

CTG/ZAio

CTZ

Monitor extramurale AWBZ-zorg

Analyse van de marktontwikkelingen in 2005 en 2006

juni 2006

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting.....	7
1. Monitoren in de extramurale AWBZ-zorg	11
1.1 Inleiding.....	11
1.2 Doelstelling monitor.....	12
1.3 Informatiebronnen	14
1.4 Leeswijzer	14
2. Marktstructuur	17
2.1 Inleiding.....	17
2.2 Organisatie van de AWBZ-zorg	17
2.3 De markt voor extramurale AWBZ-zorg.....	18
2.4 Kiezen voor een zorgaanbieder.....	20
2.5 Afnemers van extramurale AWBZ-zorg	22
2.6 Aanbod van extramurale AWBZ-zorg	23
2.7 Verdeling van de macht in onderhandelingen	34
2.8 Samenvatting	36
3. Inkoopgedrag zorgkantoren	39
3.1 Inleiding.....	39
3.2. Inkoopproces.....	39
3.3 Objectief en non-discriminatoir beleid.....	43
3.4 Controle op kwaliteit.....	44
3.5 Perceptie van zorgaanbieders	44
3.6 Samenvatting	45
4. Kwaliteit.....	47
4.1 Inleiding.....	47
4.2 Procesindicatoren	47
4.3 Uitkomstindicatoren.....	47
4.4 Samenvatting	48

5.	Toegankelijkheid	51
5.1.	Inleiding.....	51
5.2	Hoeveelheid gecontracteerde zorg.....	51
5.3	Keuzeondersteuning	53
5.4	Financiële toegankelijkheid.....	54
5.5	Samenvatting	54
6.	Betaalbaarheid.....	55
6.1	Macrobetalbaarheid	55
6.2	Omzetontwikkelingen	56
6.3	Verband beoordelingscriteria en afgesproken prijzen	59
6.4	Samenvatting	62
7.	Conclusies, aanbevelingen en acties	63
7.1	Algemeen	63
7.2	Marktstructuur	63
7.3	Inkoopgedrag zorgkantoren	65
7.4	Kwaliteit.....	65
7.5	Toegankelijkheid	66
7.6	Betalbaarheid.....	66
7.7	Overzicht aanbevelingen	67
	Bijlage 1: Begrippenkader en afkortingen	69
	Bijlage 2: Gebruikte data.....	73

Vooraf

Sinds 2003 is er geleidelijk meer marktwerking ingevoerd in de extramurale AWBZ-zorg. Hoewel de markt voor extramurale AWBZ-zorg langzaam maar zeker begint te veranderen, is er nog veel werk te verzetten in deze sector als het gaat om kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Kort geschetst: de zorgkantoren kennen nog weinig prikkels om zorg doelmatig in te kopen en zorgaanbieders kunnen nog meer gestimuleerd worden om hoge kwaliteit te leveren tegen een scherpe prijs.

Deze monitor besteedt aandacht aan de ontwikkelingen in 2005 en 2006 in de extramurale AWBZ-zorg. Daarbij staan de marktstructuur, het inkoopgedrag van de zorgkantoren en de belangen van de cliënt centraal. Is de zorg toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar voor de consument? Wat is er de afgelopen jaren concreet veranderd in de markt voor extramurale AWBZ-zorg? Is er, met zo weinig prikkels, eigenlijk wel sprake van voldoende marktwerking? Zo nee, welke veranderingen kunnen een bijdrage leveren aan het stimuleren van de marktwerking?

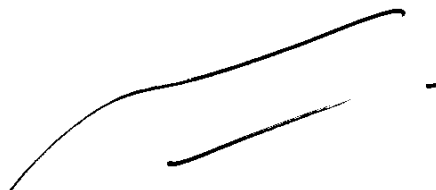
De monitor is bedoeld als informatie- en adviesdocument. Het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) beogen met hun aanbevelingen in deze monitor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) te informeren over wenselijke veranderingen en de bijdrage(n) die de Minister hieraan kan leveren. Verder adviseert de monitor de zorgkantoren en beschrijft het de acties die CTG/ZAio en het CTZ zelf zullen ondernemen.

In de monitor wordt gesproken van CTG/ZAio en het CTZ. Bij de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zullen zij gezamenlijk de marktmeester in de zorg, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), gaan vormen. De NZa zal de in de monitor genoemde acties en aanbevelingen – voor zover nog niet afgerond bij inwerkingtreding van de Wmg – oppakken.

De extramurale AWBZ-zorg blijft in beweging, verbeteringen en aanbevelingen blijven voorhanden. De hiernavolgende managementsamenvatting schetst op hoofdlijnen welke marktontwikkelingen in 2005 en 2006 hebben plaatsgevonden en geeft de belangrijkste aanbevelingen van CTG/ZAio en het CTZ weer. Rest ons nog een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze monitor.



mr. F.H.G. de Grave,
voorzitter CTG/ZAio



dr. M.E. Homan,
algemeen directeur CTZ

Managementsamenvatting

De laatste jaren zijn er geleidelijk aan meer prikkels tot marktwerking geïntroduceerd in de extramurale AWBZ-zorg. Deze monitor gaat in op de gevolgen van de introductie van meer prikkels tot marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg sinds 2004. In dat jaar voerde het Ministerie van VWS de regionale contracteerruimten in en schafte het de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht af.

De doelstellingen van deze monitor zijn:

- inzicht geven in de manier waarop de markt zich ontwikkelt, welke problemen daarbij ontstaan en in welke mate de belangen van de cliënt daarbij behartigd worden;
- de Minister van VWS en de betrokken partijen adviseren over de manier waarop zij kunnen bijdragen aan een betere werking van de markt voor extramurale AWBZ-zorg;
- acties benoemen die CTG/ZAio en het CTZ zelf voornemens zijn uit te voeren om een betere werking van de markt te bewerkstelligen.

Belangrijkste bevindingen

Marktstructuur

De markt voor extramurale AWBZ-zorg kent een sterk geconcentreerde aanbodzijde en een monopsonistische inkoper(kopersmonopolie). Deze structuur leidt vooralsnog niet tot de gewenste uitkomsten ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Een belangrijke reden hiervoor is dat zorgkantoren weinig prikkels hebben om goede en doelmatige zorg in te kopen. Voorts hebben zorgaanbieders nauwelijks prikkels om een goede prijs-kwaliteitverhouding te leveren. Zorgkantoren lijken in de praktijk gedwongen de lopende volume-afspraken te continueren omdat zorgkantoren beperkte mogelijkheden hebben om cliënten te stimuleren hun keuze te maken uit een specifieke groep van aanbieders en omdat de zorgkantoren als gevolg van de hoge concentratie op de markt nauwelijks om bepaalde (grote) aanbieders heen kunnen. CTG/ZAio en het CTZ verwachten niet dat deze situatie snel zal gaan veranderen, vanwege de beperkte invloed van nieuwe toetreders tot de markt. De beperkte mogelijkheden voor zorgkantoren om zorg(volumes) in te kopen bij andere dan de huidige zorgaanbieders vormen daarmee een risico voor de behartiging van de belangen van de cliënt ten aanzien van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Inkoopgedrag zorgkantoren

Bijna alle zorgkantoren hebben in 2006 zorg ingekocht volgens de principes van aanbesteding. Hierdoor hebben de relatieve prestaties van aanbieders ten aanzien van bijvoorbeeld prijs en kwaliteit in enige mate meegewogen bij de inkoop van zorg. In principe is dit een positieve ontwikkeling. Echter, het deel van de contracteerruimte dat werd verdeeld op basis van deze zogenaamde principes van aanbesteding was in 2006 zo beperkt dat hiervan slechts beperkte prikkels tot het leveren van kwalitatief goede en doelmatige zorg uitgingen.

Belangen van de cliënt: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

In 2006 stelden zorgkantoren vaker eisen aan zorgaanbieders met betrekking tot de kwaliteit van zorg dan voorheen. Wel waren deze eisen met name proces- en niet uitkomstgericht. Het effect hiervan op de kwaliteit van de geleverde zorg is daardoor niet meetbaar. Door de verschillende uitkomstindicatoren voor kwaliteit die momenteel in ontwikkeling zijn in de toekomst mee te nemen bij de inkoop van zorg, wordt de prikkel voor zorgaanbieders tot het leveren van een hogere kwaliteit vergroot.

Doordat de wachtlijsten voor extramurale zorg in de meeste regio's zijn verdwenen, was de extramurale AWBZ-zorg in 2005 en 2006 toegankelijker dan de jaren daarvoor. Het "boter-bij-de-vis" beleid dat de overheid de laatste jaren heeft gevoerd, heeft hieraan bijgedragen. Cliënten kunnen daarnaast in bijna alle gevallen naar de aanbieder van hun voorkeur. Hoewel de toegankelijkheid dus goed is, lijkt dit niet direct het gevolg van marktwerking.

De macrokosten van de AWBZ-zorg zijn in 2005 gestegen. Gecorrigeerd voor inflatie was ook de gemiddelde prijs in 2005 licht toegenomen (0,1%). In 2006 was echter een gemiddelde prijsdaling waar te nemen (-0,8%). In 2005 hebben zorgkantoren wel fors hogere kortingen op de maximum beleidsregelwaarde bedongen dan in 2004. In 2006 bleven de kortingen ongeveer gelijk aan die in het jaar daarvoor. Deze kortingen zouden erop kunnen duiden dat opheffing van de contracteerplicht en de invoering van de regionale contracteerruimten per zorgkantoor een positief effect hebben gehad op de betaalbaarheid. Het is echter ook mogelijk dat deze met name het gevolg zijn van het convenant dat de Minister van VWS heeft gesloten met de zorgaanbieders.

Aanbevelingen

De introductie van marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg heeft vooralsnog niet geleid tot sterke veranderingen in de markt op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het opheffen van de contracteerplicht alleen is dus niet voldoende om tot meer concurrentie, en daarmee tot een betere behartiging van de belangen van de cliënt, te komen. De introductie van meer prikkels voor het zorgkantoor om kwalitatief goede en doelmatige zorg in te kopen, lijkt tevens een vereiste. Het vergroten van de prikkels voor het zorgkantoor om doelmatige zorg in te kopen kan, gezien de monopsonistische positie van het zorgkantoor, echter tot gevolg hebben dat het zorgkantoor zijn inkooppositie gaat misbruiken waardoor de kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening in gevaar kunnen komen. Om dat te voorkomen zijn weer nieuwe regels nodig. Het steeds weer instellen van nieuwe regels om bepaalde deelproblemen in de markt op te lossen zal leiden tot een onoverzichtelijk stelsel, waarbij de belangen van de cliënt waarschijnlijk niet de boventoon voeren. Derhalve pleiten CTG/ZAio en het CTZ voor een meer fundamentele herziening van de AWBZ-zorg, waarbij in elk geval een meer risicodragende uitvoeringsstructuur/verzekeringsmarkt zal moeten worden geïntroduceerd.

Ook voor de korte termijn zijn enkele maatregelen mogelijk die de doelmatigheid binnen de extramurale AWBZ-zorg kunnen verhogen. De belangrijkste zijn:

1. zorgkantoren moeten zorgaanbieders prikkelen tot het leveren van kwalitatief goede en doelmatige zorg, door alle zorg in te kopen op basis van de relatieve prestaties van aanbieders ten aanzien van prijs en kwaliteit (door middel van uitkomstindicatoren). Daarbij moet wel de continuïteit van de lopende zorg gewaarborgd worden. Indien nodig zullen CTG/ZAio en het CTZ de instrumenten die hen daartoe beschikbaar staan inzetten om deze vorm van inkoop af te dwingen;
2. CTG/ZAio en het CTZ zullen in 2006 onderzoeken hoe zorgkantoren cliënten kunnen stimuleren hun keuze te maken uit een specifieke groep aanbieders;
3. CTG/ZAio en het CTZ zullen positieve en negatieve effecten van voorgenomen concentraties duidelijk onder de aandacht van de NMa blijven brengen middels zienswijzen;
4. CTG/ZAio en het CTZ bevelen zorgkantoren aan om de groei van kleinere aanbieders te stimuleren;
5. CTG/ZAio en het CTZ zullen in 2006 de economische en juridische mogelijkheden van de integratie van de subsidiegelden voor PGB-houders en de regionale contracteerruimten van zorgkantoren onderzoeken;
6. CTG/ZAio en het CTZ adviseren de Minister van VWS geen convenanten te sluiten voor markten waarin prikkels tot marktwerking geïntroduceerd zijn of worden.

1. Monitoren in de extramurale AWBZ-zorg

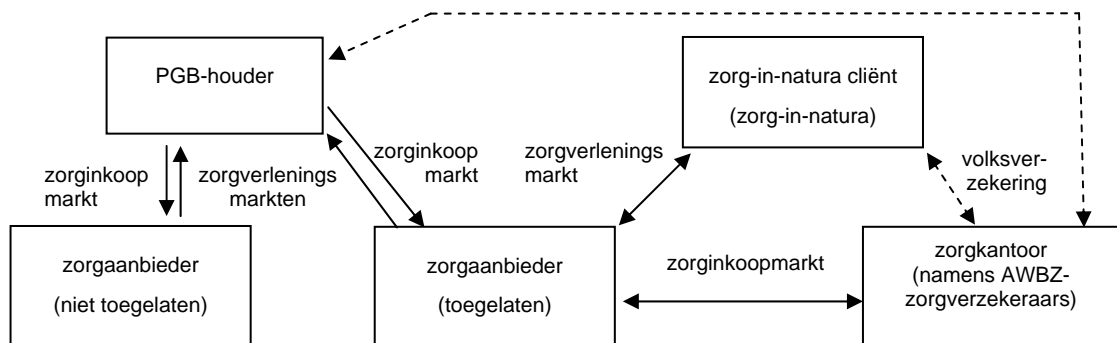
1.1 Inleiding

Sinds 2003 wordt stap voor stap gereguleerde marktwerking in de AWBZ-zorg ingevoerd. De eerste stappen waren de ontschotting van de markt, de invoering van AWBZ-brede functiegerichte aanspraken en de invoering van de persoonsgebonden budgetten (PGB's) nieuwe stijl. Op 31 augustus 2004 is voorts de contracteerplicht vervallen voor de extramurale AWBZ-zorg. Hierdoor ontstaan meer prikkels en mogelijkheden voor vraagsturing, klantgerichtheid en doelmatigheid.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft CTG/ZAio en het CTZ opdracht gegeven om de ontwikkelingen in de extramurale AWBZ-zorg te monitoren.¹ Vooral in de transitiefase naar meer marktwerking is dit van groot belang. Het is immers moeilijk om te voorspellen hoe de markt zich zal ontwikkelen. Met deze monitor beogen CTG/ZAio en het CTZ inzicht te geven in de mate waarin de markt werkt en of de belangen van de cliënt omtrent kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voldoende worden behartigd.

De monitor extramurale AWBZ-zorg 2005 en 2006 richt zich vooral op de markt voor zorginkoop door het zorgkantoor. Daarnaast worden aspecten van de zorgverleningsmarkt en de uitvoeringsstructuur meegenomen, maar alleen wanneer deze van invloed zijn op de zorginkoopmarkt. Het gaat dan bijvoorbeeld om de keuze van cliënten voor een bepaalde aanbieder en de mogelijkheden voor cliënten om hun wensen duidelijk te maken aan zowel zorgkantoor als zorgaanbieder.

Figuur 1: De markt voor extramurale AWBZ-zorg



De monitor gaat expliciet niet in op de markt voor extramurale geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hiervoor is gekozen omdat, hoewel in de praktijk in 2006 GGZ-aanbieders en de zorgkantoren nog onderhandelen, de extramurale GGZ reeds is overgeheveld van de AWBZ naar de zorgverzekeringswet.

¹ Staatssecretaris van VWS, "Opheffing contracteerplicht extramurale AWBZ-zorg", DGB/ZVG-2482596, 27 mei 2004.

1.2 Doelstelling monitor

1.2.1 Algemeen

De monitor dient inzicht te geven in de manier waarop de markt voor extramurale AWBZ-zorg zich ontwikkelt sinds de invoering van meer prikkels tot marktwerking. Centraal staat daarbij de vraag of de belangen van de cliënt ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voldoende behartigd worden. Marktwerking is immers geen doel op zich, maar een instrument om de publieke doelen te bereiken en de wensen van de cliënt optimaal te behartigen.

De monitor richt zich met name op gedragingen en aspecten van de markt die CTG/ZAio en het CTZ in hun visiedocument extramurale AWBZ-zorg als risicovol hebben aangemerkt. Deze aspecten kunnen negatieve gevolgen hebben voor de werking van de markt en daarmee op de belangen van de cliënt. Het ging daarbij onder meer om aspecten als toetreding, keuzemogelijkheden, transparantie, samenwerking en fusies, en misbruik van een machtspositie door zowel zorgverzekeraars, als zorgaanbieders. In het visiedocument extramurale AWBZ-zorg hebben CTG/ZAio en het CTZ aangegeven specifiek onderzoek te willen doen naar samenwerking tussen AWBZ-zorgaanbieders onderling en met ziekenhuizen op het gebied van doorverwijzing en wachtlijstbemiddeling en naar de afbakening van de relevante markt voor extramurale AWBZ-zorg. Deze onderzoeken vallen buiten de scope van deze monitor. Hiervoor is gedetailleerder onderzoek nodig. De keuze en timing van dergelijk onderzoek zal plaatsvinden op basis van een risicoanalysemodel, dat rekening houdt met de noodzaak en verwachte impact van het onderzoek op de behartiging van de belangen van de cliënt.

Stelselherziening

Ten tijde van deze monitor vindt in Nederland een debat plaats over de toekomst van de AWBZ. Inmiddels zijn hierover adviezen verschenen van de Raad voor Volksgezondheid en van het College voor Zorgverzekeringen. Daarnaast wordt er in een interdepartementaal beleidsoverleg (IBO) onderzoek gedaan naar de toekomst van de AWBZ. In deze monitor zal daarom niet alleen aandacht zijn voor uitkomsten en prikkels binnen het huidige systeem, maar zal waar nodig ook aandacht worden besteed aan de lange termijn-uitvoering.

1.2.2 Doelstelling rapportage

De doelstelling van deze rapportage is drieledig. Ten eerste heeft de monitor tot doel om de Minister van VWS te informeren over de gevolgen van het gevoerde beleid en om eventueel advies te geven over mogelijke beleidswijzigingen. Ten tweede heeft de monitor tot doel CTG/ZAio en het CTZ van de informatie te voorzien die zij nodig hebben voor de uitvoering van hun taak als toezichthouder. Ten slotte dient de monitor om partijen in het veld te informeren over de ontwikkelingen op de markt.

Rapportage en advies aan de Minister van VWS

De monitor extramurale AWBZ-zorg vormt essentiële input voor rapportage en advisering aan de Minister van VWS. Door de monitor worden de effecten van de invoering van marktwerking zichtbaar. Zo wordt ook duidelijk hoe de markt zich ontwikkelt ten aanzien van de door de Minister van VWS geformuleerde publieke belangen en wat de gevolgen hiervan zijn voor de behartiging van de belangen van de cliënt.

De publieke belangen zijn momenteel niet gekwantificeerd. Het beoordelen van de mate waarin de publieke doelen behartigd worden, is daarom vooralsnog niet mogelijk. Wel kan de Minister van VWS op basis van de bevindingen en/of adviezen van CTG/ZAio en het CTZ een oordeel vormen over de wenselijkheid van bepaalde ontwikkelingen in de markt. Wanneer nodig kan hij vervolgens besluiten tot het invoeren, aanpassen of intrekken van regels en beleid om de mededinging in de extramurale AWBZ-zorg te bevorderen.

Informatieverwerving voor de eigen taken van CTG/ZAio en het CTZ

De monitor biedt ook informatie voor de uitvoering van de eigen taken van CTG/ZAio en het CTZ. De monitor extramurale AWBZ-zorg 2006 richt zich met name op de risico's die CTG/ZAio en het CTZ hebben geïnteriseerd in hun visiedocument extramurale AWBZ-zorg. De informatie uit de monitor dient om deze risicoanalyse aan te scherpen, om eventuele andere problemen te signaleren en om ingrepen in de markt te onderbouwen. Daarnaast kan de monitor uitgangspunt vormen voor de ontwikkeling van nieuwe (beleids)regels.

CTG/ZAio en het CTZ hebben met de NMa een samenwerkingsprotocol en een aanvullend protocol afgesloten. In het protocol is afgesproken dat CTG/ZAio, het CTZ en de NMa elkaar wederzijds consulteren wanneer zij voor de uitoefening van hun bevoegdheden deelmarkten van de zorg moeten afbakenen dan wel de mate van effectieve mededinging in een deelmarkt van de zorg moeten analyseren, met inbegrip van de vraag of een marktpartij een machtspositie dan wel een positie van aanmerkelijke marktmacht heeft. Deze monitor draagt bij aan de kwaliteit van die consultaties.

Aanmerkelijke Marktmacht

Als gevolg van een amendement dat is aangenomen tijdens de behandeling van de Wet marktordening gezondheidszorg in de Tweede Kamer der Staten Generaal², zal de NZa – bij goedkeuring van de Wmg door de Eerste Kamer – ook in staat zijn Aanmerkelijke Marktmacht-verplichtingen (AMM) op te leggen aan partijen in de AWBZ-zorg. Het gaat daarbij zowel om de zorgkantoren, als om de zorgaanbieders. CTG/ZAio en het CTZ doen momenteel nader onderzoek naar de noodzaak en de mogelijkheden om AMM-verplichtingen op te leggen in de extramurale AWBZ-zorg. Hierop gaat dit document nog niet nader in.

² Tweede Kamer der Staten Generaal, "Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg)", vergaderjaar 2005-2006, kamerstuk 30186/23.

Informatievoorziening aan andere partijen

Behalve informatievoorziening aan CTG/ZAio en het CTZ zelf en aan de Minister van VWS, heeft de monitor tot doel om de ontwikkelingen op de markt meer transparant te maken voor partijen in het veld. Dit zijn de zorgkantoren, de zorgaanbieders, de zorgconsumenten en andere belanghebbende organisaties. Met behulp van de monitor willen CTG/ZAio en het CTZ inzicht bieden in eventuele verschillen in aanpak door diverse partijen op de markt. Hiermee scheppen zij een referentiekader, waaraan partijen zichzelf en anderen kunnen meten.

1.3 Informatiebronnen

De monitor extramurale AWBZ-zorg is zowel gebaseerd op kwalitatieve, als op kwantitatieve data. De kwalitatieve data zijn afkomstig uit interviews met zestien zorgaanbieders, de concessiehouders van alle zorgkantoren, drie indicatiestellers en enkele andere belanghebbende organisaties. Voor de kwantitatieve data hebben CTG/ZAio en het CTZ gebruik gemaakt van bestaande databronnen. Het gaat daarbij om data uit productieafspraken die CTG/ZAio binnenkrijgt in het kader van haar rol als budgetverstrekker en om data van het CAK BZ, die zij verkrijgt voor het innen van de eigen bijdragen.

NB: De getallen in deze monitor zijn berekend op basis van de productieafspraken zoals bekend bij de CTG/ZAio over de jaren 2004, 2005 en 2006. Hierbij zijn specifieke GGZ-prestaties, evenals prestaties geleverd door GGZ-instellingen niet meegenomen. Ook prestaties die niet in 2004, 2005 én 2006 bestonden of die in die jaren significant van elkaar verschilden en prestaties die geleverd zijn aan zintuiglijk gehandicapten zijn in de analyses steeds buiten beschouwing gelaten.³ In totaal is ongeveer 67% van de omzet in de extramurale zorg meegenomen in de analyses.

De marktaandeel-, prijs- en volumeanalyses in deze rapportage zijn gebaseerd op rekenstaatinformatie van CTG/ZAio. Het aantal rekenstaten is echter niet per definitie gelijk aan het aantal rechtspersonen of het aantal concerns in de regio. Het is mogelijk dat één rechtspersoon/concern meerdere rekenstaten heeft. Het daadwerkelijke aantal in de regio aanwezige aanbieders zal daarom naar verwachting lager zijn.

1.4 Leeswijzer

Deze monitorrapportage gaat in op de gevolgen van de invoering van meer prikkels tot marktwerking op de behartiging van de belangen van de cliënt omtrent kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daarvoor wordt eerst gekeken naar de verschillende prikkels die zorgkantoren en zorgaanbieders ondervinden en naar de mate waarin de markt zijn werk kan doen. Daarom is er in hoofdstuk 2 aandacht voor de structuur van de markt. Ook de wijze waarop zorgkantoren zorg inkopen, heeft veel effect op de uitkomsten van de markt. Hoofdstuk 3 gaat daarom in op de strategie van zorgkantoren in onderhandelingen met de

³ Zie bijlage 2 voor een uitgebreid overzicht van de gebruikte data.

zorgaanbieders in 2006 en op de verschillen in de strategie ten opzichte van 2005. Tenslotte gaan respectievelijk de hoofdstukken 4, 5 en 6 in op de uitkomsten van de markt ten aanzien van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en de mate waarin de belangen van de cliënt in deze behartigd worden. Hoofdstuk 7 trekt conclusies en kondigt waar nodig acties voor CTG/ZAio en het CTZ en aanbevelingen aan de Minister van VWS en de zorgkantoren aan.

2. Marktstructuur

2.1 Inleiding

Het doel van de recente stelselwijzigingen in de zorgsector is om door de introductie van meer marktprikkels te zorgen voor een betere behartiging van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De overheid beoogt zo een meer vraaggerichte en doelmatige zorgverlening tot stand te brengen.

Of concurrentie op een bepaalde markt ook daadwerkelijk zal leiden tot optimale uitkomsten met betrekking tot de publieke doelen, wordt onder andere beïnvloed door de structuur van de markt. In het algemeen geldt dat, hoe groter de keuzemogelijkheden van de afnemer, des te beter kan de markt werken en des te groter is de kans dat de markt leidt tot zorg die optimaal voldoet aan de wensen van de cliënt. Daarbij is het onder meer van belang om te kijken naar vraag en aanbod op de markt, naar de mogelijkheden voor toetreding en naar de mogelijkheden om daadwerkelijk een goede keuze te maken tussen de verschillende alternatieven. Dit hoofdstuk gaat hierop nader worden in.

2.2 Organisatie van de AWBZ-zorg

Op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) hebben verzekerden⁴ recht op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Het Besluit zorgaanspraken AWBZ en de daarop gebaseerde Regeling zorgaanspraken AWBZ regelt aard, inhoud en omvang van de zorg waarop recht bestaat. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bepaalt hoe groot de aanspraak van mensen op zorg mag zijn en stelt op aanvraag een indicatie vast. Cliënten kunnen vervolgens kiezen voor zorg-in-natura of voor een persoonsgebonden budget (PGB).⁵

Als gevolg van het oorspronkelijk onverzekerbare karakter van de AWBZ-zorg is er voor gekozen de uitvoering ervan toe te vertrouwen aan niet-risicodragende AWBZ-zorgverzekeraars.⁶ Een verzekerde die zich bij een verzekeraar inschrijft voor de zorgverzekeringwet (ZVW), wordt automatisch ook bij deze verzekeraar ingeschreven voor de AWBZ. Vereist is wel dat de betreffende verzekeraar zich heeft aangemeld bij het CVZ voor de uitvoering van de AWBZ. AWBZ-zorgverzekeraars zijn ervoor verantwoordelijk dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraak op zorg tot gelding kunnen brengen. Zij hebben de daadwerkelijke zorginkoop vrijwillig via een mandaat opgedragen aan de, door de Minister van VWS aangewezen⁷, verbindingkantoren.⁸ Een verbindingskantoor met een taak op het gebied

⁴ Verzekerd zijn alle personen die in Nederland wonen, behoudens uitzonderingen, en alle personen die niet in Nederland wonen maar als gevolg van een dienstbetrekking in Nederland aan loonbelasting onderhevig zijn.

⁵ Voor de functies behandeling en verblijf is geen PGB mogelijk.

⁶ Zie bijlage 1.

⁷ De aanwijzing van verbindingkantoren gebeurt door de minister van VWS op voordracht van Zorgverzekeraars Nederland en met advies van het CTZ en het CVZ.

⁸ De minister van VWS wijst, steeds voor een periode van vier jaar, een rechtspersoon in een regio aan om als verbindingskantoor te fungeren. Deze aanwijzing geschiedt op grond van het Administratiebesluit Bijzondere

van zorginkoop wordt aangeduid als 'zorgkantoor'. Hierbij is het mogelijk dat één zorgverzekeraar, de zogenaamde concessiehouder, meerdere zorgkantoren voert. In totaal bestaan er in Nederland 32 regio's, met elk een eigen zorgkantoor. Verzekerden zijn afhankelijk van hun woonplaats aangewezen op één zorgkantoor. Dit geldt tevens voor de aanbieders van AWBZ-zorg. Afhankelijk van hun statutaire vestigingsplaats zijn zij aangewezen op één zorgkantoor voor het maken van productieafspraken en de afrekening van zorg.

2.3 De markt voor extramurale AWBZ-zorg

2.3.1 Algemeen

Wanneer er wordt gesproken over marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg is de "markt" een vaakgehoorde term, die op veel verschillende manieren wordt gebruikt. Maar wat is de "markt" eigenlijk? Welke spelers zijn in dit kader van belang? Vanuit hun rol als toezichhouder op de zorgmarkt spreken CTG/ZAio en het CTZ liever van de "relevante markt", ofwel de markt die relevant is voor een bepaalde aanbieder of vrager. Voor de definitie van de relevante markt sluiten CTG/ZAio en het CTZ aan bij de definitie die in het mededingingsrecht wordt hanteert:⁹

"De relevante markt is het gebied waarbinnen de concurrentie tussen aanbieders van gelijkwaardige producten plaatsvindt. Op basis van deze definitie dient elke markt te worden opgesplitst naar de relevante geografische markt en de relevante productmarkt."

De relevante markt kan voor ieder type aanbieder of vrager en voor ieder soort product verschillend van aard en omvang zijn. Het afbakenen van de afzonderlijke markten is niet noodzakelijk voor deze monitor. Een inschatting van hoe de markt er in de meeste gevallen uit ziet, is voor monitordoeleinden voldoende. Deze paragraaf gaat nader in op de markten die uitgangspunt zijn voor deze monitor. Het gaat hierbij om een pragmatische keuze. Mocht de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in de toekomst op grond van de taken die voortvloeien uit de Wmg een markt afbakenen, dan zal zij de afbakening van de markt in dat specifieke geval altijd eerst nader onderzoeken. Daarbij kan zij tot een andere afbakening van de relevante markt komen.

2.3.2 De markt voor zorg-in-natura

2.3.2.1 De productmarkt

In het visiedocument extramurale AWBZ-zorg zijn CTG/ZAio en het CTZ uitgegaan van een aparte relevante productmarkt voor extramurale AWBZ-zorg-in-natura en een aparte markt voor intramurale AWBZ-zorg-in-natura. Zij splitsten vervolgens de relevante productmarkt voor

Ziektekostenverzekering. De verbindingskantoren moeten, in samenwerking met het Centraal Administratie Kantoor (CAK), de administratie in de AWBZ uitvoeren.

⁹ Europese commissie, 'The definition of the relevant market for the purposes of Community competition law', gepubliceerd in het Official Journal: OJ C 372 op 9 december 1997.

extramurale AWBZ-zorg-in-natura op naar het niveau van functies.¹⁰ Hierbij gold dat de functies persoonlijke verzorging en verpleging werden gezien als behorende tot dezelfde relevante markt. De functies behandeling en huishoudelijke verzorging werden gezien als afzonderlijke markten. Hiermee sloten zij aan bij eerdere uitspraken van de NMa.¹¹

In de monitor extramurale AWBZ-zorg zullen CTG/ZAio en het CTZ uit pragmatisch oogpunt opnieuw aansluiten bij de afbakening zoals hierboven vermeld en gehanteerd door de NMa. Daarnaast worden ook de functies ondersteunende- en activerende begeleiding (inclusief dagactiviteiten) in deze monitor gezien als behorende tot één productmarkt. Hiervoor is gekozen omdat dagactiviteiten – die een relatief groot deel van de markt voor extramurale zorg beslaan – een combinatie vormen van de functies ondersteunende- en activerende begeleiding. Bovendien is er sprake van een dataset die de afzonderlijke analyse van beide functies niet mogelijk maakt.

2.3.2.2 De geografische markt

De NMa heeft in het verleden aangegeven dat de relevante geografische markt voor extramurale AWBZ-zorg niet groter is dan de zorgkantoorregio. Het valt voorts niet uit te sluiten dat de relevante geografische markt voor zorg-in-natura kleiner is dan de zorgkantoorregio. Omdat de meeste extramurale zorg bij cliënten aan huis wordt geleverd, is voor het afbakenen van de geografische markt namelijk vooral de reisbereidheid van zorgaanbieders van belang. De meeste zorgaanbieders zijn nu niet actief in de gehele zorgkantoorregio. Voor deze monitor is het niet noodzakelijk uitspraken te doen over de daadwerkelijke afbakening van de relevante markt. Uit pragmatisch oogpunt beziet de monitor de geografische markt als de zorgkantoorregio.

2.3.2.3 Ontwikkelingen

De markt voor extramurale AWBZ-zorg is sterk aan verandering onderhevig. Op 1 januari 2007 wordt de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ingevoerd.¹² Hierbij zal een deel van de extramurale AWBZ-zorg, namelijk de zorg die nu onder de functionele aanspraak huishoudelijke verzorging valt, worden overgeheveld naar de gemeenten. Gemeenten kunnen onder de WMO zelf bepalen welke voorzieningen zij willen regelen voor hun inwoners en wie deze zorg mag leveren.

Ook zal de tariefregulering en het toezicht door CTG/ZAio en het CTZ op deze markt vervallen. De marktomstandigheden op de markt voor huishoudelijke verzorging kunnen na de invoering van de WMO veranderen. Het is daarom vooralsnog niet mogelijk om uitspraken te doen over hoe deze markt in de toekomst zal moeten worden afgebakend.

¹⁰ In totaal bestaan er binnen de AWBZ zeven functies, waarvan er zes ook extramuraal worden geleverd. Het gaat dan om de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling. De functie verblijf kan niet extramuraal worden geleverd.

¹¹ Zie het besluit van de NMa op 18 augustus 2005 in zaak 4988/Oosterlengte-Thuiszorg Groningen-Sensire.

¹² <http://www.minvws.nl/dossiers/wmo-awbz/wmo-en-awbz-in-vogelvlucht/wat-is-de-wmo/default.asp>

2.3.3 De markt voor PGB-houders

De relevante markt voor PGB-houders is als gevolg van de geldende wet- en regelgeving waarschijnlijk niet gelijk aan die voor zorg-in-natura. PGB-houders zijn in hun keuzemogelijkheden namelijk niet beperkt tot die aanbieders die toegelaten en gecontracteerd zijn om zorg te leveren binnen de functie waarvoor de PGB-houder is geïndiceerd. Zij kunnen ook kiezen uit niet toegelaten of niet gecontracteerde aanbieders en uit mantelzorgers. De productmarkt voor PGB-houders is daarmee waarschijnlijk groter dan die voor zorg-in-natura. Hoe groot deze markt precies is, valt echter niet met zekerheid vast te stellen. Uitgangspunt is dat voor de PGB-houders de relevante geografische markt lokaal/regionaal is. Gezien het gebrek aan gegevens over waar PGB-houders hun budget besteden, zal de markt voor PGB-houders in het vervolg van dit document grotendeels buiten beschouwing blijven.

2.4 Kiezen voor een zorgaanbieder

In het nieuwe stelsel staan keuzemogelijkheden centraal. Cliënten die kiezen voor de aanbieder die het beste aan hun vraag tegemoetkomt en zorgkantoren die kiezen voor aanbieders met de beste prijs-kwaliteitverhouding, veroorzaken sterke prikkels voor zorgaanbieders om doelmatige en kwalitatief hoogstaande zorg te leveren. Om overstappen mogelijk te maken, is het onder meer van belang dat de afnemer voldoende informatie heeft om een keuze te kunnen maken. Deze paragraaf zal nader ingaan op de factoren die de keuze van de cliënt bepalen.

Op welk moment maakt de cliënt nu eigenlijk zijn keuze? Hierbij valt een onderscheid te maken tussen cliënten die al in zorg zijn genomen en cliënten die voor het eerst zorg willen ontvangen. Zorgkantoren lijken zich vooral te richten op bemiddeling voor cliënten die voor het eerst in zorg moeten worden genomen. Over het algemeen stappen cliënten die reeds in zorg zijn genomen niet snel meer over naar een andere aanbieder. Dit komt tevens uit de interviews met zorgaanbieders naar voren.

"... Met het overstappen van cliënten valt het nogal mee: ze stappen eigenlijk nooit over..."

"... Over het algemeen stappen cliënten in de gehandicaptenzorg weinig over. Zeker niet individueel. Als er al wordt overgestapt, dan is er altijd sprake van een groep cliënten die gezamenlijk met behulp van een PGB iets opzet..."

"... Hoogstens een paar cliënten per jaar kiezen voor een andere aanbieder..."

"... Als een cliënt eenmaal binnen is, dan stapt hij haast nooit over..."

"... Cliënten stappen haast nooit over. Als dit wel gebeurt, is er meestal sprake van een zwaardere zorgbehoefte of veranderde indicaties..."

Cliënten die voor het eerst in zorg genomen moeten worden, kiezen vaak wel bewust voor een bepaalde zorgaanbieder. De meeste aanbieders richten zich dan ook actief op deze groep om zo nieuwe cliënten binnen te halen, bijvoorbeeld door te investeren in relaties met huisartsen, ziekenhuizen en MEE-organisaties en door het maken van reclame om naamsbekendheid te krijgen.

Wanneer cliënten voorkeur hebben voor een bepaalde aanbieder, kunnen zij dit bij de indicatiestelling door het CIZ aangeven. Zorgkantoren geven aan dat per regio variërend tussen de 75 en 99 procent van de cliënten in de extramurale AWBZ-zorg bij de indicatie een zogenoemde "voorkeursaanbieder" aangeeft. In de meeste gevallen krijgt de cliënt vervolgens ook daadwerkelijk zorg van de aanbieder van zijn voorkeur. In sommige gevallen kunnen cliënten ook direct naar de aanbieder van hun voorkeur gaan, en hun indicatie ontvangen van de betreffende aanbieder.¹³

Uit interviews komt naar voren dat op dit moment vooral subjectieve informatie een grote rol speelt bij de keuze van de cliënt voor een bepaalde zorgaanbieder. Hierbij is vooral het advies van mensen met medische kennis en ervaring, zoals een huisarts, een MEE-organisatie of het CIZ erg belangrijk. Daarnaast spelen mond-tot-mond reclame en naamsbekendheid een grote rol bij de keuze van cliënten voor een bepaalde aanbieder.

Objectieve informatie lijkt vooralsnog nauwelijks een rol te spelen bij de keuze van cliënten voor een bepaalde zorgaanbieder. Dit komt voornamelijk door de gebrekkige en late beschikbaarheid van dergelijke informatie.¹⁴ Zo is er nauwelijks objectieve en vergelijkbare informatie beschikbaar over de kwaliteit van zorg. Hoofdstuk 4 gaat hier nader op in. Ook informatie over de prijs is moeilijk te achterhalen voor cliënten. Deze informatie is van belang voor PGB-houders, aangezien zij zelf zorg in moeten kopen. Ten slotte geldt ook voor wachtlijstinformatie dat deze slechts in beperkte mate beschikbaar is. Zorgkantoren beschikken in de meeste gevallen wel over enige informatie, maar vanwege de matige betrouwbaarheid van deze informatie zijn zij in veel gevallen terughoudend met het verstrekken hiervan. Vijf zorgkantoren publiceren op dit moment informatie over de wachtlijsten per aanbieder op het internet. De meeste andere zorgkantoren verstrekken op aanvraag wel informatie over de telefoon, maar geven tegelijkertijd aan zelf nauwelijks over betrouwbare informatie te beschikken.

CTG/ZAio en het CTZ zijn van mening dat de cliënt in een eerder stadium gemakkelijker zou moeten kunnen beschikken over objectieve informatie over onder meer kwaliteit en wachtlijsten. Op die manier kan de cliënt ook in eerste instantie, dat wil zeggen bij het CIZ, een weloverwogen keuze maken voor de aanbieder die het beste aan zijn wensen voldoet en wordt een aanbieder die goede en tijdige zorg levert ook daadwerkelijk beloond met extra cliënten. CTG/ZAio en het CTZ zien hier een belangrijke taak weggelegd voor de zorgkantoren, die deze informatie bijvoorbeeld via het internet of via folders kunnen verspreiden. Verder is het belangrijk dat er ook voor de zorgkantoren meer informatie beschikbaar komt. CTG/ZAio en het

¹³ Het gaat hierbij om zorg die past binnen de zogenaamde Standaard Indicatie Protocollen (SIP). De cliënt kiest dan voor een zorgaanbieder die hem direct in zorg neemt. Er zijn twee nadelen die de indicatiestelling door zorgaanbieders zelf met zich meebrengt. Ten eerste kunnen zorgaanbieders cliënten over-indiceren om zo meer productie te kunnen leveren. Daarnaast bestaat het gevaar dat de zorgaanbieder bij de indicatiestelling vooral kijkt naar wat er mogelijk is binnen de zorg die hij zelf levert en op basis daarvan een indicatie stelt, in plaats van te kijken naar de daadwerkelijke zorgbehoefte van de cliënt.

¹⁴ In veel gevallen krijgen cliënten pas beschikking over objectieve informatie nadat dat zij geen voorkeur hebben opgeven bij het CIZ en het zorgkantoor moet bemiddelen in de zorgtoewijzing.

CTZ verwachten dat er meer inzicht zal ontstaan in de wachtlijsten per zorgaanbieder, als alle zorgaanbieders tijdig en op juiste wijze gebruik maken van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR).¹⁵ Zij achten het daarom wenselijk dat zorgaanbieders juist, snel en volledig, conform afspraken die hierover met zorgkantoren zijn gemaakt, de melding aanvang zorg aan zorgkantoren doorgeven via de AZR. CTG/ZAio en het CTZ zullen onderzoeken of hiertoe eventueel aanvullende verplichtingen mogelijk en noodzakelijk zijn. Ten slotte kan ook de kwaliteit inzichtelijker worden als gevolg van verschillende initiatieven zoals kiesbeter.nl en het project maatschappelijke verantwoording. CTG/ZAio en het CTZ verwachten dat cliënten hierdoor in de toekomst beter in staat zullen zijn om te kiezen voor de zorgaanbieder die het beste aan hun wensen voldoet.

2.5 Afnemers van extramurale AWBZ-zorg

2.5.1 Algemeen

In de extramurale AWBZ-zorg is de vraag naar zorg afhankelijk van het wettelijk bepaalde recht op zorg. Het CIZ beoordeelt op welke zorg mensen recht hebben. Het recht op zorg zoals vastgesteld door het CIZ wordt door de zorgkantoren – namens de vragers van zorg-in-natura – en de PGB-houders omgezet in een daadwerkelijke zorgvraag. De volgende paragrafen gaan in op de specifieke kenmerken en prikkels van beide groepen.

2.5.2 Het zorgkantoor

Het zorgkantoor heeft een monopsonistische positie ten opzichte van de zorgaanbieders. Dit wordt veroorzaakt doordat zorgaanbieders, afhankelijk van hun statutaire vestigingsplaats¹⁶, aangewezen zijn op één zorgkantoor dat verantwoordelijk is voor de verdeling van ongeveer 96% van het budget van extramurale AWBZ-zorg binnen de regio.¹⁷ Sinds de opheffing van de contracteerplicht voor de extramurale AWBZ-zorg kan het zorgkantoor bovendien aanbieders uitsluiten van een contract. Hierdoor heeft het zorgkantoor in principe de macht om strenge voorwaarden te stellen aan de aanbieders waarmee zij een contract sluit. Paragraaf 2.7 gaat in op de verdeling van de onderhandelingsmacht tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders.

¹⁵ AZR staat voor de AWBZ-brede Zorgregistratie en is een landelijke systematiek voor het registreren en uitwisselen van berichten tussen het indicatieorgaan, het zorgkantoor en de zorgaanbieder (de ketenpartners). Met de zorgregistratie zijn de ketenpartners in staat het proces van zorgtoewijzing en zorglevering te ondersteunen om zo de cliënten zo goed en efficiënt mogelijk van de geïndiceerde zorg te voorzien. Het zorgkantoor vervult een centrale rol in de regionale informatieketen. Met behulp van de zorgregistratie onderhoudt het zorgkantoor regionaal de wachtlijst.

¹⁶ Uitzonderingen: wanneer de zorgaanbieder meer dan 85% van zijn productie levert in een zorgkantorregio die niet zijn statutaire vestigingsplaatsregio is, maakt het zorgkantoor in de regio waar de zorg geleverd wordt productieafspraken met de aanbieder. Wanneer 35% of meer van de zorg wordt geleverd in een ander gebied dan de statutaire vestigingsplaatsregio, dan spreken de zorgkantoren onderling af wie de productieafspraken met de betreffende aanbieder maakt. In principe is een aanbieder echter aangewezen op slechts één zorgkantoor voor het maken van al zijn productieafspraken. Zie hiertoe de '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.

¹⁷ Een deel van de AWBZ-zorg (±4%, http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_pgb/feiten-en-cijfers-pgb/) wordt door cliënten zelf ingekocht door middel van een PGB. De rest van de middelen worden verdeeld op basis van de zorginkoop door het zorgkantoor.

2.5.3 PGB-houders

Wanneer cliënten een indicatie hebben voor een bepaalde vorm van zorg, kunnen zij – naast zorg-in-natura ingekocht door het zorgkantoor – ook kiezen voor een PGB.¹⁸ Het PGB is een bedrag dat samenhangt met de indicatie die de cliënt heeft ontvangen van het CIZ. Hierbij geldt dat het PGB ongeveer 75% van de maximum beleidsregelwaarde voor zorg-in-natura bij een gelijksoortige indicatie beslaat.¹⁹ Momenteel maken ongeveer 78.000 mensen gebruik van een PGB.²⁰ Dit is ongeveer 10% van alle cliënten binnen de AWBZ. Hun aandeel in de totale kosten is ongeveer 4%.²¹

PGB-houders hebben een grote keuzevrijheid, en kunnen in principe overal de benodigde zorg inkopen. Zij zijn dus niet gebonden aan toegelaten of gecontracteerde aanbieders, maar kunnen kiezen uit iedereen die de benodigde zorg wil leveren. Omdat PGB-houders risico lopen op de uitgaven die zij doen aan zorg en bovendien zelf het verband ervaren tussen prijs en kwaliteit, hebben zij een sterke prikkel om te kiezen voor zorg met de beste prijs-kwaliteitverhouding, die zo goed mogelijk aansluit op hun wensen. Deze prikkel is voor hen veel groter dan voor het zorgkantoor. CTG/ZAio en het CTZ achten het PGB dan ook zeer belangrijk om de markt te laten werken, het is immers de ultieme vorm van vraaggericht inkopen.

Op dit moment bestaat er geen verband tussen de regionale contracteerruimte van het zorgkantoor en de subsidiegelden voor PGB-houders. Het zorgkantoor zal bij de inkoop van zorg daarom ook niet of nauwelijks rekening houden met het aantal PGB-houders in de regio bij het inkopen van zorg. Een groot aantal PGB-houders in de regio betekent niet dat de productieafspraken voor gecontracteerde aanbieders automatisch naar beneden worden bijgesteld. De noodzaak voor zorgaanbieders om zich actief te richten op PGB-houders om toch voldoende zorg af te kunnen zetten, is dus beperkt.

2.6 Aanbod van extramurale AWBZ-zorg

2.6.1 Algemeen

Om te kunnen bepalen of de markt voor extramurale AWBZ-zorg goed werkt is behalve de vraagkant ook de aanbodkant van belang. Als er veel aanbieders zijn die vergelijkbare

¹⁸ Met uitzondering van de functies behandeling en verblijf.

¹⁹ Bij de invoering van de PGB's in 1995 bedroeg het budget voor een PGB-houder precies 75% van de maximum beleidsregelwaarde voor zorg-in-natura bij een gelijke indicatie. Met de invoering van de AWBZ-brede functiegerichte aanspraken, sluiten de geleverde producten en de indicatie echter niet meer naadloos op elkaar aan. Cliënten worden geïndiceerd naar AWBZ-brede functies. Daarbinnen leveren aanbieders verschillende producten tegen verschillende tarieven leveren. Het PGB is gelijk gesteld aan 75% van de gemiddelde kosten voor zorg-in-natura binnen een bepaalde functie. Voor sommige personen leidt dit tot een budget dat hoger is dan 75% van de maximum beleidsregelwaarde voor zorg-in-natura en voor sommige personen tot een tarief dat lager is dan 75%.

²⁰ http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_pgb/default.asp

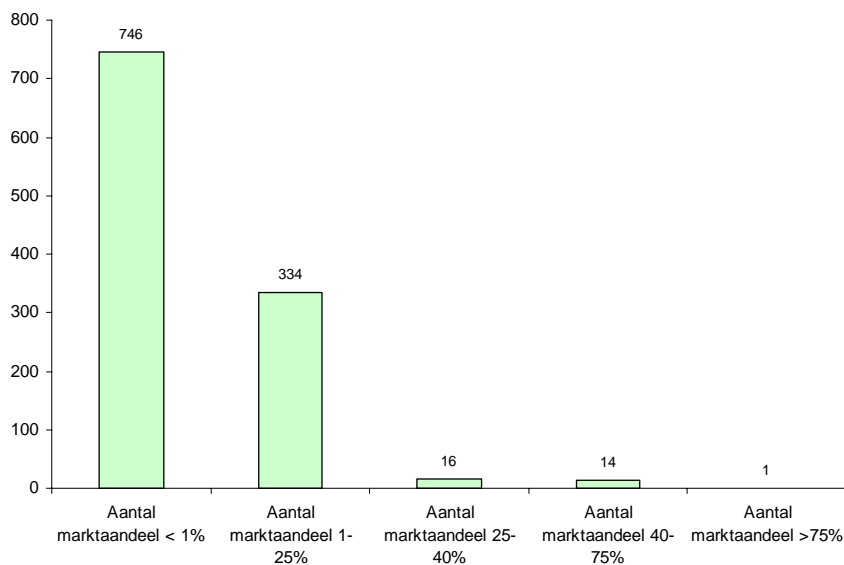
²¹ http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_pgb/feiten-en-cijfers-pgb/. De oorzaak van het feit dat de PGB-houders een minder dan evenredig aandeel hebben in de kosten van de AWBZ-zorg is te wijten aan een aantal factoren. Allereerst beslaat het tarief dat een PGB-houder ontvangt slechts 75% van de kosten voor zorg-in-natura. Daarnaast is het niet mogelijk om een PGB te krijgen voor de functies verblijf en behandeling. Dit zorgt ervoor dat een PGB vooral wordt ingezet voor eenvoudigere, en daarmee minder kosten genererende, vormen van zorg.

producten aanbieden, is de keuzevrijheid van cliënten groot en kan onderlinge concurrentie leiden tot een optimale behartiging van de belangen van de cliënt ten aanzien van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

2.6.2 Aantal aanbieders

In de extramurale AWBZ-zorg zijn per zorgkantorregio gemiddeld 36 aanbieders werkzaam (exclusief aanbieders van geestelijke gezondheidszorg). Meer dan 60% van deze aanbieders heeft echter een marktaandeel van minder dan 1% in de extramurale zorg binnen de totale zorgkantorregio. Wanneer gekeken wordt naar de aanbieders met een marktaandeel van meer dan 1%, dan blijven er in elke zorgkantorregio ongeveer dertien extramurale aanbieders over. In figuur 2 is te zien hoe de marktaandelen in de extramurale AWBZ-zorg ongeveer verspreid zijn.

Figuur 2: Aantal extramurale zorgaanbieders naar marktaandeel per zorgkantorregio in Nederland 2005

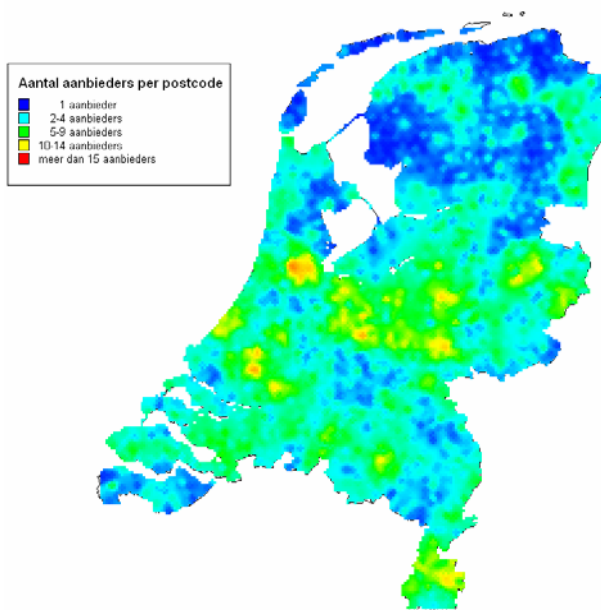


Bron: CTG/ZAio

Veel aanbieders van extramurale AWBZ-zorg zijn niet in de gehele regio actief. Dit heeft tot gevolg dat de cliënt per regio vaak veel minder dan 36 keuzemogelijkheden heeft. Figuur 3 laat zien hoeveel extramurale zorgaanbieders er gedurende de eerste zeven maanden van 2005 zorg hebben verleend per postcodegebied.²²

²² De kaart toont een grafische weergave van het aantal aanbieders dat in de maanden januari tot juli van 2005 in elke postcoderegio (afgebakend op 4-cijferige postcode) actief was in de functies waarvoor een eigen bijdrage is vereist. Het gaat hierbij om realisatiecijfers. Het is dus mogelijk dat er aanbieders zijn die wel in een bepaald postcodegebied zorg aan zouden willen bieden, maar daar op dit moment nog geen cliënten hebben. Deze aanbieders zijn in de analyse niet meegenomen als keuzemogelijkheden. Ook is het niet noodzakelijk zo dat als er in twee aangrenzende postcodegebieden ieder slechts één aanbieder actief is, dit dezelfde aanbieder is.

Figuur 3: Aantal actieve extramurale zorgaanbieders per postcodegebied



Bron: CAK BZ 2005

Uit figuur 3 blijkt dat er een aantal postcoderegio's in Nederland is waar momenteel slechts één extramurale zorgaanbieder actief is. Wanneer gekeken wordt naar de bevolkingsdichtheid van Nederland, dan blijkt dat met name in dunbevolkte gebieden vaak weinig zorgaanbieders actief zijn. Dit zou kunnen duiden op het bestaan van een minimale schaalvereiste in dunbevolkte gebieden. Tevens is het mogelijk dat het überhaupt niet rendabel is in deze gebieden zorg te leveren. Wellicht is het zorgkantoor daardoor niet in staat meer dan één zorgaanbieder in deze gebieden zorg te laten leveren binnen de gestelde maximum beleidsregelwaarden.

Onderaannemers leveren op dit moment een deel van de benodigde zorg. Zij leveren zorg uit naam van gecontracteerde aanbieders. Het is mogelijk dat cliënten onderaannemers als afzonderlijke alternatieven zien. Echter, gezien het feit dat cliënten bij het ClZ geen voorkeur kunnen uitspreken voor een onderaannemer – en er daarmee in feite niet voor kunnen zorgen dat zij van de betreffende aanbieder zorg krijgt – lijkt deze mogelijkheid beperkt. Uit de interviews met zorgaanbieders komt naar voren dat onderaannemers in de extramurale AWBZ-zorg vaak zelf toegelaten en gecontracteerde aanbieders zijn. De keuzemogelijkheden van cliënten nemen in dat geval juist af als gevolg van de aanwezigheid van onderaannemers. Immers, sommige aanbieders leveren de zorg niet meer rechtstreeks maar via andere gecontracteerde zorgaanbieders.

Er zijn nauwelijks gegevens beschikbaar over hoeveel zorg onderaannemers op de markt voor extramurale AWBZ-zorg leveren. Voorts blijkt uit onderzoek van het CTZ dat ook zorgkantoren niet altijd op de hoogte zijn van het feit dat een onderaannemer de zorg levert.²³ Hierdoor is het voor hen bijvoorbeeld moeilijk te controleren of onderaannemers de afgesproken kwaliteit wel

²³ College toezicht zorgverzekeringen, "Uitbesteden gecontracteerde zorg AWBZ-instellingen", maart 2006.

leveren, of de continuïteit van de instelling geborgd is en of zorgaanbieders in de praktijk gelieerd zijn aan elkaar. Derhalve heeft het CTZ in het eerder genoemde onderzoek aanbevolen de transparantie over het doorcontracteren van AWBZ-zorg aan onderaannemers te verbeteren, teneinde een goede inkoop door zorgkantoren mogelijk te maken.

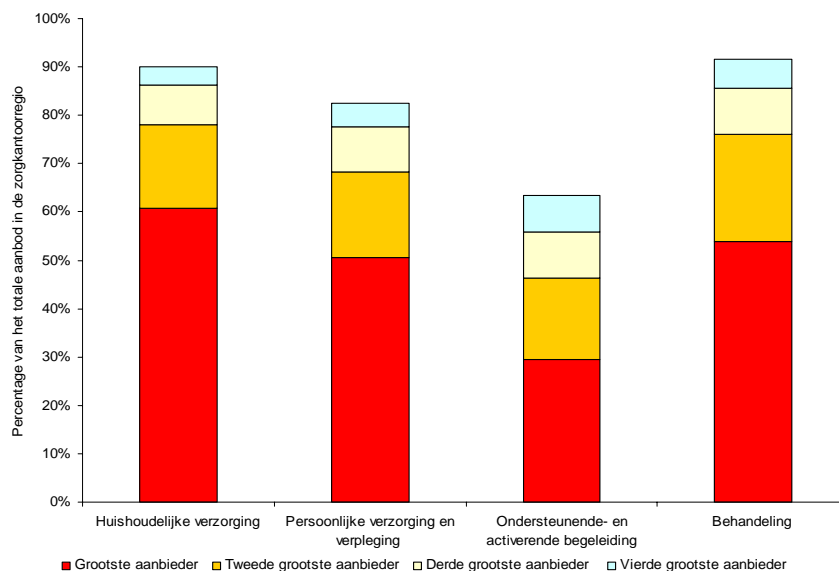
Conclusie

Uit de analyses van CTG/ZAio en het CTZ blijkt dat cliënten in de extramurale AWBZ-zorg per postcodegebied vrijwel altijd kunnen kiezen tussen twee of meer aanbieders. Zorgkantoren lijken hierop ook actief te sturen bij de inkoop van zorg. Met name in dunbevolkte gebieden is er soms echter sprake van minder dan twee aanbieders om uit te kiezen. In deze regio's hebben cliënten dus geen keuze. Dit zou kunnen wijzen op een minimale schaalvereiste voor dunbevolkte regio's of op de aanwezigheid van zogenoemde onrendabele lijnen.

2.6.3 Concentraties binnen de zorgkantorregio

Voor de daadwerkelijke keuzevrijheid van cliënten en het zorgkantoor is het niet alleen van belang om te kijken hoeveel aanbieders er in totaal actief zijn in de regio, maar ook naar hoe groot deze aanbieders zijn. Als het grootste deel van de markt in handen is van één zorgaanbieder, dan kunnen afnemers – en met name het zorgkantoor – moeilijk om deze partij heen. Wanneer gekeken wordt naar de mogelijkheden voor een goed werkende markt is het daarom tevens van belang om te kijken naar de concentratie op de markt. In figuur 4 is grafisch weergegeven welk aandeel in de productie van de extramurale functie(s)(groepen) de grootste vier zorgaanbieders gemiddeld voor hun rekening nemen.

Figuur 4: Gemiddeld marktaandeel grootste 4 aanbieders per zorgkantorregio

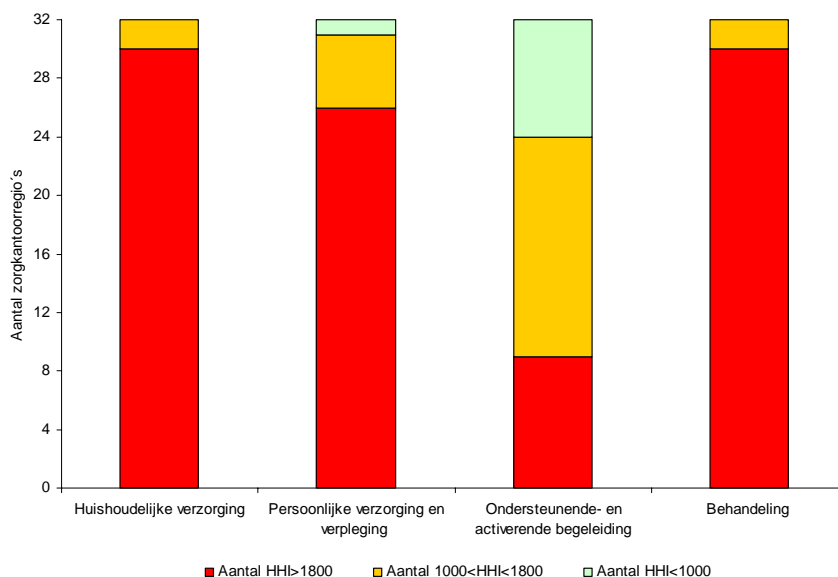


Bron: CTG/ZAio 2005

Uit figuur 4 valt op te maken dat zorgkantoren gemiddeld meer dan 70% van alle zorg binnen de productmarkten huishoudelijke verzorging en behandeling bij slechts één of twee aanbieders inkopen. Ook voor de productmarkten persoonlijke verzorging en verpleging en ondersteunende en activerende begeleiding zijn dit slechts enkele aanbieders.

Hoewel zorgkantoren gemiddeld bij slechts enkele zorgaanbieders een groot deel van de benodigde zorg afnemen, is hierin wel regionale spreiding te zien. Een maatstaf die behalve de concentratie ook de spreiding in een regio tot uitdrukking brengt is de Herfindahl Hirschman Index (HHI).²⁴ Hierbij geldt hoe groter de HHI, des te hoger de concentratie in de markt. Een vuistregel hierbij is dat een concentratie een goede werking van de markt kan belemmeren indien de HHI hoger is dan 1800 punten. Figuur 5 geeft een overzicht van de HHI per zorgkantoorregio, voor een aantal functie(s)(groepen).

Figuur 5: Marktconcentraties per zorgkantoorregio



Bron: CTG/ZAio 2005

Hoewel de concentratie in een aantal regio's op met name de productmarkten voor persoonlijke verzorging en verpleging en voor ondersteunende- en activerende begeleiding minder hoog is, is desalniettemin in zeer veel markten sprake van een concentratie die negatieve gevolgen zou kunnen hebben voor de werking van de markt. Of dit daadwerkelijk het geval is, is echter mede afhankelijk van een aantal andere factoren, zoals toetreding en compenserende afnemersmacht. Paragraaf 2.6.4 en hoofdstuk 2.7 gaan hier nader op in.

Figuur 5 illustreert de concentratie van individuele aanbieders binnen de zorgkantoorregio. In de meeste regio's en deelmarkten kan een sterke concentratie worden geconstateerd. Echter, ook

²⁴ Voor uitleg zie bijlage 2.

de markten die op grond van bovenstaande figuur niet geconcentreerd lijken, kunnen in de praktijk wel zo worden ervaren. Bovenstaande analyse is immers uitgevoerd op rekenstaatniveau. Het is daarom mogelijk dat een aantal aanbieders die hier als afzonderlijke aanbieders zijn meegenomen, in werkelijkheid samen tot één concern behoren. Bovendien lijkt er binnen de extramurale AWBZ-zorg soms sprake te zijn van hechte samenwerkingsverbanden. Mocht hiervan sprake zijn in een bepaalde regio, dan kunnen de afnemers hun keuzemogelijkheden als beperkt ervaren terwijl dat in bovenstaande figuur in principe niet zo lijkt.

Een andere belangrijke kanttekening bij figuur 5 is dat de omzetten van aanbieders altijd aan één regio worden toegerekend. In de praktijk leveren sommige (koepels van) aanbieders in meer dan één regio zorg. Het kan daardoor voorkomen dat een cliënt in regio X tevens kan kiezen voor een zorgaanbieder die formeel gevestigd is in regio Y. Wanneer er veel bovenregionale aanbieders zijn, zijn de keuzemogelijkheden van de cliënt in werkelijkheid groter dan op basis van de eerder genoemde data het geval lijkt te zijn. Naar schatting is ongeveer 30% van alle aanbieders in meer dan één zorgkantoorregio actief. Ongeveer 14% van alle extramurale zorg wordt bovenregionaal geleverd.²⁵ Dit heeft een positief effect op de keuzemogelijkheden van de cliënt en daarmee op de mogelijkheden voor een goede werking van de markt.

2.6.4 Ontwikkeling van het aanbod

Of concurrentie op de markt leidt tot optimale uitkomsten, is niet alleen afhankelijk van het bestaande aanbod op de markt. Het is ook afhankelijk van de mate waarin de marktverhoudingen kunnen veranderen. Zelfs wanneer een markt sterk geconcentreerd is, kan deze leiden tot optimale uitkomsten, wanneer de dreiging van nieuwe toetreders of uitbreiding door bestaande aanbieders groot is. Deze paragraaf gaat nader in op mogelijkheden voor toetreding en uitbreiding.

2.6.4.1 Toetreding

Toetredingsdrempels

Er bestaat op dit moment een aantal factoren dat effectieve toetreding tot de extramurale ABWZ-zorg kan bemoeilijken. CTG/ZAio en het CTZ identificeren als belangrijkste toetredingsdrempels het verkrijgen (of uitbreiden naar een andere regio) van een contract met het zorgkantoor en het verkrijgen van contact met cliënten en verwijzers.²⁶ Ten slotte komt uit

²⁵ Deze schattingen zijn gebaseerd op data van het CAK-BZ omtrent de eigen bijdrage die cliënten moeten betalen voor bepaalde vormen van zorg. Het gaat hierbij om data betreffende de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging. Daarbij is aangenomen dat zorgaanbieders die in meer dan één zorgkantoorregio actief zijn en daarvoor in slechts één regio productieafspraken maken, afspraken maken met het zorgkantoor in de regio waar zij het grootst zijn. Deze cijfers zijn gebaseerd op de eerste helft van 2005.

²⁶ CTG/ZAio en CTZ, "Visiedocument extramurale AWBZ-zorg, analyse en aanbevelingen voor concurrentie", Utrecht, november 2005.

de interviews naar voren dat ook toelating door het CVZ een probleem kan vormen, vanwege de lange doorlooptijden die de toelatingsprocedure kent.

Contract met het zorgkantoor

Zorgkantoren zijn verplicht voldoende zorg in te kopen voor hun cliënten, binnen de daartoe bestemde regionale contracteerruimte. In 2006 hebben de zorgkantoren er vanuit oogpunt van continuïteit van zorg voor gekozen om zorgaanbieders 90 tot 100% (afhankelijk van de regio) van de gerealiseerde productie over het jaar 2005 te garanderen. De rest van de contracteerruimte is op basis van gunningcriteria of via aanbesteding verdeeld over de zorgaanbieders die zich daarvoor hadden aangemeld.²⁷ Hoewel gunning of aanbesteding een positieve ontwikkeling is, heeft het beperkte budget dat aanbesteed of gegund werd tot gevolg dat het voor nieuwe toetreders erg moeilijk is om een marktaandeel van enige omvang te verwerven. CTG/ZAio en het CTZ zijn daarom van mening dat het verkrijgen van een contract met het zorgkantoor nog steeds een drempel kan vormen voor nieuwe toetreders. Deze drempel kan verlaagd worden wanneer zorgkantoren een groter deel van de zorg inkopen op basis van de relatieve prestaties van zorgaanbieders ten opzichte van elkaar.

Contact met cliënten en verwijzers

Naast het hebben van een contract met het zorgkantoor is ook de realisatie van de productieafspraken belangrijk. Zoals gemeld, is de keuze van cliënten sterk afhankelijk van naamsbekendheid en de mening van anderen. Een nieuwe toetreders tot de markt heeft vaak nog niet het voordeel van mond-tot-mondreclame van mensen die ervaring hebben met de aanbieder, en ook geen naamsbekendheid. Daar komt bij dat de zorgaanbieders ten aanzien van zorg-in-natura cliënten niet kunnen concurreren op prijs, maar alleen op kwaliteit. De kwaliteit wordt in de zorgsector echter nog nauwelijks op een vergelijkbare manier gemeten en inzichtelijk gemaakt. Dit maakt het voor een nieuwe toetreders bijzonder lastig om daadwerkelijk cliënten te trekken en productie te kunnen realiseren.

Bovenregionale toetreding

Wanneer een aanbieder actief wil worden in een andere dan zijn eigen zorgkantoorregio heeft hij daarvoor drie mogelijkheden. De aanbieder kan er voor kiezen om een nieuwe rechtspersoon op te richten in de regio waarin hij zorg wil leveren en deze rechtspersoon afzonderlijk afspraken laten maken met het betreffende zorgkantoor. In dit geval ondervindt hij dezelfde problemen als nieuwe toetreders. Het enige voordeel dat de bestaande aanbieder in dit geval heeft, is zijn naamsbekendheid op basis van geleverde zorg in andere regio's.

Daarnaast kan de aanbieder kiezen voor een fusie met een zorgaanbieder in een andere regio. Op die manier heeft hij direct naamsbekendheid én een contract met het zorgkantoor. Van een echte nieuwe toetreders is dan echter geen sprake. De concurrentieverhoudingen in de

²⁷ In hoofdstuk 3 zal nader worden ingegaan op de specifieke voorwaarden die zorgkantoren hebben gehanteerd bij het inkopen van zorg.

zorgkantoorregio veranderen derhalve niet sterk wanneer een aanbieder toetreedt door middel van fusie met een zorgaanbieder in de regio.

Ten derde kan de aanbieder met het zorgkantoor in zijn statutaire vestigingsplaatsregio aanvullende productieafspraken te maken. De zorgkantoren dienen in dat geval onderling afspraken te maken over de inzet van hun beider contracteerruimten. Uit de interviews komt naar voren dat zorgkantoren in 2005 vaak moeite hadden met de overheveling van contracteerruimten.²⁸ Dit had onder meer te maken met de verschillende eisen die zorgkantoren stelden aan de aanbieders die zij contracteerden. Hierdoor wordt toetreding en/of groei van bovenregionale aanbieders belemmerd. Voor 2006 heeft ZN een beleid opgesteld dat het probleem van bovenregionale contractering moet verminderen. Het is vooralsnog onduidelijk welk effect dit beleid heeft op de mogelijkheden om bovenregionaal toe te treden.

CTG/ZAio en het CTZ zijn van mening dat de plicht voor aanbieders om productieafspraken te maken met het zorgkantoor in zijn statutaire vestigingsplaats bovenregionale toetreding kan belemmeren. Om een dergelijke afschaffing mogelijk te maken, is het vooral van belang dat de regionale contracteerruimten van zorgkantoren kunnen worden verdeeld op basis van de geschatte zorgkosten van bepaalde cliëntgroepen in de betreffende regio. De informatie die noodzakelijk is voor een dergelijke berekening is momenteel niet beschikbaar en vergt veel onderzoek. Gezien de geplande herziening van de AWBZ-zorg zijn CTG/ZAio en het CTZ van mening dat de kosten van zulk onderzoek en van omvorming van het systeem waarschijnlijk niet opwegen tegen de baten ervan.

Winstoogmerk

Tot voor kort was één van de belemmeringen voor toetreders dat er binnen de AWBZ-zorg geen winstoogmerk mogelijk was. Hierdoor was het voor bijvoorbeeld investeringsmaatschappijen niet interessant om te investeren in de AWBZ-zorg. Per 1 januari 2006 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) van kracht geworden. In het uitvoeringsbesluit WTZi valt te lezen dat AWBZ-zorgaanbieders die enkel zorg zonder verblijf aanbieden een winstoogmerk mogen hebben. De mogelijkheid om uitkeerbare winst te maken kan de markt voor extramurale AWBZ-zorg aantrekkelijk maken voor private investeerders en op die manier toetreding uitlokken. Het is van belang in de gaten te houden wat de precieze effecten zijn van de mogelijkheid om winst te maken op de toetreding in de markt. Hierbij is het tevens van belang de kwaliteit van de geleverde zorg scherp in de gaten te houden. Immers, bij een gebrek aan kwaliteitsindicatoren is het gemakkelijk om de winst te vergroten door te korten op kwaliteit.

²⁸ College toezicht zorgverzekeringen, 'Zorginkoop zorgkantoren', juli 2005, p. 22.

Toetreding in de praktijk

In totaal waren er in 2005 per zorgkantoorregio gemiddeld drie nieuwe toetreders tot de markt voor extramurale AWBZ-zorg. In het eerste kwartaal van 2006 zijn er per regio gemiddeld twee nieuwe aanbieders toegetreden.²⁹

Wanneer gekeken wordt naar de herkomst van de nieuwe toetreders dan wordt duidelijk dat ongeveer 13% van de toetreders reeds actief was als intramurale aanbieder. Eenzelfde percentage toetreders was reeds in andere regio's actief. Ongeveer driekwart van de aanbieders had voorheen nog geen contract met een zorgkantoor voor het leveren van AWBZ-zorg. Opvallend is dat een groot aantal toetreders tot de markt zich slechts op een beperkt aantal producten richt. Zo is bijna 20% van de nieuwe toetreders actief als opvangtehuis en traden er veel gespecialiseerde aanbieders voor dagactiviteiten toe. Dergelijke specialisatie is veel minder zichtbaar bij reeds bestaande aanbieders. Dit verschil wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het feit dat zorgaanbieders tot 2003 verplicht waren om het hele pakket aan zorg aan te bieden. Met de invoering van de AWBZ-brede functionele aanspraken is het mogelijk geworden om toegelaten te worden voor het leveren van één of enkele functie(s). Te verwachten is dat steeds meer partijen tot een specifiek deel van de AWBZ-zorgmarkt zullen toetreden.

Hoewel toetreding tot de markt plaatsvindt, is het de vraag of dit voldoende is om een goede werking van de markt te waarborgen. Het totale marktaandeel van nieuwe toetreders is namelijk erg laag: gemiddeld nemen toetreders gezamenlijk minder dan 1% van de totale extramurale productie in de regio voor hun rekening. Dit gold zowel voor 2005 als voor 2006. Tijdens de interviews geven de meeste zorgaanbieders ook aan dat er vooralsnog weinig dreiging uitgaat van nieuwe toetreders tot de markt. De effectieve concurrentiedruk die uitgaat van de (dreiging) van nieuwe toetreders, is daarmee vooralsnog beperkt.

2.6.4.2 Groei van bestaande aanbieders

Behalve door toetreding kunnen de marktverhoudingen ook veranderen door de groei van bestaande aanbieders. Hiervoor zijn twee mogelijkheden: door autonome groei, of door een concentratie aan te gaan met een andere aanbieder.

Autonome groei

Ten eerste kunnen zorgaanbieders groter worden door autonome groei. CTG/ZAio en het CTZ zijn van mening dat zorgaanbieders in principe weinig interne belemmeringen kennen om te groeien. Hiervoor zijn enkel voldoende geschoold personeel en voldoende vraag naar zorg nodig. Overigens is dit sterk afhankelijk van eventuele krapte op de arbeidsmarkt. De grootste belemmering voor aanbieders om sterk te groeien is een externe belemmering en ligt op het gebied van het verhogen van de productieafspraken met het zorgkantoor. Door de beperkte contracteerruimte waarbinnen de zorgkantoren zorg in moeten kopen en de angst dat

²⁹ In beide jaren varieerde het aantal nieuwe toetreders per zorgkantoorregio tussen de 0 en de 6 toetreders.

zorgaanbieders een sterke groei niet aankunnen, krijgen zorgaanbieders vooralsnog weinig mogelijkheden om sterk te groeien. Zorgkantoren kunnen deze drempel verlagen door een groter deel van de zorg in te kopen op basis van de relatieve prestaties van zorgaanbieders ten opzichte van elkaar.

Concentraties³⁰

Fusies en overnames zijn een veel geziene reactie van zorgaanbieders op het liberaliseren van de markt voor extramurale AWBZ-zorg. De redenen die zorgaanbieders hebben om een concentratie aan te gaan, zijn divers. Zo hebben grotere aanbieders vaak meer budget beschikbaar voor zorginhoudelijke innovaties en hebben zij meer reserves om de klappen van bijvoorbeeld mislukte innovaties op te vangen. Ook kan een concentratie leiden tot meer efficiëntie en meer cliëntgerichtheid (met name bij verticale concentraties geldt vaak: sneller in het juiste bed). Daarnaast kan een concentratie ook tot doel hebben de marktmacht van de samengaande aanbieders te vergroten, teneinde bijvoorbeeld een hogere prijs of een hoger volume te kunnen afdwingen bij het zorgkantoor, of ongestraft een verminderde kwaliteit of inefficiënte producten te kunnen leveren. Dit heeft negatieve gevolgen voor de publieke doelen; kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

De NMa heeft in 2005 vijftien besluiten genomen in concentratiezaken waarbij AWBZ-zorgaanbieders betrokken waren.³¹ Hierbij heeft de NMa in 12 gevallen goedkeuring gegeven voor de (voorgenomen) concentratie, in één geval is goedkeuring onder voorwaarden verleend en in twee gevallen is de concentratie niet doorgezet als gevolg van de door de NMa geuite bezwaren. Ook lopen nog twee zaken die in 2005 gemeld zijn bij de NMa. Niet alle concentraties in de extramurale AWBZ-zorg worden echter gemeld bij de NMa. Wanneer partijen de omzetrempels voor de meldingsplicht niet halen, hoeven zij geen toestemming te vragen aan de NMa voor een voorgenomen concentratie. Het totale aantal concentraties op de markt is daarom niet met zekerheid vast te stellen. Gezien het grote aantal zorgaanbieders binnen de AWBZ-zorg dat een mogelijke concentratie met een andere aanbieder niet hoeft te melden³², is het echter waarschijnlijk dat dit aantal aanzienlijk is.³³

In de extramurale AWBZ-zorg hebben de meeste concentraties betrekking op partijen met een gelijksoortig zorgaanbod (horizontale fusie). Er lijkt echter ook een trend zichtbaar richting meer verticale concentraties, zoals concentraties tussen AWBZ-zorgaanbieders en ziekenhuizen en tussen intra- en extramurale AWBZ-zorgaanbieders.

Het netto-effect van een concentratie op de publieke belangen verschilt per geval. In paragraaf 2.6.2 kwam naar voren dat vooral in de dunbevolkte gebieden vaak sprake is van een zeer beperkt aantal aanbieders. Dit komt waarschijnlijk doordat een minimale schaal vereist is om in bepaalde dunbevolkte gebieden kostendekkend zorg te kunnen aanbieden. Wanneer een groot

³⁰ Onder concentratie kunnen zowel fusies, als overnames en joint ventures worden verstaan.

³¹ Ondernemingen zijn verplicht een concentratie te melden bij de NMa wanneer zij een gezamenlijke omzet hebben van tenminste € 113.450.000 en tenminste twee van de fuserende partijen een omzet hebben van tenminste € 30 miljoen.

³² CTG/ZAio en CTZ, "Visiedocument extramurale AWBZ-zorg, analyse en aanbevelingen voor concurrentie", Utrecht, november 2005.

³³ Tijdens de behandeling van de Wet marktordening gezondheidszorg in de Tweede Kamer is er een amendement aangenomen (Tweede Kamer der Staten Generaal, "Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg)", vergaderjaar 2005-2006, kamerstuk 30186/45) dat de mogelijkheid schept om de meldingsdrempels in de Mededingingswet voor bepaalde categorieën instellingen per AMvB voor maximaal 5 jaar te verlagen. Deze periode kan telkens bij algemene maatregel van bestuur worden verlengd.

aantal instellingen de zorg in zo'n gebied levert , brengt dit vaak hoge vervoerskosten met zich mee. Uit interviews met zorgaanbieders komt echter naar voren dat er verder nauwelijks sprake is van schaalvoordelen. CTG/ZAio en het CTZ verwachten dan ook niet dat er significante efficiëntievoordelen te behalen zijn wanneer reeds zeer grote aanbieders horizontaal met elkaar besluiten te fuseren. Wel kan er van een dergelijke fusie een beperking van de keuzemogelijkheden van zowel de cliënt als het zorgkantoor uitgaan. De NZa acht de groei van reeds zeer grote aanbieders door middel van horizontale fusies en overnames in de meeste gevallen dan ook onwenselijk, vooral wanneer er geen sprake is van aantoonbare efficiëntievoordelen. Wel acht zij het nuttig wanneer meer spelers van enige omvang in een bepaalde markt actief zijn om tegenwicht te bieden aan een grote speler in de markt. Dit kan enerzijds door autonome groei van kleinere aanbieders en anderzijds door fusies en overnames tussen kleinere zorgaanbieders.

2.7 Verdeling van de macht in onderhandelingen

Voor de uitkomsten van de markt ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid is niet alleen de concentratie van het aanbod en de mogelijke verandering daarin van belang. Ook de compenserende afnemersmacht speelt een rol. Tot de opheffing van de contracteerplicht in de extramurale AWBZ-zorg, was het zorgkantoor verplicht om met alle aanbieders in de regio een contract te sluiten. Hoewel zorgkantoren toen niet noodzakelijk alle zorg die de betreffende aanbieder kon leveren hoefden te contracteren, was de onderhandelingsmacht van het zorgkantoor beperkt.

Met de opheffing van de contracteerplicht zijn er voor de zorgkantoren meer mogelijkheden ontstaan om selectief te contracteren en is de onderhandelingspositie van zorgkantoren verbeterd. In de AWBZ is zoals vermeld elke zorgaanbieder voor het maken van productieafspraken afhankelijk van het zorgkantoor in de regio waar hij statutair gevestigd is. Het zorgkantoor heeft daarmee een monopsonistische inkooppositie ten opzichte van de zorgaanbieders. De zorgaanbieders die door CTG/ZAio en het CTZ zijn geïnterviewd, geven aan dat de onderhandelingsmacht op dit moment bij het zorgkantoor ligt.

"...Het zorgkantoor heeft vrij veel macht en kan redelijk goed dwarsliggen..."

"...Het zorgkantoor is in het zadel geklommen en op de regiobudgetten gaan zitten. Je moet naar hun pijpen dansen..."

"...Het zorgkantoor heeft nu als machtsmiddel dat ze niet meer hoeven te contracteren met instellingen. De grote instellingen kunnen vaak zelf een hogere prijs afdwingen. Vooral voor kleinere instellingen betekent dit dat er wat van de prijs wordt afgesnoept..."

"...Wij hebben het gevoel aan het zorgkantoor te zijn overgeleverd..."

"...We nemen wat we van het zorgkantoor krijgen..."

"...We hebben zorgplicht en moeten cliënten elke dag zorg leveren. Als zorgaanbieder kun je geen hoog spel spelen met het zorgkantoor en pas zorg leveren als je een onderhandelingsresultaat bereikt waar je wél tevreden over bent..."

Zorgkantoren lijken op het eerste gezicht over een goede onderhandelingspositie te beschikken. De onderhandelingspositie van zorgkantoren ten opzichte van zorgaanbieders hangt echter ook af van de mate waarin zorgkantoren de dreiging om cliënten elders onder te brengen kunnen waarmaken.³⁴ Hoe groter het risico om de cliënt kwijt te raken, des te groter de prikkel voor de zorgaanbieder om tegemoet te komen aan de wensen van het zorgkantoor, zoals een betere kwaliteit en/ of lagere prijzen. Een gunstig onderhandelingsresultaat is dus onder meer afhankelijk van de mogelijkheden die zorgkantoren hebben om cliënten te stimuleren te kiezen voor een aanbieder met wie zij een aantrekkelijke overeenkomst hebben gesloten.³⁵ Hiervoor is het van belang om te bezien in hoeverre zorgkantoren de keuze van cliënten kunnen beïnvloeden en om te kijken of het zorgkantoor zonder bepaalde aanbieders toch aan zijn zorgplicht kan voldoen.

- Zorgkantoren hebben vooral mogelijkheden voor keuzeondersteuning³⁶ bij cliënten die voor het eerst zorg-in-natura afnemen en die geen voorkeur hebben voor een bepaalde aanbieder. Het gaat daarbij volgens de zorgkantoren om ongeveer 1 tot 25% van de cliënten. Ongeveer de helft van de zorgkantoren biedt cliënten zonder voorkeur keuzeondersteuning.

Zorgkantoren bieden cliënten die wel een voorkeur hebben voor een bepaalde aanbieder of cliënten die reeds in zorg zijn genomen nauwelijks keuzeondersteuning. Dit komt enerzijds door een recente wijziging in de AWBZ, die stelt dat het zorgkantoor cliënten die reeds in zorg zijn genomen niet mag dwingen over te stappen naar een andere aanbieder, zelfs wanneer hij een bepaalde aanbieder niet meer contracteert.³⁷ Anderzijds zorgt het risico op imagoschade ervoor dat de meeste zorgkantoren cliënten ook geen keuzeondersteuning willen bieden. Mochten cliënten negatief reageren op de keuzeondersteuning door het zorgkantoor, dan kan dit immers een negatief effect hebben op het imago van de zorgverzekeraar die het zorgkantoor voert. Hoewel het directe verband tussen de zorginkoop en de zorgvraag dus ontbreekt, zullen zorgkantoren toch geneigd zijn te luisteren naar de wensen van de cliënt. Cliënten kiezen vooral op basis van naamsbekendheid en ervaringen van anderen voor een bepaalde (voorkeurs)aangebieder. Dit leidt er toe dat vooral de gevestigde aanbieders op de markt vaak een sterke positie hebben ten opzichte van het zorgkantoor.

Meer transparantie omtrent de kwaliteit van de geleverde zorg kan het voor zorgkantoren eenvoudiger maken om cliënten keuzeondersteuning te bieden. Hoofdstuk 4 gaat nader in op de transparantie van kwaliteit. Zorgkantoren kunnen

³⁴ Sorensen, A.T. "Insurer-hospital bargaining; negotiated discounts in post deregulation Connecticut". *Journal of industrial economics*, 51(4), 469-490 2003.

³⁵ Varkenvisser M., N. Polman, S.A. van der Geest "Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen 'sturen'". *Economische statistische berichten*, 27(01), 38-40 2006.

³⁶ Onder keuzeondersteuning verstaan CTG/ZAio en het CTZ dat zorgkantoren cliënten stimuleren een keuze te maken uit een groep reële alternatieven.

³⁷ Art. 15, vierde lid, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

vaak ook beter keuzeondersteuning bieden als de aanbieder van voorkeur een wachtlijst heeft. Zorgkantoren zouden wachtlijsten eventueel als strategisch instrument kunnen gebruiken om meer aan keuzeondersteuning te kunnen doen.

- Vooral ten aanzien van grote zorgaanbieders geldt dat het zorgkantoor hen vaak wel moet contracteren om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. Er is hier dus sprake van wederzijdse afhankelijkheid. In de meeste gevallen is het voor het zorgkantoor wel mogelijk de grote zorgaanbieders te prikkelen tot het leveren van een goede prijs-kwaliteitverhouding door (te dreigen) hun gecontracteerde volume geleidelijk af te bouwen. De voor 2006 gehanteerde aanbestedingsprincipes hebben het voor de zorgkantoren gemakkelijker gemaakt om de productieafspraken met een bepaalde aanbieder te verlagen, wanneer deze aanbieder geen goede prijs-kwaliteitverhouding offereerde. De onderhandelingsmacht van de grote zorgaanbieders is daarmee enigszins afgenomen.

Vooralsnog lijken de zorgkantoren dus vooral ten aanzien van nieuwe kleine zorgaanbieders relatief veel onderhandelingsmacht te hebben. Ten aanzien van grote en/of gevestigde aanbieders lijkt de onderhandelingsmacht evenredig verdeeld.

Hoewel de zorgkantoren dus over enige onderhandelingsmacht lijken te beschikken, zijn de prikkels voor de zorgkantoren om gebruik te maken van hun onderhandelingsmacht beperkt. Het budget dat zorgkantoren ontvangen voor de uitvoering van hun taak, bestaat uit twee delen: het beheerskostenbudget en het zorginkoopbudget. Zorgkantoren lopen enkel risico met hun beheerskostenbudget. Met het zorginkoopbudget, ook wel contracteerruimte genoemd, lopen de zorgkantoren geen risico. Eventuele overschrijdingen van dit budget worden door CTG/ZAio teruggehaald bij de zorgaanbieders in de regio naar rato van de contracteerruimte.³⁸ De voornaamste prikkel voor zorgkantoren om doelmatige zorg in te kopen is op dit moment afkomstig van het externe toezicht door het CTZ, die toeziet op een doel- en rechtmatige uitvoering van de AWBZ. Zorgkantoren hebben er zelf verder weinig baat bij om scherp te onderhandelen met zorgaanbieders.

2.8 Samenvatting

De markt voor extramurale AWBZ-zorg kent een hoge mate van concentratie aan de aanbodzijde van de markt. Deze concentratie vormt een risico voor de behartiging van de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Cliënten lijken weliswaar in de meeste gebieden de keuze tussen meer zorgaanbieders te hebben, maar zorgkantoren kopen vaak een groot deel van de benodigde zorg in de regio in bij

³⁸ Wanneer het zorgkantoor reeds aan het begin van het jaar meer productieafspraken maakt dan binnen haar budget past, wordt de overschrijding teruggehaald bij alle aanbieders die gecontracteerd zijn, naar rato van hun aandeel in de totale contracteerruimte. Dit gebeurt door een neerwaartse bijstelling van de productieafspraken in het betreffende jaar. Wanneer de overschrijding van de contracteerruimte wordt veroorzaakt doordat er in de loop van het jaar teveel aanvullende productieafspraken worden gemaakt, dan wordt de overschrijding teruggehaald bij de aanbieders die aanvullende afspraken hebben gemaakt naar rato van deze afspraken.

slechts een beperkt aantal grote aanbieders. Zo kopen zorgkantoren gemiddeld meer dan 70% van de benodigde zorg binnen de functies huishoudelijke verzorging en behandeling in bij slechts één tot twee aanbieders. De onderhandelingsmacht van zorgkantoren is daardoor vooral ten aanzien van grote spelers beperkt. Ook gevestigde aanbieders hebben een relatief sterke positie ten opzichte van het zorgkantoor. Omdat de eigen voorkeur van cliënten – vooral gebaseerd op naamsbekendheid – nog erg belangrijk is, kunnen en willen zorgkantoren cliënten vooralsnog namelijk nauwelijks kunnen keuzeondersteuning bieden.

Hoewel de markt op dit moment al behoorlijk geconcentreerd is, neemt de concentratie op de markt nog verder toe door fusies en overnames. Hierdoor zal de onderhandelingsmacht van de zorgaanbieders naar verwachting toenemen. Hoewel er enige toetreding tot de markt bestaat, zijn de marktaandelen van deze nieuwe toetreders erg klein. De concurrentiedruk die uitgaat van de nieuwe spelers op de grote aanbieders is daarmee beperkt.

3. Inkoopgedrag zorgkantoren

3.1 Inleiding

Na het opheffen van de contracteerplicht in 2004 kochten de zorgkantoren voor het jaar 2005 zorg in op basis van een gezamenlijk geformuleerd contracteerbeleid. Dit beleid kende een aantal eisen, in de praktijk *uitsluitingscriteria* genoemd. Aan deze criteria moeten zorgverleners voldoen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. Het nadeel van een dergelijke inkoopprocedure is dat een aanbieder met een relatief goede prijs-kwaliteitverhouding ten opzichte van andere aanbieders niet extra beloond wordt. Ook heeft het zorgkantoor hierbij vaak nauwelijks inzicht in de kosten, en kan hij bijvoorbeeld niet een lagere prijs afdwingen indien de zorgaanbieder alle zorg levert in een dichtbevolkt gebied. Dergelijke inkoop zal waarschijnlijk niet leiden tot optimalisering van de prijs-kwaliteitverhouding. Bovendien is bij een dergelijke inkoopprocedure lastig vast te stellen of zorgkantoren objectief gehandeld hebben.

Voor het jaar 2006 stelden de zorgkantoren wederom gezamenlijk een contracteerbeleid op dat in diverse opzichten is verfijnd en verbeterd ten opzichte van 2005.³⁹ In 2006 namen de zorgkantoren behalve uitsluitings- ook *beoordelingscriteria* op in hun contracteerbeleid. Veel zorgkantoren kochten volgens de principes van aanbesteding zorg in. Dit als reactie op een eerder onderzoek van ZN, dat constateerde dat zorgkantoren aanbestedingsplichtig zijn. Zes zorgkantoren hanteerden voor een deel van de zorginkoop een openbare aanbestedingsprocedure.

3.2. Inkoopproces

3.2.1 Algemeen

Figuur 6 is een grafische weergave van het inkoopproces dat de zorgkantoren in 2006 hanteerden. De volgende paragraaf gaat op een aantal van deze stappen in.

Figuur 6: Inkoopproces van zorgkantoren

Bepalen aard en volume in te kopen zorg	Informereren aanbieders	Vaststellen wie voldoet aan uitsluitings-criteria	Bekendmaken met wie overeenkomst wordt gesloten	Rangorde bepalen van mate waarin is voldaan aan beoordelings-criteria	Verdelen contracteer-ruimte
---	-------------------------	---	---	---	-----------------------------

³⁹ http://www.zn.nl/leeszaal/rapporten/leidraad_contracteerbeleid_zorgkantoren.asp

3.2.2 Informeren zorgaanbieders

Om ervoor te zorgen dat alle zorgaanbieders die in de regio zorg willen aanbieden ook daadwerkelijk kunnen meedingen naar een contract met het zorgkantoor, is het van belang dat de inkoopvoorwaarden tijdig bekend zijn. Voor 2006 maakten alle zorgkantoren het contracteerbeleid voor uiterlijk 16 november 2005 bekend aan de zorgaanbieders. Alle zorgkantoren publiceerden hun contracteerbeleid op de website. Slechts één zorgkantoor schermde de website af via een wachtwoord, zodat enkel geïnteresseerde én toegelaten aanbieders zich op eenvoudige wijze van het contracteerbeleid op de hoogte konden stellen. Tevens organiseerden negentien zorgkantoren minimaal één informatiebijeenkomst waarin het contracteerbeleid werd toegelicht.

Zorgaanbieders gaven twee knelpunten aan in het beleid van zorgkantoren:

- Sommige zorgaanbieders geven aan dat ze overspoeld zijn met informatie. Doordat sommige zorgkantoren hun beleid gedurende de inkoop wegens voortschrijdend inzicht hebben bijgesteld, werden de in hun regio toegelaten zorgaanbieders zagezegd “overspoeld met informatie” en was het definitieve beleid hun pas laat bekend. Naar verwachting zal de FAQ-lijst en het aantal wijzigingen in de inkoop volgend jaar kleiner zijn omdat zorgkantoren na een jaar experimenteren meer ervaring hebben met de inkoop van zorg volgens de principes van het aanbesteden.
- Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat het feit dat zij pas in maart weten hoeveel zorg zij daadwerkelijk mogen leveren problemen met zich mee brengt. De zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld niet tijdig investeren in extra personeel of juist een reorganisatie doorvoeren. Het zou wenselijk zijn om voor aanvang van het kalenderjaar al te weten hoeveel zorg men tegen welke prijs mag leveren. Om tijdig aan zorgaanbieders bekend te kunnen maken hoeveel zorg zij mogen leveren, moeten alle stappen van het inkoopproces naar voren worden gehaald. Hiervoor is het in de eerste plaats aan de overheid, CTG/ZAio en het CTZ om eerder het beleidskader voor de afspraken tussen zorgkantoren en zorgaanbieders te schetsen. Vervolgens zullen ook de zorgkantoren de inkoop van zorg moeten vervroegen.

Uit bovenstaande blijkt dat de sector in het algemeen een transparante werkwijze hanteert waarbij de meeste zorgaanbieders conform hetgeen hierover landelijk is afgesproken geïnformeerd zijn over de te volgen procedure.

3.2.3 De uitsluitingscriteria

In het contracteerbeleid hebben zorgkantoren onder meer uitsluitingscriteria opgenomen om te bepalen of zij met een zorgaanbieder een overeenkomst aan willen gaan. Alle zorgkantoren hebben in hun uitsluitingscriteria een aantal wettelijke vereisten zoals de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG), de Kwaliteitswet Zorginstelling (KwZ), de Wet medezeggenschap cliënten in zorginstellingen en een vastgelegde klachtenregeling en privacybeleid opgenomen. Daarnaast hebben alle zorgkantoren een drietal uitsluitingscriteria

opgenomen over de uitvoering van een cliëntenraadpleging, het hanteren van een kwaliteitssysteem en de bedrijfsadministratie. Concreet gaat het daarbij om aanlevering van gegevens ten behoeve van het opleggen van de eigen bijdrage, monitoren productierealisatie en de AZR. Zorgkantoren vullen deze uitsluitingscriteria verschillende manieren in. Zo eist één zorgkantoor een kwaliteitssysteem zonder externe audit verplicht te stellen. Andere zorgkantoren eisen ultimo 2006 een HKZ opstartcertificaat of een vergelijkbaar certificaat met onafhankelijke toetsing. Ook is niet elk zorgkantoor even streng wanneer een zorgaanbieder niet aan (één van) de laatste drie genoemde uitsluitingscriteria voldoet. Zo zijn er zorgkantoren die in dat geval zorgaanbieders zonder meer uitsluiten van de overeenkomst. Andere zorgkantoren bieden zorgaanbieders echter de mogelijkheid om een verbeterplan in te dienen om binnen een termijn van twee jaar (ultimo 2008) wel aan de criteria te kunnen voldoen.

De meeste zorgkantoren belonen aanbieders die voldoen aan de uitsluitingscriteria met een overeenkomst voor één jaar. Tevens beloont een ruime meerderheid van de zorgkantoren zorgaanbieders die voldoen aan de uitsluitingsgronden met een budgetgarantie. Deze is afhankelijk van de situatie en ligt tussen 90 en 100% van de door het zorgkantoor geprognosticeerde productierealisatie in 2005. Belangrijk is hierbij op te merken dat het gaat om een gegarandeerd minimum. Zorgaanbieders kunnen hier bovenop nog aanvullende afspraken krijgen indien zij goed presteren. Anderen beloven geen budgetgarantie maar wel een meerjaren overeenkomst. Twee zorgkantoren gaan een overeenkomst voor twee jaar aan en één zorgkantoor gaat een overeenkomst voor drie jaar aan met zorgaanbieders.

De NZa ontvangt vooral van instellingen die in de loop van 2005 zijn toegetreden of hebben uitgebreid signalen dat zij het oneens zijn met het volume dat ze per 1 maart krijgen toegewezen door zorgkantoren. Deze toewijzing gebeurt namelijk in de meeste gevallen op basis van de daadwerkelijke productie in 2005, waarbij de productie van toegetreden/gegroeide zorgaanbieders niet altijd is geëxtrapoleerd naar het volledige jaar. De productieafspraken vallen daardoor voor deze zorgaanbieders vaak laag uit.

De kans dat zorgkantoren teveel zorgaanbieders uitsluiten van een overeenkomst zodat de toegang tot zorg of de keuze tussen zorgaanbieders in het geding komt, lijkt vooralsnog gering omdat:

- uit figuur 3 blijkt dat de meeste cliënten in Nederland kunnen kiezen uit meer gecontracteerde zorgaanbieders;
- uit interviews met zorgkantoren blijkt dat voor de meeste niet specialistische vormen van zorg cliënten in hun regio kunnen kiezen tussen meer zorgaanbieders;
- er geen sprake lijkt te zijn van te lange wachttijden, waardoor cliënten in praktijk ook daadwerkelijk kunnen kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder.

3.2.4 De beoordelingscriteria

In tegenstelling tot de uitsluitingscriteria zijn in de beoordelingscriteria de verschillen tussen zorgkantoren duidelijk aanwezig. Zo varieert alleen al het aantal beoordelingscriteria per zorgkantoor van twee tot ruim veertig. De beoordeling vindt plaats over meer dimensies dan prijs alleen. De meerderheid van de zorgkantoren hanteert ook criteria die verband houden met de kwaliteit van zorg, zoals de toegankelijkheid van zorg of administratieve verplichtingen. Tabel 1 geeft een overzicht van de beoordelingscriteria die de verschillende zorgkantoren hebben gehanteerd en hoeveel waarde zij daarbij hechtten aan prijs en kwaliteit.

Tabel 1: Typering Inkoop

Typering en weging beoordelingscriteria	Aantal zorgkantoren
Geen duidelijke beoordelingscriteria	1
Alleen kwaliteit ⁴⁰ , geen prijs criterium	3
Economisch meest voordelige aanbieder ⁴¹	22
Kwaliteit > prijs	7
Kwaliteit > prijs maar met individuele onderhandeling over prijs ⁴²	4
Kwaliteit = prijs	5
Kwaliteit < prijs	6
Alleen prijs criterium ⁴³	6

De zorgkantoren verbinden de volgende consequenties aan goede scores op de beoordelingscriteria:

- de score is mede bepalend voor de productieafsprake (volume en prijs) en het in aanmerking komen voor groei uit de regionale contracteerruimte. De beoordelingscriteria zijn input voor de inhoud van het contract en spelen een rol bij de onderhandelingen omtrent de productieafspraken of de toedeling van de groeiruimte;
- met goed scorende aanbieders (op rangorde) gaat men als eerste onderhandelen of wordt als eerste de groeiruimte aangeboden. De score bepaalt de volgorde van het gunnen van een budget binnen een kavel;

⁴⁰ Kwaliteit= kwaliteit van zorg, toegankelijkheid, of administratieve performance.

⁴¹ Bij het criterium economisch meest voordelige aanbieder wordt de keus bepaald op grond van een weging van de scores die zijn gekregen op meer gunningscriteria. Gunningcriteria betreffen aspecten zoals bijvoorbeeld prijs, kwaliteit en levertijd. De wegingsfactoren worden in volgorde van belangrijkheid vooraf bekend gemaakt zodat potentiële inschrijvers precies zien aan welke aspecten de aanbestedende dienst veel waarde hecht. Indien mogelijk wordt het relatieve gewicht van de verschillende criteria aangegeven. (<http://www.ez.nl/content.jsp?objectid=36556>)

⁴² Bij zorgkantoren die individuele onderhandelingen voerden over de prijs, werden zorgaanbieders eerst gerangschikt op basis van hun kwaliteitsscore, en werd er vervolgens onderhandeld over de prijs. De geboden prijs speelde dus geen rol bij het bepalen van de volgorde waarin er met zorgaanbieders onderhandeld werd.

⁴³ Zorgkantoren die alleen een prijs criterium hanteerden, hadden hun minimale kwaliteitseisen opgenomen in de uitsluitingscriteria. Vervolgens was het voor die zorgkantoren zaak om, gegeven de kwaliteit, een optimale prijs af te spreken.

- zorgaanbieders die hoog scoren krijgen een overeenkomst voor twee of drie jaar. (drie zorgkantoren);
- keuzeondersteuning van cliënten die geen voorkeursaanbieder aangeven naar de aanbieders die hoog scoren (zestien zorgkantoren).

Enkele zorgkantoren verbinden ook specifieke consequenties aan zeer lage scores op de beoordelingscriteria of op de minimale eisen die in de beoordelingscriteria zijn gesteld:

- er worden voorwaardelijke productieafspraken vastgelegd. Te denken valt aan de ondergrenzen van kwaliteit van zorg of de administratieve verplichtingen;
- er vindt afbouw van de extramurale productie plaats.

Hoewel er zeer sterke prikkels uitgaan van het inkopen van zorg aan de hand van de scores van aanbieders op bepaalde beoordelingscriteria, is het aandeel van de zorg dat op dit moment verdeeld wordt op basis van de beoordelingscriteria zeer beperkt. De NZa is van mening dat zorgkantoren in principe alle zorg zouden moeten inkopen op basis van de relatieve prestaties van zorgaanbieders ten opzichte van elkaar, mits daarbij de continuïteit van de lopende zorg gewaarborgd is. Op die manier krijgen alle zorgaanbieders een eerlijke kans op productieafspraken en worden zij beloond naar gelang hun relatieve prestaties ten aanzien van prijs en kwaliteit. De NZa zal het voortouw nemen met een studie naar de mate waarin een economische optimalisatie van het inkoopbeleid binnen de juridische grenzen mogelijk is.

3.3 Objectief en non-discriminatoir beleid

Om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders allemaal een eerlijke kans maken op productieafspraken met het zorgkantoor, moeten de zorgkantoren objectief en non-discriminatoir zorg inkopen. In 2006 zijn bijna alle instellingen die extramurale zorg leveren op gelijke wijze beoordeeld door zorgkantoren. Uitzonderingen hierop zijn de instellingen die zeer specialistische zorg leveren zoals instellingen voor zintuiglijk gehandicapten.

CTG/ZAio en het CTZ hebben twee handelwijzen gesignaleerd bij zorgkantoren die in de praktijk kunnen leiden tot discriminatie van zorgaanbieders bij de inkoop van zorg:

- één zorgkantoor heeft in zijn beoordelingscriteria opgenomen dat een zorgaanbieder ten minste drie jaar specifieke ervaring in de betreffende regio moet bezitten. Een dergelijk criterium belemmert toetreding van nieuwe aanbieders in de betreffende zorgkantoorregio;
- één zorgkantoor heeft de contracten die in juli 2005 waren afgesloten stilzwijgend verlengd, maar heeft in zijn uitsluitingscriteria voor het jaar 2006 opgenomen dat de zorgaanbieder adequaat verzekerd moet zijn voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid. Vanzelfsprekend bestaat er geen twijfel over de noodzaak van het stellen van eisen aan een aansprakelijkheidsverzekering. Echter het beleid kan discriminatoir worden uitgelegd in de zin dat bestaande contractanten niet aan deze eis hoeven te voldoen en nieuwe contractanten wel. Hoewel dit wellicht een formalisering is van de praktijk, zou de eis tot het hebben van een

aansprakelijkheidsverzekering voor alle zorgaanbieders in de regio onverkort moeten gelden.

Voor het overige zijn er bij CTG/ZAio en het CTZ geen signalen bekend dat zorgkantoren op een discriminatoire wijze zorg inkopen.

3.4 Controle op kwaliteit

Zorgkantoren maken weliswaar afspraken over de kwaliteit en prijs, maar tevens van belang is of zij controleren of de afspraken ook daadwerkelijk worden nageleefd. Als er namelijk onvoldoende toezicht is op kwaliteit, bestaat het risico dat zorgaanbieders zich enkel focussen op de prijs, om zo een lager tarief te kunnen offeren. Dit zou op lange termijn kunnen leiden tot problemen omtrent de continuïteit en toegankelijkheid van zorg.

Waar de geoffreerde prijs gemakkelijk te controleren valt, is dit voor kwaliteit niet het geval. Aan alle zorgkantoren is gevraagd of zij objectief konden vaststellen of zorgaanbieders aan de uitsluitings- en beoordelingscriteria voldoen. Vrijwel alle zorgkantoren hebben deze vraag met "ja" beantwoord. Eenderde van de zorgkantoren gaf aan dat het objectief vaststellen niet altijd even eenvoudig was. Een lastig punt was het beoordelen van de informatie die zorgaanbieders aanleveren ter onderbouwing van het voldoen aan een (kwaliteits)criterium. Zorgkantoren vragen zich af hoe diep zij hierin moeten gaan. Er zijn dan ook verschillen in de diepgang waarmee zorgkantoren zorgaanbieders controleren op het al dan niet voldoen aan de uitsluitings- en beoordelingscriteria. Echter, desalniettemin hebben alle zorgkantoren toetsbare kwaliteitscriteria opgesteld.

Naast reguliere (materiële)controles op de inkoopcriteria kunnen er bij het zorgkantoor gedurende het jaar ook nog signalen binnenkomen die wijzen op een minpunt op het gebied van de kwaliteit van de geleverde zorg. Genoemde voorbeelden hiervan zijn uitkomsten van IGZ-rapporten en onderzoeken op het gebied van cliënttevredenheid. CTG/ZAio en het CTZ bevelen de zorgkantoren aan om actie te ondernemen indien zij signalen ontvangen over een tekortschietende kwaliteit bij bepaalde zorgaanbieders.

3.5 Perceptie van zorgaanbieders

In de uitsluitings- en beoordelingscriteria is dan wel aandacht voor kwaliteit, maar de vraag is welke consequenties dit heeft voor de feitelijke zorginkoop. Uit interviews blijkt dat een kleine meerderheid van de ondervraagde zorgaanbieders bij de onderhandelingen ervaart dat het zorgkantoor vooral inzet op prijs. Verder geven zorgaanbieders vooral aan dat het zorgkantoor aanstuurt op de totale omzet plus kwaliteit. Geen enkele zorgaanbieder ervaart kwaliteit als belangrijkste thema in de onderhandelingen. Dit kan worden veroorzaakt doordat kwaliteitscriteria procesmatig zijn gedefinieerd, terwijl "prijs" op resultaatsniveau is gedefinieerd. In de praktijk betekent een hoge score die berust op kwaliteitsaspecten, vooral een bepaalde positie voor het in aanmerking komen van de groeirimte. Bij zorgkantoren die in de

beoordelingscriteria onduidelijk zijn geweest over de weging van de prijs bij zorginkoop, ontstaat hier een spanningsveld tussen de zorgaanbieders en het zorgkantoor. Wanneer een zorgaanbieder met het zorgkantoor daadwerkelijke productieafspraken gaat maken, staat de "prijs" hoog op de agenda. Met name deze zorgaanbieders gaven te kennen in de onderhandelingen kwaliteit hoger op de agenda te willen zetten.

Doordat kwaliteit procesmatig is gedefinieerd, is die moeilijk te koppelen aan de prijs. Deze koppeling is echter wel nodig wil men hier beter over kunnen onderhandelen. Nu is het onvoldoende mogelijk een afweging te maken tussen een hoger tarief en een hogere kwaliteit. Hoofdstuk 4 gaat nader in op de kwaliteit van zorgverlening en de mogelijkheden voor zorgkantoren hiermee bij de inkoop van zorg rekening mee te houden.

3.6 Samenvatting

Hoewel de eerste stappen in de richting van marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg zijn gezet door de zorgkantoren, lijkt er van een echt concurrerende markt nog geen sprake.

Voor 2006 hebben zorgkantoren de relatieve prestaties van zorgaanbieders ten opzichte van ander zorgaanbieders voor het eerst meegenomen bij de inkoop van zorg. Echter, zittende aanbieders werd – wanneer zij voldeden aan de uitsluitingscriteria – nog steeds automatisch 90 tot 100% van de budgetrealisatie in het voorgaande jaar gegund, ongeacht hun relatieve prestaties op prijs en kwaliteit.

4. Kwaliteit

4.1 Inleiding

Door het loslaten van de contracteerplicht kunnen zorgkantoren gemakkelijker prijs- en kwaliteitseisen stellen bij het maken van productieafspraken met zorgaanbieders. De vraag is of dit een positief effect heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg. De volgende paragrafen behandelen de verschillende kwaliteitsindicatoren.

4.2 Procesindicatoren

Ten eerste stellen zorgkantoren eisen aan de processen die zorgaanbieders hanteren. Alle zorgkantoren hebben van zorgaanbieders geëist dat zij binnen afzienbare tijd een kwaliteitscertificaat hebben. Het percentage gecontracteerde zorgaanbieders met een kwaliteitscertificaat ligt volgens de concessiehouders doorgaans tussen 5% en 50%. Nieuwe toetreders en net gefuseerde zorgaanbieders hebben in principe (nog) geen kwaliteitscertificaat. De concessiehouders verwachten in de loop van 2006 een grote toename in het aantal zorgaanbieders met een gecertificeerd kwaliteitssysteem. Veel zorgaanbieders zijn momenteel bezig met certificering. Vrijwel alle zorgkantoren hebben dan ook aangegeven het hebben van een gecertificeerd kwaliteitssysteem volgend jaar in de uitsluitingscriteria op te nemen.

Daarnaast hebben veel zorgkantoren dit jaar van zorgaanbieders geëist dat zij een cliëntenraadpleging zouden uitvoeren. De zorgkantoren geven aan dat het percentage gecontracteerde zorgaanbieders dat in 2006 een cliëntenraadpleging gaat uitvoeren tussen 60% en 100% zal liggen. Uit het zorginkooponderzoek 2005 van het CTZ bleek dat op dat moment nog nauwelijks aan cliëntenraadpleging werd gedaan. Dit aantal is dus sterk toegenomen. Zorgkantoren namen de uitkomsten van de cliëntenraadpleging vooralsnog niet mee in de beoordelingscriteria.

4.3 Uitkomstindicatoren

Idealiter zouden zorgaanbieders niet moeten worden beoordeeld op de manier waarop zij het zorgproces hebben vormgegeven, maar op de resultaten van hun werk. Indicatoren die het resultaat van bepaalde zorg meten, worden uitkomstindicatoren genoemd. Beloning op uitkomstindicatoren geeft aanbieders sterke prikkels om te investeren in kwaliteit en met name in innovatieve methodes om tot een hogere kwaliteit te komen.

In 2005 werkten zorgaanbieders vooralsnog weinig met uitkomstindicatoren. Het IGZ concludeert dat er weliswaar een positieve ontwikkeling is te zien ten aanzien van de uitkomstindicatoren die gemeten zijn, maar dat de registratie van uitkomstindicatoren nog altijd te kort schiet.⁴⁴ Wel wordt er steeds meer gewerkt aan uitkomstindicatoren. In 2005 is voor de

⁴⁴ Inspectie voor de gezondheidszorg, "Kwaliteitsverbetering mogelijk door actief gebruik indicatoren", april 2006, Den Haag.

sector verpleging en verzorging het 'Toetsingskader voor verantwoorde zorg' tot stand gekomen en in 2006 is dit toetsingskader uitgebreid voor zorg thuis. Hierin zijn uitkomstindicatoren opgenomen die aansluiten bij de normen voor verantwoorde zorg. De indicatoren worden in een pilot getest. Eind 2006 zal duidelijk zijn of de indicatoren de juiste informatie opleveren die nodig is om de kwaliteit te beoordelen. Voor de gehandicaptenzorg is een 'Toetsingskader verantwoorde zorg & ondersteuning' nog in ontwikkeling. Het voornemen is dat eind 2006 een set indicatoren gereed is. Voorts zijn er initiatieven tot het opzetten van een kwaliteitsinstituut voor de zorg, dat in samenwerking met NIVEL via zogenaamde CAHPS-vragenlijsten⁴⁵ een objectieve inschatting moet gaan maken van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Wanneer alle indicatoren op vergelijkbare wijze worden gepubliceerd, is het voor zorgkantoren en cliënten mogelijk om instellingen te vergelijken. Zorgkantoren kunnen dan kwaliteit op een meer eenduidige en duidelijke wijze mee laten wegen in hun inkoopbeleid. Dit stimuleert concurrentie op zowel prijs als kwaliteit. Bovendien stimuleert een dergelijke aanpak convergentie tussen de keuzes van zorgkantoren en cliënten. Een voortvarende aanpak van partijen is dan ook gewenst. Transparantie in de geleverde kwaliteit is mogelijk niet in het belang van elke zorgaanbieder. Daarom is het wenselijk dat zorgkantoren niet wachten tot 100% van de zorgaanbieders transparant is, maar via hun inkoopbeleid transparantie en een goede kwaliteit van zorg belonen en zorgaanbieders zo stimuleren meer aan kwaliteitsmeting te doen.

Op dit moment zijn nog geen goede uitkomstindicatoren beschikbaar. Echter, ook cliëntenraadplegingen bieden in principe veel informatie over de uitkomsten van de geleverde zorg. Zij zouden derhalve bruikbaar zijn als een benadering voor uitkomstindicatoren. Om de onafhankelijke beoordeling in cliëntenraadplegingen te borgen, is het belangrijk dat deze een externe audit kennen. Niet alle zorgaanbieders die een cliëntenraadpleging houden, hebben een externe audit. Door zorgaanbieders te stimuleren cliëntenraadplegingen met een externe audit uit te voeren, kunnen zorgkantoren in de loop van 2006 over uitkomsten van meer gestandaardiseerde cliëntenraadplegingen beschikken en deze tevens meenemen in de zorginkoop voor 2007.

4.4 Samenvatting

In 2006 was er meer, vooral procesgerichte, aandacht voor kwaliteitsaspecten bij de inkoop van zorg. Vrijwel alle zorgkantoren hebben cliëntenraadpleging en kwaliteitscertificering verplicht gesteld. Het aantal aanbieders met een kwaliteitscertificaat en een cliëntenraadpleging is dan ook sterk toegenomen. Dit kan een positief effect hebben op de daadwerkelijke kwaliteit van de zorgverlening.

De prikkel tot verhoging van de daadwerkelijke kwaliteit van zorg is vooralsnog beperkt. Zorgkantoren besteden nog nauwelijks aandacht aan de relatieve kwaliteit van zorgaanbieders

⁴⁵ Consumer Assessment of Health Plan Survey (CAHPS) vragenlijsten bevatten een aantal wetenschappelijk geformuleerde vragen op basis waarvan zorgverzekeraars informatie kunnen verzamelen over de kwaliteit van de geleverde zorg.

ten opzichte van elkaar. Meer aandacht voor de relatieve kwaliteit van zorgaanbieders op basis van uitkomstindicatoren kan de prikkel tot het leveren van een hogere kwaliteit sterk vergroten. Hierdoor kan de kwaliteit van zorgverlening in de toekomst verder stijgen.

5. Toegankelijkheid

5.1. Inleiding

Toegankelijkheid van zorg is een belangrijk thema in de Wet Marktordening Gezondheidszorg, de Wmg. De literatuur verstaat onder toegankelijkheid van zorg dat personen die zorg behoeven, deze ook daadwerkelijk krijgen.⁴⁶ De toegankelijkheid voor AWBZ-zorg wordt gewaarborgd doordat men van rechtswege verzekerd is. Zorgkantoren zijn belast met het inkopen van zorg-in-natura, zodat cliënten de zorg krijgen waar zij recht op hebben. De hoeveelheid gecontracteerde zorg waarborgt de beschikbaarheid van zorg voor de cliënt en daarmee de toegankelijkheid. De tweede paragraaf gaat hier dieper op in.

Keuzeondersteuning door het zorgkantoor kan de toegankelijkheid beïnvloeden. Enerzijds kan keuzeondersteuning door het zorgkantoor betekenen dat toegang tot een bepaalde aanbieder wordt beperkt. Anderzijds kan keuzeondersteuning door het zorgkantoor betekenen dat de toegankelijkheid vergroot wordt doordat wachtlijsten door keuzeondersteuning beperkt worden. Paragraaf drie behandelt dit thema.

Ten slotte is de toegankelijkheid afhankelijk van de betaalbaarheid van de extramurale zorg voor de cliënt. Hoewel cliënten van rechtswege zijn verzekerd voor AWBZ-zorg, moeten zij voor sommige vormen van zorg wel een eigen bijdrage betalen. Dit kan een negatief effect hebben op de toegankelijkheid van zorg. Zie hiervoor paragraaf vier.

5.2 Hoeveelheid gecontracteerde zorg

Zorgkantoren zijn belast met het inkopen van zorg-in-natura. Zij hebben daarbij een zorgplicht. Dit wil zeggen dat zij verplicht zijn om voldoende zorg in te kopen voor cliënten die daar recht op hebben.⁴⁷ Tot 31 augustus 2004 gold in de extramurale AWBZ-zorg een contracteerplicht, waardoor zorgkantoren verplicht waren alle toegelaten aanbieders in de regio te contracteren. Teneinde zorgkantoren meer mogelijkheden te geven om alleen aanbieders met de beste prijs-kwaliteitverhouding te contracteren, is de contracteerplicht op 31 augustus 2004 afgeschaft. Het CTZ ziet erop toe dat aan de zorgplicht wordt voldaan.

De beschikbaarheid van de extramurale zorg kan beperkt worden wanneer zorgkantoren te weinig zorg inkopen om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen. Daarnaast kan de toegang tot bepaalde aanbieders beperkt worden wanneer het zorgkantoor weinig of geen zorg inkoop bij een specifieke aanbieder.

⁴⁶ Smits, J.P.J.M., M. Droomers, G.P Westert. "Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland", Bilthoven, 2002.

⁴⁷ In het besluit zorgaanpak AWBZ is vastgelegd op welke zorg mensen recht hebben.

Zorgplicht

Het CTZ ziet erop toe dat zorgkantoren voldoende aanbod contracteren. De zorgkantoren moeten hiervoor zowel het volume als de aard van de benodigde zorg ramen en vastleggen. Dit kan op een aantal manieren, waarvan de volgende drie het meest worden gebruikt:

- raming op basis van gerealiseerde productie voorgaande jaar;
- raming op basis van wachttijdgegevens;
- eigen behoefte verkenning.

Uit interviews met zorgkantoren komt naar voren dat de meeste zorgkantoren van alledrie mogelijkheden gebruik maken. De productierealisatiecijfers vormen in het algemeen de basis voor de contractering in het komende jaar. Voorts hebben de meeste zorgkantoren met behulp van het AZR of via een steekproef de wachtlijsten in beeld gebracht. Zorgkantoren vullen de derde mogelijkheid verschillend in, bijvoorbeeld door overleg met cliëntenorganisaties of door analyse van de demografische gegevens van de regio.

Er zijn tot op heden geen signalen ontvangen dat te weinig extramurale AWBZ-zorg gecontracteerd is om aan de zorgbehoefte te kunnen voldoen. Uit interviews met zorgaanbieders komt naar voren dat de meeste cliënten direct in zorg worden genomen.

"...In het algemeen worden cliënten binnen twee dagen na indicatie in zorg genomen..."
"...Er zijn nu geen wachtlijsten..."
"...De zorgkantoorregio kent nauwelijks wachtlijsten. Ook wij kennen deze niet tot nauwelijks..."
"...Wij verkopen geen nee..."

Dit kan tevens worden afgeleid uit de wachtlijstmeting.⁴⁸ Volgens de landelijke wachtlijstmeting is bij thuiszorgorganisaties niet of nauwelijks sprake van wachtlijsten. Dit is waarschijnlijk gevolg van het "boter-bij-de-vis" beleid dat de overheid heeft gevoerd. De landelijke wachtlijstmeting is gebaseerd op de gegevens van het AZR. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het AZR nog niet overal goed functioneert. Overigens is het theoretisch gezien mogelijk dat aanbieders cliënten op een interne wachtlijst plaatsen, zodat het zorgkantoor niet ziet dat cliënten in feite nog geen zorg ontvangen en zij dus zouden moeten bemiddelen.

Toegankelijkheid van specifieke aanbieders

Door het afschaffen van de contracteerplicht kan de toegankelijkheid tot bepaalde aanbieders beperkt worden. Ten eerste is het mogelijk dat een aanbieder slechts in beperkte mate contracten krijgt. Als hierdoor bij de betreffende aanbieder wachtlijsten ontstaan, kan de cliënt die deze aanbieder als voorkeursaanbieder heeft aangemerkt, gebruik moeten maken van

⁴⁸College voor Zorgverzekeringen, "Rapportage landelijke wachtlijstmeting 1 januari 2005", 22 december 2005, Diemen.

overbruggingszorg of van een andere zorgaanbieder. Het zorgkantoor waarborgt niet de toegankelijkheid tot een voorkeursaanbieder.

Voorts kan een zorgkantoor besluiten een aanbieder niet te contracteren. Cliënten die gebruik willen maken van zorg in natura, kunnen dan niet kiezen voor de betreffende aanbieder. Vooral nog kan echter geconcludeerd worden dat alle aanbieders die in 2005 gecontracteerd waren, ook in 2006 een contract met het zorgkantoor hebben afgesloten. Wel zijn er signalen dat het vooral voor nieuwe toetreders moeilijk is om een contract met het zorgkantoor af te sluiten. De toegankelijkheid tot deze groep aanbieders kan daardoor minder goed zijn.

In principe handelt het zorgkantoor als vertegenwoordiger van de cliënt op de zorginkoopmarkt. Derhalve zou het zorgkantoor goed moeten luisteren naar de wensen van de cliënt bij de inkoop van zorg. In de gekozen uitvoering van de AWBZ-zorg bestaat echter geen direct verband tussen de zorgvraag en de zorginkoop. Ook kunnen cliënten niet overstappen naar een ander zorgkantoor wanneer zij de zorg die is ingekocht door hun huidige zorgkantoor niet acceptabel vinden. Een mogelijkheid voor cliënten om te stemmen met de voeten, ontbreekt dus. Er zijn echter twee mechanismen die de prikkels voor zorgkantoren om te luisteren naar de cliënt versterken. Ten eerste loopt het zorgkantoor zoals vermeld risico op imagoschade wanneer het niet voldoende luistert naar de wensen van de cliënt. Ten tweede kunnen cliënten ook zelf zorg in kopen door middel van een PGB. De integratie van de contracteerruimte van het zorgkantoor met de subsidie voor PGB's kan deze prikkel verder versterken.

Contracteerruimte

Zorgkantoren zijn bij het inkopen van zorg gebonden aan een regionale contracteerruimte die zij niet mogen overschrijden. Op die manier wordt de macrobetaalbaarheid van de AWBZ gewaarborgd. Ook gaan van de regionale contracteerruimten meer prikkels uit voor de zorgkantoren om doelmatige zorg in te kopen. Echter, het mechanisme van vraagsturing, zoals geïntroduceerd in de extramurale AWBZ-zorg, verhoudt zich niet goed met een maximering van de totale uitgaven. In plaats van te letten op de wensen van de cliënt en de zorg in te kopen met de beste prijs-kwaliteitverhouding, wordt de focus van de zorgkantoren nu eenzijdig verlegd richting de prijs. Bij een vastliggend budget kan een hogere zorgvraag zich immers alleen uiten door middel van een verlaging van de tarieven. Dit kan op termijn een verslechtering van de kwaliteit van zorg met zich brengen.

5.3 Keuzeondersteuning

Door cliënten te stimuleren om te kiezen voor aanbieders zonder wachtlijst kan het zorgkantoor de toegankelijkheid van zorg vergroten. Door keuzeondersteuning kunnen zorgkantoren de beschikbare capaciteit optimaal benutten en daarmee de toegankelijkheid van zorg verbeteren. Wel kan keuzeondersteuning leiden tot een verminderde toegankelijkheid van specifieke aanbieders.

Zorgkantoren kunnen vooral keuzeondersteuning bieden wanneer cliënten geen voorkeur hebben voor een bepaalde aanbieder. Daarnaast is het zorgkantoor verplicht te bemiddelen indien de voorkeursaanbieder een wachtlijst heeft (langer dan de treeknorm of indien er sprake is van spoedeisende zorg). De cliënt kan dan zelf besluiten om te blijven wachten tot er plaats is bij de specifieke aanbieder, eventueel gebruik makend van overbruggingszorg, of hij kan ervoor kiezen om bij een andere aanbieder zorg af te nemen. Keuzeondersteuning door het zorgkantoor kan er toe leiden dat mensen sneller in zorg genomen kunnen worden. Dit vergroot de toegankelijkheid. In het algemeen geldt echter dat er binnen de extramurale AWBZ-zorg relatief weinig wachtlijsten bestaan.

5.4 Financiële toegankelijkheid

Iedereen die gebruikmaakt van extramurale AWBZ zorg, is verplicht een eigen bijdrage te betalen. Dit geldt zowel voor mensen die zorg-in-natura genieten, als voor mensen met een PGB. In principe is de toegankelijkheid tot zorg gegarandeerd omdat er een inkomensafhankelijk maximum aan de eigen bijdragen is gesteld. Per 1 januari 2004 is de maximale eigen bijdrage per uur verhoogd van € 4,60 naar € 11,80. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen. De minimumbijdrage per vier weken bedraagt € 16,40. Dit kan oplopen tot een maximumbedrag van € 544,20 (prijsspeil 2006).

De ARGO Rijksuniversiteit Groningen⁴⁹ heeft een onderzoek uitgevoerd naar het effect van de verhoging van de eigen bijdrage. Hieruit is gebleken dat vooral chronisch zieken onder de 65 jaar getroffen zijn door deze maatregel. Er zijn echter geen signalen dat de hogere eigen bijdrage de toegankelijkheid tot extramurale zorg beperkt. Volgens het onderzoek hebben cliënten nauwelijks minder thuiszorg afgenomen.

5.5 Samenvatting

De toegankelijkheid van de extramurale AWBZ-zorg lijkt niet noemenswaardig veranderd te zijn ten opzichte van de periode met contracteerplicht voor zorgkantoren. Alle zorgaanbieders die in 2005 gecontracteerd waren, zijn in 2006 – mits zij aan de wettelijke uitsluitingscriteria voldeden en zorg aan wilden bieden – wederom gecontracteerd. Cliënten die voorkeur hebben voor een bepaalde aanbieder, kunnen dus vrijwel altijd in zorg worden genomen bij de betreffende aanbieder. Wel is mogelijk sprake van een mindere toegankelijkheid van nieuwe toetreders. Vanwege de afwezigheid van wachtlijsten binnen de extramurale zorg hoeven zorgkantoren nauwelijks keuzeondersteuning te bieden om de toegankelijkheid te verbeteren. Ook de wettelijke eigen bijdragen lijken de toegankelijkheid van de extramurale AWBZ-zorg niet noemenswaardig te beperken.

⁴⁹ Linschoten C.P., R. Koningsveld, P. Moorer, "Lange termijn gevolgen voor de verhoging van de eigen bijdrage voor thuiszorg", Groningen, 2006.

6. Betaalbaarheid

6.1 Macrobetalbaarheid

Tot 2004 konden zorgkantoren onbeperkt productieafspraken maken en kregen de aanbieders alle geleverde zorg vergoed op basis van nacalculatie (het "boter bij de vis"-principe). De ongeremde groei van de AWBZ zorgde echter voor problemen omtrent de macrobetaalbaarheid. Op 1 april 2004 ging daarom een aanwijzing uit van de Minister van VWS, die voorschreef dat de nacalculatie de eerder gemaakte productieafspraken niet te boven mocht gaan. Dit bedrag werd ook wel het regiobudget genoemd. In 2005 zijn de regionale contracteerruimten ingevoerd. Deze zijn gelijk aan de regiobudgetten, jaarlijks opgehoogd met een door de minister van VWS bepaalde groeiruumte. De contracteerruimten vormen een sterke waarborg voor de macrobetaalbaarheid van AWBZ-zorg. Naast de contracteerruimten stelt de overheid sinds 2005 tevens jaarlijks een macrosubsidieplafond vast voor het PGB. Zorgkantoren krijgen op basis van de historische PGB-aanvragen middelen tot hun beschikking die zij kunnen toekennen aan cliënten die een PGB-aanvraag bij hen indienen. De subsidie voor PGB's staat dus los van de contracteerruimte van het zorgkantoor.

De totale AWBZ-lasten in 2005 bedroegen €22,07 miljard. Deze lasten bestaan voor het grootste gedeelte uit zorgaanspraken (€20,33 miljard) en subsidies (€1,48 miljard). Een deel van de zorgaanspraken wordt verdeeld buiten de zorgkantoren om. Het gaat dan met name om de kapitaallastenvergoedingen voor goedgekeurde investeringen.⁵⁰ De rest van de zorgaanspraken loopt via de zorgkantoren, die elk een eigen contracteerruimte kennen. De totale contracteerruimte bedroeg in 2005 €17,64 miljard en is voor 2006 vastgesteld op €17,83 miljard (peildatum 09-01-06). Hiervan wordt ongeveer €6 miljard extramuraal geleverd. Het subsidieplafond voor PGB's is in 2006 gemaximeerd op €1 miljard.⁵¹ De extramurale productieafspraken bedroegen in 2005 ongeveer 30% van de omzet van de gehele AWBZ. In 2004 was dit nog ongeveer 28%. De trend van extramuralisering die het CVZ over de jaren 1998 tot en met 2003 signaleerde, lijkt zich dus door te zetten.

In tabel 2 wordt de macro-omzet in de extramurale AWBZ-zorg in 2004, 2005 en 2006 weergegeven. In deze monitor zijn specifieke GGZ-prestaties, evenals prestaties geleverd door GGZ-instellingen niet meegenomen. Ook prestaties die in 2004, 2005 en 2006 van elkaar verschilden en prestaties die geleverd zijn aan zintuiglijk gehandicapten (ZG), zijn in de analyses steeds buiten beschouwing gelaten. In totaal is ongeveer 70% van de totale extramurale AWBZ-zorg in de analyses meegenomen. De totale macro-omzetstijging van dit deel van de extramurale AWBZ-zorg was ongeveer 5,5% tussen 2004 en 2005. De gemaakte

⁵⁰ Wanneer intra- en semimurale zorgaanbieders willen bouwen, dienen zij hiervoor toelating te vragen van de minister van VWS (dit is bepaald in de WTZi). Wanneer de minister van VWS investeringen heeft goedgekeurd ontvangen zorgaanbieders hiervoor een vergoeding van de NZa, waarop wordt nagecalculeerd. Zorgaanbieders lopen dus geen financiële risico's ten aanzien van goedgekeurde kapitaalinvesteringen.

⁵¹ Het is voor een cliënt niet mogelijk een PGB te kiezen voor de functies behandeling en verblijf. PGB's worden daarmee in principe besteed aan extramurale zorg. Wel kunnen cliënten die ook zelf hun verblijf willen regelen dit doen door middel van huursubsidies.

productieafspraken voor 2006 zijn vooralsnog 1,9% lager dan de macro-omzet in 2005. Het gaat hierbij echter om de eerste productieafspraken van het jaar 2006. Gedurende het jaar kunnen deze afspraken verder worden opgehoogd. De ogenschijnlijke daling van de macro-omzet in 2006 kan dus tevens worden veroorzaakt doordat zorgkantoren vooralsnog terughoudend zijn geweest met het maken van productieafspraken.

Tabel 2: Omzet binnen extramurale AWBZ-zorg

	2004	2005	2006*	Delta 2004-2005	Delta 2005-2006*
Macro-omzet extramurale AWBZ-zorg	€ 5.610.179.642,66	€ 6.023.800.528,70	€ 6.195.670.740,11	7,37%	2,85%
Macro-omzet extramurale AWBZ-zorg exclusief GGZ-zorg	€ 4.389.368.894,25	€ 4.650.823.968,50	€ 4.729.670.207,50	5,96%	1,70%
Macro-omzet extramurale AWBZ-zorg exclusief GGZ-zorg, ZG-zorg en afwijkende prestaties	€ 4.034.837.637,19	€ 4.255.891.596,50	€ 4.173.564.378,00	5,48%	-1,93%

Bron: CTG/ZAio (* voorlopige omzet 2006)

6.2 Omzetontwikkelingen

In paragraaf 6.1 werd duidelijk dat de macro-omzet in 2005 is gestegen ten opzichte van de macro-omzet in 2004. In 2006 was er vooralsnog sprake van een omzetsdaling. Er zijn twee variabelen van invloed op de omzet, namelijk de prijs en het volume van de geleverde zorg. Het volume van de geleverde zorg is in 2005 toegenomen met 3% ten opzichte van het geleverde volume over 2004.⁵² In 2006 tonen de volumes vooralsnog een daling van 2,8%. Het gaat hier echter om voorlopige afspraken (zie paragraaf 6.1), die naar verwachting nog zullen toenemen in de loop van 2006. In tabel 3 worden de verandering in de afgesproken kortingen tussen zorgaanbieders en zorgkantoren en de verandering in de gemiddelde absolute prijs voor beide jaren weergegeven.

⁵² Bron: NZa

Tabel 3: gemiddelde korting en gemiddelde absolute prijs per prestatie

		Gemiddelde prijs		Gemiddeld korting	
		Delta 2004 2005	Delta 2005 2006	Delta 2004 2005	Delta 2005 2006
Behandeling	Behandeling basis som, pg, vg, lg (p/u.)	€ 4,75-	€ 4,82	-8%	3%
Huishoudelijke verzorging	Huishoudelijke hulp: alpha (p/u.)	€ 0,75	€ 1,05	0%	0%
	Huishoudelijke verzorging (p/u.)	€ 0,95-	€ 1,78-	-2%	1%
Ondersteunende en activerende begeleiding	Begeleiding (p/u.)	€ 0,56	€ 0,22	-2%	0%
	Begeleiding extra (p/u.)	€ 0,22	€ 0,25	-3%	0%
	Dagactiviteit lg (p/clt.p/dg.dl.)	€ 0,66-	€ 0,78	-4%	1%
	Dagactiviteit ouderen (PG) (p/clt.p/dg.dl.)	€ 0,86	€ 0,62	-1%	0%
	Dagactiviteit Ouderen (SOM) (p/clt.p/dg.dl.)	€ 0,76	€ 0,68	-1%	1%
	Dagactiviteit Ouderen basis (p/clt.p/dg.dl.)	€ 2,22	€ 0,79	-1%	1%
	Dagactiviteit vg basis (p/clt.p/dg.dl.)	€ 0,04-	€ 0,21	-3%	0%
	Dagactiviteit vg extra (p/clt.p/dg.dl.)	€ 0,18	€ 0,21	-2%	0%
	Dagactiviteit vg kind (p/clt.p/dg.dl.)	€ 0,49	€ 0,62	-2%	0%
Persoonlijke verzorging en verpleging	Gespecialiseerde verpleging (p/u.)	€ 2,27-	€ 2,06	-2%	-1%
	Persoonlijke verzorging (p/u.)	€ 3,52	€ 2,28	-4%	0%
	Persoonlijke verzorging extra (p/u.)	€ 3,93	€ 2,21	-3%	-1%
	Verpleging (p/u.)	€ 0,94-	€ 2,19	-2%	-1%
	Verpleging extra (p/u.)	€ 0,45-	€ 2,25	-1%	-1%

Bron: CTG/ZAio

In 2005 is de gewogen gemiddelde prijs met ongeveer 1,8% toegenomen ten opzichte van 2004. In 2005 was de gemiddelde inflatie 1,7%.⁵³ De reële prijs, ofwel de prijs gecorrigeerd voor inflatie, is in 2005 dus met ongeveer 0,1% gestegen ten opzichte van 2004. In 2006 is ook de gemiddelde prijs nauwelijks veranderd ten opzichte van 2005. De gewogen gemiddelde prijsstijging is in 2006 0,4%. De reële gemiddelde prijs daalde in 2006 met 0,8%

Zorgaanbieders en zorgkantoren maken vaak geen afspraken over de absolute prijs, maar over de korting ten opzichte van de maximumbeleidsregelwaarde.⁵⁴ Een absolute prijsstijging betekent niet altijd dat er minder korting is afgesproken. In sommige gevallen is er namelijk ook sprake van een stijging van de maximumbeleidsregelwaarde. Kijkend naar de prijsontwikkeling binnen de extramurale AWBZ, dan valt op dat voor de meeste functies in 2005 hogere kortingen zijn afgesproken dan in 2004. In 2006 lijken de afgesproken kortingen ongeveer gelijk aan de kortingen zoals afgesproken in 2005 (delta 2005-2006 is vrijwel gelijk aan nul).

Er zijn drie belangrijke beleidsmatige wijzigingen aan te wijzen die invloed gehad kunnen hebben op de afgesproken kortingen. Ten eerste zijn in de loop van 2004 de regiobudgetten ingevoerd. Waar zorgaanbieders in het begin van 2004 nog vrijelijk productieafspraken konden maken, was dat in 2005 niet het geval. Uit interviews met zorgaanbieders komt naar voren dat de zorgkantoren sinds de invoering van de regionale contracteerruimten veel harder zijn gaan

⁵³ Een veel gebruikte maatstaf voor inflatie is de consumer price index (cpi). Dit is een maatstaf voor de verandering in de consumentenprijzen, gemeten op basis van een vaste set van producten. In 2005 was de cpi 1,7%, in 2006 was dit 1,2% (Bron: CBS).

⁵⁴ In de extramurale AWBZ-zorg stelt CTG/ZAio voor zorg-in-natura vooralsnog een vast tarief vast, dat is gebaseerd op de door zorgaanbieder en zorgkantoor gemaakte prijsafpraak voor een bepaalde prestatie voorzover die beneden de maximale beleidsregelwaarde ligt. Dat wil zeggen dat de aanbieder met het zorgkantoor een prijs afspreekt die niet hoger mag zijn dan de maximale beleidsregelwaarde en dat het vaste tarief daarna voor alle zorg-in-natura-cliënten van die instelling gelijk is. De maximum beleidsregelwaarde is daarmee vergelijkbaar met een maximum tarief.

onderhandelen over met name de prijs. Dit zal waarschijnlijk tevens effect hebben gehad op de kortingen die zorgaanbieders en zorgvragers uiteindelijk overeen zijn gekomen.

Ten tweede is er de opheffing van de contracteerplicht voor de extramurale AWBZ op 31 augustus 2004. Dit heeft het zorgkantoren mogelijk gemaakt selectiever te contracteren. Zorgaanbieders die bijvoorbeeld geen kwaliteits- of prijsafspraken willen maken, kunnen zij sindsdien een contract weigeren.

Tenslotte heeft de Minister van VWS op 25 augustus 2004 met de brancheorganisaties voor zorgaanbieders, Arcare, LVT, GGZ Nederland, VGN en BTN, een convenant⁵⁵ gesloten, waarin is afgesproken dat zorgaanbieders 1,25% meer cliënten zullen helpen tegen dezelfde macrovergoeding. Ook dit kan invloed hebben gehad op de afgesproken prijzen. De kortingen zijn dus niet eenduidig aan de invoering van marktwerking te koppelen.

Convenanten en doelmatigheid

CTG/ZAio en het CTZ zijn van mening dat het afsluiten van convenanten niet wenselijk is voor markten waarin prikkels tot marktwerking geïntroduceerd zijn of worden. In deze markten is het immers de bedoeling dat de marktwerking leidt tot optimale uitkomsten voor de publieke belangen, betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Een convenant kan verstorend werken, doordat partijen zich niet langer richten op de wensen van de cliënt, maar op de convenantafspraken, die daarmee dienen als een soort "focal point".

Bovendien zijn CTG/ZAio en het CTZ in het geheel geen voorstander van convenantsturing. Hoewel convenanten in theorie zouden kunnen leiden tot optimale uitkomsten ten aanzien van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit, verhinderen twee belangrijke problemen het bereiken van deze uitkomsten.

Ten eerste kennen convenanten vaak problemen omtrent de individuele handhaafbaarheid. Vaak stelt een convenant een overall-doelstelling, die leidt tot een generieke korting voor de gehele sector. Echter, omdat het gaat om een macro-doelstelling ondervinden individuele aanbieders geen prikkels om te investeren in meer doelmatigheid. Ze zullen dit overlaten aan andere bedrijven (zogenoemd free-rider gedrag). Omdat dit voor alle zorgaanbieders geldt, worden de afspraken in een convenant in veel gevallen niet gehaald.

Ten tweede is het, als een convenant wel individueel handhaafbaar is, zaak dat de partijen die het convenant afspreken allen alle benodigde informatie bezitten. Als gevolg van informatieasymmetrie is dit vaak niet het geval. Zo is vooral de overheid vaak niet goed op de hoogte van het te behalen efficiëntiepotentieel. Hierdoor bestaat het risico dat het convenant te hoge kortingen eist van zorgaanbieders – en daarmee leidt tot faillissementen en verslechtering van de kwaliteit – of dat zij te weinig kortingen afspreekt. In dat laatste geval leidt convenantsturing niet tot de maximaal haalbare doelmatigheid.

⁵⁵ Zie bijlage bij Kamerstuk 26 631 nr. 104.

Als alternatief voor convenanten kan marktwerking zorgaanbieders prikkelen om zo goed mogelijk te voldoen aan de wensen van de cliënt en goede en doelmatige zorg te leveren. Dit is ook het doel van de introductie van meer prikkels tot marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg. In sommige markten leidt marktwerking als gevolg van allerlei imperfecties niet tot optimale uitkomsten. Ook in dat geval zijn CTG/ZAio en het CTZ echter geen voorstander van convenantsturing. Zij zijn van mening dat in een dergelijke markt gesimuleerde marktwerking betere prikkels kan geven voor het leveren van kwalitatief goede en doelmatige zorg die voldoet aan de wensen van de consument. Het simuleren van marktwerking kan bijvoorbeeld, evenals CTG/ZAio heeft voorgesteld voor het A-segment van de ziekenhuiszorg, door de introductie van een prijsplafond bij het herijken van tarieven voor de extramurale AWBZ-zorg. CTG/ZAio en het CTZ zouden hiervoor kostprijsinformatie op kunnen vragen bij zorgaanbieders en op basis daarvan een gemiddelde efficiëntie kunnen bepalen. Door aanbieders af te rekenen op hun relatieve efficiëntie ten opzichte van het gemiddelde kunnen zij gestimuleerd worden tot het leveren van doelmatigere zorg.

Behalve het convenant dat de zorgaanbieders met de Minister van VWS zijn overeengekomen, zijn ook veel taken en verantwoordelijkheden van de zorgkantoren vastgelegd in een convenant. CTG/ZAio en het CTZ zijn van mening dat dit convenant, gezien de huidige uitvoeringsstructuur van de AWBZ-zorg noodzakelijk is om te komen tot een goede uitvoering van de AWBZ. Echter, op de lange termijn is zij een voorstander van de introductie van marktwerking aan de verzekerdenkant binnen de AWBZ. Door cliënten de mogelijkheden te geven te "stemmen met de voeten", ofwel over te stappen naar een andere verzekeraar in geval de huidige verzekeraar niet goed genoeg luistert naar hun voorkeuren, kan de convenantsturing ook op het zorgverzekeraarsvlak worden losgelaten.

6.3 Verband beoordelingscriteria en afgesproken prijzen

Zorgkantoren kunnen ondermeer doelmatigere zorg inkopen door kortingen te bedingen op de maximumbeleidsregelwaarden of door een goedkopere productmix af te spreken. Indien er geen enkele sturing zou zijn van zorgkantoren, kan maximaal het duurste product binnen een functie (duurste productmix) tegen de maximale beleidsregelwaarde in rekening worden gebracht. Door na te gaan welke productmixen en prijsafspraken daadwerkelijk zijn gemaakt tussen zorgkantoren en zorgaanbieders, kan de besparing worden berekend.

Figuur 7 toont de relatie tussen de mate waarin zorgkantoren besparingen realiseren door kortingen te bedingen op de maximumbeleidsregelwaarde of een doelmatige productmix af te spreken en de inkoopstrategie die ze hanteren.⁵⁶

Op de x-as zijn vier inkoopstrategieën te onderscheiden:

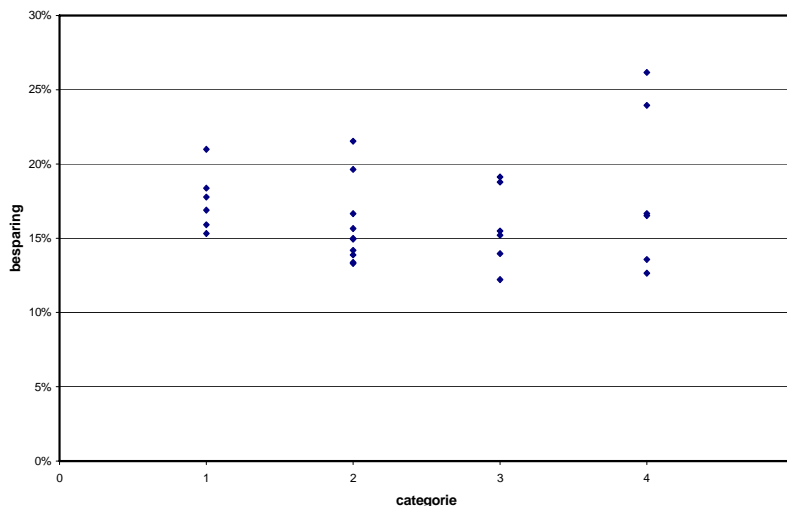
1. zorgkantoren waarbij prijs of productmix tezamen 0 t/m 25% meewegen in de beoordelingscriteria;

⁵⁶ Hierbij is gekeken naar de producten H102, H104, H106, H121, H126, H127, H128, H129, H140 zoals gedefinieerd in de beleidsregel extramurale zorgprestaties van CTG/ZAio.

2. zorgkantoren waarbij prijs of productmix tezamen 26 t/m 50 meewegen in de beoordelingscriteria;
3. zorgkantoren waarbij prijs of productmix tezamen 51 t/m 75 meewegen in de beoordelingscriteria;
4. zorgkantoren waarbij prijs of productmix tezamen 76 t/m 100 meewegen in de beoordelingscriteria.

Uit figuur 7 blijkt dat er een groot verschil is tussen de zorgkantoren die de laagste (12%) en de hoogste besparing (26%) realiseren. Er blijkt echter geen direct verband tussen de mate waarin prijs of productmix meeweegt in de beoordelingscriteria en de besparing die zorgkantoren realiseren. Overigens hebben alle zorgkantoren wel goedkopere afspraken gemaakt dan in 2005. Voor alle zorgkantoren tezamen geldt dat ze gemiddeld 4,6 procentpunt meer besparen in 2006 dan in 2005 door te sturen op een goedkopere productmix of door het bedingen van kortingen op de beleidsregelwaarde.

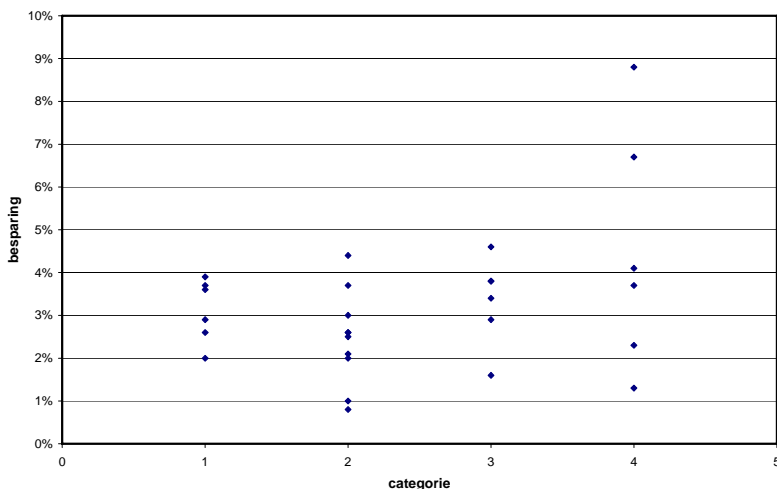
Figuur 7: Effect weging prijs en productmix op te realiseren besparing



Bron CTG/ZAio

In de loop van het jaar kunnen nog veranderingen optreden in de productmixen, maar de afgesproken prijzen liggen in principe het hele jaar vast. In figuur 8 is daarom de relatie tussen de mate waarin zorgkantoren besparingen realiseren door kortingen te bedingen op de maximumbeleidsregelwaarde en hun inkoopstrategie zichtbaar. Dezelfde vier categorieën van inkoopstrategieën zijn gehanteerd waarbij alleen geanalyseerd is de mate waarin prijs meeweegt in de beoordelingscriteria.

Figuur 8: Effect weging prijs op te realiseren besparing



Bron CTG/ZAio

Wederom blijkt dat er geen duidelijke relatie bestaat tussen de besparing die wordt gerealiseerd door een korting op de beleidsregelwaarde af te spreken en de mate waarin prijs meeweegt in de beoordelingscriteria. Een zorgkantoor waarbij de prijs voor 100% meeweegt, bespaart evenveel als een zorgkantoor waar prijs voor 6% meeweegt. Tevens zijn er vier zorgkantoren die op basis van de afspraken gemaakt op 1 maart 2006 in 2006 minder besparen ten gevolge van bedongen kortingen op de beleidsregelwaarden dan vorig jaar. Echter, voor alle zorgkantoren tezamen geldt dat ze gemiddeld 1,4 procentpunt meer besparen in 2006 dan in 2005 door het bedingen van kortingen.

Er zijn diverse redenen denkbaar die mogelijk verklaren waarom er geen verband is waar te nemen tussen de mate waarin prijs of productmix meeweegt in de beoordelingscriteria en de besparing die zorgkantoren realiseren. Ten eerste is het mogelijk dat de effecten van een specifiek inkoopbeleid pas in oktober 2006 zichtbaar zijn. Dit is het geval als de zogenoemde groeirimte verdeeld wordt over de aanbieders die een lage prijs offereerden. Ten tweede is het mogelijk dat externe factoren een grotere rol spelen dan het inkoopbeleid van het zorgkantoor. Zo kan de concentratie van aanbieders in een regio invloed hebben.

CTG/ZAio en het CTZ achten het onwaarschijnlijk dat het inkoopbeleid van het zorgkantoor geen invloed heeft op de besparingen bij de zorginkoop. Het is echter ook mogelijk dat meer factoren een rol spelen, behalve de mate waarin prijs of productmix meeweegt in de beoordelingscriteria. Hierbij valt te denken aan de volgende factoren:

- de geringe beloning leidt er niet toe dat zorgaanbieders wedijveren op prijs. Het kan hier gaan om volume, meerjarencontracten of via de zorgtoewijzing meer cliënten krijgen;
- transparantie in de zogenaamde puntenkaart leidt tot strategisch gedrag bij zorgaanbieders. Een puntenscore op een continue dalende functie leidt mogelijk tot

- minder strategisch gedrag dan een discrete indeling in drie categorieën (<98%, <95%, >95% korting op de beleidsregelwaarde);
- hanteert het zorgkantoor een procedure puur gebaseerd op aanbestedingsprincipes, waarbij zorgaanbieders een tarief offeren, of gaat het zorgkantoor bij het maken van de productieafspraken toch nog onderhandelen over het tarief?

CTG/ZAio en het CTZ hebben zich in deze monitor beperkt tot onderzoek naar de weging van prijs en kwaliteit bij de inkoop van zorg. Welke andere factoren er nog van belang zijn voor de besparingen die het zorgkantoor kan bedingen, is daarom niet duidelijk te zeggen.

6.4 Samenvatting

De macro-omzetten in de extramurale AWBZ-zorg waren in 2005 ongeveer 5,5% hoger dan in 2004. Een groot deel van deze stijging kan worden verklaard door een toename in het volume geleverde zorg. Het volume nam namelijk met 3,0% toe ten opzichte van 2004. Omdat de afgesproken volumes gedurende 2006 nog kunnen veranderen is het nog niet mogelijk uitspraken te doen over de macrobetaalbaarheid of de volumes die in 2006 zijn overeengekomen.

De gemiddelde prijs is in 2005 iets toegenomen. De gewogen gemiddelde prijsstijging was namelijk 1,8%. De reële gemiddelde prijsstijging – ofwel de prijsstijging gecorrigeerd voor inflatie – was ongeveer 0,1%. In 2006 is de absolute prijs met ongeveer 0,4% gestegen ten opzichte van 2005. Gecorrigeerd voor inflatie is echter sprake van een gemiddelde prijsdaling van ongeveer 0,8%.

De kortingen die zorgaanbieders en zorgkantoren in 2005 overeengekomen zijn, waren in het algemeen hoger dan in 2004. In 2006 verschilden de afgesproken kortingen nauwelijks met de kortingen in 2005. Er is een aantal oorzaken aan te dragen voor deze hogere kortingen. Ten eerste was er in 2005 voor het eerst sprake van een regionale contracteerruimte bij de aanvang van het jaar. Hierdoor waren zorgkantoren meer dan voorheen geprikkeld om doelmatige zorg in te kopen. Voorts is het sinds de opheffing van de contracteerplicht voor zorgkantoren mogelijk geworden om bepaalde zorgaanbieders niet te contracteren wanneer zij geen goede prijs-kwaliteitverhouding leverden. Ten slotte kan ook het convenant dat is afgesloten tussen de Minister van VWS en de zorgaanbieders invloed hebben gehad op de afgesproken prijs.

Behalve kortingen op de prijs, maakten zorgkantoren in 2005 en 2006 ook afspraken over de te leveren productmix. In het algemeen hebben zorgkantoren in 2006 een goedkopere productmix afgesproken dan in 2005. Er zijn grote verschillen tussen de inkoopstrategieën die zorgkantoren hanteren. Er is echter geen direct verband tussen de mate waarin zorgkantoren prijs en productmix meewegen in de beoordelingscriteria en de mate waarin ze hiermee besparingen realiseren.

7. Conclusies, aanbevelingen en acties

7.1 Algemeen

In voorgaande hoofdstukken zijn de markt voor extramurale AWBZ-zorg en de ontwikkelingen daarop bekeken. Hierbij is met name aandacht besteed aan de behartiging van de belangen van de cliënt ten aanzien van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. In dit hoofdstuk geven CTG/ZAio en het CTZ hun visie op de feiten en ontwikkelingen zoals gepresenteerd in eerdere hoofdstukken en verbinden zij daar conclusies, aanbevelingen en acties voor CTG/ZAio en het CTZ aan.

De introductie van marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg heeft vooralsnog niet geleid tot sterke veranderingen in de markt op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het opheffen van de contracteerplicht alleen is dus niet voldoende om tot meer concurrentie, en daarmee tot een betere behartiging van de belangen van de cliënt, te komen. De introductie van meer prikkels voor het zorgkantoor om kwalitatief goede en doelmatige zorg in te kopen lijkt daarnaast een vereiste. Vergroting van de prikkels voor het zorgkantoor om doelmatige zorg in te kopen kan, gezien de monopsonistische positie van het zorgkantoor, echter tot gevolg hebben dat het zorgkantoor zijn inkooppositie gaat misbruiken waardoor de kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening in gevaar kunnen komen. Om dat te voorkomen zijn weer nieuwe regels nodig. Het steeds weer instellen van nieuwe regels om bepaalde deelproblemen in de markt op te lossen zal leiden tot een onoverzichtelijk stelsel, waarbij de belangen van de cliënt waarschijnlijk niet de boventoon voeren. Derhalve pleiten CTG/ZAio en het CTZ voor een meer fundamentele herziening van de AWBZ-zorg, waarbij in elk geval een meer risicodragende uitvoeringsstructuur/verzekeringsmarkt zal moeten worden geïntroduceerd. Echter ook op korte termijn kunnen maatregelen genomen worden om de belangen van de cliënt beter te behartigen.

7.2 Marktstructuur

De markt voor extramurale AWBZ-zorg kent een hoge mate van concentratie aan de aanbodzijde. In de huidige uitvoeringsstructuur staat daar echter tevens een monopsonistische zorginkoper – het zorgkantoor – tegenover, die zorg inkoop namens alle AWBZ-zorgverzekerden in de regio. De introductie van meer marktwerking heeft vooralsnog geen sterke invloed gehad op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Dit komt enerzijds doordat de zorgkantoren weinig prikkels hebben om doelmatige zorg in te kopen. Anderzijds ondervinden ook de zorgaanbieders weinig prikkels om zorg van een goede prijs-kwaliteitverhouding te leveren. De dreiging dat cliënten over stappen naar een andere aanbieder, prikkelt zorgaanbieders om goed te luisteren naar de wensen van de cliënt en een scherpe prijs te bieden. Vooralsnog kunnen en willen zorgkantoren cliënten nauwelijks keuzeondersteuning bieden. Verbeterde mogelijkheden voor het zorgkantoor om keuzeondersteuning te bieden kunnen dit eenvoudiger maken. De NZa zal daarom in 2006 onderzoek doen hoe zorgkantoren cliënten kunnen stimuleren hun keuze te maken uit een

specifieke groep aanbieders. Hierbij valt te denken aan maatregelen tot het verbeteren van de transparantie over wachtlijsten of kwaliteit en methoden om cliënten via een andere weg hun voorkeursaanbieder te laten bepalen.

Behalve de beperkte mogelijkheden tot keuzeondersteuning, maakt de combinatie van de hoge concentratie op de markt en de zorgplicht dat zorgkantoren vaak niet om bepaalde zorgaanbieders heen kunnen. Hierdoor zijn de mogelijkheden voor het zorgkantoor om zorg in te kopen bij andere dan de huidige zorgaanbieders beperkt. Gezien het beperkte marktaandeel van nieuwe toetreders verwachten CTG/ZAio en het CTZ niet dat dit op korte termijn sterk zal veranderen. CTG/ZAio en het CTZ zijn daarom van mening dat de groei van reeds zeer grote aanbieders door middel van fusies en overnames vaak onwenselijk is, vooral wanneer er geen sprake is van aantoonbare efficiëntievoordelen. In geval CTG/ZAio en het CTZ van mening zijn dat een voorgenomen fusie of overname schadelijk is voor de werking van de markt, zullen zij de NMa hierover advies uitbrengen. Daarnaast achten CTG/ZAio en het CTZ het nuttig wanneer er meer spelers van enige omvang in een bepaalde markt actief zijn om tegenwicht te bieden aan een grote speler in de markt. Dit kan enerzijds door autonome groei van kleinere aanbieders en anderzijds door fusies en overnames tussen kleinere zorgaanbieders.

Een deel van de benodigde zorg in de AWBZ wordt op dit moment geleverd door onderaannemers. Er zijn nauwelijks gegevens beschikbaar over om hoeveel het daarbij gaat. Uit onderzoek van het CTZ blijkt dat zorgkantoren niet altijd op de hoogte zijn van het feit dat een onderaannemer de zorg levert.⁵⁷ Hierdoor is het voor hen bijvoorbeeld moeilijk om te controleren of de afgesproken kwaliteit wel geleverd wordt, of de continuïteit van de instelling geborgd is en of zorgaanbieders in de praktijk gelieerd zijn aan elkaar. Derhalve heeft het CTZ in het eerder genoemde onderzoek aanbevolen de transparantie over het doorcontracteren van AWBZ-zorg aan onderaannemers te verbeteren om een goede inkoop door zorgkantoren mogelijk te maken.

Behalve zorg-in-natura, ingekocht door het zorgkantoor, kunnen cliënten er ook voor kiezen om zelf zorg in te kopen door middel van een PGB. CTG/ZAio en het CTZ zijn een groot voorstander van PGB's omdat deze cliënten in staat stellen om zelf de zorg te kiezen die het beste bij hen past (vraaggestuurde inkoop). Bovendien hebben PGB-houders een sterke prikkel om te letten op zowel de kwaliteit als de prijs van de afgenomen zorg. Er bestaat geen verband tussen de regionale contracteerruimte van het zorgkantoor en de subsidiegelden voor PGB-houders. Het zorgkantoor zal bij de inkoop van zorg daarom ook niet of nauwelijks rekening houden met het aantal PGB-houders in de regio bij het inkopen van zorg. Een groot aantal PGB-houders in de regio betekent niet dat de productieafspraken voor gecontracteerde aanbieders automatisch naar beneden worden bijgesteld en de noodzaak voor zorgaanbieders om zich actief te richten op PGB-houders om toch voldoende zorg af te kunnen zetten is daardoor beperkt. De integratie van de subsidiegelden voor PGB's met de regionale contracteerruimte voor zorgaanbieders kan er voor zorgen dat zorgaanbieders tevens actief

⁵⁷ College toezicht zorgverzekeringen, "Uitbesteden gecontracteerde zorg AWBZ-instellingen", maart 2006.

gaan concurreren om de gunsten van PGB-houders. CTG/ZAio en het CTZ zullen in 2006 nader onderzoek doen naar de economische en juridische mogelijkheden van een dergelijke samenvoeging en indien mogelijk komen tot een beleidsvoorstel. Overigens merken zij hierbij op dat contracteerruimten en subsidieplafonds voor PGB-gelden zich überhaupt niet verhouden tot een systeem van vraagsturing, maar dat, als ze worden gehanteerd, dit wel op een juiste manier moet gebeuren.

7.3 Inkoopgedrag zorgkantoren

Zorgkantoren hebben in 2006 voor het eerst een deel van de zorg ingekocht op basis van de principes van aanbesteding. Hierbij werden de relatieve prestaties van aanbieders ten opzichte van elkaar meegewogen bij de inkoop van zorg. Hoewel dit in principe een positieve ontwikkeling is, was het aandeel van de contracteerruimte dat werd verdeeld op basis van deze zogenaamde aanbestedingsprincipes in 2006 zo beperkt dat hiervan weinig prikkels tot het leveren van kwalitatief goede en doelmatige zorg uitgingen. Door meer zorg in te kopen op basis van de relatieve prestaties van zorgaanbieders ten opzichte van elkaar, kan het zorgkantoor zorgaanbieders prikkelen om zorg te leveren van een zo goed mogelijke prijs-kwaliteitverhouding en kan zij goede aanbieders stimuleren te groeien. CTG/ZAio en het CTZ zijn daarom van mening dat zorgkantoren alle zorg moeten inkopen op basis van de relatieve prestaties van aanbieders, mits daarbij de continuïteit van de lopende zorg is gewaarborgd.

7.4 Kwaliteit

Hoewel er in 2006 meer aandacht was voor kwaliteit, was die met name procesgericht. De uitkomsten van de zorgaanbieder ten aanzien van de kwaliteit, zoals de cliënttevredenheid, telden nog niet mee in de beoordeling. Hierdoor is de prikkel tot het daadwerkelijk leveren van meer kwaliteit beperkt.

De kwaliteit van de extramurale AWBZ-zorg verbetert wanneer zorgkantoren tijdens de inkoop van zorg meer rekening houden met de relatieve kwaliteit van zorgaanbieders ten opzichte van elkaar. Er wordt momenteel hard gewerkt aan uitkomstindicatoren voor onder meer de extramurale AWBZ-zorg. Zo is het IGZ bezig met het opzetten van een toetsingskader verantwoorde zorg en is het Kwaliteitsinstituut voor de zorg bezig met de ontwikkeling van CAHPS-vragenlijsten.

CTG/ZAio en het CTZ adviseren zorgkantoren om uitkomstindicatoren mee te nemen bij de inkoop van zorg, om zo via hun inkoopbeleid transparantie en een goede kwaliteit van zorg te stimuleren. CTG/ZAio en het CTZ zullen waar nodig en mogelijk hun instrumenten inzetten om de ontwikkeling van deze uitkomstindicatoren te stimuleren. Zolang er nog geen toereikende uitkomstindicatoren beschikbaar zijn, zouden zorgkantoren ook cliëntenraadplegingen kunnen gebruiken als een maatstaf voor kwaliteit. Aandachtspunt is dan wel dat de cliëntenraadpleging een externe audit kent, om zo de objectiviteit van de meting te kunnen garanderen.

7.5 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de extramurale AWBZ-zorg is niet noemenswaardig veranderd sinds de opheffing van de contracteerplicht. Wel kan soms de toegankelijkheid van nieuw toetredende aanbieders beperkt zijn, doordat zij moeilijk in aanmerking kunnen komen voor een contract (van enige omvang) met het zorgkantoor. Wanneer zorgkantoren een groter deel van hun zorg inkopen op basis van de relatieve prestaties van zorgaanbieders ten opzichte van elkaar kan dit verbeteren. Ook zijn er vooralsnog nauwelijks wachtlijsten voor de extramurale AWBZ-zorg. Zorgkantoren hoeven hierdoor weinig aan keuzeondersteuning te doen om de toegankelijkheid van zorg te garanderen. Echter, het is wel mogelijk dat er zorgaanbieders zijn die een interne wachtlijst hanteren. Zij geven dan aan het zorgkantoor een melding 'aanvang zorg' en halen de betreffende cliënt uit het AZR, maar nemen de cliënt vervolgens niet direct in zorg. Hierdoor heeft het zorgkantoor weinig zicht op hoeveel cliënten daadwerkelijk wachten. Het zorgkantoor kan dergelijk ongewenst gedrag voorkomen door de melding aanvang zorg in het AZR te vergelijken met data van het CAK-BZ over het moment waarop de cliënt een eigen bijdrage is gaan betalen. Indien daartussen verschillen bestaan, zou het zorgkantoor actie moeten ondernemen. Ten slotte lijken ook de eigen bijdragen vooralsnog niet dermate hoog dat de toegankelijkheid van de zorg daardoor in gevaar komt. De toegankelijkheid van de extramurale AWBZ-zorg is dus nog steeds voldoende.

7.6 Betaalbaarheid

Zorgkantoren hebben in 2005 fors meer kortingen bedongen bij de zorgaanbieders dan in 2004. Echter de maximum beleidsregelwaarden zijn in 2005 tevens gestegen. De gemiddelde prijs steeg dan ook met 1,8%. De reële prijs – dus gecorrigeerd voor inflatie – steeg gemiddeld met 0,1%. Daarnaast steeg ook het geleverde volume met 3,0% ten opzichte van 2004. De macrokosten zijn in 2005 als gevolg van deze twee variabelen gemiddeld met 5,5% gestegen ten opzichte van 2004.

In 2006 bleven de kortingen ongeveer gelijk aan die in het jaar daarvoor. De gewogen gemiddelde prijs met 0,4% gestegen ten opzichte van 2005. Wanneer deze gemiddelde prijs echter wordt gecorrigeerd voor inflatie, is een prijsdaling van 0,8% waar te nemen. Behalve kortingen op de prijs, maakten zorgkantoren in 2005 en 2006 ook afspraken over de te leveren productmix. Over het algemeen hebben zorgkantoren in 2006 een goedkopere productmix afgesproken dan in 2005. Hoewel er grote verschillen bestonden tussen de inkoopstrategieën die zorgkantoren hanteren, bestond er geen direct verband tussen de mate waarin zorgkantoren prijs en productmix meewegen in de beoordelingscriteria en de mate waarin ze hiermee besparingen realiseren.

De hogere kortingen die zorgkantoren in 2005 en 2006 zijn overeengekomen met de zorgaanbieders zouden er op kunnen wijzen dat de opheffing van de contracteerplicht en de invoering van de regionale contracteerruimten van de zorgkantoren een positief effect heeft gehad op de betaalbaarheid. Echter, de Minister van VWS heeft in 2005 tevens een convenant

afgesloten met de zorgaanbieders om 1,25% meer zorg te leveren voor hetzelfde geld. Ook dit kan invloed hebben gehad op de afgesproken prijzen. De kortingen zijn dus niet eenduidig aan de invoering van marktwerking te koppelen.

CTG/ZAio en het CTZ vinden convenantsturing niet wenselijk voor markten waarin marktwerking wordt of is geïntroduceerd. In dergelijke markten kunnen convenanten verstorend werken. Daarnaast leiden convenanten in de meeste markten überhaupt niet tot optimale uitkomsten. Redenen daarvoor zijn dat de overheid het efficiëntiepotentieel moeilijk kan inschatten (informatieasymmetrie) en dat convenanten op micro-niveau lastig handhaafbaar zijn (free-rider gedrag).

CTG/ZAio en het CTZ geven de voorkeur aan het stimuleren van goede en doelmatige zorgverlening middels de introductie van marktwerking of het simuleren daarvan. Bij het simuleren van marktwerking is te denken aan een andere wijze van herijking van de maximum beleidsregelwaarden. CTG/ZAio en het CTZ zouden hiervoor kostprijsinformatie op kunnen vragen bij zorgaanbieders en op basis daarvan een gemiddelde efficiëntie kunnen bepalen. Door aanbieders af te rekenen op hun relatieve efficiëntie ten opzichte van het gemiddelde kunnen zij gestimuleerd worden tot het leveren van doelmatigere zorg. CTG/ZAio en het CTZ zijn dan ook voornemens in 2006 onderzoek te doen naar de mogelijkheden om de tarieven in de extramurale AWBZ-zorg te herijken op basis van recente kostprijgegevens.

7.7 Overzicht aanbevelingen

In dit hoofdstuk is een aantal aanbevelingen naar voren gekomen dat een goede werking van de markt kan bevorderen en zo kan leiden tot een betere behartiging van de belangen van de cliënt ten aanzien van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Hieronder volgt een kort overzicht van alle aanbevelingen.

Aanbevelingen aan de Minister van VWS

1. Fundamenteel herzien van het AWBZ-zorgstelsel, waarbij de introductie van een meer risicodragende uitvoeringsstructuur een vereiste is
2. Geen convenanten afsluiten in markten waar prikkels tot marktwerking zijn of worden ingevoerd.

Aanbevelingen aan zorgkantoren

1. Stimuleren groei van kleine aanbieders, teneinde tegenwicht te creëren voor dominante aanbieders in de markt
2. Inkopen van een groter deel van de benodigde zorg in de regio op basis van de relatieve prestaties van zorgaanbieders ten opzichte van elkaar
3. Meenemen van uitkomstindicatoren voor kwaliteit bij de inkoop van zorg
4. Vergelijken van de melding aanvang zorg in het AZR met data van het CAK BZ over het moment waarop cliënten voor het eerst een eigen bijdrage betalen, teneinde interne wachtlijsten bij zorgaanbieders te signaleren en aan te kunnen pakken.

Acties CTG/ZAio en het CTZ (NZa)

1. Onderzoeken hoe zorgkantoren cliënten kunnen stimuleren hun keuze te maken uit een specifieke groep aanbieders
2. Vergroten van de transparantie omtrent onderaannemers, middels een aanscherping van de Regeling Administratie en Controle AWBZ
3. De positieve en negatieve effecten van voorgenomen concentraties duidelijk onder de aandacht van de NMa blijven brengen middels zienswijzen
4. De economische en juridische mogelijkheden van de integratie van de subsidiegelden voor PGB-houders en de regionale contracteerruimten van zorgkantoren onderzoeken
5. Waar nodig en wenselijk ondersteuning geven bij de ontwikkeling van uitkomstindicatoren voor kwaliteit
6. Onderzoek doen naar de mogelijkheden om de tarieven in de extramurale AWBZ-zorg te herijken op basis van recente kostprijsgegevens

Bijlage 1: Begrippenkader en afkortingen

AB	Activerende Begeleiding (AWBZ-brede functie)
AMM	Aanmerkelijke Marktmacht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWBZ-zorgverzekeraar	Een zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet, die zich overeenkomstig artikel 33 van de AWBZ als zodanig heeft aangemeld voor de uitvoering van die wet. Elke zorgverzekeraar is daarbij in principe verantwoordelijk is voor de inkoop van AWBZ-zorg voor de verzekerden die bij de betreffende verzekeraar een zorgverzekering hebben afgesloten. Hierbij geldt een zorgplicht. De daadwerkelijke uitvoering van de AWBZ-zorg hebben de zorgverzekeraars per regio overgedragen aan het zorgkantoor.
AZR	AWBZ-brede Zorgregistratiesysteem. Het AZR heeft tot doel meer inzicht te verschaffen in de vraag en het aanbod van extramurale AWBZ-zorg. Het CIZ brengt het zorgkantoor op de hoogte van specifieke zorgvraag door indicaties op het AZR te plaatsen. Hierbij wordt tevens een voorkeursaanbieder vermeld. Zorgaanbieders kunnen, wanneer zij als voorkeursaanbieder zijn aangemerkt, cliënten uit het AZR halen en in zorg nemen. Indien cliënten niet direct uit het AZR worden gehaald registreert het AZR hoe lang cliënten reeds op zorg wachten. Het zorgkantoor kan deze gegevens gebruiken om bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling toe te passen.
BH	Behandeling (AWBZ-brede functie)
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet)
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland (brancheorganisatie)
Beoordelingscriteria	Criteria aan de hand waarvan zorgkantoren productie verdelen. Indien een aanbieder goed scoort op de beoordelingscriteria heeft dit bijvoorbeeld hogere productieafspraken tot gevolg.
CAHPS	Consumer Assessment of Health Plan Survey (CAHPS) vragenlijsten bevatten een aantal wetenschappelijk geformuleerde vragen op basis waarvan zorgverzekeraars informatie kunnen verzamelen over de kwaliteit van de geleverde zorg.
CAK BZ	Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten. Het CAK BZ is verantwoordelijk voor de centrale financiering van AWBZ-zorgaanbieders.
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg. In het Besluit Zorgaanspraken AWBZ is vastgelegd op welke zorg mensen een beroep kunnen doen. Het CIZ beoordeelt of mensen, gezien hun beperkingen, in aanmerking komen voor een bepaalde vorm van zorg en legt dit vast in een indicatiebesluit.
Cliëntenraadpleging	Vorm van kwaliteitsmeting bij zorgaanbieders waarbij cliënten periodiek wordt gevraagd om hun mening omtrent de geleverde zorg.
Contracteerplicht	Tot 31 augustus 2004 gold er in de extramurale AWBZ-zorg een contracteerplicht. Dit houdt in dat het zorgkantoor verplicht was om alle toegelaten zorgaanbieders

	in de regio te contracteren. Op 31 augustus 2004 is deze plicht per AmvB opgeheven.
CTG/Zaio	College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
EZ	Ministerie van Economische Zaken
FAQ-lijst	Frequently Asked Questions-lijst. De meeste zorgkantoren hebben vragen die zij tijdens de inkoopprocedure kregen van de zorgaanbieders in een overzicht met Frequently Asked Questions gezet. Andere zorgaanbieders kunnen op die manier gemakkelijk meer informatie krijgen over het inkoopbeleid van het zorgkantoor.
Gewogen gemiddelde prijs	De gewogen gemiddelde prijs wordt berekend als de som van het volume maal de prijs per prestatie voor alle zorgaanbieders gedeeld door het totale volume van die prestatie. De gewogen gemiddelde prijs neemt dus mee hoe vaak een bepaalde prijs is afgesproken. Een lage prijs die slechts een paar keer is afgesproken telt dan minder mee dan een lage prijs die erg vaak is afgesproken.
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HHI	Herfindahl Hirschman Index: De HHI is de som van de gekwadrateerde marktaandelen (in %) van alle aanbieders in de markt. De HHI varieert tussen 0 en 10.000, waarbij geldt dat de markt geconcentreerder is wanneer de HHI dichterbij 10.000 ligt (bij een HHI van 10.000 is er sprake van een monopolie ($100^2 = 10.000$)). De HHI geeft een goed beeld over zowel de concentratie op de markt, als over de verdeling van de marktaandelen tussen aanbieders. Voor het beoordelen van de concentratie hanteert de Europese Commissie een drempelwaarde die in concrete gevallen varieert tussen de 1.000 en de 1.800. ⁵⁸ Hierbij geldt dat, wanneer de HHI boven deze drempels uitkomt, er een sterke concentratie bestaat en er gevaar bestaat dat een partij zich onafhankelijk van andere partijen kan gedragen.
HKZ	Harmonisatiemodel voor Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (kwaliteitscertificaat)
HV	Huishoudelijke Verzorging (AWBZ-brede functie)
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
Indicatie(besluit)	In het indicatiebesluit wordt aangegeven op hoeveel AWBZ-zorg een cliënt recht heeft. Een AWBZ-indicatie is meteen ook een wettelijk besluit: u kunt aanspraak maken op de geïndiceerde zorg. In het indicatiebesluit is vastgelegd voor welke functie de cliënt in aanmerking komt, in welke zorgzwaarteklasse de cliënt hoort en voor welke periode de cliënt recht heeft op zorg.
Keuzeondersteuning	Onder keuzeondersteuning verstaan CTG/ZAio en het CTZ dat zorgkantoren cliënten stimuleren een keuze te maken uit een groep reële alternatieven
KwZ	Kwaliteitswet Zorginstellingen
LVT	Landelijke vereniging voor Thuiszorg, momenteel Z-org genaamd

⁵⁸ Zie ook SEO, 'De afbakening van de relevante markt. Is de huidige benadering aan herziening toe?', 2002.

	(brancheorganisatie)
MEE-organisatie	MEE-Nederland is een onafhankelijke, overheidsgefinancierde organisatie die gehandicapten hulp biedt bij vragen op het gebied van onderwijs, opvoeding, wonen, werken, sociale voorzieningen, inkomen, vervoer en vrije tijd. Zij zijn geven onder meer ondersteuning bij het aanvragen van een indicatie voor AWBZ-zorg.
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa (i.o.)	Nederlandse Zorgautoriteit (in oprichting)
OB	Ondersteunende Begeleiding (AWBZ-brede functie)
PGB	Persoonsgebonden Budget. Het PGB is een bedrag dat samenhangt met de indicatie die de cliënt heeft ontvangen van het CIZ. Hierbij geldt dat het PGB gelijk is aan 75% van de maximum beleidsregelwaarde voor zorg-in-natura bij een gelijksoortige indicatie.
Procesindicatoren	Kwaliteitsindicatoren die gericht zijn op het stroomlijnen van het proces van zorgverlening. Doel is via het proces de kwaliteit van de geleverde zorg te verhogen.
PV	Persoonlijke Verzorging (AWBZ-brede functie)
Outcome-indicatoren	Kwaliteitsindicatoren die gericht zijn op het resultaat van zorg, zoals de vraag of het welzijn van cliënten is toegenomen als gevolg van de behandeling. Anders dan bij bijvoorbeeld certificering gaat het bij outcome-indicatoren om resultaat en niet om hoe de aanbieder het resultaat bereikt.
Relevante markt	De relevante markt is het gebied waarbinnen de concurrentie tussen aanbieders van gelijkwaardige producten plaatsvindt. Op basis van deze definitie dient elke markt te worden opgesplitst naar de relevante geografische markt en de relevante productmarkt.
Toelating	Wanneer een zorgaanbieder zorg wil aanbieden binnen de extramurale AWBZ, dient hij allereerst toelating aan te vragen bij het CVZ.
Treeknorm	Normen die zijn opgesteld door zorgaanbieders en zorgkantoren voor aanvaardbare wachttijden
Uitsluitingscriteria	Eisen waaraan een aanbieder moet voldoen om in aanmerking te komen voor een contract met het zorgkantoor.
Verbindingskantoor	Verbindingskantoren zijn door de minister van VWS aangewezen om in samenwerking met het CAK BZ de administratie in de AWBZ uit te voeren. De minister van VWS wijst, steeds voor een periode van vier jaar, een rechtspersoon in een regio aan om als verbindingskantoor te fungeren. In praktijk hebben de AWBZ-zorgverzekeraars tevens de zorginkoop gemandateerd aan het verbindingskantoor. Een verbindingskantoor met taken op het gebied van zorginkoop wordt ook wel zorgkantoor genoemd.
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (brancheorganisatie)
VP	Verpleging (AWBZ-brede functie)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Wmg	Wetsvoorstel Marktordering Gezondheidszorg
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZG	Zintuiglijk gehandicapten
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2: Gebruikte data

In deze monitor zijn de volgende prestaties buiten beschouwing gelaten:

1. Prestaties geleverd door GGZ-instellingen
2. Prestaties die specifiek gelieerd zijn aan de GGZ-zorg (prestatiecodes beginnende met een F)
3. Prestaties die specifiek gelieerd zijn aan Zintuiglijk Gehandicapten (H324, H523 en H607). Hiervoor is gekozen omdat Zintuiglijk gehandicaptenzorginstellingen pas in de loop van 2005 productieafspraken maakten die in lijn waren met de rest van de extramurale AWBZ. Voor de jaren 2004 en 2005 is de vergelijkbaarheid van producten binnen de zintuiglijk gehandicaptenzorg gering.
4. Prestaties die niet in alle jaren gelijk waren (H108, H114, H115, H116, H120, H130, H140, H142, H143, H144, H147, H161, H325, H326, H327, H329, H330, H516, H525, H526, H527 en H628)

Hierbij beslaan ad. 1 en ad. 2 gezamenlijk ongeveer 24% van de totale extramurale AWBZ-zorg. Ad. 3 en ad. 4 beslaan gezamenlijk ongeveer 9% van de totale extramurale AWBZ-zorg.

Eerder genoemde prestatiecodes zijn gebaseerd op de beleidsregel extramurale zorgprestaties⁵⁹ van het CTG/ZAio.

⁵⁹ Beleidsregelnummer CA-59.