor het veilen van elke zorgvraag afzonderlijk (keuzeplatform⁸⁷, concurrentie op de markt). Een veiling is een manier om vragers en aanbieders bij elkaar te brengen en grijpt niet in de uitkomsten van de onderhandelingen in. Een veiling is daarmee

⁸⁷ Een keuzeplatform is een soort van marktplaats waar kopers en verkopers elkaar kunnen ontmoeten (bijvoorbeeld op internet). Op dit keuzeplatform wordt de zorgvraag van elke consument afzonderlijk aangeboden, waarna alle geïnteresseerde zorgaanbieders een bod kunnen uitbrengen op het leveren van de zorg. De consument kan hieruit het beste aanbod kiezen. De NZa kan regels stellen aan de manier waarop overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot stand moeten komen (art. 45 Wmg) en zorgkantoren op die manier verplichten een keuzeplatform in te stellen.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

een erg liberale reguleringsvorm, die in vrije markten ook vaak vanzelf tot stand komt.

Voor alle beschreven reguleringsmodellen geldt dat er eerst aan een aantal randvoorwaarden moet worden voldaan voordat het mogelijk is om ze in te voeren. Zo is er in alle gevallen behoefte aan transparantie over de kwaliteit en de prijs van de zorg en aan eenduidige productbeschrijvingen. Daarnaast zijn er, afhankelijk van het gekozen marktmodel, nog enkele randvoorwaarden waaraan de markt moet voldoen. Zo kan een model van maatstafconcurrentie alleen worden ingevoerd wanneer het mogelijk is voldoende informatie over de kostprijzen boven tafel te krijgen en is het van belang dat er ten minste een aantal aanbieders in de markt actief is om een vergelijking te kunnen maken. Ook is het van belang dat er een correctie kan plaatsvinden voor niet beïnvloedbare (aan de overgangssituatie gerelateerde) verschillen tussen diverse aanbieders. Bij een aanbestedingsmodel of een keuzeplatform geldt dat informatie over de kosten vanzelf tot stand komt, maar dat hiervoor wel een gelijk speelveld en voldoende aanbod vereist is (bij schaarste op de markt wordt immers alle aangeboden zorg ingekocht, ongeacht de prijs-kwaliteitverhouding).

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de voor- en nadelen van de verschillende reguleringsmodellen. Daarna wordt op elk van de genoemde kenmerken kort nader ingegaan.

	Keuze- platform	Aan- besteding	Maatstaf per product	Maatstaf per bundel producten	Maximum prijzen
Verantwoordelijke voor prijs- kwaliteitverhouding zorg	Cliënt	Zorg inkoper	Regulator	Regulator	Regulator
Kwaliteit					
Keuzevrijheid consument	+	-	+/-	+/-	+/-
Kwaliteitsprikkel	+	+	+	+	+/-
Productdifferentiatie (maatwerk mogelijk)	+	+/-	+/-	+/-	+/-
Toegankelijkheid					
Continuïteit zorgverlening	+	+	+/-	+/-	+/-
Investeringen	+	-	+/-	+/-	+/-
Doelmatigheid					
Allocatieve efficiëntie	+	+	-	+/-	-
Dynamische efficiëntie	+	+	+/-	+/-	-
Technische efficiëntie	+	+	+	+	+
Benutting schaalvoordelen	-	+	+/-	+/-	+/-
Risico's					
Risico's zorgaanbieder	+/-	-	+/-	+/-	+
Risicodragende inkoper vereist	+	+	-	-	+/-
Kosten*					
Transactiekosten*	-	+	+	+	+
Administratieve lasten*	+	+	-	+/-	-

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Tabel 1: Voor- en nadelen van verschillende reguleringsmechanismen (Hierbij geldt dat + = hoog/ gemakkelijk, +/- = medium/mogelijk en - = laag/moeilijk. Er is hierbij steeds van uit gegaan dat het model zo optimaal mogelijk is vormgegeven. Afhankelijk van de kenmerken van bepaalde cliëntgroepen en/of markten is dat echter niet in alle gevallen mogelijk. Daarop wordt in de tekst nader ingegaan

** Hierbij geldt dat een + staat voor lage kosten(positief) en een - staat voor hoge kosten (negatief).*

6.1.1 Kwaliteit*Keuzevrijheid consument*

Op een markt met een keuzeplatform heeft de consument maximale keuzevrijheid. Bovendien is toetreding voor kleine aanbieders op deze markt relatief eenvoudig⁸⁸, waardoor de variatie in het aanbod maximaal zal zijn. Bij een aanbesteding hangt de keuzevrijheid van de consument af van het aantal kavels dat wordt aanbesteed (meerdere contracten per regio of niet). In het uiterste geval (aangebesteding van de complete markt aan één aanbieder) is de keuzevrijheid erg beperkt⁸⁹. De invoering van een systeem van maatstafconcurrentie of van maximum tarieven heeft naar verwachting geen invloed op de bestaande keuzevrijheid. De consument heeft de vrijheid naar de instelling van zijn keuze te gaan.

In alle mogelijke reguleringsvormen schuilt overigens het gevaar dat aanbieders, in hun zoektocht naar kostenvoordelen, zich in verregaande mate gaan specialiseren.⁹⁰ Dit kan er toe leiden dat per regio slechts één of een erg beperkt aantal aanbieders overblijft; de consument kan hierdoor niet meer kiezen. Dit risico is groter naar mate een reguleringsmodel meer concurrentie uitlokt (en dus maximale efficiëntie is vereist om op de markt te kunnen blijven), maar is steeds afhankelijk van de te behalen specialisatievoordelen.⁹¹

Kwaliteitsprikkel

Om er voor te zorgen dat concurrentie op de markt niet ten koste gaat van de kwaliteit, is het van groot belang kwaliteit inzichtelijk te maken en om prikkels in te bouwen om zorg in te kopen van een goede prijs-kwaliteitverhouding. De NZa ziet er – in samenwerking met de IGZ – op toe dat kwaliteitsinformatie wordt verzameld en aangeleverd. Wanneer er voldoende kwaliteitsinformatie beschikbaar is, kan kwaliteit in alle genoemde reguleringsmodellen een rol gaan spelen. Op een

⁸⁸ Toetreding tot de markt is relatief eenvoudig op markten waarop gewerkt wordt met een keuzeplatform. Doordat veiling van iedere zorgvraag afzonderlijk plaatsvindt, heeft de toetredende geen minimale schaalgrootte nodig om te kunnen meebieden. Bovendien worden er elke dag nieuwe zorgvragen geveild. Een aanvullend voordeel boven een vrije markt zonder keuzeplatform is bovendien dat een aanbieder zich gemakkelijker kenbaar kan maken aan potentiële afnemers, en daarvoor bijvoorbeeld geen dure mediacampagne nodig heeft.

⁸⁹ Uitgaande van handhaving of uitbreiding van PGB-mogelijkheden is dit de enige manier om keuzevrijheid te waarborgen.

⁹⁰ Het gaat dan vooral om specialisatie in een bepaald soort behandeling. Signalen van zorgaanbieders wijzen uit dat het vaak juist niet voordelig is om zich te specialiseren in cliënten met een bepaalde zorgzwaarte. Vaak is juist het omgekeerde het geval en is het voor een zorgaanbieder handig om wat zware cliënten te hebben, waarvoor de zorg direct beschikbaar moet zijn, en wat lichtere cliënten die hij kan helpen wanneer dat goed uitkomt.

⁹¹ Het is overigens niet duidelijk of er binnen de AWBZ-zorg specialisatievoordelen te behalen zijn. In het verleden heeft de overheid steeds aangestuurd op verregaande clustering van zorgaanbod met het oog op mogelijke schaal- en ketenzorgvoordelen. Het echter de verwachting dat aanbieders in een meer concurrerende markt is zelf gaan bepalen welke schaal optimaal is. Een vergroting van het aanbod doordat de concurrerende markt juist vraagt om meer kleinschalige zorg is dan ook goed denkbaar.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

keuzeplatform kunnen zorgaanbieders zowel de prijs als de kwaliteit van de te leveren zorg kenbaar maken, zodat de consument daaruit een weloverwogen keuze kan maken.⁹² Ook in een aanbesteding is het mogelijk om eisen te stellen aan de minimum kwaliteit en/of kunnen zorgaanbieders expliciet bieden op het kwaliteitsniveau (*beauty contest*, in dat geval is de gunning wel per definitie subjectiever). Bij maatstafconcurrentie kunnen kwaliteitsaspecten worden meegewogen bij de bepaling van het prijsplafond. Hoe de kwaliteit precies een rol gaat spelen in de maatstaf, vormt afhankelijk van de specifieke markt nog een onderwerp voor nadere uitwerking. In een reguleringsmodel met maximum tarieven is het ook mogelijk om opslagen of aftrekposten vast te stellen voor hoge respectievelijk lage kwaliteit. Overigens is het voor beide modellen niet eenvoudig vooraf aan te geven welke waarde zij aan verschillende kwaliteitsniveau's hechten en ook om hier een objectieve maatstaf voor te creëren.

Productdifferentiatie (maatwerk mogelijk)

Een markt met keuzeplatform heeft in principe de beste mogelijkheden om tegemoet te komen aan de wensen van de individuele zorgvrager; hier is immers de interactie tussen cliënt en zorgaanbieder het meest direct. In de andere reguleringsvormen is er geen direct contact tussen de zorgvrager en de zorgaanbieder, maar koopt de zorginkoper alle zorg in. De mate van vraagsturing hangt dan af van hoe goed de zorginkoper naar de wensen van de consument luistert (die op zijn beurt afhankelijk is van de mate van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt) en van de mogelijkheden die de consument heeft om de ingekochte zorg zelf nader vorm te geven. In de huidige zzp's staat uitsluitend aangegeven op hoeveel uur zorg de consument recht heeft en uit welke functies die zorg moet bestaan. Vervolgens spreekt de consument in overleg met de zorgaanbieder een zorgplan af, dat ingaat op de verdere invulling van de zorg. De vrijheid om de ingekochte zorg nader vorm te geven is voor de consument in de AWBZ dus relatief groot, ongeacht de gekozen reguleringsvorm.

6.1.2 Toegankelijkheid

Continuïteit zorgverlening

Om de continuïteit van de zorg te kunnen waarborgen moeten voldoende aanbieders (financieel) in staat zijn de gevraagde zorg te leveren en moet het mogelijk zijn eventuele uitval van zorgaanbod op korte termijn op te vangen.

Bij een keuzeplatform of een aanbestedingsmodel worden zorgvraag en zorgaanbod aan elkaar gelijk gesteld via het prijsmechanisme. Wanneer er onvoldoende zorgaanbieders op de markt zijn, zal de prijs stijgen totdat er een aanbieder is die bereid is de zorg voor die prijs te leveren. Hiermee is de continuïteit van zorg optimaal gewaarborgd. In modellen waarin de toezichthouder vooraf een (maximum) tarief instelt, bestaat er een risico dat dit tarief te laag is vastgesteld om aanbieders op de markt te krijgen of het gewenste kwaliteitsniveau te leveren. In dat geval zullen aanbieders alleen zorg willen overnemen, in het geval bijvoorbeeld een bepaalde zorgaanbieder failliet gaat, als de overheid daarvoor extra geld beschikbaar stelt. Wanneer er sprake is van een maximum tarief, is het dan ook noodzakelijk dat er een vangnetregeling bestaat, zodat de continuïteit van de zorg niet in het geding komt wanneer het tarief te laag is vastgesteld.

⁹² Het is hierbij wel van belang dat de consument ook prikkels heeft om te letten op de prijs van de zorg. Als de consument immers niets hoeft te betalen voor extra kwaliteit, zal hij altijd kiezen voor de hoogste kwaliteit, ongeacht de kosten. Dit leidt op termijn tot een onhoudbare AWBZ.

*Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren**Investerings*

Om de continuïteit van (kwalitatief goede) zorg te garanderen, is het noodzakelijk dat aanbieders voldoende financiële middelen hebben om ook te blijven investeren in zorgvoorzieningen en deze zo nodig uit te breiden. Wanneer concurrentie uitsluitend op prijzen plaatsvindt, bestaat het risico dat investeringen achterblijven. Transparantie over kwaliteit is dan ook vereist om zorgaanbieders te prikkelen de noodzakelijke investeringen in kwaliteit te blijven doen. Onzekerheid over de continuïteit van de instelling verzwakt de prikkel tot lange termijn investeringen. Dit probleem speelt vooral bij aanbesteding, maar kan ook optreden bij de andere reguleringsvormen als prijzen in onvoldoende mate schaarste en kwaliteit weerspiegelen. Het risico op een verkeerde prijs-kwaliteitverhouding is het kleinst bij een keuzeplatform, omdat de prijs daar op de markt tot stand komt (en dus de schaarste op de markt zou moeten weerspiegelen) en de continuïteit van de aanbieder bovendien relatief zeker is (elke zorgvraag biedt immers weer een nieuwe mogelijkheid om een contract binnen te slepen).⁹³

6.1.3 Doelmatigheid*Allocatieve efficiëntie*

Allocatieve efficiëntie betekent dat levering van de zorg plaatsvindt op de plek waar die het meeste waard is. Daartoe is het noodzakelijk dat de onderlinge verhouding tussen prijzen de relatieve schaarste weerspiegelen (het kostenniveau van de marginale aanbieder). Wanneer dit niet het geval is, zullen aanbieders van ondergewaardeerde zorg onvoldoende worden gecompenseerd. Hierdoor kunnen gespecialiseerde aanbieders verdwijnen en kan het aanbod bij instellingen met een breder aanbod verschuiven in de richting van zzp's met een hogere marge. Binnen de zzp's met een hoge marge zullen aanbieders dan waarschijnlijk teveel zorg aanbieden (meer zorg dan consumenten daadwerkelijk nodig hebben: *supplier induced demand*) en voor de zzp's waarvoor de prijs niet kostendekkend is ontstaan wachtlijsten.

Het risico op een verkeerde tariefstelling bestaat vooral bij een model van maximum tarieven. Daarnaast kan er ook binnen een systeem van maatstafconcurrentie per product een dergelijk probleem ontstaan als vaststelling van de maatstaf op een onjuiste manier plaatsvindt of wanneer de maatstaf onvoldoende vaak wordt aangepast bij kostenveranderingen. Bij een aanbestedingsmodel, een keuzeplatform en een maatstaf per bundel producten is het risico op een verkeerde prijsstelling veel minder groot. De reden is dat de markt in deze gevallen *zelf* de prijs bepaalt of binnen de bundel de kosten kan laten variëren, zodat deze de schaarste op de markt op een juiste manier weerspiegelen.⁹⁴ Doordat bij een keuzeplatform of een aanbesteding de prijs op de markt tot stand komt (zonder daarbij beperkt te worden door enige tarifiering), is de allocatieve efficiëntie in deze modellen optimaal gewaarborgd.

⁹³ Mits de markt voldoende goed werkt en de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk zijn.

⁹⁴ In geval iemand een lange tijd een zorgvraag heeft, is het mogelijk dat het initieel afgesproken tarief na verloop van tijd niet meer toereikend is als gevolg van kostenstijgingen. Om te voorkomen dat zorgaanbieders cliënten die gedurende lange tijd zorg nodig hebben niet langer willen helpen, is het mogelijk om afspraken te maken over een jaarlijkse update van de kosten (bijvoorbeeld een inflatiecorrectie). Dit is tevens mogelijk voor cliënten die na verloop van tijd een iets zwaardere indicatie krijgen en die bij dezelfde zorgaanbieder hun zorg willen blijven afnemen. Wanneer ervoor wordt gekozen in (delen van) de AWBZ een aanbestedingsmodel of een keuzeplatform te hanteren, is het noodzakelijk om nader uit te zoeken op welke manier de invoering van een dergelijke correctie het beste kan plaatsvinden.

Dynamische efficiëntie

Dynamische efficiëntie wil zeggen het aanpassen van producten (productinnovatie) en productiemethoden (procesinnovatie) aan de wensen van de markt. Bij procesinnovatie gaat het om nieuwe manieren om een bestaand product op een goedkopere manier tot stand te brengen, zonder dat daarbij kwaliteitsverlies optreedt. In principe kennen alle genoemde modellen een prikkel om aan procesinnovatie te doen, omdat dit leidt tot een hogere marge en dus tot meer winst (al dan niet uitkeerbaar) voor de zorgaanbieder. Wel is de prikkel om procesinnovaties door te voeren bij een aanbesteding of een keuzeplatform groter, omdat een slechte prijs op die markten als gevolg van de sterke inkooprijkelingen bij de zorginkoper sneller zal leiden tot grote verliezen voor de aanbieder.

De prikkel tot het doen van productinnovaties (wanneer deze meer kosten dan het huidige product) is het grootst in geval van een aanbesteding of een keuzeplatform. De inkoper kan daar immers direct besluiten of hij bereid is voor een innovatie extra te betalen. In geval van maatstafconcurrentie is dit al moeilijker omdat de prijs pas zal stijgen als een voldoende groot aantal aanbieders in de sector het product aanbiedt. De voordelen die een innoverende aanbieder normaal gesproken kan behalen door het aanbieden van kostenverhogende innovatieve producten, zijn in dit model echter niet groot, waardoor de kans op innovaties beperkt is. In geval van een maximum prijs is er alleen ruimte voor (kostenverhogende) innovaties als de maximum prijs daartoe nog voldoende ruimte biedt of wanneer de toezichthouder de prijs ophoogt omdat deze van mening is dat het nieuwe product waarde toevoegt. De prikkel tot innoveren is in zo'n systeem beperkt.

Technische efficiëntie

Technische efficiëntie wil zeggen dat levering van de geboden zorg op een zo doelmatig mogelijke manier plaatsvindt. Alle genoemde reguleringsmodellen kennen prikkels voor aanbieders om efficiënt te werken en op die manier winst te behalen. Deze prikkel is echter wel sterker naar mate het reguleringsmodel meer leunt op het concurrentiemechanisme in de markt en/of naarmate de zorginkoper een betere inkooppositie heeft. Wanneer er voldoende concurrentie is, leidt een vrije markt (eventueel ondersteund door een keuzeplatform) tot de meest doelmatige uitkomsten. Bij onvoldoende concurrentie – bijvoorbeeld vanwege intrinsieke toetredingsdrempels en/of substantiële schaalvoordelen – legt maatstafconcurrentie de sterkste prikkels voor doelmatigheid op, omdat het binnen een model van maatstafconcurrentie vaak eenvoudiger is voor de inkoper van zorg om een goede prijs te bedingen.

Benutting schaalvoordelen

Een doelmatig systeem zorgt ervoor dat de zorg op de juiste schaal wordt aangeboden. Hierbij kan enigszins sprake zijn van een afruil tussen keuzevrijheid en optimale schaal van het aanbod. Wanneer het uitzetten van zorgvragen individueel gebeurt, kunnen aanbieders op schaalvoordelen anticiperen door de prijzen aan te passen aan de mate van inpasbaarheid in het aanbod. Dit is echter minder planbaar dan wanneer een bundel van zorgvragen wordt aanbesteed. Wanneer er dus sprake is van grote schaalvoordelen, vormt een aanbesteding het beste reguleringsmodel.⁹⁵ In geval van maatstafconcurrentie en/of maximum

⁹⁵ Ervan uitgaande dat er geen andere belangrijke belemmeringen bestaan die een aanbesteding juist een ongeschikt model maken, zoals een groot risico op onderinvesteringen op lange termijn.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

tarieven is het in principe mogelijk voor aanbieders om de beschikbare schaalvoordelen te benutten, maar is dit wel afhankelijk van het aantal cliënten dat de zorgaanbieder binnenhaalt.

6.1.4 Risicobeheersen en risico dragen

Risico 's zorgaanbieder

In alle voorgestelde modellen met volledig variabele bekostiging van zorg lopen aanbieders risico op zowel prijs als volume. In een model van aanbesteding is het risico het grootst, omdat het verlies van een aanbesteding tegelijkertijd het verlies van een markt betekent. Bij een keuzeplatform speelt dit risico veel minder, omdat aanbieders op individuele consumenten kunnen bieden en zij dus onderwijl prijzen kunnen bijstellen om meer marktaandeel te verwerven. Ook bij maatstafconcurrentie en maximum tarieven is dit risico minder groot.

Het ondernemersrisico wordt verder bepaald door regulerings(on)zekerheid⁹⁶, de manier waarop bijstelling van tarieven plaatsvindt en de manier waarop de transitie naar risicodragendheid vorm krijgt. Het keuzeplatform en het aanbestedingsmodel kennen geen transitiemogelijkheid. Een instelling loopt het volledige risico op zowel prijs als volume, maar wordt ook (relatief) vrijgelaten⁹⁷ in de prijsstelling. De andere reguleringsvormen bieden wel de mogelijkheid om risicodragendheid geleidelijk aan in te voeren.

Risicodragende inkoper vereist

Wanneer de inkopende partij risicodragend is, heeft hij vaak meer prikkels om te letten op de prijs en de kwaliteit van de ingekochte zorg. Een risicodragende zorginkoper is vooral van belang wanneer de prijs van de zorg niet gemaximeerd is en de kwaliteit geen ondergrens kent. Als de inkoper in een dergelijke markt immers geen prikkel heeft om te letten op de prijs-kwaliteitverhouding, bestaat het risico dat er uitsluitend op prijs, uitsluitend op kwaliteit of überhaupt niet wordt geconcurrereerd. Voor een vrije markt met keuzeplatform en voor een aanbestedingsmodel is (afhankelijk van de vormgeving van het model) een risicodragende zorginkoper dan ook een vereiste. In markten waarin wel sprake is van maximum prijzen en een minimum kwaliteitseis, kan een risicodragende inkoper bijdragen aan een doelmatigere zorginkoop; dit is echter niet noodzakelijk om de publieke belangen te waarborgen. Wel geldt dat in een model van maatstafconcurrentie de prikkel om een goede prijs-kwaliteitverhouding te leveren groter is, omdat de individuele aanbieder niet vooraf kan inschatten wat zijn concurrenten zullen doen. Wanneer de rest van de zorgaanbieders efficiënter gaat werken, bestaat immers het risico dat de kosten van de aanbieder hoger uitkomen dan de maatstaf en dat de zorgaanbieder dus verlies zal draaien. Dit risico is groter dan bij maximum tarieven. Om die reden is er in geval van maximum tarieven meer noodzaak voor een risicodragende aanbieder die harde onderhandelingen voert, dan in geval van maatstafconcurrentie.

⁹⁶ Reguleringonzekerheid ontstaat wanneer partijen niet weten op welke manier hun markt in de toekomst zal worden gereguleerd. Reguleringonzekerheid leidt vaak tot concentratievorming en tot de opbouw van hogere reserves om op die manier beter bestand te zijn tegen toekomstige veranderingen. Om dit te voorkomen, is het van belang dat de overheid een stabiele koers vaart (ofwel dat er geen sprake is van ad hoc-overheidsbeleid zonder langetermijnvisie) en partijen zo vroeg mogelijk informeert over op handen zijnde veranderingen, zodat zij zich daarop kunnen voorbereiden.

⁹⁷ In principe zijn aanbieder in geval van een veiling vrij om te bieden wanneer zij dat aantrekkelijk vinden. In geval er gewerkt wordt met een veiling met een maximum tarief, dan zijn de aanbieders echter minder vrij om een prijs te stellen dan wanneer er sprake is van volledig vrije tarieven.

6.1.5 Kosten

Transactiekosten

Omdat bij een keuzeplatform zorgaanbieders en zorginkopers over de zorgvraag van elke partij afzonderlijk moeten onderhandelen, zijn de transactiekosten van een dergelijk model relatief hoog. In de andere modellen onderhandelen de zorgaanbieder en de zorginkoper in de meeste gevallen één keer per jaar over een contract. De transactiekosten zijn in dat geval relatief laag.

Administratieve lasten

Afhankelijk van de gekozen reguleringsvorm zal de NZa meer of minder behoefte hebben aan informatie van zorgaanbieders. Voor het bekostigen van de aanbieders heeft de NZa vooral informatie nodig over de kosten van de zorg in combinatie met informatie over de geleverde kwaliteit. In een model van aanbesteding of op een keuzeplatform komt deze informatie in principe vanzelf tot stand op de markt en is het niet nodig dat de NZa in deze informatie inzicht heeft. In een model van maatstafconcurrentie of van maximum prijzen is er, afhankelijk van de gekozen vorm, behoefte aan informatie over de kosten per product of de kosten per aanbieder en de daarmee samenhangende kwaliteit. Daarbij geldt dat de administratieve lasten van het genereren van informatie over de kosten per product, groter zijn dan de lasten van het genereren van informatie over de totale kosten van de aanbieder en over het aantal geleverde producten.

In alle modellen moeten zorgaanbieders de administratie per product bijhouden en communiceren met de zorgverzekeraar. Afhankelijk van de wensen van de zorgverzekeraar kan deze ook vragen om kwaliteits- en/of kosteninformatie.

6.2 Reguleringsmechanismen per deelmarkt

6.2.1 Keuze reguleringsmodel

Complexe zorg

In hoofdstuk 5 is besproken op welke markten waarschijnlijk structureel sprake zal zijn van marktfalen en waar om die reden blijvend regulering nodig zal zijn. Voor deze complexe en/of specifieke zorgmarkten zijn verschillende reguleringsopties besproken. Voor zorgmarkten waar voldoende aanbieders actief zijn om te kunnen vergelijken, waar voldoende inzicht in de kostprijzen van aanbieders bestaat, waar de kwaliteit van de zorg voldoende transparant is en de producten voldoende eenduidig, is maatstafconcurrentie de meest optimale reguleringsvorm.⁹⁸ Omdat de markt voorafgaand aan de invoering van een model van maatstafconcurrentie niet eerst aan bepaalde voorwaarden hoeft te voldoen, kan deze reguleringsvorm in principe direct worden ingevoerd. Paragraaf 6.3.2 gaat nader in op de manier waarop de maatstaf voor deze markt het beste vorm kan krijgen.

Basiszorg

In de basiszorg lijkt op termijn ruimte te bestaan voor vrije prijzen. Op dit moment heeft deze markt echter nog een aantal kenmerken - zoals de contracteerplicht voor de intramurale zorg, de aparte bekostiging van

⁹⁸ Voor markten waarop maatstafconcurrentie geen optie was, zijn als alternatieven genoemd: aanbesteding van exploitatie zorginstelling, aanbesteding van management en overheidsuitvoering. Vooralsnog heeft de NZa echter nog geen markten geïdentificeerd waarop onvoldoende aanbieders actief zijn om een maatstaf te kunnen bepalen. Hieraan zal bij de verdere uitwerking van dit model nadere aandacht moeten worden besteed.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

kapitaallasten, het gebrek aan inkoopprykkels en transparantie, en de bestaande concentratie in het aanbod – die maken dat het nog niet mogelijk is om al direct vrije prijzen in te voeren.

In hoofdstuk 5 is al genoemd dat als aanvulling op een model van vrije prijzen een aanbestedingsmodel of een keuzeplatform een goed overgangsmoedel zou kunnen zijn voor de niet-complexe zorg. Belangrijke marktkenmerken die van invloed zijn op de keuze voor een bepaald model zijn de wilsbekwaamheid⁹⁹ van de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) en de langdurigheid van de zorgvraag:

- Voor zowel het aanbestedingsmodel als voor het keuzeplatform is een risicodragende zorginkoper vereist. Het model dat het ministerie van VWS voorstelt kent een dergelijke risicodragende partij niet. In geval van een keuzeplatform is het wel mogelijk ervoor te kiezen om de uitvoering neer te leggen bij de consument (of zijn vertegenwoordiger), mits deze voldoende wilsbekwaam is.
- In een situatie waarin de zorgvraag een langdurig karakter heeft, is een aanbestedingsmodel geen goed idee. Wanneer de concessie voor een erg lange periode wordt verleend, zijn de prikkels voor doelmatigheid en kwaliteit op de langere termijn beperkt.¹⁰⁰ Als ervoor wordt gekozen om concessies voor kortere perioden te verlenen, bestaat het risico dat de consument gedwongen zal moeten overstappen. Dit is niet alleen niet wenselijk gezien de vertrouwensband die er tussen de zorgaanbieder en de consument vaak bestaat, maar bovendien wettelijk niet toegestaan.¹⁰¹

Wat blijkt is dat het zowel voor een aanbestedingsmodel als voor een keuzeplatform een vereiste is dat de cliënten (of hun vertegenwoordigers) wilsbekwaam genoeg zijn om zelf zorg in te kopen en dat de zorgvraag niet te langdurend is. Daarnaast kunnen aanbestedingsmechanismen of keuzeplatformen pas goed werken wanneer er voldoende aanbieders zijn en er geen contracteerplicht is. Dit is vooral het geval in de huidige extramurale AWBZ-zorg.

Voor de niet-complexe intramurale AWBZ-zorg zijn aanbestedingsmodellen of keuzeplatformen wel mogelijk, maar lijken de bestaande toetredingsdrempels, de contracteerplicht en de bestaande machtsverhoudingen binnen die markt een goede marktwerking nog te veel in de weg te staan. Bovendien maakt de huidige koppeling tussen wonen en zorg de vergelijking van intramurale en extramurale zorg vooralsnog moeilijk. Een relatief lichte reguleringsvorm met doelmatigheidsprikkels zou een overgang naar vrije prijzen mogelijk moeten maken. Een model van maatstafconcurrentie (concurrentie door vergelijking) vormt daarvoor een mogelijk alternatief. Tijdens de reguleringsperiode kan de uitgangspositie van aanbieders op een verantwoorde manier, dat wil zegen met een voldoende lange transitieperiode, worden gelijkgesteld. Tegelijkertijd is het mogelijk om te werken aan het transparant maken van kwaliteit en doelmatigheid.

⁹⁹ Onder wilsbekwaamheid wordt hier verstaan dat de consument (of zijn vertegenwoordiger) voldoende in staat is om een afweging te maken tussen de verschillende zorgaanbieders en de geboden prijs-kwaliteitverhoudingen.

¹⁰⁰ Een keuzeplatform is in dit geval overigens *wel* mogelijk, hoewel ook daar de consument zijn zorgvraag soms voor een lange periode bij één zorgaanbieder neerlegt. Omdat de aanbieder op de markt om nieuwe cliënten moet blijven concurreren (en het verlenen van slechte zorg al snel leidt tot een slechte naam en minder toestroom van cliënten) blijven echter de prikkels om kwalitatief goede en doelmatige zorg te leveren bestaan. Wanneer de zorgvraag lange tijd blijft bestaan, is het bijvoorbeeld mogelijk om contractueel vast te leggen dat de cliënt in zorg kan blijven zolang dat nodig is en dat elk jaar indexering van de prijs plaatsvindt.

¹⁰¹ Artikel 15, lid 4, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Daarnaast is het noodzakelijk om te werken aan het oplossen van schaarste en onnodige toetredingsdrempels. Daarmee komt het onderscheid tussen complexe intramurale zorg en intramurale basiszorg op de korte termijn te vervallen. Voor de basiszorg moet echter direct perspectief worden geboden op een regime met vrije prijzen en is het noodzakelijk dat de administratieve lasten die het overgangsregime met zich meebrengen in verhouding staan tot de verwachte duur van de reguleringsperiode.

Figuur 6 geeft de gekozen reguleringsmodellen grafisch weer.

Figuur 6: Reguleringsmodellen per deelmarkt

Extramurale AWBZ	Intramurale AWBZ	
	Basiszorg	Complexe zorg
Keuzeplatform (op termijn vrije prijzen)	Maatstafconcurrentie (op termijn vrije prijzen)	Maatstafconcurrentie (blijft gereguleerd)

6.2.2 Transitiepad intramurale AWBZ-zorg

Maatstafconcurrentie

Alles overziend lijkt voor de complexe intramurale AWBZ-zorg een model van maatstafconcurrentie het beste reguleringsmodel. In een maatstafconcurrentiemodel stelt de toezichthouder een (maximum) tarief vast dat gebaseerd is op de prijzen of de kosten van de aanbieders in de betreffende sector.¹⁰² Dit tarief stelt de toezichthouder periodiek¹⁰³ bij op basis van hernieuwde kosten/prijsinformatie uit de sector. Box 1 (??) licht het maatstafconcurrentiemodel nader toe.

Box 1 (??): Maatstafconcurrentie¹⁰⁴

Maximum tarieven per zzp met maatstafconcurrentie

Maatstafconcurrentie is een vorm van gesimuleerde concurrentie waarbij de prestaties (prijs, kwaliteit) van verschillende aanbieders worden vergeleken. Een systeem van landelijke maximumtarieven, gebaseerd op de gemiddelde kosten per zzp van alle zorgaanbieders, is een vorm van maatstafconcurrentie. De maatstaf in zo'n systeem is voor alle aanbieder hetzelfde.

Meestal vindt vaststelling van de maatstaf echter per instelling plaats. Een belangrijk uitgangspunt voor een maatstaf is namelijk dat deze niet afhangt van de eigen kosten van een instelling. Wanneer er veel aanbieders zijn, zal dit echter nauwelijks verschil uitmaken met een landelijke maatstaf. Als de maatstaf wel afhangt van de eigen kosten, zou een instelling minder snel investeren in kostbare maatregelen die de kosten op lange termijn terugbrengen. Deze besparingen zouden immers weer worden afgeroomd. Bij maatstafconcurrentie komt de

¹⁰² Bij het vaststellen van een maatstaf kan de toezichthouder ervoor kiezen om de maatstaf gelijk te stellen aan de gemiddelde kosten van alle aanbieders in de betreffende sector, maar ook aan bijvoorbeeld de kosten van de beste 10% van de aanbieders. Hierbij geldt dat hoe sterker de prikkel voor aanbieders is gericht op efficiëntieverbetering, des te sneller aanbieders efficiënter moeten worden en des te groter de kans is dat zij failliet gaan. Om de transitieperiode soepel te laten verlopen, is het belangrijk van de zorginstellingen niet ineens te veel efficiëntiestijging te vragen.

¹⁰³ Meestal vindt updating van een maatstaf jaarlijks plaats op basis van vernieuwde kosteninformatie.

¹⁰⁴ Analoog aan de invoering van maatstafconcurrentie die in voorbereiding is voor de ziekenhuismarkten (prijsp plafond ziekenhuizen), zou ook de juridische basis van maatstafconcurrentie nog nader moeten worden onderzocht.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

behaalde doelmatigheidswinst ten goede aan de instelling zelf en leidt de besparing tot een korting van het maximumtarief voor alle overige instellingen. Op deze manier simuleert maatstafconcurrentie de werking van de vrije markt.

Vrije tarieven met regulering van het gemiddelde prijsniveau via maatstafconcurrentie

Deze vorm van maatstafconcurrentie reguleert niet de afzonderlijke prijzen, maar legt de maatstaf op de totale productie gecorrigeerd voor zorgzwaarte. Daartoe is het noodzakelijk eerst rekengewichten te ontwikkelen die de doelmatige kostenverhouding van de zzp's weerspiegelen. De initiële gewichten worden op dezelfde manier bepaald als onder maximum tarieven per zzp. Bepaling van het totale budget voor een instelling vindt vervolgens plaats door het volume te vermenigvuldigen met de initiële gewichten en het totale budget voor de sector.

De gewichten geven louter de initiële verhouding tussen prijzen aan, aan de hand waarvan de maximaal aanvaardbare prijs voor de gemiddelde zzp wordt bepaald. Instellingen kunnen vervolgens hun verwachte omzet berekenen en aan de hand daarvan de meest doelmatige kostentoedeling bepalen. Aanpassing van de gewichten vindt vervolgens ieder jaar plaats aan de hand van onderhandelde prijzen. Dit model gaat uit van onderhandelingen tussen aanbieders en (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars met een zorgplicht.

Rekenvoorbeelden

Stel drie aanbieders z1, z2 en z3 bieden ieder twee typen zzp's aan. De aantallen en totale omzet (oud budget) staan in onderstaande tabel. Op basis van kostenonderzoek worden de kosten aan de zzp's toegewezen. De totale kosten van zzp2 zijn anderhalf keer zo groot als de totale kosten van zzp1. Op basis hiervan kunnen integrale tarieven worden berekend. Deze staan genoemd onder de maximum prijzen (max P).

In plaats daarvan is het ook mogelijk om te volstaan met het geven van gewichten. Hiermee worden de te verwachten nieuwe budgetten berekend op basis van de huidige volumes. Deze staan in de kolom 'nieuw budget' (Wanneer een instelling in een volgend jaar meer of minder zzp's aanbiedt, vindt voor dit nieuwe budget natuurlijk een correctie plaats).

Let wel, het eerste jaar verschilt de methodiek voor het bepalen van maximum tarieven of gewichten niet en levert dezelfde budgetten op. In de transitie periode kan het verschil tussen het oude budget en het nieuwe budget – uitgaande van het volume op de peildatum van het oude budget - over een aantal jaren worden verrekend en afgebouwd.

Waar de methoden wel in verschillen, is in de informatie die de instelling ontvangt. Bij regulering van de gemiddelde prijs kan een instelling op basis van de gewichten de totale omzet bepalen en vervolgens de prijzen vrij toedelen aan de zzp's. De volgende jaren is de update echter wel verschillend.

Doordat een maatstaf is gebaseerd op de kosten/prijzen van andere aanbieders binnen de sector, geeft een maatstaf meer prikkels om efficiënt te werken dan een maximum tarief. Vooral wanneer de maatstaf is gebaseerd op kosteninformatie van andere aanbieders, is het

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

voor de aanbieder immers vaak onduidelijk hoe hoog de maatstaf in de volgende periode zal zijn. Om het risico op verlies te beperken, zal een aanbieder zijn best doen zo efficiënt mogelijk te werken. Doordat alle aanbieders hun best zullen doen om efficiënt te werken, beweegt de maatstaf langzaam richting de meest doelmatige aanbieder. De snelheid waarmee dit gebeurt en de mate waarin aanbieders gevolgen van dit traject ondervinden, hangen af van de manier waarop de maatstaf wordt berekend en de manier waarop de inkoop is vormgegeven (al dan niet risicodragend).¹⁰⁵

Productafbakening

Bij het vaststellen van een maatstaf is het mogelijk om te kiezen voor vaststelling van een maatstaf per product of voor een bundel producten. Een groot voordeel van een maatstaf per bundel producten is dat de aanbieder en de verzekeraar binnen de bundel de vrijheid hebben om zelf te bepalen voor welk zzp welk tarief geldt, mits de totale kosten maar binnen de maatstaf blijven.¹⁰⁶ Hierdoor kunnen de prijzen de daadwerkelijke schaarste op de markt weerspiegelen en is er geen prikkel tot onder- of overproductie van bepaalde zzp's die toevallig verkeerd geprijsd zijn. Overigens is het, om de zorgverzekeraar te prikkelen ook daadwerkelijk een goede prijs per product af te spreken, wel van belang dat de zorgplicht van de verzekeraar duidelijk gedefinieerd is. Wanneer de verzekeraar immers geen duidelijke zorgplicht heeft, ondervindt hij er nauwelijks last van als bepaalde groepen consumenten niet (snel genoeg) kunnen worden geholpen en andere consumenten juist te veel zorg ontvangen. De NZa is ervoor verantwoordelijk dat de zorgverzekeraar zijn zorgplicht nakomt. Door de zorgverzekeraar te sanctioneren wanneer hij niet aan zijn zorgplicht voldoet, kan de NZa hem prikkelen om binnen de maatstaf voor elk zzp een zo passend mogelijke prijs af te spreken.

Een ander voordeel van een maatstaf per bundel is dat deze gepaard gaat met veel minder administratieve lasten voor de zorgaanbieders. Voor het vaststellen van een maatstaf per bundel producten heeft de toezichthouder uitsluitend informatie nodig over de totale kosten van de bundel en over het aantal geleverde zzp's; dit om de onderlinge verhouding¹⁰⁷ tussen de verschillende zzp's te kunnen vaststellen. Wanneer vaststelling van de maatstaf per product zou plaatsvinden, heeft de toezichthouder informatie nodig over de kosten per zzp, die bovendien op een eenduidige manier moeten zijn toegerekend. De informatiebehoefte van de toezichthouder, en daarmee de administratieve lasten voor de zorgaanbieders, zijn dus veel lager in geval van een maatstaf per bundel dan in geval van een maatstaf per product.

Aandachtspunten

Er zijn een aantal randvoorwaarden waaraan een maatstaf of prijsplafond moet voldoen. Zo moet de maatstaf van een aanbieder niet afhangen van de eigen kosten, maar van de kosten van andere

¹⁰⁵ Hierbij geldt dat de maatstaf sneller naar het meest efficiënte punt tendeert wanneer de maatstaf wordt gebaseerd op de kosten van meer efficiënte instellingen en wanneer de inkoper meer inkoopprikkels heeft.

¹⁰⁶ Eventueel kunnen bepaalde zzp's die zorgaanbieders slechts zelden leveren een vaste of maximum (relatieve) prijs krijgen.

¹⁰⁷ Deze correctie is noodzakelijk omdat sommige zorgaanbieders meer 'dure' zzp's leveren dan andere zorgaanbieders, en de maatstaf voor dergelijke aanbieders dus hoger moet zijn dan voor aanbieders die vooral 'goedkope' zzp's leveren. De rekengewichten van ZZP's worden daarbij bepaald aan de hand van informatie over de onderhandelde prijzen of aan de hand van wachtlijstinformatie (producten waarvoor een wachtlijst bestaat, stijgen in een vrije markt in prijs).

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

aanbieders. Hierdoor komen de doelmatigheidswinsten die uit kostenbesparingen zijn behaald volledig ten goede aan de aanbieder zelf en kan deze zijn winsten niet verhogen door zich strategisch te gedragen (bijvoorbeeld extra ondoelmatig werken). Op die manier heeft elke aanbieder een prikkel om te investeren in dynamische efficiëntie (lange termijn doelmatigheid).

Daarnaast moet een maatstaf rekening houden met structurele, niet beïnvloedbare verschillen tussen aanbieders. Door de maatstaf te corrigeren voor zzp's vindt in principe een correctie voor de verschillen in zorgzwaarte tussen cliënten plaats. Achteraf kan worden getest of dit in voldoende mate is gebeurd of er structurele verschillen tussen groepen aanbieders bestaan. Er is het mogelijk om te testen op bijvoorbeeld regionale verschillen. Als blijkt dat de kosten van aanbieders tussen regio's of type zorgvragers significant verschillen, dan kan hiervoor in de maatstaf een correctie plaatsvinden.

Verder is betrouwbare informatie over kwaliteit van belang om ervoor te zorgen dat prijsconcurrentie niet ten koste gaat van kwaliteit. Dit kan door in de toerekening van kosten aan zzp's kwaliteitsparameters te betrekken, zodat een hoge kwaliteit beter wordt beloond.

6.2.3 Transitiepad extramurale AWBZ-zorg

Algemeen

Het belangrijkste probleem binnen de huidige markt voor extramurale AWBZ-zorg is het gebrek aan een risicodragende zorginkoper. Het huidige zorgkantoor loopt enkel risico op zijn beheerskosten en ook niet op de kosten van de zorgverlening. Het zorgkantoor heeft daarmee vooral een financiële prikkel om een beperkt aantal grote zorgaanbieders te contracteren om aan zijn zorgplicht te voldoen, maar geen of nauwelijks een prikkel om te luisteren naar de wensen van de consumenten of om te letten op de prijs-kwaliteitverhouding van de ingekochte zorg. Ook voor een niet-risicodragende verzekeraar zijn deze prikkels beperkt.

De individuele consument heeft meer prikkels om te letten op de kwaliteit van de ingekochte zorg dan het zorgkantoor en om zorg in te kopen die optimaal aan zijn wensen voldoet. De reden is dat hij er direct nadeel van ondervindt wanneer de kwaliteit van de ingekochte zorg onvoldoende is. Het ligt dan ook voor de hand de consument bij de inkoop van zorg een belangrijke rol te geven. Doordat de eigen bijdrage die de consument betaalt op dit moment geen samenhang kent met zijn keuze voor een bepaalde zorgaanbieder, is de prikkel om te letten op de prijs-kwaliteitverhouding van de zorgaanbieders echter erg gering. Het is dus belangrijk de consument ook een prikkel te geven om te letten op de prijs van de geleverde zorg. Dit kan bijvoorbeeld door de eigen bijdrage van de consument afhankelijk te maken van zijn zorgaanbiederkeuze, bijvoorbeeld door een lagere eigen bijdrage te vragen wanneer iemand naar een goedkopere zorgaanbieder gaat.

Wanneer de consument voldoende prikkels heeft om op zowel de kwaliteit als de prijs te letten, kan hij in eerste instantie zelf zijn zorg inkopen door middel van een persoonsgebonden of een persoonsvolgend budget. De consument heeft daarmee optimale vrijheid om de zorg in te kopen die het beste aan zijn wensen voldoet. Hij kan er dan bijvoorbeeld voor kiezen zorg af te nemen bij de zorgaanbieder die in zijn

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

woonzorgcomplex actief is¹⁰⁸ of bij de aanbieder waarmee hij goede ervaringen heeft gehad. Ook de inkoop van zorg bij niet-toegelaten zorgaanbieders of bij mantelzorgers blijft dan net als in de huidige uitvoering een optie. Voor consumenten die niet direct een voorkeur voor een bepaalde aanbieder hebben of die niet goed in staat zijn om voldoende informatie te vergaren over de prijs en de kwaliteit van het zorgaanbod, kan een keuzeplatform uitkomst bieden. Hieronder wordt nader ingegaan op de manier waarop zo'n keuzeplatform het beste vorm kan krijgen.

Keuzeplatform

Voorwaarden

Voordat het mogelijk is een keuzeplatform in te voeren, moet de markt aan een aantal randvoorwaarden voldoen:

- **Informatiegelijkheid:** Alle partijen moeten over dezelfde informatie over het gevraagde product kunnen beschikken.
- **Gelijke biedingsvoorwaarden:** Alle partijen moeten onder dezelfde (vooraf bekende) voorwaarden een aanbod op het keuzeplatform kunnen plaatsen.
- **Eenduidig product/dienst:** Alle partijen moeten de productdefinitie op een zelfde manier uitleggen, zodat er over het aangeboden product geen verwarring bestaat. Daarnaast mag het product gedurende de tijd niet veranderlijk zijn.
- **Gericht op de toekomst:** Het gevraagde product moet in de toekomst worden geleverd. Voor producten die al geleverd zijn, is het onmogelijk deze nog op een keuzeplatform te plaatsen.

Deze eisen vormen in de extramurale AWBZ in beginsel geen probleem. Partijen kunnen de voorwaarden over informatiegelijkheid en over gelijke biedingvoorwaarden in principe in elk keuzeplatform betrekken. Ook zijn er met de prestaties in de extramurale AWBZ in principe voldoende eenduidige productbeschrijvingen beschikbaar. Verder lijkt ook de toekomstgerichtheid in de extramurale AWBZ meestal geen probleem.¹⁰⁹

Vormgeving keuzeplatform

Op de markt voor extramurale zorg vindt uitoefening van de vraag in principe plaats door één partij: de cliënt. In de meeste regio's is er sprake van meerdere zorgaanbieders die deze zorg kunnen leveren. Het keuzeplatform dient als een soort van marktplaats, waarop de cliënt zijn zorgvraag bekend kan maken aan de zorgaanbieder. Wanneer een zorgaanbieder geïnteresseerd is in het leveren van de betreffende zorg aan de cliënt, kan hij een bod op het platform plaatsen waarin hij aangeeft welke kwaliteit zorg hij levert tegen welke prijs. De cliënt kan

¹⁰⁸ Wanneer een aantal consumenten gezamenlijk besluit een woonzorgcomplex op te richten en daarvoor op zoek is naar een zorgaanbieder die alle mensen in het betreffende complex zorg wil verlenen, dan is het mogelijk om deze zorgvraag eventueel ook gebundeld te veilen.

¹⁰⁹ Het is afhankelijk van de inrichting van het keuzeplatform welke zorg er wel en niet kan worden aangeboden. Als bijvoorbeeld sprake is van een periode van zeven dagen waarin aanbieders op een bepaalde zorgvraag kunnen bieden, dan moet de zorgvraag ten minste zeven dagen voor de aanvang van de zorg bekend zijn. Hoe minder lang de gekozen biedingstermijn, des te meer zorg er via het keuzeplatform kan worden geveild. Bij de verdere uitwerking van de veiling moet naar dit punt nader aandacht uitgaan. Mochten er binnen de extramurale AWBZ vormen van zorg bestaan die zo acuut moeten worden geleverd dat een veiling of een eigen keuze van de cliënt niet meer mogelijk is, dan is aanbesteding van de beschikbaarheidsfunctie misschien een optie.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

vervolgens na een bepaalde vastgestelde periode uit alle biedingen het meest aantrekkelijke bod kiezen (zowel op prijs als op kwaliteit).

Bij de vormgeving van het keuzeplatform is het mogelijk om te kiezen voor het werken met volledig vrije tarieven, maar de keuze kan ook vallen op maximum tarieven. In dat laatste geval geven zorgaanbieders niet aan tegen welke prijs zij bereid zijn de benodigde zorg te leveren, maar bieden zij kortingen op een gegeven maximum tarief. De aanbieder die (bij gelijke kwaliteit) de hoogste korting biedt, is dan dus het meest voordelig. Een nadeel van het werken met maximum tarieven is dat de toezichthouder voor het vaststellen van de maximum tarieven toch nog enige informatie nodig heeft. In een situatie met vrije prijzen komt deze informatie op de markt tot stand en is geen ingrijpen van de toezichthouder nodig.¹¹⁰ Box 2 beschrijft een voorbeeld van hoe een keuzeplatform er zou kunnen uitzien. De uitwerking van hoe het keuzeplatform voor de basiszorg er precies moet uitzien, is iets voor een later tijdstip.

Box 2: Een voorbeeld

Mevrouw Smits heeft suikerziekte en moet daarvoor dagelijks insuline inspuiten. Vanwege haar slechte gezondheid is mevrouw Smits niet meer in staat dit zelf te doen, dus gaat zij naar het CIZ om een indicatie aan te vragen. Het CIZ indiceert mevrouw Smits voor een kwartier verpleging basis per dag.

Mevrouw Smits weet niet goed bij welke zorgaanbieder zij de benodigde zorg wil afnemen. Daarom plaatst het CIZ¹¹¹ de zorgvraag van mevrouw Smits anoniem op het internet (het keuzeplatform), samen met enige relevante informatie over bijvoorbeeld de postcode van mevrouw Smits. Vervolgens kunnen zorgaanbieders die toegelaten zijn om op het keuzeplatform te bieden (hiervoor gelden bijvoorbeeld eisen ten aanzien van de minimale kwaliteit) en die geïnteresseerd zijn in het leveren van de benodigde zorg aan mevrouw Smits, op het keuzeplatform een bod plaatsen. In dit bod geven zij aan op welke manier zij de benodigde zorg zullen leveren, en wat de prijs en de kwaliteit van de zorg zijn. Na drie dagen gaat mevrouw Smits terug naar het CIZ en bekijkt samen met iemand van het CIZ alle zorgaanbieders die de benodigde zorg willen leveren. Mevrouw Smits kiest zelf de zorgaanbieder uit die zij het beste vindt en de betreffende zorgaanbieder levert vervolgens de benodigde zorg.

Productafbakening

Omdat zorgkantoren (of niet-risicodragende uitvoeringsorganen) onvoldoende prikkels hebben om goede en doelmatige zorg in te kopen, lijkt het beter om de consument zelf de benodigde zorg te laten inkopen, ondersteund door een keuzeplatform. Dit houdt in dat op elke zorgvraag afzonderlijk zal worden geboden.

¹¹⁰ Wat betreft de kwaliteitsinformatie is het overigens wel van belang dat de zorgaanbieders deze in hun biedingen op een eenduidige manier transparant maken, zodat de consument alle biedingen goed kan vergelijken. Hiervoor kan het van belang zijn aanbieders te verplichten hun kwaliteit op een bepaalde vooraf vastgestelde manier weer te geven. Hoe dit het beste kan gebeuren, moet op een later tijdstip worden uitgewerkt.

¹¹¹ In dit voorbeeld is ervoor gekozen om het CIZ verantwoordelijk te maken voor het helpen van de consument bij het maken van zijn keuze, omdat de consument bij het CIZ moet aangeven bij welke zorgaanbieder hij zorg wil ontvangen. Het is echter ook mogelijk om deze taak bij een andere partij, bijvoorbeeld de zorgverzekeraar, neer te leggen.

Kenmerk van de markt voor extramurale AWBZ-zorg is dat substantiële structurele toetredingsdrempels ontbreken en aanbodsubstitutie op korte termijn mogelijk is. Ook bestaan er in deze markt geen schaalvoordelen die dermate groot zijn dat het efficiënt is om het aanbod bij één of enkele aanbieders te concentreren.¹¹² De efficiëntiewinsten die het aanbesteden van grote bundels zorg kunnen opleveren, lijken daardoor niet op te wegen tegen het verlies in keuzevrijheid voor de consument.

Voordelen van een markt met vrije prijzen en een keuzeplatform zijn:

- **De keuzevrijheid van de cliënt is optimaal:** Cliënten kunnen kiezen uit alle zorgaanbieders die de benodigde zorg willen leveren en niet uitsluitend uit zorgaanbieders die het zorgkantoor heeft gecontracteerd.
- **Toetreding is eenvoudiger:** Een nieuw toegetrede zorgaanbieder kan het gehele jaar door cliënten werven en hoeft niet te wachten tot het begin van het nieuwe jaar om op de markt te kunnen komen (hetgeen bij een aanbesteding wel het geval is). Bovendien hoeft een zorgaanbieder niet noodzakelijkerwijs grote hoeveelheden zorg aan te bieden om zich op de markt te kunnen begeven, maar kan hij ook met een beperkt aantal cliënten beginnen.
- **Bestaansonzekerheid zorgaanbieders is kleiner:** Wanneer aanbesteding van een grote bundel zorg (bijvoorbeeld alle zorg in een bepaalde regio gedurende een jaar) in één keer plaatsvindt, hebben de zorgaanbieders die geen contract krijgen een jaar lang geen inkomsten. Voor deze aanbieders is het erg moeilijk om tot de volgende aanbesteding op de markt te blijven, waardoor het aantal keuzemogelijkheden afneemt. Wanneer er echter sprake is van een constant vraag naar kleine hoeveelheden zorg, hebben zorgaanbieders steeds weer de mogelijkheid om nieuwe cliënten binnen te halen en zijn de gevolgen van het niet binnenhalen van een contract dus minder groot.

In de uitwerking en ontwikkeling van een dergelijk keuzeplatform is het van belang dat de transactiekosten beperkt blijven. Dit kan door het aanbod te automatiseren en bijvoorbeeld te werken met standaardbiedschema's. Hoewel verhandeling van individuele zorgvragen individueel plaatsvindt, kunnen de transactiekosten hierdoor beperkt blijven. Ontwikkeling van effectieve en doelmatige uitvoeringsmodellen door middel van experimenten ligt dan ook voor de hand. Wanneer de kosten van het bieden op individuele zorgvragen erg hoog blijken, dan is een aanbestedingsmodel te overwegen.

Aandachtspunten

Om ervoor te zorgen dat consumenten altijd de benodigde zorg kunnen krijgen, is het mogelijk aanbieders te verplichten een bod uit te brengen op alle zorgvraag binnen bepaalde gebieden (bijvoorbeeld hun kernwerkgebieden). Het zorgkantoor of de zorgverzekeraar die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de AWBZ zou dan kunnen controleren of aanbieders ook daadwerkelijk bieden op elke zorgvraag binnen hun kernwerkgebied en dat alle regio's 'gedekt' zijn (met andere

¹¹² Dat wil niet zeggen dat er geen schaalvoordelen te behalen zijn, maar dat de schaalvoordelen waarvan sprake is ook kunnen worden behaald wanneer aanbesteding van elke zorgvraag afzonderlijk plaatsvindt. De zorgaanbieder kan dan bijvoorbeeld alle cliënten in een bepaald postcodegebied werven door alle zorgvragers in die regio een betere prijs-kwaliteitverhouding te bieden en op die manier toch schaalvoordelen te incasseren. De aanbieder biedt dan dus een prijs die lager is dan zijn kosten per zorgvrager, in de verwachting dat hij zo veel zorgvragers zal binnenhalen dat de daarmee te behalen schaalvoordelen het verlies per zorgvrager zal compenseren.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

woorden dat er in elk postcodegebied ten minste één zorgaanbieder verplicht is om te bieden). Het is mogelijk dat er regio's zijn waar geen enkele aanbieder actief wil worden. Dit risico is beperkt wanneer er sprake is van 'vrij' prijzen, omdat de prijs dan vanzelf zal stijgen wanneer er onvoldoende aanbod is, waardoor de markt voor zorgaanbieders toch interessant kan worden. In geval van een keuzeplatform met een maximum tarief kan het tarief echter ontoereikend zijn. Om dit probleem te voorkomen is het mogelijk om een aanbesteding uit te vaardigen, waarin aanbieders betaald krijgen om in bepaalde, onaantrekkelijke regio's altijd te bieden. Het zorgkantoor of de uitvoerder van de AWBZ zou deze aanbesteding kunnen doen. Op die manier is er een waarborg dat de consument altijd zorg ontvangt.

Overgang naar een geheel vrije markt

Een keuzeplatform en een aanbesteding geven vragers en aanbieders op de markt optimale vrijheid om de zorg te leveren/vragen die bij hen past. Er is in principe sprake van een vrije markt, waarop het keuzeplatform of de aanbesteding kan dienen als 'marktplaats' waar vraag en aanbod elkaar kunnen ontmoeten. De overgang van een markt met een keuzeplatform/aanbesteding naar een volledig vrije markt is daardoor erg eenvoudig. Wanneer er sprake is van een risicodragende zorginkoper – die door de werking van de markt voldoende wordt geprikkeld om goede en doelmatige zorg in te kopen die voldoet aan de wensen van de consument –, kan de verplichting tot het werken met een keuzeplatform/aanbesteding komen te vervallen en kan de zorginkoper zelf bepalen hoe hij de zorg het beste denkt in te kopen.

6.3 Aandachtsgebieden

6.3.1 Consequenties invoering maatstaf voor bekostiging intramurale zorg

In 2009 is een volledige bekostiging op basis van zzp's voorzien. De huidige bekostigingssystematiek per instelling maakt dan plaats voor een cliëntgebonden bekostiging, waarbij geen ruimte meer is voor instellingspecifieke budgetten. De uitgangspunten van dit nieuwe systeem zijn:

- Invoering cliëntgebonden bekostiging met integrale tarieven en gecorrigeerd voor zorgzwaarte;
- Een zorginstelling loopt direct volledig risico op volume;
- Een zorginstelling loopt stapsgewijs risico op prijs: transitieperiode om het verschil tussen het huidige budget op basis van budgetparameters en het toekomstig geschatte budget op basis van huidige productie in zzp's te overbruggen;
- Inkoop door verzekeraars;
- Macrobudgettaire neutraliteit.

In het voorgestelde traject is gekozen voor een overgang van budgetbekostiging op basis van kostengerelateerde budgetparameters naar een volledig variabele bekostiging op basis van zzp's met vrije volumina. Hierin is het vervolgens mogelijk om te kiezen voor prijsregulering met maximum tarieven per product of een maximum tarief per bundel.

Het ministerie van VWS heeft nog niet definitief voor een bepaalde reguleringsvorm gekozen. Wel is met de invoering van een gemiddelde vergoeding per zzp impliciet gekozen voor een maatstaf. De manier waarop de vaststelling van de zzp-tarieven plaatsvindt en de manier waarop de integrale tarieven worden doorontwikkeld en onderhouden, vereist echter nog uitwerking. Om voldoende reguleringszekerheid te

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

bieden is het van belang om vooraf duidelijk te maken op welke manier het onderhouden van de tarieven in zijn werk gaat.

In het afwegingskader (zie 6.2) zijn de voor- en nadelen besproken van regulering zonder expliciete bijstelling van tarieven, maatstafconcurrentie op maximum tarieven per zzp en maatstafconcurrentie op de bundel van zzp's. Het maatstafmodel per bundel kwam hieruit naar voren als het beste alternatief voor de borging van de publieke belangen, de beperking van het risico voor aanbieders en de transactiekosten. Hieronder bespreekt de NZa de belangrijkste conclusies en wat dit betekent voor de prikkels in het model en de informatie die hierbij nodig is. Daarna volgt een overzicht van de stappen die de NZa moet ondernemen om de invoering van zzp-bekostiging met een prijsplafond op de bundel van zzp's per 2009 mogelijk te maken.

Het vaststellen van de juiste tarieven is cruciaal voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de doelmatigheid van de zorg. Tarieven moeten voor gemiddeld efficiënte aanbieders toereikend zijn om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Daarmee moeten zij in staat zijn om de juiste kwaliteit te leveren en te investeren in kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid op de lange termijn. Verder moet de verhouding tussen de winstmarges schaarste weerspiegelen, zodat ook de juiste productmix tot stand komt.

Onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (met zorgplicht) is de beste waarborg om een optimale productmix garanderen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben immers veel meer informatie over vraag en aanbod van zorg dan een toezichthouder kan hebben.

Bij vrije onderhandelingen op een markt waar de verhoudingen dusdanig zijn dat een aanbieder marktmacht kan uitoefenen, zullen echter ondoelmatig hoge prijzen tot stand komen. Een maximum op prijzen is dan ook noodzakelijk. Wanneer de prijs van een onrendabele zzp echter niet verder kan stijgen omdat de zorg al wordt geleverd tegen een maximumtarief, zal het aanbod voor dit zorgtype niet toenemen. Dit kan leiden tot risicoselectie.

In het model met een maatstaf per bundel onderhandelen verzekeraars (of regiovertegenwoordigers) met instellingen over de prijs, de kwaliteit en het volume. De prijzen zijn vrij, mits de totale omzet maar onder het afgesproken prijsplafond blijft.

De maatstaf per zzp daarentegen legt maximumtarieven op die niet automatisch gebaseerd zijn op schaarstegegevens. Wanneer het maximum per zzp afzonderlijk wordt vastgesteld, is er nauwelijks meer sprake van een prijsmechanisme. In dat geval levert informatie over wachtlijsten een alternatief instrument om de (kostentoe wijzing aan) tarieven bij te stellen.

Op dit moment wordt risicoselectie al gedeeltelijk op soortgelijke manier tegengegaan door een opslag op bestaande tarieven te bieden voor zorgvragers die anders niemand wil hebben. Daarmee vindt echter wel verhoging van het totale budget voor de AWBZ plaats, zijn prijzen niet noodzakelijk doelmatig, kan het strategisch gedrag uitlokken en gaat er altijd enige tijd overheen voordat dergelijke maatregelen worden genomen; het gevolg is dat zorgvragers onnodig lang moeten wachten.

*Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren**Herallocatietraject*

Invoering van risicodragendheid van aanbieders die de zzp-bekostiging met zich mee brengt, is niet van de één op de andere dag mogelijk. Om instellingen wel volledig risico te laten dragen op het volume, maar niet op de prijs, kan het verschil worden berekend tussen de gemiddelde prijs per zzp op dit moment en het nieuw toegestane budget op basis van de huidige productie. Zowel bij prijsregulering als bij budgetregulering is het mogelijk dit verschil te compenseren en in een aantal jaren af te bouwen. De duur van de transitieperiode is afhankelijk van de kwaliteit van de informatie over kosten en kwaliteit en de mate van verschuivingen tussen budgetten van instellingen. Deze transitieperiode is niet afhankelijk van het maatstafmodel waarop de keuze valt.

6.3.2 Kapitaallasten*Praktische invulling*

De NZa ontwikkelt integrale tarieven voor zzp's. Hierbij deelt zij op basis van de huidige budgetparameters de totale kosten exclusief kapitaallasten toe via toerekening van uren zorg aan zzp's. De tarieven bouwt de NZa op vanuit de informatie over kosten die zij beschikbaar heeft. Daarna stelt de NZa deze tarieven bij, zodat de som van de toekomstige budgetten gelijk is aan de som van de huidige budgetten en een kostenneutrale invoer van de nieuwe bekostiging wordt gegarandeerd.

Voor de kapitaallasten is de methode nog in ontwikkeling. Berekening hiervan kan plaatsvinden via een normatieve component uit de bestaande bouwnormen of de NZa kan de kapitaallasten rechtstreeks betrekken uit de gerealiseerde kosten in het verleden. De norm bepaalt zij dan door middel van een kostenvergelijking.

De NZa kan de tarieven als maximumtarieven opleggen of als richttarief met maximum op het budget. In het eerste geval is sprake van prijsregulering. Er worden aan de toerekening van de kosten naar zzp's hogere eisen gesteld dan in het tweede geval: regulering van de gemiddelde prijs, waarin de prijzen vrij onderhandelbaar zijn.

Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd begin februari 2007 met een plan van aanpak te komen om de bekostiging van kapitaallasten via integrale tarieven per 1 januari 2009 te realiseren. Deze uitvoeringstoets geeft hiervoor een aanzet op hoofdlijnen, met een bijbehorende planning. De NZa kan echter het definitieve plan van aanpak pas opstellen als het ministerie een keuze heeft gemaakt voor een bekostigingsmodel.

De kapitaallasten maken 10 tot 12% uit van de totale kosten. Dit zijn de kosten die samenhangen met op korte en middellange termijn vaste productiefactoren, zoals gebouwgebonden kosten en de kosten van apparatuur. Ook de kosten van het aantrekken van vermogen vallen hieronder. Financiering van deze kosten vindt nu via nacalculatie op basis van de gemaakte kosten plaats en moeten vanaf 2009 onderdeel uitmaken van de zzp-tarieven.

De integrale tarieven baseert de NZa op de totale kosten die toe te rekenen zijn aan de productie van zzp's. Het aggregatieniveau waarop de toerekening van de kapitaalkosten aan zzp's plaatsvindt, is afhankelijk van het bekostigingssysteem. Instellingen die ook op andere markten actief zijn en producten leveren die niet onder de AWBZ productie vallen, moeten eerst de totale kosten aan deze

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

productiesegmenten toedelen. Wanneer een gedeelte van de zorg op een andere manier wordt bekostigd, is het noodzakelijk om de totale kosten ook te corrigeren voor de kosten van de aangeboden zorg die buiten de regulering valt.

Bij regulering van individuele zzp-prijzen (landelijk of door maatstafconcurrentie gedifferentieerd per instelling) zal de kostentoedeling per zzp bij iedere aanpassing van prijzen opnieuw moeten worden bepaald. Een belangrijk voordeel van regulering van het gemiddelde prijsniveau is dat dit maar eenmalig hoeft te gebeuren en dat uitsluitend de totale kosten die kunnen worden toegewezen aan de zorg (productie van zzp's) bekend hoeven te zijn.

In het ideale geval bestaat inzicht in de totale kosten, bestaande uit de operationele kosten, de (gestandaardiseerde) afschrijvingen en de boekwaarde die met de gemiddelde gewogen kapitaalkosten (wacc) is gecorrigeerd. Betrouwbare boekwaarde gegevens zijn echter niet op korte termijn beschikbaar. Als voorlopig alternatief kunnen de rente en de huurlasten worden gebruikt. De precieze vormgeving zal de NZa indien gewenst in een volgende uitvoeringstoets nader uitwerken. Voor de invoering van integrale tarieven per 2009 onder regulering van de gemiddelde prijs zijn de volgende stappen voorzien:

Allereerst zal de NZa de methodiek om de kapitaallasten toe te rekenen aan ZZPs nader uitwerken; dit is gekoppeld aan de keuze voor een maatstafvariant. Dit kan in juni 2007 zijn afgerond.

Een tweede mijlpaal is het doorrekenen van de gevolgen van deze bekostigingsmethodiek voor de individuele AWBZ-instelling op basis van de zzp-productie en de werkelijke exploitatiekosten. Vervolgens stelt zij op basis van deze uitkomsten een herallocatietraject voor. De NZa zal dit in het vierde kwartaal van 2007 afronden. Op deze manier kan invoering van integrale tarieven al op 1 januari 2008 plaatsvinden.

Het jaar 2008 kan als overgangsjaar gelden, waarin de NZa extra informatie verwerkt en rekening kan houden met de gevolgen van WTZi-beschikkingen.

6.3.3 Scheiden wonen en zorg

Bij het afbakenen van de verschillende markten binnen de AWBZ-zorg en het bedenken van een reguleringssysteem, heeft de mogelijkheid om de functies wonen en zorg van elkaar te scheiden een grote invloed gehad. Het loskoppelen van wonen en zorg wordt gestimuleerd vanuit de gedachte dat dit voor een nieuwe dynamiek in de markt kan zorgen en het aanbod van innovatieve arrangementen van wonen, zorg en welzijn zal stimuleren. De praktijk in de verpleging en verzorging toont nu al aan dat er meer differentiatie in het aanbod ontstaat en het aanbod van hogere kwaliteit is als de mogelijkheden om zelf woonruimte te kiezen worden verruimd.

Dat mensen zolang mogelijk zelfstandig blijven wonen, past in de uitgangspunten van het huidige beleid om de wensen van consumenten meer voorop te stellen en de toegankelijkheid van voorzieningen te verbeteren. Daarnaast vergroot het scheiden van wonen en zorg de houdbaarheid van de AWBZ. Het niet langer financieren van het wonen vanuit de AWBZ levert een bijdrage aan de houdbaarheid van de AWBZ op de lange termijn. Om het scheiden van wonen en zorg mogelijk te maken, heeft het ministerie van VWS de NZa gevraagd [verwijzing brief

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

22 dec] ervoor te zorgen dat de wooncomponent in de bekostiging afzonderlijk zichtbaar blijft.

Invoering van een scheiding tussen wonen en zorg kan op verschillende manier vorm krijgen. De eenvoudigste vorm is het aftrekken van de woonlasten van de totale kosten voor zorg. Meer vergaande wijzigingen zijn juridische en economische ontbundeling van het woon- en zorgaanbod. Bij juridische ontbundeling worden de verschillende diensten in aparte rechtspersonen ondergebracht en moet de instelling de kostentoe wijzing specificeren. Economische ontbundeling vereist ook een splitsing van bezittingen.

In de lange termijnvisie (Ref hoofdstuk RBB) is benoemd dat wonen en zorg uiteindelijk in principe verschillende markten zullen zijn, waarbij sprake is van een gedeeltelijke overlap voor die vormen van zorg waarin wonen en zorg alleen maar effectief zijn aan te bieden in een bundel. Dit betekent dat het in principe mogelijk is de zorg- en wooncomponent ook afzonderlijk aan te bieden. De regulering van de woonmarkt voor AWBZ-zorgvragers zou dan moeten aansluiten bij de markt voor sociale woningbouw. Dit is immers ook het alternatief voor zorgvragers die de zorg extramuraal betrekken. Deze regulering van de sociale woningbouw is gebaseerd op maximum huurprijzen per woonoppervlakte-eenheid, gecorrigeerd voor bepaalde eigenschappen van de wooneenheid die van tevoren zijn vastgelegd (zoals eigen voorzieningen en cv).

Om dit te bereiken volstaat een verrekening van woonopbrengsten met het zzp-tarief. Op basis van sociale woningbouwnormen is het mogelijk de huren als negatieve kosten op te tellen bij de totale kosten. De normering zou nog moeten worden uitgebreid met een puntentoe kenning aan het delen van een kamer, aangezien dit aspect in de huidige sociale woningbouwnormen niet is opgenomen. Een splitsing van kapitaallasten per zzp is daarmee overbodig geworden.

Het is niet wenselijk om het woongedeelte als vaste component in de zzp-tarieven op te nemen. Dit kan ten koste gaan van de keuzevrijheid van de bewoners en van de kwaliteit van de woonvoorzieningen. De prijs is dan immers onafhankelijk van de kwaliteit en het is mogelijk om de kosten eenvoudig te verlagen door zoveel mogelijk bewoners in één kamer te plaatsen.

6.4 Rol uitvoeringsorgaan

In de risicoanalyse van het voorstel van het ministerie van VWS (hoofdstuk 4) zijn de voor- en nadelen geschetst wanneer zorgverzekeraars in plaats van de zorgkantoren de AWBZ uitvoeren.

Zorgkantoren kennen lagere beheerskosten, omdat zowel de transactiekosten als de administratieve lasten lager zijn dan wanneer iedere verzekeraar afzonderlijk met instellingen moet onderhandelen en relaties met hen moet onderhouden. Met name bij instellingen die zorg verlenen aan erg specifieke doelgroepen pleit dit voor een mandaatconstructie of regionale vertegenwoordiging.

Zorgkantoren hebben bovendien een regionale coördinerende rol. Dit maakt het mogelijk om met regionale budgetten te werken, wachtlijsten te beheren en het herallocatietraject dat bij de invoering van de nieuwe bekostiging op basis van zzp's hoort uit te voeren. Het is noodzakelijk

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

om deze taken opnieuw te beleggen wanneer de zorgkantoren verdwijnen.

Aan de andere kant pleit het model van vraagsturing voor een duidelijke keuze voor individuele inkoop door verzekeraars en tegen regionale vertegenwoordiging op grote schaal. Individuele zorgverzekeraars hebben immers een duidelijke relatie met de consument. Om de verzekeringsmarkt goed te kunnen laten werken, moet de verzekeraar zich kunnen profileren en moet de consument weten wie zijn vertegenwoordiger is.

Individuele zorgverzekeraars hebben bovendien een natuurlijker marktpositie dan de monopsonist die het zorgkantoor is, waardoor aanbieders ook eerder geneigd zullen zijn een efficiënte schaal te kiezen en zich niet te laten leiden door de schaal van de inkoper.

De toezichttoets liet zien dat de juridische bezwaren tegen de huidige mandaatconstructie volledig zijn weggefallen en dat toezicht op dit moment dus ook formeel mogelijk is. De uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars in het nieuwe model vraagt echter nog steeds om sterk toezicht. Flankerend beleid is daarom noodzakelijk.

Het is mogelijk om dit toezicht te ondersteunen en/of te versterken door:

- procedurele aansturing van de zorginkoop: invulling van de verplichting om aan te besteden of te werken met een keuzeplatform;
- meer doelmatigheidsprikkels in de regulering van aanbieders;
- invoering van doelmatigheidsprikkels bij de zorginkoop.

De uiteindelijke keuze voor bovenstaande opties bepaalt ook wat er wordt verwacht van de inkopende partij. In hoeverre bepaalt de inkoper waar de consument naartoe kan en heeft hij een sturende rol in de prijs-kwaliteitverhouding? Hoe is de rol van de zorginkoper te typeren: als regisseur, als zorgmakelaar of zelfs slechts als administratiekantoor? Deze vraag bepaalt uiteindelijk hoe gewenst of zelfs noodzakelijk de overheveling naar zorgverzekeraars is. Past de rol die bij de regulering vereist is beter bij de verzekeraar of bij een zorgkantoor? Of zou een heel andere partij die rol beter aangaan?

De Nza heeft zich de vraag gesteld hoe de toekomst eruit zal (kunnen) zien. In hoofdstuk 5 is daarom gekeken welke vorm van marktfales aan de AWBZ-zorgmarkten zijn verbonden als wordt geabstraheerd van bestaande regulering. Vervolgens kwam aan de orde welke vorm van toezicht en regulering structureel nodig is. Dit maakte het uiteindelijk mogelijk om - onder de op die manier bepaalde markt- en reguleringscondities – te onderzoeken op welke manier de zorg zo doelmatig mogelijk zou kunnen worden ingekocht.

Uit die lange termijnanalyse blijkt dat de verzekeraars uiteindelijk de beste prikkels zullen hebben om de AWBZ doelmatig uit te voeren. Verzekeraars concurreren om de gunst van consumenten en moeten een pakket aanbieden dat zo aantrekkelijk mogelijk is en tegen de gunstigste premie. Zij kennen een zorgplicht en moeten bij de inkoop dus ook rekening houden met verwachte vraagontwikkelingen. Bovendien opereren verzekeraars op de juiste schaal om de zorginkoop goed te kunnen uitvoeren.

In dit toekomstscenario zullen verzekeraars voor het grootste deel van de inkoop van AWBZ-zorg kunnen opereren op een vrije markt. Zij hebben hier een regiefunctie te vervullen. Verzekeraars vertegenwoordigen de zorgvragers bij de inkoop en verantwoorden zich

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

naar alle verzekerden. Een klein deel van de markt zal blijvend gereguleerd zijn. In dit gedeelte voeren verzekeraars de zorgplicht uit, maar is de prijsvorming nauwelijks beïnvloedbaar. Verzekeraars zijn dan niet de regisseur, maar wellicht nog wel zorgmakelaar voor de cliënt. Vanuit dit lange termijnperspectief is uitvoering door zorgverzekeraars op de korte termijn een logische stap. Het is van belang de bestaande kennis van inkoop bij de AWBZ-zorgverzekeraars te benutten en die daar ook te behouden.

Aan de voorwaarden om de AWBZ door private zorgverzekeraars uit te voeren, is echter nog niet voldaan. Zo is het nog niet mogelijk om de inkoop risicodragend te laten uitvoeren, omdat er nog geen adequaat risicovereveningssysteem bestaat. Daarnaast is er nog niet aan de randvoorwaarden voldaan om de inkoopmarkt goed te kunnen laten werken:

- De markt is niet transparant genoeg (producten zijn nog onvoldoende gebaseerd op prestaties en er vindt nog onvoldoende verantwoording en vergelijking van kwaliteit plaats).
- Er zijn mogelijk nog structurele toetredingsdrempels die het aanbod beperkt houden (niet goed functioneren van de arbeidsmarkt, het bouwregime, toelatingseisen en sterk geconcentreerd aanbod).
- Regelgeving en recente en toekomstige wijzigingen in de bekostiging vragen om een gefaseerde invoering van meer risicodragendheid van aanbieders.

Om die reden is in hoofdstuk 6 besproken op welke manier de transitie naar meer vrije markten en een zwaardere rol voor zorgverzekeraars mogelijk kunnen worden gemaakt. Hierbij is aangesloten bij recente beleidskeuzes voor regulering en toezicht. Dit beleid beperkt vooralsnog de rol van het uitvoeringsorgaan.

6.4.1 De rol van de verzekeraar bij het keuzeplatform

Voor de extramurale AWBZ-zorg heeft de NZa een model van vrije prijzen voorgesteld, gecombineerd met een keuzeplatform. Verdere regulering van deze zorg is niet nodig. De consument kan hier de inkoop zelf doen, daarbij eventueel gesteund door het AWBZ-uitvoeringsorgaan. De interactie met de zorgvrager zou echter ook kunnen verlopen via het CIZ of patiënten(ondersteunende)organisaties in de buurt. Het keuzeplatform is immers niets anders dan een web-applicatie waarin de consument een voorkeursmenu krijgt voorgespiegeld. Kiest de consument voor een geregistreerde aanbieder, dan draagt het AWBZ-uitvoeringsorgaan bovendien de administratieve lasten. Verder vervult het uitvoeringsorgaan een aantal uitvoerende taken, zoals het verzamelen van de juiste informatie die consumenten moeten ontvangen, controle van de geboden kwaliteit en het zorgdragen voor voldoende biedingen (regionale dekking).

Deze taken passen bij het takenpakket van een zorgverzekeraar. Een aantal zorgverzekeraars heeft bovendien al ervaring met een dergelijk keuzeplatform. Individuele verzekeraars kunnen van hetzelfde platform gebruik maken. Om die reden is het in principe ook mogelijk ook het zorgkantoor voor de werking van het keuzeplatform verantwoordelijk te maken.

Een keuzeplatform leent zich niet goed voor een risicodragende uitvoering van de AWBZ. Zorgverzekeraars kunnen zich niet goed onderscheiden omdat de consument zelf achter het stuur zit. Er is voor de consument dan ook geen reden om bij het kiezen van een zorgverzekeraar te letten op de kwaliteit van de zorg die de verzekeraar

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

inkoopt. Het is bovendien niet noodzakelijk en waarschijnlijk ook niet efficiënt om het keuzeplatform naar zorgverzekeraar uit te splitsen.

Op het moment dat de uitvoering van de zorginkoop volledig risicodragend plaatsvindt, is het mogelijk de verplichting om gebruik te maken van het keuzeplatform op te heffen.

6.4.2 De rol van de verzekeraar bij maatstafconcurrentie

De NZa stelt voor om de intramurale zorg voorlopig nog te blijven reguleren totdat er voor zorgaanbieders een gelijk speelveld is ontstaan en er geen budgetallocatie meer plaatsvindt om bestaande doelmatigheidsverschillen te overbruggen. De invoering van de nieuwe bekostingsstructuur op basis van aantal cliënten per zorgzwaartecategorie vraagt om duidelijkheid op korte termijn over de manier waarop aanpassing van de prijzen in de toekomst plaatsvindt. De NZa raadt aan om te kiezen voor een maatstaf per bundel, omdat er dan sprake is van minder gevoeligheid voor onevenwichtige prijzen, risicoselectie en kostenopdriving; bovendien brengt deze keuze veel minder administratieve lasten met zich mee.

Het AWBZ-uitvoeringsorgaan heeft in dit verband de taak om met alle instellingen te onderhandelen over kwaliteit en toegankelijkheid. Door vooraf productieafspraken te maken en te onderhandelen over prijs en kwaliteit, moet de inkoper voldoende en kwalitatief goede zorg inkopen. Hij moet hierbij zorgdragen voor een goede verhouding tussen de prijzen, zodat de schaarste in de markt goed wordt weerspiegeld; het is met andere woorden een vereiste dat de inkoper verstand moet hebben van de (kwaliteit van) zorg.

Tot de taken van het AWBZ-uitvoeringsorgaan behoren verder het bieden van informatie aan de zorgvrager over gecontracteerde instellingen en over de kwaliteit die hij kan verwachten, het aanbieden van zorgbemiddeling voor de eigen verzekerden en het verwerken van hun declaraties.

De zorgverzekeraar is een geschikte uitvoerder van deze taken. De zorgverzekeraar heeft ervaring met de inkoop van (AWBZ-)zorg en beschikt over goede mogelijkheden voor de communicatie met de verzekerde. Gemandateerde zorgkantoren zouden deze taken in principe ook kunnen uitvoeren. Verzekeraars kunnen zich echter met de inkoop van kwalitatief goede zorg goed profileren. Een individuele uitvoering van de inkoop van intramurale AWBZ-zorg verdient dan ook de voorkeur, omdat dit betere prikkels geeft om kwalitatief goede zorg in te kopen. (Net als in de cure zouden partijen met bijvoorbeeld een gezamenlijk marktaandeel van minder dan 15% ook gezamenlijk zorg moeten kunnen inkopen.)

Risicodragendheid zou eventueel ingevoerd kunnen worden in combinatie met de maatstaf op aanbieders. In dat geval zou vergoeding van de gemiddelde prijs per zzp plaatsvinden, hetgeen dus een maatstaf per zzp op verzekeraars inhoudt. Deze combinatie is echter niet noodzakelijk en kan tot negatieve effecten leiden, omdat verzekeraars dan mogelijk minder op kwaliteit en toegankelijkheid letten. Absolute voorwaarden voor de invoering van zo'n risico bij verzekeraars zijn transparantie van kwaliteit en een directe relatie met verzekerden. Invoering zou daarom pas aan de orde zijn wanneer een overgang naar vrije prijzen mogelijk is. De risicodragendheid van verzekeraars vervangt dan de maatstaf op aanbieders.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

6.4.3 Eindoordeel NZa: voorkeur voor vormgeving zorginkoop

De reguleringsvormen die de NZa voorstelt houden weinig eisen in voor het zorginkooporgaan. De inkoop kan risicoloos en zowel door individuele verzekeraars als door regionale vertegenwoordigers plaatsvinden. Wel is het belangrijk om de zorgverzekeraar te sturen vanuit zijn zorgplicht. Dit pleit voor een sterke relatie tussen zorgverzekeraar en consument, zodat de verzekeraar op de hoogte is van de wensen van de consument en deze zijn recht op de verzekeraar kan verhalen. Om de uitvoering door individuele zorgverzekeraars te kunnen overdragen, moet wel zijn voldaan aan een aantal randvoorwaarden, onder andere het beleggen van de centrale kas voor het herallocatietraject.

In eerste instantie lijkt een maatstaf op verzekeraars niet zinvol. Het is een onvolkomen manier van risico dragen en verevenen, en kan in het licht van de combinatie van de huidige markt en van overheidsfalens en ingezet beleid nog niet in de plaats van regulering van zorgaanbieders komen.

Verzekeraars kunnen een sterkere regierol te spelen zodra regulering niet meer noodzakelijk is en zij de mogelijkheid krijgen om risicodragend in te kopen. De NZa adviseert daarom ontwikkelingen te monitoren en gericht beleid in te zetten om aan marktcondities te voldoen.

7. Randvoorwaarden transitie

In de hoofdstukken 3 en 4 zijn een aantal knelpunten benoemd die met het opheffen van de zorgkantoren nog niet zijn opgelost. De voorstellen in hoofdstuk 6 gaan in op de vraag hoe prikkels het beste kunnen worden belegd om de consumentenbelangen zo goed mogelijk te borgen.

Daarnaast zijn er een aantal andere maatregelen die al genomen kunnen worden onafhankelijk van deze reguleringstrajecten. Deze maatregelen zijn bovendien voor elk reguleringsregime van belang. Het gaat daarbij om de toegang tot de zorg. Dit hoofdstuk gaat achtereenvolgens in op maatregelen die het toezicht op de indicatiestelling kunnen verbeteren, de controle op wachtlijsten, verbetering van de transparantie van kwaliteit en het realiseren van een uniforme productstructuur gebaseerd op prestaties.

7.1 Toegang tot zorg

7.1.1 Indiciestelling

Zoals besproken in hoofdstuk 2 is het waarborgen van een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling in de AWBZ van cruciaal belang, ongeacht de gekozen uitvoeringsstructuur. Op dit moment bewaakt het CIZ dat consumenten in de AWBZ die zorg krijgen waar zij recht op hebben.

Formele status CIZ

Het CIZ heeft nog geen formele status. Een wetsvoorstel hiertoe ligt nog voor in de Tweede Kamer. Toezicht op het CIZ is dus nog niet formeel geregeld. Een eerste aanbeveling van de NZa is dan ook om het CIZ zo spoedig mogelijk een formele status te geven en het toezicht op haar werkwijze te borgen.

Daarnaast verdient het de aanbeveling de monitors en benchmarks per uitvoerder – die het CIZ inmiddels een aantal keer heeft verricht – op reguliere basis uit te voeren. Op die manier is het mogelijk de publieke verantwoording van het CIZ beter te verankeren. Afhankelijk van de resultaten kunnen de volgende stappen worden overwogen:

- Uitkomsten gebruiken in persoonlijke evaluaties en intervisie met CIZ-uitvoerders.
- In het uiterste geval: scheiden van indicatiestelling en claimtoewijzing door verschillende uitvoerders¹¹³, zoals bij de WAO-beoordeling.

Mandaatconstructies

De tendens om de indicatiestelling steeds meer neer te leggen bij zorgaanbieders die de zorg ook zelf leveren, vormt een risico

¹¹³ De indicatiestelling en de claimbeoordeling staan conceptueel gezien los van elkaar. Bij de indicatiestelling gaat het in principe om de beoordeling van de vraag of de verzekerde zorg nodig heeft, en zo ja hoeveel zorg. De claimbeoordeling gaat vervolgens over de vraag of de verzekerde voor de benodigde zorg een beroep kan doen op de verzekering of voorziening. De term *indicatiestelling* binnen de huidige AWBZ bevat zowel de claimbeoordeling als de indicatiestelling.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

voor het waarborgen van een uniforme, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling. Het risico is zodanig van omvang dat NZa adviseert een verbod op mandatering te overwegen.

Mandatering van de indicatiestelling aan een huisarts of transferverpleegkundige daarentegen vormt een veel betere optie. Zij hebben niet direct belang bij de zorgconsumptie en kunnen deze rol onafhankelijker invullen. Door deze professionals de ruimte te geven om de zorg te indiceren die past bij de beperking van de consument, is het mogelijk de administratieve rompslomp goeddeels te verminderen en kan de consument sneller van de benodigde zorg gebruik maken. Net zoals in de Zvw zou de huisarts en andere eerstelijnszorgverleners op deze manier een poortwachterfunctie vervullen.¹¹⁴

Om er voor te zorgen dat de indicatiestelling op een objectieve, onafhankelijke en uniforme manier plaatsvindt, is het wel noodzakelijk dat er heldere normen en protocollen bestaan. Daarnaast is het belangrijk dat op de naleving van deze protocollen streng toezicht bestaat en dat er sprake is van handhaving. Een dergelijke controlerende rol zou kunnen worden belegd bij het CIZ. Controle door middel van een systeem van risicoanalyse, waarbij huisartsen en verpleegkundigen steekproefsgewijs de indicaties controleren verdient de voorkeur.

Keuzebegeleiding

De indicatiesteller is het eerste contact van een cliënt met de AWBZ-zorg. Op het indicatiebesluit kan de consument al zijn voorkeur voor een zorgaanbieder kenbaar maken. Het CIZ zou daarom ook een taak kunnen krijgen bij het begeleiden van keuzes van de cliënt door informatie te verzorgen en inzicht te geven in de mogelijkheden. In het model met een keuzeplatform zoals beschreven is in hoofdstuk 6 zou het CIZ de cliënt kunnen helpen de verschillende opties naast elkaar te leggen.

7.2 Transparantie en kwaliteit

Informatie over het feitelijke aanbod van zorgaanbieders komt steeds meer beschikbaar. In verschillende sectoren werken diverse partijen samen om deze informatie beschikbaar te stellen via Kiesbeter. Het gaat om informatie over voorzieningen zoals aantal bedden, specialismen en bereikbaarheid. Consumenten zijn daardoor steeds beter in staat om zorgaanbieders met elkaar te vergelijken.

Informatie over prestaties op het gebied van kwaliteit en innovatie is voornamelijk slechts erg beperkt beschikbaar. Wel bestaan verschillende initiatieven om deze informatie tot stand te brengen en voor de consument beschikbaar te maken, zoals de kwaliteitsindicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de ontwikkeling van aandoeningenspecifieke prestatie-indicatoren via ZonMw; verder hebben de gezamenlijke brancheorganisaties in de verpleeg- en verzorgingshuizen de 'normen voor verantwoorde zorg' ontwikkeld.

¹¹⁴ Als de huisarts niet bij een patiënt betrokken is en het gaat om kortdurende enkelvoudige zorgvragen zou indicatiestelling alleen bij wijze van uitzondering door de aanbieder zelf kunnen worden gedaan.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Hoewel er veel goede initiatieven van start zijn gegaan om de kwaliteit van de geleverde zorg voor de consument inzichtelijker te maken, blijkt het voor consumenten nog altijd moeilijk om voldoende juiste kwaliteitsinformatie te vergaren. Dit komt enerzijds doordat er nog onvoldoende registratie door zorgaanbieders plaatsvindt, en anderzijds doordat zij deze informatie nog niet op een gemakkelijke en toegankelijke manier aan de consument beschikbaar stellen. Hierdoor kan de consument niet (altijd) de zorg krijgen die het beste aansluit bij zijn wensen, maar is het ook zo dat kwaliteit nog niet goed kan worden meegenomen in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daardoor kan te weinig aandacht bestaan voor de kwaliteit die vanuit het oogpunt van de consument gewenst is.

De NZa zal partijen waar mogelijk ondersteunen en stimuleren om prestatie-indicatoren te ontwikkelen en te implementeren. Zo nodig zal de NZa maatregelen treffen om informatie ten behoeve van transparantie van kwaliteit af te dwingen bij marktpartijen die weigeren informatie te leveren.

7.3 Productstructuur

Voor de verzekerde en de verzekeraar is het van belang dat er helderheid bestaat over het product dat wordt ingekocht. Op die manier is het voor de inkoper inzichtelijk voor welke zorg hij betaalt en wat voor prestatie hij hier precies voor terugkrijgt. Een beschrijving in termen van inspanning (uren geleverde zorg) is daarbij niet voldoende. Het is dan immers niet duidelijk wat de eindprestatie is en welk bedrag hier tegenover staat.

Voor AWBZ-zorg wordt uitgegaan van een - AWBZ-brede - functionele benadering in aanspraken, toelatingen, indicatie, bekostiging, registratie en verantwoording. Alle zorg is samengevat in zeven functies met onderliggende urenindeling in klassen: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf.

Voor de bekostiging van de **extramurale zorg** heeft de NZa deze functies en klassen vertaald naar meer concretere prestaties. Deze prestaties worden uitgedrukt in uren zorg en kennen per functie een modulaire opbouw: er is een basisprestatie die kan worden uitgebreid met modules voor leveringsvoorwaarden (moet de zorg op afroep beschikbaar zijn of is deze in te plannen?) en modules voor specifieke cliëntgroepen bijvoorbeeld somatische patiënten, zintuiglijk gehandicapten, verstandelijk gehandicapten of psychiatrische patiënten.

Voor de bekostiging van de **intramurale zorg** geldt een vergelijkbare benadering waarbij koppeling van de prijs plaatsvindt aan een prestatie als concrete uitwerking van één of meer functies (de 'trias van de AWBZ': functie – prestatie - prijs). Omdat voor de intramurale zorg een oneindig aantal combinaties van de functies mogelijk zijn, in steeds wisselende samenstelling en omvang, is gekozen om te werken met een beperkter aantal genormeerde combinaties van functies: aanvankelijk was sprake van intramurale zorgarrangementen (IZA's), maar deze werden in een later stadium gehergroepeerd tot de huidige zzp's. Met de functiegerichte benadering en de invoering van intramurale ZZPs kan de indicatie plaats vinden op basis van objectiveerbare kenmerken van de cliënt en is het mogelijk een prijs te koppelen aan de totale zorg van deze cliënt. Hiermee is voor een groot deel voldaan aan de eisen van heldere productbeschrijvingen voor inkoop. Voor de extramurale zorg is

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

de indicatiestelling echter nog niet in lijn met de omschrijving van geleverde zorg. Dit onderwerp is aan de orde gekomen in 7.3.1 (check).

De prestatiebeschrijvingen en de prestatiemetingen (kwaliteitsindicatoren) zijn nog in ontwikkeling. Dit betekent dat er nog niet een eenduidige koppeling bestaat tussen enerzijds de zorgvraag en de indicatiestelling/claimtoewijzing en anderzijds de geleverde prestaties. Om die reden vindt op dit moment controle van kwaliteit nog plaats op basis van uren geleverde zorg in plaats van op basis uitkomsten. Dit heeft tot gevolg dat een zorgaanbieder beperkt flexibel is in de manier waarop hij aan de zorgvraag van de cliënt kan voldoen.

Figuur 7 geeft een voorbeeld van extramurale prestaties.

Omschrijving		Basis	Module beschikbaarheid (B)	Module cliënt-kenmerk (C)	Totaal
		Ondersteunende begeleiding (OB)			
H121	Begeleiding	45,30			45,30
H129	Begeleiding extra		3,20		48,50
H140	Begeleiding speciaal 1 (NAH)			29,80	75,10
H144	Begeleiding speciaal 2 (ZG)			30,50	75,80
(NAH = niet aangeboren hersenletsel, ZG = zintuiglijk gehandicapten)					

Figuur 8 geeft een voorbeeld van intramurale prestaties

<i>Voorbeeld: intramurale zorg: ZZP 1 VG Wonen met enige begeleiding</i>
<i>De cliënt wordt eerst beschreven aan de hand van zijn beperkingen op psychosociaal/cognitief terrein, sociale redzaamheid, mobiliteit, ADL en gedragsproblematiek. Vervolgens wordt het aantal uren woonzorg, dagbesteding en behandeling vermeld.</i>

Functies en tijd per cliënt per week							
Woonzorg				Dagbesteding		Behandelaars (BH/AB)	Gem. tootaaltijd
Functie	OB-alg	PV	VP	AB-alg	Indien dagbesteding:	Bij de zorgverlening is geen behandelaar betrokken.	Excl. dagbesteding: 7 uur Incl. dagbesteding: 12 uur
	ja	nee	nee	nee	Gem. aantal dagdelen: 9 Gem. groepsgrootte: 7		
Gemiddeld: 7 uur							
Verblijfskenmerken							
Setting: beschermd wonen kleine woonvorm of zelfstandige woning.							
Nachtdienst: oproepbare wacht.							
Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar of voortdurend in de nabijheid.							

Een ander aspect van de productstructuur is het aantal producten waartussen substitutie kan plaatsvinden. Voor de langdurige zorg zijn op dit moment 48 producten (zzp's) vastgesteld, met een oplopende zorgzwaarte. Voor de meeste zzp's zijn de beschrijvingen duidelijk te koppelen aan kenmerken van de cliënt aan de hand van de beperkingenlijst. Op het moment dat de zzp-structuur verder wordt verfijnd en cliëntkenmerken niet meer duidelijk te onderscheiden zijn, neemt het gevaar voor *upcoding* toe. *Upcoding* is het claimen en/of declareren van meer zorg dan noodzakelijk is en tegen een hogere vergoeding dan voor de zorgvraag vereist is. De mogelijkheden tot *upcoding* moeten worden gemonitord. Op voorhand lijken de mogelijkheden tot *upcoding* echter verkleind door de invoering van de zzp's.

De intramurale zzp's brengen een groot aantal voordelen met zich mee. De indicatiestelling wordt eenduidiger, ketenzorg is gegarandeerd omdat de verantwoordelijkheid voor het hele aanbod in één hand ligt en de flexibiliteit om de zorgvraag naar behoefte in te vullen nemen toe binnen hetzelfde budgettaire kader. De NZa ziet de coördinatie van de intramurale zorg als een grote verworvenheid, die optimaal gebruik maakt van de professionele kennis van de aanbieder om de zorg op een doelmatige manier aan te bieden. De aanbieder is verantwoordelijk voor het totale pakket aan zorg voor een cliënt en vult dit samen met de cliënt nader in.

Er zijn echter twee aspecten van het zorgpakket, waarbij de keuzevrijheid van de cliënt meer op de voorgrond zou kunnen komen te staan. Het gaat daarbij om het wonen en de dagbesteding. In een groot deel van de zorg is het niet noodzakelijk om zorg en wonen gezamenlijk aan te bieden. De manier van wonen kan echter wel van grote invloed zijn op de doelmatigheid van het zorgaanbod. De instelling zou daarom niet moeten worden gedwongen om zorg zonder wonen aan te bieden. Wel is het van belang om zichtbaar te maken wat de kosten van wonen en zorg zijn, zodat er een optimale afweging mogelijk is tussen de keuze voor extramurale en intramurale zorg. De NZa onderschrijft daarom de wens om cliënten de mogelijkheid te bieden wonen en zorg gescheiden aan te bieden en op die manier de keuzevrijheid te vergroten, en zij doet voorstellen om dit in de bekostiging tot uiting te laten komen.

Een ander aandachtspunt is dagbesteding voor cliënten voor wie dit een substantieel deel van de zorg is. De aanbieder zou hier wel de eindregie kunnen houden, maar mag niet de keuze voor andere dan de aangeboden dagbesteding in de weg staan. Net als voor wonen geldt dat hiervoor ten minste de kosten voor dagbesteding transparant moeten zijn.

In de extramurale zorg kan de consument veel meer zelf de regie over de zorginkoop voeren. Het is dan ook niet nodig om de totale zorg voor de client bij één aanbieder te beleggen. Een goed omschreven indicatie die toetsbaar is op uitkomsten, is voldoende om het zorgaanbod transparant te maken en de consument zelf een afweging te laten maken tussen prijs en kwaliteit.

7.3.1 Extramurale zorgzwaartepakketten

In het verzoek om deze uitvoeringstoets doet het ministerie van VWS een voorstel voor een nieuwe manier van bekostiging van de

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

extramuraal zorg. Analoog aan de zcp's voor de intramuraal zorg zouden ook voor de extramuraal zorg zorgpakketten moeten worden gedefinieerd als eenheid van bekostiging. Deze manier van bekostigen draagt bij aan meer doelmatigheid. Het idee van extramuraal zorgpakketten heeft het ministerie van VWS vervolgens uitgewerkt in een discussienota die eind december 2006 aan een groot aantal partijen is voorgelegd voor commentaar.

Hieronder wordt eerst het voorstel van het ministerie van VWS tegen het licht gehouden. Vervolgens analyseert de NZa op hoofdlijnen welke verbeteringen mogelijk zijn die bijdragen aan meer doelmatigheid in de huidige vorm van bekostiging, de extramuraal zorgprestaties (ezp's).

Voorstel VWS

Het voorstel van het ministerie van VWS komt er op neer dat een cliënt die voor meerdere functies – niet zijnde de functie verblijf - in aanmerking komt, deze niet langer afzonderlijk geïndiceerd krijgt, maar samengevoegd binnen één pakket.

Als argumenten voor ecp's noemt het ministerie van VWS:

- o de pakketten hebben een persoonsvolgend karakter;
- o zij bieden prikkels tot innovatie en kwaliteit;
- o er is sprake van vereenvoudiging van het systeem: één taal in de keten;
- o ecp's bieden de mogelijkheid tot het invoeren van *zorgpaden*, dat wil zeggen dat over de volle breedte van de AWBZ 'wordt gewerkt met pakketten die oplopen van lichte ondersteuning in de thuissituatie tot een volledig pakket met wonen en behandeling.

De eerste twee argumenten gaan ook op voor de huidige extramuraal zorgprestaties: deze hebben een sterk persoonsvolgend karakter en bieden prikkels tot innovatie en kwaliteit. Prikkels tot innovatie en kwaliteit zijn zowel in de ecp's als in de huidige extramuraal prestaties in te bouwen door de prestaties te omschrijven als uitkomstindicatoren en te koppelen aan de indicatie.¹¹⁵

Het voorstel is om de extramuraal zorgprestaties waarop de bekostiging op is gebaseerd niet langer uit te drukken in uren, maar in geïndiceerde klassen per week. Over het uiteindelijke tarief onderhandelen zorgaanbieder en zorgkantoor. Declaratie en afrekening vinden dan plaats op basis van de geleverde klasse en niet langer op basis van de feitelijk geleverde uren.

Door te werken met prestaties die gekoppeld zijn aan de geïndiceerde functie en klasse per week, wordt voldaan aan de nadrukkelijke wens om een einde te maken aan het principe van 'uurtje-factuurtje'. Door de bekostiging te koppelen aan de bandbreedte van de klasse, krijgen de aanbieders meer ruimte voor innovatie gericht op een efficiëntere zorgverlening, waardoor op termijn de gemiddelde kostprijs zal zakken. Die ruimte voor innovatie ontstaat omdat niet ieder uur geleverde zorg wordt afgerekend, maar bekostiging is gekoppeld aan de zorg die op basis van de indicatie is afgesproken en geleverd (die past binnen de

¹¹⁵ Zolang dit niet mogelijk is, moet regelmatig herdefiniëring van prestaties plaatsvinden en moeten deze breder worden omschreven: bijvoorbeeld door cliëntcontacten zodanig te definiëren dat ook screen-to-screencontacten hieronder vallen.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

klassenbreedte). Het is dus niet langer aantrekkelijk om zoveel mogelijk uren zorg te leveren, maar om zo efficiënt mogelijke zorg binnen de klassenbreedte te leveren. Innovatie en inzet van innovatieve middelen worden dus beloond.

De zzp's bieden op dit punt geen andere of meer mogelijkheden dan de huidige extramurale zorgprestaties.

Wat eenheid van taal betreft, zijn zowel de zzp's als de extramurale zorgprestaties combinaties van cliëntprofielen, zorgzwaartetypering en een vertaling van de geïndiceerde functies in een concreet zorgaanbod. In die zin is er dus al sprake van eenheid van taal in de keten. Of zorgpaden ook wenselijk zijn in de extramurale zorg is niet op voorhand duidelijk.

In de intramurale zorg waar indicering van de cliënt plaatsvindt voor langdurige zorg in een 24-uurssetting, ligt het voor de hand om de verschillende functies in één pakket te indiceren. De praktijk is immers dat de onderscheiden functies binnen de woonzorg- en de behandelcomponent van dezelfde aanbieder worden afgenomen¹¹⁶.

In de extramurale zorg waar de indicatie meestal betrekking heeft op één of hooguit enkele functies, is het minder logisch om deze samen te voegen in pakketten anders dan de huidige extramurale prestaties. Daarvoor zijn verschillende argumenten:

- De huidige extramurale prestaties die gekoppeld zijn aan individuele functies, bieden de zorginkoper en de cliënt maximale keuzevrijheid: per geïndiceerde functie en klasse en de daaraan gekoppelde prestatie uitgedrukt in aantal uren zorg kunnen zij een beroep doen op een andere – de beste – aanbieder.
- De cliënt kan bovendien per geïndiceerde functie en daaraan gekoppelde prestatie kiezen voor PGB of zorg in natura. Dit is bijvoorbeeld van belang voor bewoners van ADL-clusters, die een deel van de indicatie als PGB invullen.
- Reden om geïndiceerde functies intramuraal gecombineerd aan te bieden is bovendien de aanwezigheid van schaalvoordelen en de koppeling met de normatieve huisvestingscomponent. In de extramurale zorg is dat veel minder het geval, dus dan is er geen reden de keuzevrijheid van de consument te beperken.
- Samenvoeging van extramurale prestaties tot ezp's leidt bovendien sneller tot substitutie van onderliggende functies die voor de cliënt nadelig is.

Overigens zijn de extramurale prestaties dagbesteding – deze zijn gekoppeld aan de functies ondersteunende en activerende begeleiding in dagdelen (OB/AB-dag) – feitelijk zorgpakketten. In de prestatiebeschrijvingen is aangegeven dat ervan uitgegaan wordt dat het binnen deze prestaties mogelijk is om behalve OB/AB-dag ook enige persoonlijke verzorging, verpleging en behandeling aan te bieden. Voor deze functies is dan ook geen aparte indicatie nodig als al OB/AB-dag is geïndiceerd.

¹¹⁶ Voor het onderdeel dagbesteding kan dit overigens ook anders zijn.

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

Samengevat kan er twijfel bestaan over de meerwaarde van samenvoeging van de huidige extramurale zorgprestaties tot ezp's. Het leidt niet tot een doelmatiger zorginkoop en het beperkt de keuzevrijheid van de cliënt.

Er zijn wel een aantal voordelen aan het idee om gebruik te maken van ezp's op functieniveau, dus zonder de functies verplicht te koppelen. Deze voordelen zijn:

- De ezp-systematiek gaat meer uit van een budgetsysteem met relatief veel vrijheid voor aanbieder en cliënt om daarbinnen tot een optimale zorginzet te komen. De huidige omschrijvingen van de extramurale zorgprestaties zijn strikter en daardoor meer rigide.
- De conversie van functies naar prestaties leidt op dit moment tot veel moeizame discussies op lokaal niveau. Door introductie van zzp's voor de extramurale zorg is een conversie tussen indicatiestelling en bekostiging niet langer nodig.
- De ezp-systematiek voorkomt een knip in de bekostiging van de intra- en de extramurale AWBZ-zorg. Overigens wordt hiermee niet voorkomen dat toch een knip blijft bestaan in de zorglevering. De invoering van de WMO leidt immers tot een (nieuwe) knip tussen huishoudelijke verzorging en extramurale AWBZ-zorg.
- De zorgzwaartebekostiging in de intramurale zorg gaat in beginsel uit van een verantwoording in dagen. Dit betekent dat bij invoering van zorgzwaartebekostiging in de extramurale zorg de verplichting tot een urenregistratie ook daar kan vervallen. Wanneer ook aanpassing van de eigen bijdragesystematiek hierop plaatsvindt, kan dit leiden tot administratieve lastenverlichting in de extramurale zorg.

Aanpassing huidige systematiek extramurale zorgprestaties

In zijn discussienotitie over extramurale zzp's pleit het ministerie van VWS in de laatste alinea voor beëindiging van het principe van 'uurtje-factuurkje' in de verantwoording van de zorg. Hiertoe moeten ideaal gesproken de benoeming van uitkomsten van zorg gebeuren in termen van uitkomstindicatoren die worden gerelateerd aan de indicatiestelling. Hieronder analyseert de NZa of dit mogelijk is binnen de huidige systematiek van de extramurale zorgprestaties.

Een mogelijke oplossing zou zijn om de indicatiestelling en de bekostiging beter op elkaar te laten aansluiten. In bijlage 1 doet de NZa een korte termijnvoorstel dat al direct zorgt voor een betere aansluiting met de indicatiestelling en waardoor de koppeling met het aantal uren geleverde input vermindert.

Hiervoor zijn twee opties:

1. De indicatiestelling aanpassen

De indicatiestelling gebeurt niet langer in functies, maar bevat ook een vertaling in extramurale zorgprestaties analoog aan de indicatiestelling in zzp's.

2. De bekostiging aanpassen

De extramurale zorgprestaties waarop de bekostiging is gebaseerd worden niet langer uitgedrukt in uren, maar in geïndiceerde klassen per week. De prestatiebeschrijvingen moeten dan wel een heldere beschrijving geven van de te leveren zorg, gebaseerd op de nog te

ontwikkelen 'normen voor verantwoorde zorg', zodat deze voldoen aan de kwaliteitseisen die de IGZ heeft geformuleerd.

ad. 1 aanpassing indicatiestelling

De indicatiestelling zou moeten plaatsvinden in functies en daaraan gekoppelde extramurale prestaties in uren. Bekostiging en indicatiestelling zijn dan gebaseerd op dezelfde eenheid. Dit vermindert de mogelijkheden tot 'upcoding'.

In een variant op deze optie kan overwogen worden bij het aantal geïndiceerde uren per prestatie een marge van bijvoorbeeld plus en min 10% aan te geven.

ad. 2 aanpassing bekostiging

De extramurale zorgprestaties waarop de bekostiging is gebaseerd, worden niet langer uitgedrukt in uren, maar in geïndiceerde klassen per week.

Alle prestaties die op dit moment zijn uitgedrukt in een bedrag per uur of per dagdeel, moeten dan in de beleidsregel worden opgenomen in maximaal acht varianten met bedragen per klasse. Elke prestatie is dan niet meer uitgedrukt in een bedrag per uur of dagdeel, maar in bedragen per geïndiceerde klasse per week. De extramurale prestaties die niet zijn uitgedrukt in een bedrag per uur of dagdeel vallen buiten deze benadering: daarbij gaat het vooral om de GGZ-prestaties en de prestaties op het gebied van Uitleen, Prenatale zorg en Preventie (Advies, instructie en voorlichting en Voedingsvoorlichting).

Deze benadering kent een aantal voordelen:

1. Door het werken met prestaties die gekoppeld zijn aan de geïndiceerde functie en klasse per week, wordt voldaan aan de nadrukkelijke wens om het principe van 'uurtje-factuurkje' te beëindigen.
2. Dat leidt tot een aanzienlijke vermindering van administratieve lasten.
3. Door de bekostiging te koppelen aan de bandbreedte van de klasse, ontstaat meer ruimte voor innovatie gericht op een efficiëntere zorgverlening; daardoor kan de gemiddelde kostprijs op termijn zakken.
4. Het is niet langer nodig om innovatie te stimuleren door middel van afzonderlijke experimenteerbeleidsregels. Deze regels kunnen vervallen, wat mindering van regelgeving betekent.
5. Zowel de extramurale zorgprestaties als de intramurale zzp's worden door deze benadering geïndiceerd, bekostigd en verantwoord in eenheden per week. Dat leidt tot eenheid van taal in de keten.
6. De nieuwe benadering voorkomt opwaardering (upcoding) die in de huidige systematiek mogelijk is, met extra declaratie binnen de bandbreedte van de klasse.

Deze klassenbenadering heeft wel een mogelijk budgettair nadeel, omdat er geen sprake meer is van differentiatie binnen de klassen. Het is dus aan de zorgverzekeraar om een bedrag af te spreken dat past bij (de efficiency van) de geleverde zorg. Deze benadering past daarom beter in een systeem met concurrerende inkoop.

Bij de keuze voor de tweede optie (aanpassing bekostiging in bedragen per klasse per week) moet een afweging worden gemaakt of de hierboven genoemde voordelen opwegen tegen het nadeel van de

Uitvoeringstoets opheffen zorgkantoren

klassenbenadering die in theorie aanbieders een incentive biedt om minder te leveren voor meer geld.