



Met spoed!

Advies over verbetering van
de regulering van acute zorg

Uitvoeringstoets

Met spoed!

Advies over verbetering van de regulering van
acute zorg

Inhoud

Vooraf	7
Managementsamenvatting	9
Adviezen NZa	19
1. Aanleiding en verzoek om een uitvoeringstoets	21
1.1 Inleiding	21
1.2 Aanpak advies	21
1.3 Uitgangspunten van de advisering	22
1.3.1 Het algemeen consumentenbelang en de publieke belangen	22
1.3.2 De relatie tussen doelmatigheid en patiëntgerichtheid	23
1.4 Leeswijzer	24
2. De huidige markt voor acute zorg	25
2.1 Inleiding	25
2.1.1 Definitie acute zorg	25
2.1.2 Afbakening van het advies	25
2.2 Beschrijving van de huidige markt voor acute zorg	26
2.2.1 Te onderscheiden markten voor acute zorg	26
2.3 Huidige regulering en bekostiging van acute zorg	29
2.4 Knelpunten doelmatigheid en patiëntgerichtheid	30
2.4.1 Inleiding	30
2.4.2 Beschrijving van de knelpunten	30
2.4.2.1 De bekostiging is gericht op organisatie, niet op prestatie	30
2.4.2.2 Aanbieders krijgen dezelfde acute zorgfunctie op verschillende wijze gefinancierd.	31
2.4.2.3 De huidige bekostiging geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars een beperkte prikkel tot doelmatig handelen	33
2.4.2.4 Verschillen in triage- en behandelprotocollen leiden tot suboptimale kwaliteit en coördinatie in de keten	33
2.5 Conclusie	34
3. Visie NZa op een doelmatige marktordening van acute zorg	37
3.1 Inleiding	37
3.2 Deelsegmenten van acute zorg	37
3.2.1 Telefonische toegang en regie	38
3.2.2 Stabilisatie en vervoer	39
3.2.3 Acute basiszorg en specialistische acute zorg door SEH	39
3.2.4 Complexe specialistische acute zorg	39
3.3 Het beoordelingskader	40
3.3.1 Mogelijke vormen van marktordening	40
3.4 Analyse van deelsegmenten van acute zorg	43
3.4.1 Telefonische toegang en regie	45
3.4.1.1 Marktmodel telefonische toegang en regie	45
3.4.2 Stabilisatie en vervoer	47
3.4.2.1 Marktmodel stabilisatie en vervoer	48
3.4.3 Acute basiszorg en acute specialistische zorg door SEH	49
3.4.3.1 Marktmodel acute basiszorg	50
3.4.4 Complexe specialistische acute zorg	51
3.4.4.1 Marktmodel complexe specialistische acute zorg	52
3.5 Overzicht doelmatige marktordening acute zorg	52
4. Maatregelen op de korte termijn	55
4.1 De wettelijke borging van acute zorg	55
4.1.1 Inleiding	55

4.1.2	Transparant reguleringskader	55
4.1.3	De coördinatie van functies in de keten	57
4.2	Telefonische toegang en regie en Stabilisatie en vervoer	58
4.2.1	Telefonische toegang en regie (meldkamer-112) en Stabilisatie en vervoer	58
4.2.2	Telefonische toegang en regie met nadruk op zorginhoudelijke triage	61
4.3	Acute specialistische zorg door SEH	61
4.4	Acute basiszorg	63
4.4.1	Maatregelen acute basiszorg	64
4.4.1.1	Invoering van landelijke consulttarieven	64
4.4.1.2	Beschikbaarheidvergoeding	66
4.4.2	Gevolgen van het voorstel	69
4.4.3	Implementatiepad	71
4.5	Complexe specialistische acute zorg	72
4.6	De inkoop van acute zorg	73
4.6.1	Inleiding	73
4.6.1.1	Naar een andere inrichting van de inkoop	74
4.6.2	Marktordeningsscenario's voor inkoop van acute zorg	76
4.6.2.1	Inkoop van consulten in de acute basiszorg	76
4.6.2.2	Marktordeningsscenario's	76
4.6.2.3	Voor- en nadelen van inkoopmodellen voor acute zorg	78
4.6.2.4	Inkoopmodel beschikbaarheidskosten acute basiszorg	79
4.6.2.5	Inkoopmodellen overige deelsegmenten binnen acute zorg	80
4.6.3	Conclusie	81
Bijlage 1. De huidige markt van acute zorg		83
1.1	Huisartsen	83
1.2	Huisartsendienstenstructuren (HDS)/Huisartsenpost (HAP)	84
1.3	Apotheken (in avond-, nacht- en weekenduren)	85
1.4	Ambulancezorg (CPA en ambulance)	86
1.5	SEH-afdelingen ziekenhuizen	88
1.6	Traumacentra en traumahelikopter	89
1.7	Spoedeisende GGZ (crisisopvang)	91
1.8	Thuiszorg (mobiele thuiszorg teams)	92
1.9	GHOR-taken	93
Bijlage 2. Onderzoek naar doelmatige marktordening van acute zorg		95
1. Marktafbakening		95
1.1	Inleiding	95
1.2	Marktafbakening acute zorg	96
1.2.1	Inleiding	96
1.2.2	Telefonische toegang en regie	97
1.2.3	Stabilisatie en vervoer	97
1.2.4	Acute basiszorg en acute specialistische zorg	98
1.2.5	Complexe specialistische acute zorg	99
2. Marktmodellen		101
2.1	Beoordelingskader	101
2.2	Mogelijke vormen van marktordening	104
2.2.1	Inleiding	104
2.2.2	Zorgverleningsmarkt	104
2.2.3	Zorgverzekeringsmarkt	107
2.3	Analyse en keuze marktmodellen	109
2.3.1	Zorgverleningsmarkt/zorginkoopmarkt	109
2.3.1.1	Telefonische toegang en regie	111
2.3.1.2	Stabilisatie en vervoer	114
2.3.1.3	Acute basiszorg en acute specialistische zorg	117

2.3.1.4	Complexe specialistische acute zorg	122
2.3.2	Zorgverzekeringsmarkt	123
2.3.2.1	Telefonische toegang en regie	124
2.3.2.2	Stabilisatie en vervoer	125
2.3.2.3	Acute basiszorg en acute specialistische zorg	126
2.3.2.4	Complexe specialistische acute zorg	127
2.4	Conclusie	127

Vooraf

Acute zorg staat sinds jaar en dag volop in de belangstelling. Het is van publiek belang dat acute zorgvoorzieningen zeven dagen per week gedurende 24 uur beschikbaar zijn en dat patiënten in voorkomende gevallen zo snel mogelijk op de juiste plek en door de juiste zorgaanbieder worden behandeld.

De afgelopen jaren is al veel ondernomen om de keten van acute zorg te verbeteren. Zo heeft op regionaal niveau opschaling plaatsgevonden van ambulancediensten en zijn huisartsen voor het aanbieden van acute basiszorg in de avond, nacht en weekenduren gaan samenwerken in huisartsenposten.

De minister wil een nieuwe beleidsvisie op acute zorg ontwikkelen. In dit rapport adviseert de NZa de minister over de mogelijkheden om tot een marktordening van de keten van acute zorg te komen die tot doelmatige organisatie van kwalitatief goede zorg aan de consument leidt. Vanzelfsprekend moet dit plaatsvinden binnen de randvoorwaarden die de overheid vanuit een oogpunt van het publieke belang aan de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg stelt.

De invloed van de consument op de kwaliteit van de zorg vormt een belangrijk uitgangspunt van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Bewaking en versterking van de positie van de consument staat bij de taakuitoefening van de NZa centraal. In gevallen waar de consument niet kan kiezen, speelt regulering een belangrijke rol.

Om de toegankelijkheid en de kwaliteit van acute zorg effectief te borgen, is een reguleringskader met duidelijke normen een vereiste. Duidelijke normen houdt in dat de overheid keuzes dient te maken. Het advies maakt de NZa duidelijk om welke keuzes het gaat.

Een doelmatige organisatie van acute zorg betekent dat voor de consument binnen de gestelde randvoorwaarden van toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg sprake is van een optimale prijs-kwaliteitverhouding. Het spoedeisende karakter van acute zorg brengt echter mee dat de keuzemogelijkheden van een consument beperkter zijn dan bij niet-acute (electieve) zorg. Om die reden geldt voor acute zorg: marktwerking waar mogelijk, regulering waar noodzakelijk. De NZa adviseert de minister in deze uitvoeringstoets dan ook over sturing van de overheid die nodig is om de beperkte invloed van de consument te compenseren.

Voor haar advies heeft de NZa op basis van literatuuronderzoek, eigen expertise en gerichte gesprekken met marktpartijen en deskundigen de knelpunten van doelmatigheid en patiëntgerichtheid bij acute zorg geïnventariseerd. Vervolgens heeft zij een analyse gemaakt van de maatregelen die een doelmatige ordening van acute zorg bevordert en de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van acute zorg borgt. Deze analyse is in bilaterale discussies met belangenorganisaties verder aangescherpt tot het huidige advies. Dit advies is voor een informele reactie voorgelegd aan een aantal externe deskundigen en leden van de Raad van Advies van de NZa.

Graag willen wij hier nog een woord van dank uitspreken aan de marktpartijen, de belangenorganisaties, de deskundigen en alle anderen voor de waardevolle bijdragen die zij aan het proces hebben geleverd. Bij de totstandkoming van het uiteindelijke advies zijn hun opmerkingen en aanbevelingen uitdrukkelijk meegewogen. Overigens merkt de NZa daarbij op dat het bij deze uitvoeringstoets gaat om een eigen verantwoordelijkheid van haar, waarbij de NZa als onafhankelijke adviseur eigen afwegingen maakt.

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

Inleiding

In januari 2007 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de minister) de NZa gevraagd om een uitvoeringstoets over een marktordening van de keten van acute zorg die tot een doelmatige organisatie van kwalitatief goede zorg aan de consument leidt. Specifiek vroeg de minister om het volgende inzichtelijk te maken:

1. de bekostigingshindernissen die zorgaanbieders en zorgverzekeraars in een doelmatige organisatie van de keten van acute zorg belemmeren.
2. de (financiële) instrumenten van de minister om de ontwikkeling van een doelmatige en patiëntgerichte organisatie van de keten van acute zorg te stimuleren, en de manier waarop hij deze instrumenten kan inzetten.
3. de (financiële) instrumenten die verzekeraars binnen de publieke randvoorwaarden van spreiding en toegankelijkheid op een budgetneutrale manier kunnen inzetten om voor de consument kwalitatief goede acute zorg doelmatig in te kopen.

Het verzoek van de minister is geen uitvoeringstoets in de klassieke zin, waarbij de NZa voorgenomen beleid van de minister toetst op uitvoeringsaspecten. Het gaat om een advies over beleid dat moet worden ontwikkeld.

In dit advies beantwoordt de NZa aan dit verzoek. In lijn met de missie van de NZa vormt ook bij de advisering over de marktordening van acute zorg het uitgangspunt om markten (waar mogelijk) *zelf* te laten werken en hiermee de concurrentie te stimuleren; de randvoorwaarde daarbij is dat de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg is geborgd.¹ Wanneer deze publieke belangen in het geding komen, is regulering is noodzakelijk. De maatregelen die de NZa in deze uitvoeringstoets voorstelt, zijn erop gericht om toegankelijke acute zorg van betaalbare kwaliteit te borgen.

De invloed van de consument op de kwaliteit van de zorg vormt een belangrijk uitgangspunt van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Bewaking en versterking van de positie van de consument staat bij de taakuitoefening van de NZa centraal.

Scope van het onderzoek

Het advies gaat in op de spoedeisende zorg die de meldkamer-112, de ambulancediensten, de huisartsen, de huisartsenposten (HAP's) en de spoedeisende hulpafdeling van ziekenhuizen (SEH's) leveren. Daarbij staat de toegang tot de zorgaanbieder centraal. De spoedeisende zorg die intramuraal wordt geleverd (zoals zorg op een intensivere-afdeling van een ziekenhuis) vormt onderdeel van het niet-acute (reguliere) zorgaanbod en valt buiten de reikwijdte van dit advies.

¹ De missie van de NZa luidt: *De NZa maakt en bewaakt goed werkende zorgmarkten. De belangen van de consument staan daarbij centraal. Efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg en de kwaliteit zijn gewaarborgd. De consument krijgt zo de beste waar en waarde voor zijn zorgeuro.*

In de acute zorgketen vormen zorgaanbieders een serie op zich staande loketten, waartussen zij patiënten overdragen opdat deze bij de juiste aanbieder de juiste behandeling ontvangen.

Ontwikkelingen in de acute zorg

In de afgelopen jaren zijn al veel stappen gezet om de keten van acute zorg doelmatiger te laten functioneren. Zo werken ambulancediensten in voorbereiding op de nieuwe ambulancewet en de wet op de veiligheidsregio's aan de vorming van Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's), zijn HAP's opgericht om de generieke acute zorg doelmatiger te organiseren en ontstaan in toenemende mate samenwerkingsverbanden tussen HAP's en SEH's om de acute zorgvraag doelmatiger te verdelen.

Knelpunten

In sommige gevallen belemmert het bestaande reguleringskader een verdere doelmatige inrichting van de zorgketen en een doelmatige organisatie van zorgaanbieders. In het bijzonder gaat het daarbij om de volgende knelpunten:

- De bekostiging is gericht op de organisatie en niet op de prestatie.

De Wmg en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) maken het mogelijk dat zorgaanbieders op de wens van de consument inspelen door verschillende functies gecombineerd aan te bieden. De huidige tariefsystemen voor acute zorg werpen hiervoor een drempel op. Zo ontvangen sommige aanbieders een normatief budget dat volledig wordt nagecalculeerd (HAP's) en krijgen andere aanbieders een budget op basis van gedeeltelijke nacalculatie (SEH's, ambulance). De organisatiegerichte insteek van de bekostiging van acute zorg is overigens gedeeltelijk te verklaren door het grote belang dat de overheid aan de beschikbaarheid van acute zorgvoorzieningen hecht.

- Aanbieders krijgen dezelfde zorgfunctie op verschillende manieren gefinancierd.

De verschillende bekostigingssystemen van huisartsen, HAP's en SEH's leiden tot uiteenlopende tarifiering van in principe dezelfde prestatie. Hierdoor is in bepaalde situaties sprake van een onnodig hoog tarief voor zorg. Dit betekent dat de consument in die gevallen meer voor acute zorg betaalt dan nodig is.

- De bekostiging geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars een beperkte prikkel tot doelmatig handelen.

Veel zorgaanbieders werken met vastgestelde normatieve budgetten en hierdoor ondervinden zij slechts een prikkel om prestaties aan te bieden in overeenstemming met de aangegeven (minimum)norm. Er zijn geen prikkels om doelmatiger te werken en aan de consumenten betere prestaties te leveren, want de zorgaanbieders krijgen efficiencywinsten niet beloond. De doelmatigheidsprikkel wordt nog verder beperkt doordat verstrekking van veel budgetten plaatsvindt op basis van nacalculatie.

- De mogelijkheden van de verzekeraar om doelmatig in te kopen zijn beperkt.

Het spoedeisende karakter van acute zorg betekent dat het noodzakelijk is dat de juiste aanbieder een verzekerde zo snel mogelijk helpt. De

keuze van de verzekerde en daarmee ook de keuze van de verzekeraar is beperkt in tijd en afstand.

- De verschillen in de triage- en behandelprotocollen leiden tot suboptimale kwaliteit en coördinatie in de zorgketen.

Een goede triage beperkt de behoefte en de noodzaak voor de patiënt om van de verdere keten van acute zorg gebruik te maken. Een juiste overdracht van patiënteninformatie in de zorgketen voorkomt vertraging in de behandeling, omdat de patiënt dan niet meerdere keren om informatie hoeft te worden gevraagd.

Doelmatige marktordening van acute zorg op lange termijn (zerobase-analyse)

Om inzichtelijk te maken op welke manier het mogelijk is om de acute zorg doelmatig in te richten, heeft de NZa in dit advies op basis van een zerobase-analyse een visie ontwikkeld op de meest doelmatige marktordening van de zorgverleningsmarkt en de zorginkoop- of zorgverzekeringsmarkt bij acute zorg.² Een optimale borging van de publieke belangen staat hierbij centraal.

In haar analyse verdeelt de NZa (de keten van) acute zorg in verschillende marktsegmenten. Deze zijn gebaseerd op diverse functies die in de acute zorg kunnen worden onderscheiden:

- Telefonische toegang waarbij de nadruk ligt op de regie van de zorgketen (de meldkamer ambulancevoorziening-112).
- Telefonische toegang waarbij de nadruk ligt op de zorginhoudelijke beoordeling en behandeling (met name telefonische toegang tot huisarts en HAP).
- Stabilisatie en vervoer (ambulancediensten)
- Acute basiszorg, aangeboden door huisartsen, HAP's of SEH's.
- Acute specialistische zorg, aangeboden door de SEH.
- Complexe specialistische acute zorg (traumacentra)

De onderstaande tabel geeft schematisch de doelmatige marktordening weer zoals die uit de zerobase-analyse voor acute zorg voortvloeit:

² Een zerobase-analyse onderzoekt een hypothetische markt van acute zorg die zou bestaan zonder de invloed van de geldende regulering. De analyse maakt voor acute zorg duidelijk welke vormen van marktfalen bestaan en maakt het mogelijk om te bepalen welke regulering nodig is om de keten van acute zorg doelmatig te laten functioneren.

Tabel 1. Zerobase-analyse: doelmatige marktordening acute zorg

	Telefonische toegang met nadruk op regie in de keten ³	Stabilisatie en vervoer	Acute basiszorg door huisarts, HAP of SEH	Acute specialistische zorg door SEH	Complex-specialistische zorg
Toelating aanbieders	Eén aanbieder per regio	Eén aanbieder per regio	Meerdere aanbieders	Meerdere aanbieders	Meerdere aanbieders
Bekostiging	Aanbesteding of maatstaf-concurrentie	Aanbesteding of maatstaf-concurrentie	Vrije prijzen, afzonderlijke bekostiging beschikbaarheid	Maatstaf-concurrentie, afzonderlijke bekostiging beschikbaarheid	Prijsregulering
Inkoop	Privaat of publiek	Privaat of publiek	Prestaties: individuele verzekeraar Beschikbaarheid: privaat of publiek	Prestaties: individuele verzekeraar Beschikbaarheid: privaat of publiek	Privaat of overheid
Financiering	Privaat of publiek	Privaat of publiek	Privaat	Privaat	Privaat of publiek

Bron: NZa

Uit de zerobase-analyse komt dus naar voren dat acute zorg een bijzondere zorgmarkt is, waarop een overheidsrol in de vorm van wetgeving en regulering noodzakelijk is. Slechts in één marktsegment (acute basiszorg) is voor de prestaties van zorgaanbieders in principe en onder bepaalde randvoorwaarden vrije prijsvorming mogelijk. De NZa is van mening dat het mogelijk is om zowel de bestaande wetgeving bij acute zorg op het gebied van kwaliteit en toetreding, als de regulering van de markten zelf op gebied van prijs en uitvoering van de inkoop te verbeteren.

Maatregelen van de minister op de korte termijn.

Wanneer het reguleringskader de normen voor de borging van de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg stelt, dan verwacht de NZa dat zorgaanbieders en verzekeraars in staat zijn om de acute zorg te organiseren. Overheidsregulering is uitsluitend een optie ingeval marktwerking negatieve effecten heeft op de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg. Met haar advies richt de NZa zich in de eerste plaats op het wegnemen van belemmeringen in de bestaande regulering die aanbieders verhinderen om de zorg doelmatig te organiseren. Daartoe stelt zij maatregelen voor die de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg wettelijk beter borgen en belemmeringen in de bekostigingsstructuur wegnemen.

Aandachtspunten voor de wettelijke borging van acute zorg.

Een transparanter reguleringskader vormt een randvoorwaarde voor doelmatiger opereren van de aanbieders en bevordert de coördinatie in de zorgketen. De NZa adviseert de minister in de eerste plaats om de onduidelijkheid in de randvoorwaarden op het gebied van kwaliteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid voor het leveren van acute zorg zoveel mogelijk weg te nemen. Op de markt voor de acute zorg is de overheidsrol onmiskenbaar en essentieel. De overheid moet deze rol dan

³ Deze analyse heeft vooral betrekking op de telefonische toegang waarbij de nadruk op regie in de keten ligt (meldkamer-112). Voor de telefonische toegang tot huisartsen en HAP's is deze sturing niet noodzakelijk.

wel adequaat en effectief invullen. Zo hanteert zij nu bepaalde normen waarvan de invulling of de wettelijke status niet duidelijk is. Een voorbeeld hiervan vormt de gehanteerde veldnorm voor de aanrijdtijden van ambulances. Onduidelijk is ook wat de status is van de verplichting van de huisarts om 24 uur per dag acute zorg te leveren. Verder is het mogelijk om de verplichting voor aanbieders om samen te werken in de keten beter te definiëren.

Een duidelijk regelgevend kader geeft meer rechtszekerheid voor de zorgaanbieders en de verzekeraars om te investeren in doelmatige dienstverlening. Bovendien biedt het betere aanknopingspunten voor de overheid om op een doelmatige uitvoering van de acute zorgverlening toezicht te houden.⁴

In de tweede plaats adviseert de NZa de minister om na te gaan of de voorzieningen die de overheid treft om het algemeen belang te borgen, verenigbaar zijn met het Europese en nationale mededingingsrecht. Het is belangrijk om te voorkomen dat de borging van het publieke belang bij acute zorg in gevaar komt doordat de voorzieningen die getroffen zijn in strijd blijken met de regels voor mededinging of het vrije verkeer van diensten. Zorg waarbij de sturing door de overheid op grond van het publieke belang dwingt tot een beperking van de mededinging, moet zij als dienst van algemeen economisch belang in de zin van het mededingingsrecht (DAEB) aanmerken. Beperkingen op de mededinging dienen proportioneel te zijn. Zo mogen de voorwaarden waaronder de aanbesteding van de regionale vergunning van de RAV's plaatsvindt, de mededinging niet verder beperken dan vanuit een oogpunt van het publieke belang nodig is.

Voor een meer doelmatige overdracht van patiënten in de zorgketen adviseert de NZa de minister om, naast een grotere transparantie van de samenwerkingsverplichting in de keten, de overdracht van patiënteninformatie in het wettelijk kader vast te leggen en een verdere verbetering van de gehanteerde triagesystemen actief te stimuleren, zo nodig door daarvoor regels te stellen. Bij de sturing van de informatieoverdracht kan de minister aansluiten bij de invoering van het elektronisch patiëntendossier.

Maatregelen voor de bekostiging van de acute basiszorg.

De maatregelen die de NZa in dit advies voor de bekostiging van de acute zorg voorstelt, hebben in de eerste plaats betrekking op de tariefstructuur van de acute basiszorg zoals huisartsen, HAP's en SEH's die in het deelsegment acute basiszorg leveren. In lijn met de uitgangspunten van de Zorgverzekeringswet en de Wmg adviseert de NZa om voor de acute basiszorg de huidige systematiek waarbij de betreffende aanbieders door middel van een eigen bekostiging worden betaald, af te schaffen en over te stappen op één systematiek van prestatiebekostiging die gericht is op *zorgfuncties*. Alle aanbieders die dezelfde functie/prestatie leveren, moeten op dezelfde manier te worden bekostigd. De NZa adviseert om de volgende maatregelen te nemen:

- Introductie van één prestatiebeschrijving voor de acute basiszorg voor huisarts, HAP en SEH.
- Vaststelling van landelijke maximumconsulttarieven voor de acute basiszorg die alle aanbieders van deze zorg (huisartsen, huisartsenposten en SEH) kunnen declareren. Daarbij is er een

⁴ Een voorbeeld hiervan is het wetsvoorstel Bepalingen over de brandweerzorg, de rampenbestrijding, de crisisbeheersing en de geneeskundige hulpverlening (Wet veiligheidsregio's) van 30 juli 2007, dat de kwaliteitseisen voor de brandweer wettelijk vastlegt.

onderscheid tussen een consulttarief voor de acute zorg in de reguliere uren overdag en een consulttarief voor de ANW-uren.

- Vaststelling van een beschikbaarheidstarief voor huisartsenzorg in de ANW-uren. Gegeven de zorgplicht van huisartsen voor het leveren van 24-uurszorg, borgt de introductie van een afzonderlijke vergoeding voor de beschikbaarheid van huisartsen de toegankelijkheid van de acute zorg in de ANW-uren. Dit is in lijn met de vergoeding die de SEH's per 1 januari 2009 voor beschikbaarheid ontvangen.

De hoogte van de consulttarieven en het beschikbaarheidstarief kan de NZa in een nadere uitvoeringstoets vaststellen. Daarbij is het mogelijk om in de tarifiering een doelmatigheidsprikkel te introduceren door de tarieven te bepalen aan de hand van de noodzakelijke kosten van de acute zorg. Het is daardoor mogelijk dat de ANW-consulttarieven hoger uitvallen dan het consulttarief overdag.

Door de beschikbaarheidsvergoeding voor de acute basiszorg in de ANW-uren direct aan de huisarts te geven, zijn huisartsen beter in staat om de acute zorg - met name in de ANW-uren - op maat te organiseren, en te kiezen voor een organisatievorm die het best bij de lokale omstandigheden past. In de meeste gevallen zal de ANW-zorg via HAP's worden geleverd, waarbij de samenwerking met SEH's geen hinder meer ondervindt van schotten in de bekostiging. Het voorstel van de NZa maakt het ook mogelijk dat huisartsen andere samenwerkingsverbanden kunnen aangaan of met andere zorgaanbieders kunnen integreren wanneer dat in de gegeven omstandigheden tot een betere vorm van dienstverlening kan leiden.

Vanuit een functiegericht perspectief is het noodzakelijk om op de langere termijn te bezien of de verplichting van huisartsen om 24-uurszorg te leveren, nodig is om toegankelijke acute basiszorg te borgen.

Gelijktrekking van de tarieven bevordert de transparantie van het totale zorgaanbod en daarmee de mogelijkheden om goed in te kopen. Het geeft ook een directere prikkel aan aanbieders om efficiënt te opereren. Mede door de eenduidige beschrijving is het immers mogelijk om deze prestaties nu grotendeels direct met elkaar te vergelijken.

De HAP's krijgen in het voorstel van de NZa een andere bekostiging. Een gedeelte is afkomstig uit het vaste consulttarief voor de geleverde prestaties en een ander gedeelte (de beschikbaarheidsvergoeding) stelt de huisarts die deelneemt aan het samenwerkingsverband ter beschikking. De NZa verwacht dat de betrokkenheid van huisartsen bij de HAP's hierdoor een stimulans ondervindt.

Voor de SEH's betekent het voorstel dat voor de acute basiszorg, die zij in de bestaande situatie tegen een medisch specialistisch tarief declareren, een consulttarief wordt geïntroduceerd dat gelijk is aan het tarief van de huisarts en de HAP. Hierdoor komt een einde aan de huidige ongelijkheid in tarieven en neemt de transparantie toe. Op basis van dit consulttarief kan een ziekenhuis besluiten hetzij in samenwerking met de lokale HAP's de zorgvraag op een doelmatige en patiëntgerichte manier af te handelen, hetzij de acute basiszorg zelfstandig aan te bieden.

De NZa adviseert de minister voor de acute basiszorg ook om de risicodragendheid van de verzekeraar voor de kosten van eerstelijnszorg door de huisarts en de HAP's en de tweedelijnszorg door de SEH's gelijk te trekken. Daarmee vervalt een oneigenlijke prikkel voor verzekeraars om zorg in de tweedelijns te laten en zullen zij er meer belang bij krijgen om een doelmatige samenwerking tussen eerste- en tweedelijns tot stand

te brengen. De risicodragendheid moet gekoppeld worden aan het type product, en niet aan de aanbieder die het product levert. Daarnaast adviseert de NZa de minister in het kader van een uniforme bekostiging om de regeling van het eigen risico voor verzekerden bij de acute zorg in de eerste- en tweedelijns gelijk te trekken. Op dit moment bestaat er uitsluitend een eigen risico voor de tweedelijns acute zorg. Ofwel er vindt introductie van het eigen risico ook in de eerstelijns plaats, ofwel het eigen risico voor acute zorg in de tweedelijns komt te vervallen.

Maatregelen voor de bekostiging van de overige deelsegmenten van acute zorg

Voor de telefonische toegang tot de zorgketen (112) en stabilisatie en vervoer (ambulancediensten) zal na implementatie van het wetsvoorstel op de ambulancezorg (Waz) sprake zijn van één regionale aanbieder van zorgdiensten (de RAV). De regulering creëert hier dus een monopoliepositie voor de zorgaanbieder. Doordat de overheid de vergunning aan de RAV voor onbepaalde tijd verleent, zal hiervan voor de monopolistische aanbieder slechts een beperkte prikkel uitgaan om kwalitatief goede prestaties doelmatig te leveren. Gegeven de keuze voor een vergunning van onbepaalde tijd, adviseert de NZa de minister om de doelmatigheid in de overige deelsegmenten van de acute zorg door toepassing van maatstafconcurrentie te bevorderen. Deze vorm van bekostiging kan hij als voorwaarde verbinden aan de vergunning die via een aanbestedingsprocedure wordt verleend. Overigens is gegeven het ontbreken van keuzemogelijkheden van de consument hier ook een belangrijke rol weggelegd voor het toezicht op de kwaliteit door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

De NZa doet in deze uitvoeringstoets geen voorstellen voor de bekostiging van de deelsegmenten acute specialistische zorg en de complexe specialistische acute zorg die zij binnen de acute zorg onderscheidt. De bekostiging van medisch specialistische zorg vormt het onderwerp van de uitvoeringstoets deregulering ziekenhuisbekostiging (project *Daisy*).

Rol van verzekeraars bij de inkoop van acute zorg

De minister heeft de NZa ook gevraagd om de mogelijkheden te beschrijven die verzekeraars hebben om de acute zorg doelmatig in te kopen. Daartoe heeft de NZa voor de verschillende deelsegmenten van de acute zorg een aantal ordeningsscenario's geanalyseerd die op de zorgverzekeringsmarkt kunnen worden gehanteerd. Bij de marktordening speelt een belangrijke rol dat verzekeraars bij hun inkoop van acute zorg over beperkte inkoopmacht beschikken. Dit komt door de sturing die de overheid aan de acute zorg geeft (zij bepaalt de kwaliteitsnormen en ook welke aanbieders worden toegelaten). Daarnaast is het ingeval van acute zorg voor verzekeraars moeilijk om hun verzekerden bij de keuze van een bepaalde aanbieder te beïnvloeden. Dit is inherent aan het karakter van acute zorg; patiënten moeten zo spoedig mogelijk geholpen worden. Bij de inkoop van acute zorg is het ook van belang om te voorkomen dat er coördinatieproblemen tussen zorgaanbieders ontstaan.

Op basis van de zerobase-analyse acht de NZa het in het deelsegment acute basiszorg goed mogelijk dat de individuele verzekeraar de prestaties van huisartsen, HAP's en SEH's inkoopt. De prestaties in dit deelsegment zijn niet goed te onderscheiden van dezelfde prestaties op in de niet-acute zorgmarkt. Individuele verzekeraars kunnen de acute en niet-acute prestaties tegelijkertijd inkopen bij zorgaanbieders. De

feitelijke sturing die verzekeraars aan de acute zorg kunnen geven, is dus afhankelijk van de inkoopmacht die zij bezitten in de niet-acute zorg.

Voor de acute zorg in de deelsegmenten telefonische toegang en regie, stabilisatie en vervoer, en de complexe specialistische acute zorg ligt concurrentie tussen individuele verzekeraars op de inkoopmarkt niet voor de hand; ditzelfde geldt voor de beschikbaarheidskosten in het deelsegment acute basiszorg en de acute specialistische zorg door SEH's. Voor al deze deelsegmenten is het noodzakelijk om de inkoop collectief te organiseren. Dit is zowel privaat als publiek mogelijk. De NZa heeft de volgende systemen getoetst op doelmatigheid, administratieve lasten en interferentieproblemen met de concurrentie in de niet-acute zorg:

- gedeeltelijke contractsplicht;
- invulling zorgplicht via een beleidsregel;
- collectieve financiering;
- inkoop door de dominante verzekeraar;
- zorgaanbieders declareren rechtstreeks bij het zorgverzekeringsfonds.

Uit de analyse komt als beste inkoopssystematiek voor dit gedeelte van de acute zorgmarkt een systeem naar voren waarbij de zorgaanbieder rechtstreeks aan het zorgverzekeringsfonds declareert. Dit betekent dat de verzekeraar daar geen actieve rol bij de inkoop van de zorg meer speelt.

Aandacht voor administratieve lasten

Een belangrijk aandachtspunt bij de regulering van zorg zijn de administratieve lasten die daarmee gepaard gaan.⁵ De beoogde voordelen van de aanpassingen in wet- en regelgeving die de NZa voorstelt, moet de minister afwegen tegen de lasten die daaruit voortvloeien.

Voor de aanpassingen in de regulering van acute zorg die in dit advies zijn voorgesteld, is die afweging op dit moment slechts globaal mogelijk. De voorgestelde maatregelen nemen enerzijds voor partijen belemmeringen weg om doelmatiger te werken; hierbij past een beperking van de administratieve lasten. Anderzijds brengt de borging van de publieke belangen van een toegankelijke en kwalitatief goede acute zorg die de NZa in deze uitvoeringstoets voorstelt een bepaalde lastendruk met zich mee. Een voorbeeld hiervan is de toekenning van het beschikbaarheidstarief voor acute basiszorg en de voorwaarden die de overheid hieraan stelt.

De administratieve lasten die voortvloeien uit de maatregelen die de NZa in dit advies voorstelt, moeten tot het hoogst noodzakelijke worden beperkt. Voor een afweging van de voordelen van de voorgestelde maatregelen tegen de daaraan verbonden administratieve lasten is de uitvoering/implementatie in wet- en regelgeving en beleidsregels van groot belang. De daadwerkelijke uitvoering van maatregelen is immers bepalend voor de hoogte van de administratieve lasten. Een nadere uitvoeringstoets moet administratieve lasten uitdrukkelijk laten meewegen.

⁵ Hoewel meestal over 'administratieve lasten' wordt gesproken, gaat het bij lastenverlichting om meerdere soorten lasten: (1) administratieve lasten, (2) inhoudelijke nalevingslasten, (3) uitvoeringslasten en (4) beleefde lasten.

Tabel 2. Overzicht van de NZa-adviezen voor de acute zorg⁶

	Wettelijke borging	Telefonische toegang en regie ⁷ Stabilisatie en vervoer	Acute basiszorg door huisarts, HAP of SEH
Zerobase		Eén regionale aanbieder Aanbesteding en/of maatstafconcurrentie Publieke inkoop	Meerdere aanbieders Prestaties: – vrije prijsvorming; – inkoop door individuele verzekeraar. Beschikbaarheid huisartsenzorg: – borging door afzonderlijk tarief huisarts – financiering door rechtstreekse declaratie van aanbieder bij het zorgverzekeringsfonds.
Beleid minister		Eén regionale aanbieder (RAV) met vergunning voor onbepaalde tijd (wetsvoorstel Waz)	
Advies korte termijn	Transparant wettelijke kader Regulering die mededinging beperkt: – proportioneel: – DAEB. Regulering triage en overdracht patiënten-informatie indien nodig	Aanbesteding Prestatiecontract en/of maatstafconcurrentie Financiering door rechtstreekse declaratie van aanbieder op zorgverzekeringsfonds	Uniforme prestatie-omschrijving acute basiszorg Prestaties: – uniforme landelijke maximumconsulttarieven voor overdag en in de ANW-uren – inkoop door individuele verzekeraar Beschikbaarheid huisarts: – rechtstreekse declaratie van aanbieder bij het zorgverzekeringsfonds Risicodragendheid verzekeraars in eerste- en tweedelijns gelijk. Regeling verplicht eigen risico verzekerden voor consulten bij huisarts, HAP en SEH gelijk.
Advies lange termijn	Idem	Idem	Vrije prijsvorming voor prestaties Randvoorwaarde: gelijktijdige liberalisering niet-acute huisartsenzorg.

Bron: NZa

⁶ Dit overzicht gaat niet specifiek in op de specialistische zorg door de SEH en de complexe specialistische acute zorg, omdat het advies van de NZa voor deze zorg geen maatregelen voorstelt. Voor maatregelen in de bekostiging van de medisch specialistische zorg wordt naar de uitvoeringstoets *Deregulering ziekenhuisbekostiging* verwezen.

⁷ Deze analyse heeft vooral betrekking op de telefonische toegang waarbij de nadruk op regie in de keten ligt (meldkamer-112). Voor de telefonische toegang tot huisartsen en HAP's is deze sturing niet noodzakelijk.

Adviezen NZa

- De NZa adviseert de minister om de onduidelijkheid over de normen voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van acute zorg zoveel mogelijk weg te nemen door de invulling en de status van deze normen wettelijk en transparant te regelen.
- De NZa adviseert om de voorzieningen die bij acute zorg worden getroffen om het algemeen belang te borgen, als dienst van algemeen economisch belang (DAEB) aan te merken in die gevallen waarin deze sturing de mededinging zal beperken. Bij beperking van de mededinging moet het beginsel van proportionaliteit in acht worden genomen. Voor zorg waar de minister uit het oogpunt van het publieke belang de mededinging beperkt, kan de NZa in een uitvoeringstoets nadere voorwaarden bepalen waaronder een DAEB kan worden aangeboden en kan zij toezien op een juiste naleving daarvan.
- Gegeven het publieke belang dat aan afstemming verbonden is, adviseert de NZa de minister om standaardisatie van de triage en de overdracht van patiënteninformatie in het wettelijk kader vast te leggen. Hierin kan ook meer aandacht worden geschonken aan een centralere opleiding en de juiste toepassing van de triagesystemen.
- Binnen de marktstructuur die in de Waz is neergelegd, kan de minister de RAV door middel van de invulling van het programma van eisen een aantal prikkels geven om doelmatig te opereren. Hij kan een eerste prikkel introduceren door de vergunning in een aanbestedingsprocedure op basis van een programma van eisen toe te wijzen. De NZa adviseert de minister in de regulering te borgen dat de aanbieder ook na verkrijging van de RAV-vergunning een doelmatigheidsprikkel heeft. Daartoe bestaan een tweetal mogelijkheden, namelijk de introductie van prestatiecontracten en maatstafconcurrentie. Ingeval de minister de vergoeding van de RAV-prestaties wil baseren op maatstafconcurrentie, dan moet hij dit instrument als voorwaarde in het programma van eisen voor het verlenen van de vergunning opnemen. De NZa kan de maatstafconcurrentie in een nadere uitvoeringstoets uitwerken.
- Bij de telefonische toegang tot acute zorg die huisartsen en HAP's bieden, ligt de nadruk meer op de zorginhoudelijke behandeling dan op de organisatie van de acute zorgketen. De overheid kan de doorverwijsrelatie tussen huisarts/HAP en SEH borgen door aan de doorverwijzing minimumkwaliteitseisen te stellen. Een verdere wettelijke borging van de toegang, bijvoorbeeld door beperking van het aantal toegelaten aanbieders, is niet nodig en ook niet gewenst. Op korte termijn kan de minister in de tariefregulering een prikkel tot doelmatigheid introduceren.
- Voor de acute specialistische zorg door SEH's acht de NZa regulering op basis van de gemiddelde kosten van de prestatie (maatstafconcurrentie) het meest doelmatige marktmodel. Voorwaarde is dat het publieke belang van toegankelijkheid door een afzonderlijke regeling voor de beschikbaarheidskosten wordt geborgd.
- De NZa stelt voor om voor de prestaties in de acute basiszorg twee landelijke maximumconsulttarieven te introduceren, die gelden voor huisartsen, HAP's en SEH's. Het eerste consulttarief heeft betrekking op acute behandelingen door de huisarts en de SEH die zij tijdens de reguliere uren van een huisarts uitvoeren. Het tweede consulttarief geldt voor de acute behandelingen door huisarts, HAP of SEH tijdens de ANW-uren. De consulttarieven moeten idealiter zoveel mogelijk zijn gebaseerd op de kosten van de zorgaanbieder die de prestatie het meest doelmatig kan verlenen. Om hierin meer inzicht te verkrijgen,

is het nodig om prestatie-indicatoren vast te stellen die de kwaliteit van de zorg normeren en meetbaar maken.

- De NZa adviseert de minister om het verschil in risicodragendheid van verzekeraars in de eerste- en tweedelijns gelijk te trekken.
- De NZa adviseert verder om de ongelijkheid die in de toegang tot aanbieders van acute basiszorg bestaat, op te heffen door verschillende regimes voor het verplicht eigen risico voor verzekerden te introduceren.
- De NZa adviseert om in de vergoedingssystematiek voor beschikbaarheid van huisartsen overdag geen wijzigingen aan te brengen. Zij bepleit bij de minister om voor de huisarts een afzonderlijk tarief voor de beschikbaarheid in de ANW-uren vast te stellen. De NZa adviseert om bij de bepaling van de hoogte van het beschikbaarheidstarief zoveel mogelijk aan te sluiten bij de systematiek voor de SEH. Dit betekent een (vaste) beschikbaarheidsvergoeding voor in beginsel alle aanbieders die aan bepaalde voorwaarden voldoen. De NZa kan in een nadere uitvoeringstoets de hoogte van de vergoeding en de voorwaarden voor toekenning van de beschikbaarheidsvergoeding vaststellen.
- De NZa is van mening dat de discussie over introductie van avondsprekuren van huisartsen los staat van een doelmatige inrichting van de acute basiszorg. Uiteraard laat dit onverlet dat er onder consumenten behoefte aan een avondopenstelling van hun huisarts kan bestaan. De huidige bekostiging biedt hier voldoende mogelijkheden toe.
- Voor de bekostiging van de acute specialistische zorg en de complexe specialistische acute zorg verwijst de NZa naar de uitvoeringstoets deregulering ziekenhuisbekostiging (Daisy). Voor acute zorg zijn op de korte termijn geen aanvullende maatregelen in de bekostiging nodig.
- Voor het grootste gedeelte van de acute zorg is concurrentie tussen verzekeraars bij de inkoop niet wenselijk. Uitsluitend voor prestaties binnen de acute basiszorg geldt dat private verzekeraars in beginsel de zorg individueel kunnen inkopen, mits de overheid de kosten van de beschikbaarheid door afzonderlijke financiering borgt.
- Bij een private uitvoering van de inkoop van de andere deelsegmenten van acute zorg hebben alle inkoopmodellen zowel voor- en nadelen. Alles overwegende lijkt voor de inkoop van acute zorg waarbij de beschikbaarheid van de voorziening voorop staat, het model van rechtstreekse declaratie de beste waarborgen te geven voor een doelmatige inkoop en coördinatie daarvan, voor lage administratieve lasten en voor voorkoming van interferentie met de inkoop van niet-acute zorg.

1. Aanleiding en verzoek om een uitvoeringstoets

1.1 Inleiding

In januari 2007 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de minister) de NZa gevraagd om een uitvoeringstoets over een marktordening van de keten van acute zorg die moet leiden tot een doelmatige organisatie van kwalitatief goede zorg aan de consument.⁸ Specifiek vraagt de minister om het volgende inzichtelijk te maken:

1. De bekostigingshindernissen die zorgaanbieders en zorgverzekeraars in een doelmatige organisatie van de keten van acute zorg belemmeren.
2. De (financiële) instrumenten van de minister om de ontwikkeling van een doelmatige en patiëntgerichte organisatie van de keten van acute zorg te stimuleren, en de manier waarop hij deze instrumenten kan inzetten.
3. De (financiële) instrumenten die verzekeraars binnen de publieke randvoorwaarden van spreiding en toegankelijkheid op een budgetneutrale manier kunnen inzetten om voor de consument kwalitatief goede acute zorg doelmatig in te kopen.

Het verzoek van de minister is geen uitvoeringstoets in klassieke zin, waarbij de NZa voorgenomen beleid van de minister toetst op uitvoeringsaspecten. Het gaat om een advies over beleid dat moet worden ontwikkeld. In reactie op het advies zal de minister een beleidsvisie op gebied van acute zorg publiceren en de NZa verzoeken om dit beleid in uitvoeringstoetsen verder uit te werken.⁹

1.2 Aanpak advies

De vraagstelling van de minister is breed gedefinieerd en heeft in beginsel betrekking op alle onderdelen van de keten van acute zorg. Een dergelijke vraagstelling leent zich niet voor een gedetailleerde beantwoording. Daarom gaat NZa in dit advies in eerste instantie in op de hoofdlijnen van een doelmatige organisatie die de toegang tot de acute zorg en de kwaliteit van die zorg kan borgen. De maatregelen die de NZa in deze uitvoeringstoets voorstelt, kan zij op verzoek van de minister in nadere uitvoeringstoetsen uitwerken en implementeren.

De aanpak van het advies volgt de lijn van de vraagstelling van de minister. Allereerst gaat de NZa in op de huidige marktconstellatie en analyseert daarbij de belangrijkste knelpunten op het gebied van doelmatigheid en patiëntgerichtheid in de bestaande markt. Vervolgens adviseert de NZa over de instrumenten van de minister en de verzekeraars om te komen tot een doelmatige en patiëntgerichte keten van acute zorg. De NZa komt tot dit advies in twee stappen.

⁸ Brief van de minister van VWS van 29 januari 2007

⁹ Eenzelfde aanpak is gevolgd bij Daisy en CATO. Het zwaartepunt van de uitwerking komt hierdoor zowel conceptueel als naar concrete bekostiging meer bij de NZa te liggen. Het ministerie van VWS is opdrachtgever en kiest uiteindelijk tussen de verschillende opties.

De eerste stap is de ontwikkeling van een visie op een doelmatige organisatie van acute zorg die het belang van de patiënt bij een toegankelijke en kwalitatief goede de zorg tegen betaalbare prijs kan borgen. In deze visie beschrijft en analyseert de NZa op hoofdlijnen de relevante kenmerken van de markt voor acute zorg (de toelating, de bekostiging, de inkoop en de financiering). Deze economische analyse van de markt houdt geen rekening met de bestaande marktconstellatie en regulering (*zerobasebenadering*) en maakt duidelijk welke marktfalens bij acute zorg optreden door de overheid rechtvaardigen. De uitkomst van deze zerobase-analyse resulteert in een advies aan de minister over de mogelijkheden om op de langere termijn een doelmatige marktordening van de acute zorgmarkt te realiseren waarbij de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg in onderlinge samenhang zijn geborgd.

De tweede stap van het NZa-advies bestaat uit een beschrijving van maatregelen die de minister binnen de bestaande marktconstellatie kan nemen om de doelmatigheid en patiëntgerichtheid op korte termijn te verbeteren. Deze stap is nodig omdat de markt voor acute zorg in de praktijk al door het bestaande reguleringskader is gevormd. De voorgestelde maatregelen zijn erop gericht om de bestaande knelpunten in de huidige regulering aan te pakken. Daarnaast passen deze maatregelen in een beleidsmatig transitiepad dat de minister vanuit de huidige marktordening kan creëren om te komen tot een meer doelmatige ordening van acute zorg die de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg in onderlinge samenhang borgt.

1.3 Uitgangspunten van de advisering

De NZa ontwikkelt de visie op de marktordening van acute zorg vanuit de taakstelling op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en vanuit haar missie.¹⁰ Borging van het algemeen consumentenbelang is daarbij leidend. Bij de advisering van de minister hanteert de NZa de volgende twee uitgangspunten.

1.3.1 Het algemeen consumentenbelang en de publieke belangen

De inrichting van de acute zorg moet erop gericht zijn het algemeen consumentenbelang te borgen, en daarmee de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Bijgaande box licht deze belangen in relatie tot de acute zorg kort toe.

Algemeen consumentenbelang

In het nieuwe zorgstelsel staat de consument centraal. Als de consument met vertrouwen een vrije en geïnformeerde keuze voor zorg kan maken, prikkelt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars om toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg aan te bieden. Dat is het algemeen consumentenbelang.

In het algemeen geldt dat de NZa ernaar streeft dat waar mogelijk de zorgconsument in het maken van zijn keuzes zelfredzaam is. Daar waar de zorgconsument niet *in staat is* om zelfredzaam te zijn, is met het oog op borging van het algemeen consumentenbelang regulering

¹⁰ De missie van de NZa is als volgt geformuleerd: "De NZa maakt en bewaakt goed werkende zorgmarkten. De belangen van de consument staan daarbij centraal. Efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg en de kwaliteit zijn gewaarborgd. De consument krijgt zo de beste waar en waarde voor zijn zorgeuro."

en toezicht echter noodzakelijk. Met andere woorden: marktwerking waar dat mogelijk is, overheidsregulering waar dat noodzakelijk is. Dat laatste kan het geval zijn als de zorg acuut nodig is en de consument (lees in deze context: de patiënt) niet geïnformeerd en vrij kan kiezen.

Kwaliteit

Het wettelijk kader moet een minimale kwaliteit van acute zorg borgen. De regels dienen tot meer kwaliteit te prikkelen. Borging van de kwaliteit van acute zorg vindt in eerste instantie plaats door de professionele houding van de zorgaanbieders en de kwaliteitseisen die de sector zichzelf oplegt (zelfregulering). Daarnaast heeft de wetgever regels opgelegd. De IGZ ziet daarop toe.

Beschikbaarheid en toegankelijkheid

Bij acute zorg vormt de beschikbaarheid en toegankelijkheid voor een aanzienlijk gedeelte een planningsvraagstuk: hoeveel zorg is op welke plaats en op welk moment nodig?

Gegeven bepaalde eisen voor bereikbaarheid, moeten voorzieningen met een zekere spreiding en minimumcapaciteit aanwezig zijn, ongeacht de vraag of het daadwerkelijke gebruik een rendabele exploitatie mogelijk maakt. Zo dient de SEH van een ziekenhuis binnen 45 minuten bereikbaar te zijn, moet iedereen binnen een straal van 4,5 km een openbare apotheek beschikbaar hebben en heeft de huisarts een (inspannings)verplichting om binnen vijftien minuten aan zijn patiënt zorg te verlenen.

Betaalbaarheid

Vanuit een oogpunt van betaalbaarheid moet de acute zorg doelmatig zijn opgezet. Dit wil zeggen dat de consument ook voor acute zorg een optimale kwaliteit-prijsverhouding krijgt. Deze kwaliteit-prijsverhouding dient in een breder perspectief van de kosten van de volledige behandeling (dus inclusief de eventuele nazorg/vervolgbehandeling) te worden beoordeeld. De goedkoopste vorm van acute zorg is dan ook niet per se de meeste doelmatige.

De Wmg draagt de NZa op om goed werkende zorgmarkten te maken en te bevorderen. Uitgangspunt bij de advisering over de inrichting van de markt voor acute zorg is dan ook om markten (waar mogelijk) zelf hun werking te laten hebben en daarmee concurrentie te stimuleren waarbij de publieke belangen geborgd zijn. Overheidsbemoeienis is pas noodzakelijk wanneer de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid in het geding komen.

1.3.2 De relatie tussen doelmatigheid en patiëntgerichtheid

Doelmatigheid heeft betrekking op een optimale inzet van middelen (mensen, zaken en kapitaal) om een bepaald doel te bereiken. Bij acute zorg is dit doel het leveren van de benodigde en kwalitatief goede zorg aan de juiste persoon op de juiste plaats op het juiste moment tegen de juiste prijs. Met doelmatigheid hangen een aantal vraagstukken samen. Op welke manier kan ervoor worden gezorgd dat de patiënt bij het juiste loket terecht komt? En hoe is het mogelijk om te bereiken dat de overdracht van de patiënt van de ene naar de andere aanbieder tijdig en doelmatig verloopt?

Patiëntgerichtheid hangt samen met de vraag of het aanbod van acute zorg aansluit op de behoeften van de consument/patiënt. In de analyse onderzoekt de NZa deze vraaggerichtheid door na te gaan of een meer doelmatige organisatie van de acute zorgmarkt een toegankelijke en kwalitatief goede zorg tegen een betaalbare prijs kan borgen. Soms vormen de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg belangen die

gegeven het beschikbare budget tegen elkaar moeten worden afgewogen.

Patiëntgerichtheid en doelmatigheid zijn begrippen die in een marktomgeving aan elkaar gerelateerd zijn. Binnen de randvoorwaarde van borging van publieke belangen is een optimale allocatie van mensen, middelen en kapitaal belangrijk om 'de beste zorg' aan patiënten te bewerkstelligen. Hierbij dient binnen de regulering en/of de bekostiging de zorgvraag centraal te staan en moeten aanbieders de mogelijkheid hebben om zelf de optimale organisatievorm te kiezen, en op die manier op een doelmatige en patiëntgerichte manier aan de zorgvraag te voldoen.

1.4 Leeswijzer

De NZa volgt ook in de opbouw van het advies in deze uitvoeringstoets de vraagstelling van de minister. Hoofdstuk 2 beschrijft de huidige markt voor acute zorg. Daarbij bevat paragraaf 2.4 de analyse van de knelpunten die een doelmatige organisatie van kwalitatief goede zorg in de huidige keten van acute zorg belemmeren. De beschrijving van de markt is globaal. Een meer gedetailleerde beschrijving is in bijlage 1 opgenomen.

In hoofdstuk 3 geeft de NZa haar visie op een doelmatige marktordening van de acute zorg op de langere termijn. In de visie is de zerobase-analyse samengevat weergegeven. Ter onderbouwing van haar visie heeft de NZa in bijlage 2 een meer gedetailleerde uitwerking van de zerobase-analyse opgenomen. Deze bijlage vormt een integraal onderdeel van de visie.

Hoofdstuk 4 gaat in op een aantal concrete maatregelen die de minister kan nemen om de knelpunten in de huidige regulering aan te pakken. Deze maatregelen passen ook in een beleidsmatig transitiepad dat de minister kan creëren om vanuit de huidige marktordening van de acute zorg te komen tot de marktordening die de NZa in hoofdstuk 3 adviseert. In hoofdstuk 4 gaat de NZa ook in op de rol van de verzekeraars bij een doelmatige en patiëntgerichte organisatie van de acute zorg.

2. De huidige markt voor acute zorg

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk onderzoekt de huidige markt voor acute zorg. Daartoe geeft de NZa eerst aan wat zij in dit advies onder acute zorg verstaat. Daarna volgt een overzicht van de aanbieders van acute zorg (paragraaf 2.2) en de toepasselijke regulering (paragraaf 2.3). De paragrafen 2.4 en 2.5 sluiten het hoofdstuk af met een beschrijving van belangrijke knelpunten op het gebied van doelmatigheid.

2.1.1 Definitie acute zorg

In de praktijk wordt de term *acute zorg* op verschillende manieren ingevuld. In het kader van een voorstudie voor het onderzoeksprogramma *Spoedzorg* van het Julius Centrum van het UMC in Utrecht en het Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende zorg van het UMC St. Radboud in Nijmegen zijn de verschillende definities onderzocht en is de volgende definitie van acute zorg voorgesteld:

*'wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen.'*¹¹

De voorstudie onderscheidt naast acute zorg ook *dringende zorg*:

'dringende zorg gaat uit van alle medische vragen en klachten als gevolg van een aandoening of een ongeval, waarvan volgens de patiënt behandeling of beoordeling niet langer dan enkele uren tot een dag uitstelbaar is om overlijden of irreversibele gezondheidsschade te voorkomen.'

Hoewel de minister in zijn verzoek de term acute zorg hanteert, is het adviesverzoek zonder twijfel ook gericht op dringende zorg. Waar de NZa in dit advies de term acute zorg gebruikt, omvat deze ook de dringende zorg.¹²

2.1.2 Afbakening van het advies

Het advies van de NZa heeft betrekking op de keten van acute zorg en specifiek op de manier waarop de toegang tot aanbieders in deze keten en de coördinatie tussen hen kunnen worden verbeterd. Deze inkadering leidt tot een nadere afbakening van het advies.

In de eerste plaats gaat de uitvoeringstoets uitsluitend in op de acute zorg aan patiënten die (nog) niet in een kliniek zijn opgenomen. Het gevolg hiervan is dat de NZa geen analyse maakt en geen maatregelen voorstelt met het oog op een doelmatige organisatie van kwalitatief

¹¹ Een inventarisatie van het begrippenkader, wetenschappelijk onderzoek, meetinstrumenten, organisatiemodellen en registratiesystemen op het terrein van de spoedzorg. Een voorstudie voor het onderzoeksprogramma Spoedzorg M.E. van Baar, P. Giesen, R. Grol, A.J.P. Schrijvers, April 2007, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht & Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende zorg, afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen.

¹² De voorstudie stelt de term *spoedzorg* voor als overkoepelend begrip voor acute en dringende zorg.

goede acute zorg aan klinische patiënten in de curatieve sector. Voorbeelden zijn zorg op de intensiverecare-units en aan patiënten in AWBZ-instellingen, zoals acute zorg aan verpleeghuisbewoners. De NZa rekent deze intramurale acute zorg aan klinische patiënten in het kader van dit advies tot het reguliere zorgaanbod. Daarbij veronderstelt zij dat de acute zorgcapaciteit binnen intramurale voorzieningen een vereiste is om reguliere zorg te kunnen aanbieden.

De minister vraagt de NZa om vooral in te gaan op de curatieve acute zorg. Om die reden bevat dit advies geen analyse of maatregelen voor de extramurale acute zorg door AWBZ-instellingen, zoals de crisisopvang in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en (een beperkte hoeveelheid) acute thuiszorg.

De gekozen definitie van acute zorg betekent ook dat de NZa in dit advies niet ingaat op tandartsenzorg, want voor deze zorg is het over het algemeen niet noodzakelijk om die binnen enkele minuten tot maximaal een dag (acuut) te leveren. Verder gaat zij in dit advies niet in op verloskunde, omdat deze zorg naar de aard van de prestatie een 24-uursbeschikbaarheid kent. De doelmatigheid van verloskunde onderzoekt de NZa al in het kader van de liberalisering van de vrije beroepen.

2.2 Beschrijving van de huidige markt voor acute zorg

Deze paragraaf geeft een overzicht van de markten voor acute zorg die kunnen worden onderscheiden. Eerst vindt een schematische positionering van de aanbieders van acute zorg plaats naar de mate van complexiteit en acuutheid van de zorg. Daarna volgt een korte toelichting op een aantal karakteristieken van acute zorg.

2.2.1 Te onderscheiden markten voor acute zorg

De markt van acute zorg omvat veel verschillende soorten aanbieders die verschillende vormen van (acute) zorg aanbieden.

Aanbieders

In de acute zorg zijn de volgende aanbieders actief:

Curatieve zorg:

- Huisartsen (vooral overdag) (HA's)
- Huisartsendienstenstructuren(HDS)/huisartsenpost (HAP's) (huisartsenhulp in avond-, nacht- en weekenduren)
- Apotheken (AP's) (in avond-, nacht- en weekenduren)
- Ambulancezorg (ambulance en CPA's)
- Spoedeisende hulpafdeling van ziekenhuizen (SEH's)
- Traumacentra (TC's)
- Traumaheli's (TH's/T's)

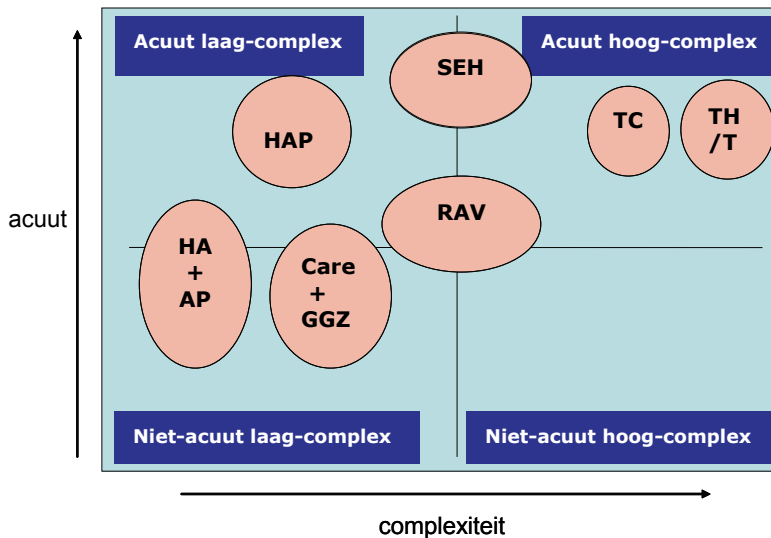
AWBZ-zorg (care):

- Spoedeisende GGZ (crisisopvang)
- Thuiszorg (mobiele thuiszorg teams)

Het belang van de acute zorgverlening verschilt per aanbieder. Sommige aanbieders bieden uitsluitend acute zorg aan, terwijl anderen zowel acute als niet-acute zorg leveren. Zo bieden ambulancediensten en huisartsenposten (HDS) vrijwel uitsluitend acute zorg aan, terwijl dit voor ziekenhuizen en huisartsen een relatief beperkt onderdeel van hun totale takenpakket is.

Figuur 1.1 geeft de globale positionering van aanbieders van acute zorg in de zorgmarkten weer naar hun kernactiviteit. Daarbij zijn de zorgmarkten op basis van de mate van acuutheid en de mate van complexiteit van de zorgvraag op een enigszins geabstraheerd niveau onderverdeeld in vier kwadranten.

Figuur 1.1. Positionering van aanbieders van acute zorg



Bron: NZa

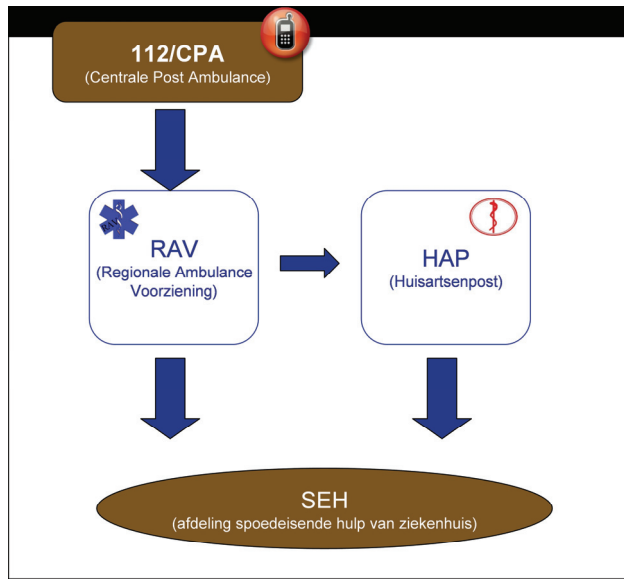
Acute zorg heeft een aantal opvallende karakteristieken, die hieronder aan de orde komen.

De keten van acute zorg is een serie van zorgloketten

In de keten van acute zorg is de samenwerking in de acute zorgketen niet gericht op het gezamenlijk behandelen van patiënten, maar veeleer op plaatsing van de zorgvraag bij de juiste zorgaanbieder en een optimale overdracht van de patiënt tussen de verschillende aanbieders. Elke zorgaanbieder heeft daarbij een eigen takenpakket toegewezen gekregen en beschikt over een eigen financieringssysteem. Bij acute zorg heeft het begrip *keten* dan ook vooral betrekking op afspraken tussen de verschillende zorgaanbieders om patiënten zo snel mogelijk op de juiste plaats door de juiste zorgaanbieder te laten behandelen. Hierbij gaat het meer om de organisatie van de gang langs verschillende zorgloketten die allemaal een specifieke vorm van acute zorg bieden, dan om een gecombineerd zorgaanbod. Elke zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een bepaald afgekaderd onderdeel van de acute zorgketen.¹³ Figuur 1.2 toont de meest voorkomende ketenverbanden bij acute zorg.

¹³ Zo moet de ambulancevervoerder een patiënt in principe stabiliseren en zo spoedig mogelijk vervoeren naar de zorgaanbieder die de patiënt behandelt. De SEH van een ziekenhuis behandelt een patiënt, maar doet niet aan spoedvervoer. De ambulancedienst ontvangt daarbij een budget op basis van de Wet ambulancezorg, terwijl de SEH op basis van de DBC-systematiek een vergoeding ontvangt uit het ziekenhuisbudget.

Figuur 1.2. Ketens van acute zorg



Bron: NZa

Daarmee heeft de term *keten* bij acute zorg een iets andere betekenis dan bij niet-acute zorg. In de niet-acute zorg heeft ketenzorg betrekking op samenwerkingsverbanden van verschillende zorgaanbieders die een gezamenlijke keten van producten aanbieden, die de consument in zijn geheel afneemt. Een voorbeeld is diabetes mellituszorg die de huisarts aan een patiënt aanbiedt, waarbij de huisarts de zorg heeft georganiseerd door meerdere disciplines te contracteren.

Toegang

Zorgaanbieders bieden patiënten op verschillende manieren toegang tot acute zorg. In de eerstelijns is sprake van rechtstreekse toegang zonder verwijzing. De meeste huisartsen en HAP's hebben als beleid dat een patiënt altijd eerst moet bellen. Voor zorgaanbieders uit de tweedelijns is een verwijzing noodzakelijk; zij zijn slechts na triage bereikbaar. Zo biedt een ambulancedienst hulp na opdracht van een centrale post ambulancevervoer (CPA) en het zijn uitsluitend andere hulpverleners die gespecialiseerde traumavoorzieningen kunnen inschakelen. Een uitzondering hierop is de SEH. Patiënten kunnen zichzelf naar eigen inzicht fysiek bij een SEH melden (*zelfverwijzers*).

In de GGZ komen patiënten voor het overgrote deel via een andere hulpverlener in de crisisopvang terecht. De huisarts of politie is meestal degene die om de inzet van een multidisciplinair team vraagt of die de patiënt naar de GGZ-instelling brengt.

De huidige inkoopstructuur bij acute zorg

In de huidige situatie kopen verzekeraars een groot gedeelte van de zorg die door instellingen wordt ingeleverd in door middel van collectieve onderhandelingen met zorgaanbieders. Voor deze collectieve inkoop hebben verzekeraars het regiovertegenwoordigingsmodel van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ontwikkeld. De huidige bekostigingsstructuur maakt de inkoop van huisartsenzorg door verzekeraars de facto ook collectief.

Voor een verdere beschrijving van de rol van verzekeraars bij de inkoop van acute zorg zie paragraaf 4.6.

2.3 Huidige regulering en bekostiging van acute zorg

Het wettelijke kader van acute zorg bestaat uit regels voor de kwaliteit, de organisatie van de zorgaanbieders en de bekostiging van de zorg. Zo bevat de Wmg regels voor de prestaties die zorgaanbieders moeten leveren en voor de prijsregulering, stelt de wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) minimumkwaliteitseisen aan zorgaanbieders en verplicht de WTZi hen tot deelname aan het regionaal overleg acute zorg.

Tabel 1.1 beschrijft voor de verschillende aanbieders van acute zorg de toepasselijke regulering. Ook wordt per aanbieder de toegang tot de zorg, de plaats in de acute zorg en de rol van de verzekeraar weergegeven. De tabel gaat uitsluitend in op de vormen van acute zorg die voor dit advies relevant zijn. Bijlage 1 gaat specifiek op de verplichtingen per aanbieder in.

Tabel 1.1. Overzicht huidige regulering en bekostiging van de acute zorg

Aanbieders	Wettelijk kader	- Bekostiging - Financiering	Toegang	Aard van de zorg	Rol van verzekeraar
Huisartsen	BIG, Wmg	– Inschrijftarief – Consulttarief	Voor reguliere en acute zorg overdag	Dringende en acute zorg tijdens reguliere uren	Collectieve afspraak ¹⁴
HAP's	BIG, Wmg, WTZi	– Budget – Consulttarief	Voor acute zorg tijdens ANW-uren	Dringende en acute zorg tijdens ANW-uren die niet tot het reguliere spreekuur van de huisarts (de volgende dag of na het weekend) kan worden uitgesteld.	Collectieve afspraak
Apotheken	Wmg	Tarief per receptregel	Overdag en tijdens ANW-uren vrije toegang	Voor patiënten die tijdens ANW-uren direct medicijnen nodig hebben.	Verzekeraars hebben zorgplicht. Collectieve afspraak over opening tijdens ANW uren.
Ambulance-zorg	Waz, Wmg	– Budget – Tarief per declarable melding of rit	In opdracht van CPA	Spoedzorg waarbij patiënt ter plekke wordt gestabiliseerd of naar de SEH wordt gebracht.	Collectieve afspraak over het budget, wat resulteert in een tarief dat landelijk dekkend is.
SEH's	WTZi, Wmg	Onderdeel van het ziekenhuis-budget	Patiënten komen zelfstandig of per ambulance	Spoedzorg	Beperkte rol, geen mogelijkheden voor prijsafspraken of productieafspraken
Trauma-centra en trauma-helikopter	WTZi, Wmg WBMV ¹⁵	Vaste vergoeding in het budget	Verwijzing andere hulpverlener of ambulance	Voor ernstige trauma's van ongeval-slachtoffers	Beperkte rol, overheid wijst instellingen aan en bepaalt vergoeding

Bron: NZa

¹⁴ Collectieve afspraak: de dominante verzekeraar maakt afspraken met zorgaanbieders. Andere verzekeraars volgen deze afspraken.

¹⁵ Wet op bijzondere medische verrichtingen

2.4 Knelpunten doelmatigheid en patiëntgerichtheid

2.4.1 Inleiding

Om de hulpverlening bij acute zorg beter te organiseren, is in de acute zorgketen de laatste jaren veel gebeurd en veranderd. Zo zijn triageprotocollen ontwikkeld om spoedgevallen beter te beoordelen. Hierdoor ontvangen patiënten sneller de juiste behandeling door de juiste zorgaanbieder. Vanaf 2000 zijn veel huisartsen bij het aanbieden van acute zorg in de ANW-uren gaan samenwerken in HAP's. In de laatste jaren ontstaat daarbij ook samenwerking tussen HAP's en ziekenhuizen. Een andere ontwikkeling is dat ambulancediensten in de regio zijn samengegaan (opschaling).

Deze ontwikkelingen hebben de coördinatie en/of de kwaliteit van de zorg aan de patiënt verbeterd. Daarnaast is in sommige gevallen de prijs-kwaliteitverhouding vooruitgegaan. Een deel van de ontwikkelingen heeft ook geleid tot een stijging van de kosten van acute zorg. Gegeven het grote maatschappelijke belang van de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van acute zorg, is daarvoor ruimte gecreëerd in het budget dat voor acute zorg beschikbaar is.

In deze paragraaf beschrijft de NZa op grond van literatuuronderzoek en gesprekken met marktpartijen vier belangrijke knelpunten die de doelmatigheid in de huidige acute zorgketen belemmeren. Het gaat daarbij vooral om regulering of marktfalens die een meer doelmatige organisatie van de acute zorg door aanbieders (en verzekeraars) onnodig beperkt. Dit vormt het eerste gedeelte van de analyse. In het tweede gedeelte van haar analyse (hoofdstuk 3) abstraheert de NZa van de realiteit en analyseert op welke manier de zorg, gegeven de markt- en overheidsfalens, het beste kan worden georganiseerd (zerobase-analyse).

2.4.2 Beschrijving van de knelpunten

De vier belangrijkste knelpunten die bij acute zorg de doelmatige organisatie van kwalitatief goede zorg belemmeren, worden hieronder kort toegelicht en geïllustreerd. Per knelpunt beschrijft de NZa wat er in de praktijk gebeurt, wat de oorzaak hiervan is en wat dit voor gevolgen dit heeft. De mogelijke maatregelen op lange en korte termijn om deze knelpunten op te lossen, komen in hoofdstuk 3 en 4 aan bod.

2.4.2.1 De bekostiging is gericht op organisatie, niet op prestatie

Instellingen die in Nederland zorg willen leveren, moeten hiervoor een erkenning volgens de WTZi aanvragen. Met de introductie van de Wmg en de WTZi is er overgeschakeld op *functies* zoals de consument deze vraagt. Uitgangspunt is dat zorgaanbieders de vrijheid hebben om verschillende functies aan te bieden en zodoende op de wens van de consument in te spelen. De huidige tariefsystemen werpen echter een drempel op om functies te combineren.

Oorzaak

Op basis van een afgegeven erkenning ontvangt een zorgaanbieder een budget en tarieven die overeenkomen met de beleidsregels zoals de NZa die heeft vastgesteld. De budgetsystemen zijn echter nog ingericht op de *typen zorgaanbieders* zoals die waren vastgelegd in de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg). Elke zorgsector beschikte hierbij over eigen regelgeving. De prikkels en eisen die de bijbehorende systemen bevatten verschillen. Zo ontvangen sommige aanbieders een normatief budget

dat volledig wordt nagecalculeerd (HAP's) en ontvangen andere aanbieders een budget op basis van gedeeltelijke nacalculatie (SEH's, ambulances).

Bij acute zorg kan de op de organisatie gerichte bekostiging overigens voor een deel worden verklaard uit het grote belang dat de overheid aan de beschikbaarheidsfunctie van acute zorgvoorzieningen hecht.

Gevolgen

Vanwege de regelgeving is het voor zorgaanbieders niet mogelijk om verschillende functies aan te bieden. Zo kan een ziekenhuis zich niet als een HAP presenteren, hoewel een SEH wel huisartsenzorg aan patiënten verleent (zie ook knelpunt 2). De regulering zou een integratie van functies mogelijk moeten maken als patiënten of verzekeraars hierom vragen en zorgaanbieders bereid zijn dit aan te bieden. Zo zouden zorgaanbieders de mogelijkheid moeten hebben om een loket voor acute huisartsenzorg en acute medisch specialistische zorg te creëren. Door samenvoeging van functies zou de doelmatigheid van de zorg als gevolg van eventuele synergie-effecten kunnen worden vergroot. In sommige situaties zou het echter zo kunnen zijn dat het gescheiden aanbieden van functies een betere invulling geeft aan een doelmatige organisatie van kwalitatief goede acute zorg.

De huidige regelgeving werpt een drempel in de vormgeving van het zorgaanbod op en maakt het onmogelijk voor partijen om bij de invulling van de acute zorg zelfstandig een keuze te maken.

2.4.2.2 Aanbieders krijgen dezelfde acute zorgfunctie op verschillende wijze gefinancierd.

Een groot gedeelte van de zelfverwijzers naar een SEH kan door huisartsen, verpleegkundigen of met zelfzorgadvies worden behandeld.¹⁶ Omdat SEH-tarieven hoger zijn dan het consulttarief van de huisartsen of HAP's, neemt de schadelast van verzekeraars toe.

Oorzaak

Op basis van zelfverwijzing gaan patiënten naar een SEH zonder contact te zoeken met een huisarts of een HAP, terwijl deze de zorgvraag heel goed kunnen behandelen. Het gaat bij zelfverwijzing vooral om jonge mensen met relatief laagurgente klachten. De oorzaken van de grote stroom zelfverwijzers naar SEH's zijn waarschijnlijk:

- dat een SEH voor patiënten vrij toegankelijk is, dit in tegenstelling tot een HAP, waar voorafgaand aan behandeling veelal een (telefonische) triage plaatsvindt;
- de (in veel gevallen niet-terechte) verwachting bij de patiënt dat aanvullend onderzoek noodzakelijk is;
- dat bij de bevolking het beeld bestaat dat ingeval van een trauma de SEH de aangewezen weg is.

Overigens valt een bezoek aan de SEH onder het eigen risico van de basisziektekostenverzekering (vóór 1 januari 2008 onder de no-claimregeling), dit in tegenstelling tot een bezoek aan de huisarts. Dit verschil in dekking in de ziektekostenverzekering kan van invloed zijn op de toestroom van zelfverwijzers naar de SEH, maar daarvoor is het noodzakelijk dat verzekerden met dit verschil bekend zijn. De effectiviteit van de no-claimregeling zoals die vóór 1 januari 2008 van kracht was, kende een zelfde verschil in dekking, maar de effectiviteit van deze regeling is niet goed aangetoond.

¹⁶ In sommige onderzoeken wordt een percentage van 80% genoemd. Zie Giesen P, Franssen E, Mookink H, van den Bosch W, van Vugt A, Grol R, *Patiënten die buiten kantooruren de Huisartsenpost of de Spoedeisende Hulp bezoeken: een vergelijking*. Huisarts & Wetenschap 2007; 50(5): 202-6

Gevolgen

Zorg waarvan het mogelijk is die in de eerstelijns te verlenen, wordt in de tweedelijns tegen hogere tarieven uitgevoerd (zie voorbeeld 1).

Voorbeeld 1. Kosten van hulp door huisartsen versus kosten van de SEH

De huisartsentarieven bestaan uit een vaste vergoeding per ingeschreven patiënt en een consulttarief (los van modulaire toeslagen). De inschrijfvergoeding is maximaal € 52,- per persoon per jaar, per consult kan maximaal € 9,- in rekening worden gebracht. Bij huisartsenposten variëren de tarieven tussen € 41,- en € 182,- per consult.

De DBC-tarieven voor spoedeisende hulp variëren per ziekenhuis en per specialisme, maar liggen voor bijvoorbeeld heelkunde tussen € 132,- en € 374,- (inclusief het honorarium van de specialist, exclusief het verrekenpercentage). Dit zijn overigens voor het ziekenhuis niet de werkelijke prijzen. Die worden in het huidige bekostigingsmodel immers bepaald door de budgetparameters, in dit geval het eerste polikliniekbezoek.

Voor een verzekeraar zijn de marginale kosten van een huisartsconsult dus het laagst.¹⁷

Een gevolg van de hogere SEH-tarieven en het hoge percentage zelfverwijzers naar de SEH is dat verzekeraars geconfronteerd worden met onnodig hoge rekeningen. Een veelvoorkomende constructie om dit probleem op te lossen, is dat ziekenhuizen op hun terrein een HAP plaatsen en dat deze een gedeelte van de SEH-patiënten afvangt. Daardoor derft het ziekenhuis echter opbrengsten (eerste polibezoeken tellen ook mee voor de honoraria van de specialisten) en poliklinische adherentie. Het ziekenhuis zal uitsluitend aan deze constructie meewerken wanneer de kostenbesparing groter is dan het verlies aan opbrengsten of als er een strategisch voordeel te behalen is (binding van de adherente bevolking). Dat laatste lijkt op dit moment voor veel ziekenhuizen een belangrijke drijfveer om samenwerking met de eerstelijns tot stand te brengen. Zo'n strategische benadering van een ziekenhuis kan het voor een verzekeraar lastig maken om met de zorgaanbieders afspraken te maken over een andere manier om de acute zorg in te richten (zie voorbeeld 2).

Voorbeeld 2. Praktijkcasus huisartsenpost Nijmegen

In Nijmegen is een afspraak gemaakt tussen de HAP en het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis. Behandeling van patiënten waarbij dat mogelijk is vindt plaats op de HAP in plaats van in het ziekenhuis. De huidige tariefvoorschriften staan niet toe om hiervoor rechtstreekse financiering af te spreken.¹⁸ Er is wel een legale omweg via het ziekenhuisbudget mogelijk, maar die komt bij invoering van de DBC-bekostiging te vervallen. Ook hier staat regulering een andere organisatievorm in de weg.

¹⁷ Deze analyse is gebaseerd op een vergelijking van de gehanteerde tarieven. Het is niet op voorhand gezegd dat de werkelijke kosten van behandeling op een SEH hoger zijn dan de behandelingskosten op een HAP. Een nader vergelijkend kostenonderzoek zou hierin meer inzicht kunnen geven.

¹⁸ Er is een beperkte mogelijkheid voor HAP's om extra budget te krijgen (maximaal 20%) wanneer zij met de zorgverzekeraar afspraken maken over substitutie van tweede- naar eerstelijns.

2.4.2.3 De huidige bekostiging geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars een beperkte prikkel tot doelmatig handelen

Veel zorgaanbieders werken met vastgestelde normatieve budgetten. Deze budgetsystematiek geeft uitsluitend een prikkel om prestaties aan te bieden in overeenstemming met de aangegeven (minimum)norm. Omdat efficiencywinsten niet worden beloond, is er geen prikkel om doelmatiger te werken en aan consumenten betere prestaties te bieden. Voor verzekeraars geldt dat zij slechts een beperkte prikkel ondervinden om doelmatig in te kopen en om samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns te stimuleren.

Oorzaak

De bekostiging van de acute zorg vindt op dit moment grotendeels plaats op basis van budgetten. Deze budgetten zijn voor een belangrijk gedeelte gebaseerd op vaste normbedragen die al dan niet aan de geleverde prestaties zijn gekoppeld (zie voorbeeld 3). Naast deze normatieve vergoedingen is er op sommige onderdelen (bijvoorbeeld de kapitaalslasten) sprake van nacalculatie. Hierbij worden de werkelijke kosten beoordeeld aan de hand van richtlijnen die zijn vastgelegd in beleidsregels.

Ook dragen de verzekeraars voor de kosten van acute zorg in de tweedelijns slechts in beperkte mate risico; dit geeft een prikkel om zorg in de tweede lijn te laten behandelen ook wanneer de kosten van de behandeling in de eerstelijns lager zouden zijn. Patiënten hebben eveneens slechts een beperkte prikkel tot doelmatigheid, doordat uitsluitend in de tweede lijnszorg een eigen risico van toepassing is.¹⁹ Voor eerstelijnszorg door een huisarts of HAP geldt geen eigen risico.

Voorbeeld 3. Budget ambulancediensten

De budgetteringsystematiek van de ambulancediensten en de CPA's bevat dus beperkte doelmatigheidsprikkels. Het budget van de ambulancezorg is grotendeels gebaseerd op normbedragen. Als gevolg van deze keuze zijn ambulancediensten en CPA's erop gericht om zorg te leveren in overeenstemming met de afgegeven normbedragen. Het is voor deze zorgaanbieders niet toegestaan om winst uit te keren. Eventuele efficiencywinsten of verliezen ten opzichte van de norm moeten zij ten laste brengen van de reserve aanvaardbare kosten (RAK). De zorgaanbieders zijn verplicht om de RAK te besteden aan zorg. Zo'n systeem bevat geen prikkels om te excelleren. Ook voor diensten bestaat slechts een beperkte ruimte om met verzekeraars afspraken te maken over extra middelen om de geleverde kwaliteit te verbeteren.

Gevolgen

Instellingen werken in overeenstemming met de normen die in het budget beschikbaar worden gesteld. Ook bestaat er geen prikkel om te excelleren ten opzichte van andere aanbieders.

2.4.2.4 Verschillen in triage- en behandelprotocollen leiden tot suboptimale kwaliteit en coördinatie in de keten

Binnen de acute zorgketen wordt er gewerkt met uiteenlopende triagesystemen, waarbij sprake is van verschillende urgentieklassen (huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, ambulancezorg). Op basis van deze diversiteit van systemen kan elke zorgaanbieder bij eenzelfde hulpvraag de spoedeisendheid en de inzet van hulpverlening op een andere manier

¹⁹ Het eigen risico geldt met ingang van 1 januari 2008. Daarvoor was op SEH-bezoeken de no-claimregeling van toepassing.

inschatten. In sommige gevallen is het mogelijk om de uitvoering van de triage te verbeteren. Niet alle hulpverleningsdiensten beschikken over dezelfde behandelprotocollen.²⁰

Oorzaak

Binnen de acute zorgketen zijn de triagesystemen en de behandelprotocollen niet op elkaar afgestemd, waardoor ieder onderdeel binnen de acute zorg gebruik maakt van eigen protocollen. Ook passen de triagisten de protocollen niet in alle gevallen goed toe.²¹

Gevolgen

Het gevolg is dat het risico bestaat dat patiënten met eenzelfde zorgvraag per hulpverleningsdienst op een andere manier behandeld worden en dat de overdracht tussen de verschillende schakels in de acute zorgketen niet optimaal is.

Daarnaast levert een verkeerd uitgevoerde triage potentiële risico's voor de patiënt op als bijvoorbeeld de zorgvraag te laag wordt ingeschat. Een te hoge inschatting leidt echter tot onnodige besteding van middelen (ambulances, personeel). Met een verbetering van de triage zou het bijvoorbeeld mogelijk zijn om het aantal onnodige ambulanceritten terug te brengen. In dit kader is het opstellen en volgen van landelijke trainingsprogramma's voor triagisten dan ook erg belangrijk.

Overigens zou ook meer transparantie van de kwaliteit van de prestaties van de verschillende zorgaanbieders (zoals de verschillende SEH's waar de patient naartoe gebracht kan worden) de triage doelmatiger en meer patiëntgericht kunnen maken.

2.5 Conclusie

De huidige bekostiging, die gericht is op specifieke organisaties, bepaalt voor een belangrijk gedeelte de marktstructuur en de (interne) organisatie van zorgaanbieders. Zij belemmert een meer doelmatige inrichting van de keten van acute zorg.

De samenwerking tussen de verschillende organisaties die bij de acute zorg zijn betrokken, is gericht op de overdracht van de patiënt tussen de verschillende zorgketen. Het is mogelijk daarbij meer aandacht te schenken aan een doelmatige inrichting van de zorg. Verder is opvallend dat een grote groep patiënten met een zorgvraag die kan worden getypeerd als (al dan niet acute) huisartsenzorg, zich bij een SEH meldt. Het huidige systeem bevat beperkte prikkels om deze groep patiënten doelmatig en voor het juiste tarief te behandelen.

Met het oog op een meer doelmatige organisatie van kwalitatief goede acute zorg vindt de NZa het oplossen van met name de volgende knelpunten in de bekostiging relevant:

- De bekostiging is gericht op de organisatie en niet op de prestatie.
- Aanbieders krijgen dezelfde zorgfunctie op verschillende manieren gefinancierd.
- De bekostiging geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars een beperkte prikkel tot doelmatig handelen.
- De rol van de verzekeraar is beperkt.
- De verschillende triage en de behandelprotocollen leiden tot suboptimale kwaliteit en coördinatie in de zorgketen.

²⁰ Paul Giesen, *Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands*. Dissertatie 2007. Radboud universiteit Nijmegen. hoofdstuk 5, blz 45 e.v

²¹ Paul Giesen, t.a.p.

In het vervolg van dit advies onderzoekt de NZa op welke manier het mogelijk is om de keten van acute zorg doelmatiger te organiseren. In hoofdstuk 3 geeft zij haar visie op een doelmatige marktordening van de acute zorg. Die visie abstraheert van de huidige realiteit bij acute zorg (bestaande regulering) en analyseert op welke manier, gegeven de markt en overheidsfalens, acute zorg idealiter georganiseerd kan worden (zerobase-analyse). De analyse laat zien welke regulering in beginsel nodig is om de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg te borgen. In hoofdstuk 4 beschrijft de NZa vervolgens de concrete maatregelen die de minister op korte termijn kan nemen om de doelmatigheid te bevorderen.

3. Visie NZa op een doelmatige marktordening van acute zorg

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de NZa haar visie op een doelmatige organisatie van kwalitatieve goede zorg. In deze analyse bekijkt zij de acute zorg op de langere termijn en los van de huidige marktconstellatie. Dit is belangrijk omdat de huidige organisatie en financiering van zorg niet optimaal hoeft te zijn. Ook voor de huidige regulering van de markten kan dit het geval zijn. Deze aspecten zijn daarom voor de langetermijnvisie op acute zorg van minder belang.

De NZa duidt de ontwikkeling van een langetermijnvisie aan als een zerobasebenadering. In deze benadering gaat het onder andere om de organisatie van de bekostiging van zorgaanbieders, om de financiering van de zorg als geheel, om de regulering van de zorgaanbieders en van de zorgverzekeraars en om de rol van de overheid. De NZa onderzoekt de markt voor acute zorg op marktfalens en beschrijft (in modellen) de marktordening die de publieke belangen van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid op deze markten kunnen borgen.

In dit hoofdstuk 3 beschrijft de NZa de zerobase-analyse op hoofdlijnen. In de bijlage 2 is deze analyse verder uitgewerkt.

Het is goed hier nogmaals te benadrukken dat het advies van de NZa vooral betrekking heeft op de acute zorg in de curatieve sector. Om die reden gaat de NZa in de analyse niet in op acute zorgfuncties van de spoedeisende GGZ of crisis-GGZ en van de acute thuiszorg.

3.2 Deelsegmenten van acute zorg

In de zerobase-analyse onderscheidt de NZa de verschillende deelsegmenten binnen de acute zorg op basis van functies van deze zorgvraag. In een doelmatige marktordening staat immers de zorgvraag van de consument centraal en is het in beginsel minder belangrijk wie de zorg levert. Bij bepaling van de zorgvraag baseert de NZa zich op de zorgfuncties die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en Plexus Medical Group (Plexus) hebben onderscheiden.²² Van belang is in dit verband dat in de analyse de functies duidelijk te onderscheiden zijn, maar dat bij het aanbieden van de zorg in de praktijk sommige functies tegelijkertijd worden aangeboden. Een goed voorbeeld is telefonische toegang tot zorg en basisbehandeling of geprotocolleerde zorg en huisartsenzorg.

Tabel 3.1 benoemt de functies van acute zorg en geeft aan welke zorgaanbieders deze functies aanbieden. In de tabel zijn uitsluitend de functies opgenomen die voor dit advies relevant zijn. Zie paragraaf 1.2 van bijlage 2 voor een verdere uitwerking van de functies.

²² Zie de Functiecatalogus van Plexus en het CVZ (Plexus, 2006a) en het rapport *Op weg naar inkoop van functies in de acute zorg* van Plexus (Plexus, 2006b).

Tabel 3.1. Acute zorg: functies en aanbieders

Aanbieders	Huisarts	Ambulance	HAP	SEH	Trauma-centrum	Trauma-heli
Functies						
Telefonische toegang en regie	x	X	x			
Stabilisatie en spoedvervoer		X				x
Mobiele behandeling		X			x	x
Mobiele verpleging		X				
Mobiele verzorging		X				x
Geprotocolleerde zorg	x	X	x	x		
Basisbehandeling	x		x	x		
Behandeling met aanvullende diagnostiek				x	x	
Multitrauma					x	x
Verpleging				x		

Bron: NZa

Ter wille van de analyse groepeerde de NZa deze functies op basis van hun functionele kenmerken in vier deelsegmenten:

3.2.1 Telefonische toegang en regie

Iedereen met een acute medische zorgvraag op het gebied van somatiek (lichamelijke functiestoornis), verpleging of verzorging heeft twee vormen van toegang tot de acute zorgketen. Naast de mogelijkheid van een fysiek bezoek aan een acute zorgverlener (veelal de huisarts, de HAP of de SEH), kan iemand ook telefonisch toegang krijgen tot de acute zorgketen. Zo bellen de patiënten zelf de ambulancemeldkamer (112), de huisarts of de HAP. Tijdens het eerste telefonische contact vindt beoordeling plaats van de spoedeisendheid van de zorgvraag en de urgentie die daaraan verbonden is (triage).

Binnen de functie telefonische toegang en regie is het mogelijk om op hoofdlijnen twee subfuncties te onderscheiden. De eerste is de telefonische toegang waarbij de nadruk ligt op de regie in de keten van acute zorg. Hier gaat het om de vraag welke vervolgstappen in de keten nodig zijn om ervoor te zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk wordt behandeld door de juiste zorgaanbieder.²³ In de huidige markt verzorgt vooral de meldkamer van de ambulancezorg (112) deze functie.

De tweede subfunctie is de telefonische toegang tot zorgaanbieders waarbij het accent meer ligt op de zorginhoudelijke triage. Hier gaat het om de vraag of de aanbieder de zorgvraag zelf kan afhandelen of dat het beter is om door te verwijzen naar een andere aanbieder. In de huidige situatie bieden vooral de huisarts, de HAP en soms ook door de SEH deze functie aan.

²³ Deze vervolgstappen zijn het inschakelen van de ambulance, het crisisteam of de visiteauto met huisartsgeneeskundige expertise en verpleegkundige expertise of verzorgingsexpertise die het dichtstbijzijnd beschikbaar is. De zorgvrager kan eveneens worden doorverwezen naar het dichtstbijzijnde zorgpunt waar op dat moment de juiste deskundigheid en expertise aanwezig is om de zorgvraag te behandelen. De triagist kan de zorgvrager bij het betreffende zorgpunt ook inplannen/vooraanmelden.

3.2.2 Stabilisatie en vervoer

Een ander deelsegment is stabilisatie en vervoer. Het onderscheidende kenmerk van dit deelsegment is dat de zorgfuncties niet op een vaste locatie, maar mobiel worden aangeboden. De zorgverlener bezoekt de patiënt, meestal na telefonische triage, zo spoedig mogelijk om ter plaatse de noodzakelijke hulp te verlenen. Wanneer dat nodig is, wordt de patiënt gestabiliseerd en vervoerd naar een locatie waar hij vervolgzorg kan krijgen. Tot dit deelsegment rekent de NZa de functies die Plexus heeft benoemd:

- stabilisatie en spoedvervoer;
- mobiele behandeling;
- mobiele verpleging;
- mobiele verzorging.

Het merendeel van deze functies wordt op dit moment aangeboden door ambulances.

3.2.3 Acute basiszorg en specialistische acute zorg door SEH

Bij de acute basiszorg en de specialistische acute zorg door een SEH gaat het om acute zorg die op een bepaald zorgpunt wordt verleend aan personen met een uiteenlopende urgentie. De functies die in dit deelsegment vallen zijn:

- geprotocolleerde zorg;
- basisbehandeling;
- behandeling met aanvullende diagnostiek.

Het aanbod van het merendeel van deze functies is op dit moment in handen van huisartsen, HAP's of SEH's.

3.2.4 Complexe specialistische acute zorg

Deze categorie omvat de behandeling van acute en levensbedreigende zorgvragen (urgentieniveau 1 en 2) waarvoor medisch-specialistische kennis vereist is. Veelal vindt een vervolgbehandeling plaats waarvoor opname in een kliniek noodzakelijk is. Tot dit deelsegment behoren de volgende functies die Plexus heeft benoemd:

- Hartinfarct;
- Multitrauma;
- CVA;
- algemene complexe vervolgzorg.

Soms vindt de zorgverlening in eerste instantie plaats op een SEH en is er afhankelijk van de zorgvraag sprake van een vervolgbehandeling in de operatiekamer, de intensive care of de kliniek. Plexus benoemt ook algemene complexe vervolgzorg als een acute zorgfunctie. Zoals in subparagraaf 2.1.2 is aangegeven, valt vervolgzorg in de kliniek echter buiten het kader van dit advies.

Paragraaf 1.2 van bijlage 2 van dit advies beschrijft de hierboven genoemde functies nader.

Het is van belang om erop te wijzen dat het advies geen gedetailleerde analyse bevat van alle functies in de verschillende deelsegmenten van de acute zorg. De NZa acht zo'n detaillering van een advies op hoofdlijnen ook niet nodig, omdat de meeste marktkenmerken van toepassing zijn op alle zorgsoorten die binnen een markt vallen.

In haar zerobase-analyse en de beschrijving van maatregelen om op de korte termijn tot een doelmatige inrichting van de keten acute zorg te komen, richt de NZa zich op de toegang tot de volgende functies:

- De telefonische toegang en regie met de nadruk op regie van de acute zorgketen (meldkamer ambulancezorg (112)).
- De telefonische toegang en regie met de nadruk op zorginhoudelijke triage (telefonische toegang tot zorgaanbieders zoals de huisarts en de HAP).
- Het spoedvervoer en stabilisatie (de ambulancevoorziening)
- De acute basiszorg (de huisarts, de HAP en de SEH)
- De acute specialistische zorg (de SEH)
- De complexe specialistische acute zorg (vooral de traumacentra)

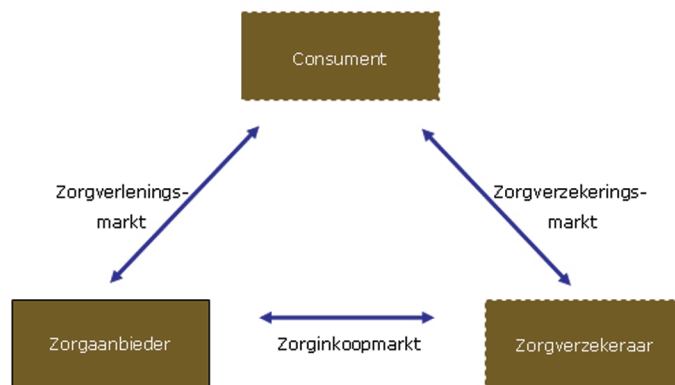
3.3 Het beoordelingskader

De NZa heeft voor ieder deelsegment onderzocht welke marktmodellen tot een doelmatige inrichting van de markt kunnen leiden. Een zerobasebenadering staat hierbij centraal.

3.3.1 Mogelijke vormen van marktordening

De acute zorgfuncties worden geleverd in de zorgverleningsmarkt: de zorgaanbieder levert de noodzakelijke of gevraagde zorg aan de patiënt. De organisatie en de bekostiging vinden plaats op de zorginkoopmarkt, waar de verzekeraar de zorg die zij voor hun verzekerden verwachten nodig te hebben, inkopen bij de aanbieders. Op de zorgverzekeringsmarkt sluit de consument een zorgverzekering af met de zorgverzekeraar naar keuze. Figuur 3.3 toont een weergave van de markten.

Figuur 3.1. Markten in de gezondheidszorg



Bron: NZa

Voor de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt is het in beginsel mogelijk om te kiezen tussen vier verschillende vormen van marktordening, te weten: concurrentie op de markt (vrije of gereguleerde prijzen), concurrentie om de markt (veiling, beauty contest), concurrentie tussen markten (maatstafconcurrentie of benchmarking) en geen concurrentie. Het bestaan of de wenselijkheid van een inkoopmarkt bij acute zorg is vanwege de aard van de markt en het karakter van de zorg een belangrijk onderwerp van onderzoek.

Voor de zorgverzekeringsmarkt zijn in eerste instantie twee marktmodellen denkbaar. De eerste is een model waarbij de risico's privaat zijn verzekerd. De wetgever heeft in de huidige Zorgverzekeringswet in beginsel hiervoor gekozen. De tweede optie is

dat de overheid alle risico's draagt. De uitvoering van een publieke verzekering kan zij vervolgens onderbrengen bij publieke of private uitvoeringsorganen.

Beoordelingskader

Voor de analyse van de marktordening is gebruik gemaakt van een soortgelijke methodiek als de NZa heeft gebruikt in de uitvoeringstoets *Care voor de toekomst*.²⁴ Daarin analyseert zij de fundamentele kenmerken van de marktsegmenten, dit om na te gaan waar vormen van marktfalen kunnen optreden en welke aspecten een goed functionerende markt in de weg staan. Paragraaf 2.1 van bijlage 2 van dit advies zet de gehanteerde methodologie verder uiteen.

Het uitgangspunt van de NZa in de analyse is het streven naar een uitkomst waarin marktprikkels zoveel mogelijk functioneren en zoveel mogelijk vrijheden worden belegd bij aanbieders en verzekeraars, waaronder het recht om zelf over prijs, kwaliteit en investeringen afspraken te maken. Overheidsingrijpen is gerechtvaardigd wanneer dit op basis van marktfalen of andere ongewenste effecten nodig is. Dit zorgt ervoor dat de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid geborgd zijn en de juiste taken door de overheid worden verricht.²⁵

De NZa analyseert de markt voor acute zorg los van de bestaande (tarief)regulering. Op basis van de volgende criteria beoordeelt zij daarom of in de deelsegmenten van acute zorg de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn en de consumentenbelangen voldoende zijn geborgd²⁶:

- *Transparantie*: Is de geleverde prestatie voldoende duidelijk omschreven zodat aanbieders en verzekeraars over de zorg die zij moeten leveren goede afspraken kunnen maken? Beschikken de consument en de verzekeraar over voldoende informatie om een afgewogen keuze te maken?
- *Markttoegang*: Is er sprake van drempels die de toetreding van nieuwe partijen bij schaarste in de weg staan? Voor de acute zorg (en voor curatieve zorg in het algemeen) geldt dat naarmate de zorg complexer is, de kans op schaarste toeneemt. Het is immers alleen mogelijk om deze zorg aan te bieden in zorginstellingen met een bepaalde schaalgrootte.
- *Voldoende keuzemogelijkheden, geen overstapbelemmeringen*: Kunnen consumenten en verzekeraars uit voldoende aanbod kiezen en zo nodig gemakkelijk van zorgaanbieder veranderen?
- *Prikkel om efficiënt in te kopen*: Hebben individuele consumenten en zorgverzekeraars voldoende prikkels om de zorg efficiënt in te kopen? Kunnen de zorgverzekeraars hun verzekerden bij hun keuze voor een zorgaanbieder in voldoende mate sturen in?

²⁴ Het rapport *Care voor de toekomst* is te vinden op www.nza.nl

²⁵ Zie in gelijke zin het rapport *Care voor de toekomst*, blz. 83

²⁶ Deze criteria maken onderdeel uit van de meetlat uit het *Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg* (NZa, februari 2007, www.nza.nl). De factoren die in de meetlat zijn opgenomen, zijn iets anders geformuleerd dan in het theoretisch kader, dit omdat de vraagstelling anders is. In een zerobasebenadering wordt immers geabstraheerd van de huidige situatie, terwijl bij de meetlat die in het visiedocument is gepresenteerd de huidige situatie centraal staat. Een belangrijke voorwaarde in de meetlat voor vrije prijsvorming - voor een markt die nu nog gereguleerd is - is bijvoorbeeld dat er voldoende aanbieders op de markt opereren. Vanuit een zerobasebenadering gaat het echter om de vraag of de *verwachting* is dat er op een markt voldoende aanbieders concurreren. Er vindt dan abstrahering van enige regulering op een markt plaats. De factoren worden dus vanuit een iets andere invalshoek geformuleerd.

- **Marktmacht:** kan een verzekeraar of aanbieder zich onafhankelijk gedragen ten opzichte van concurrenten of consumenten?
- **Externe effecten:** Bestaat er op de ongereguleerde markt een risico op negatieve effecten die bijvoorbeeld tot een inefficiënte allocatie van zorg kunnen leiden of die de samenwerking tussen verschillende zorgverleners kunnen verstoren? De belangrijkste negatieve effecten die bij acute zorg kunnen optreden, zijn afwenteleffecten, coördinatieproblemen en risicoselectie. Negatieve externe effecten kunnen gevolgen hebben voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. De keuze voor een marktmodel hangt daarom mede af van de mogelijkheden om eventuele negatieve externe effecten te ondervangen.

In theorie is een markt geschikt voor vrije prijsvorming als in positieve zin aan bovenstaande voorwaarden is voldaan. In een vrije markt worden de publieke belangen op de volgende manier geborgd:

Toegankelijkheid: Op een vrije markt zullen nieuwe aanbieders toetreden en bestaande aanbieders hun capaciteit uitbreiden op het moment dat de vraag groter is dan het aanbod. Eventuele schaarste (en daaraan gerelateerde hoge prijzen) zullen daarom hooguit van tijdelijke aard zijn.

Kwaliteit: Als de kwaliteit transparant is, kunnen cliënten deze vooraf beoordelen; schiet de kwaliteit tekort, dan kunnen zij overstappen naar andere aanbieders. Dit zorgt ervoor dat aanbieders stimulansen ervaren om een goede prijs-kwaliteitverhouding aan te bieden. Daarnaast zorgt de overheid voor de borging van een minimumkwaliteitsniveau.

Betaalbaarheid: In een concurrerende omgeving zullen zorgaanbieders niet een te hoge prijs vragen. Doen aanbieders dat wel, dan lopen zij de kans dat de inkopers een andere aanbieder kiezen in het geval deze een zelfde kwaliteit tegen een lagere prijs kan aanbieden.

Het is belangrijk om op te merken dat bij de borging van de publieke belangen een afruil kan bestaan. Een hogere kwaliteit kan ten koste gaan van de betaalbaarheid of de toegankelijkheid van de zorg. Vooral bij erg complexe vormen van zorg geldt bijvoorbeeld dat hoe meer operaties op een bepaalde locatie of via een bepaalde specialist plaatsvinden, des te hoger de kwaliteit van de behandeling is. Dit komt omdat die specialist over meer ervaring beschikt en routinematiger kan werken, waardoor hij minder fouten maakt. Er is dan wel sprake van een directe afruil met de toegankelijkheid van de zorg als dit inhoudt dat patiënten voor hun zorg verder moeten reizen en bijvoorbeeld geen gebruik kunnen maken van de dichtstbijzijnde aanbieder.

Een invulling van de verschillende deelsegmenten van acute zorg aan de hand van de genoemde zes criteria voor vrije prijsvorming geeft aan op welke gebieden een markt vanuit een zerobasebenadering niet functioneert vanwege marktfalen. Als een markt niet aan deze criteria voldoet, betekent dit niet automatisch dat er geen vrije prijsvorming mogelijk is. Ingrijpen door de overheid kan kosten en verstoringen met zich meebrengen en daarom niet wenselijk zijn.²⁷

²⁷ Een mogelijke vorm van overheidsregulering is een tarief dat gebaseerd is op de gemiddelde kosten. Dit brengt het risico met zich mee dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met afwijkende specifieke (regionale) omstandigheden. Als dit gemiddelde kostentarief te laag is voor bepaalde regio's en schaarste op de markt veroorzaakt, dan kan dit de toetreding van nieuwe zorgaanbieders belemmeren. De

3.4 Analyse van deelsegmenten van acute zorg

In deze paragraaf beschrijft de NZa per deelsegment van acute zorg voor de zorgverleningsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt op hoofdlijnen welke modellen een doelmatige marktordening mogelijk maken. In de analyse houdt zij bij de bespreking van de externe effecten op de verschillende markten rekening met de onderlinge afhankelijkheid van de deelsegmenten in de keten van acute zorg. Zoals eerder al is opgemerkt, is in de keten sprake van verschillende, op zichzelf staande zorgketten die onderling afspraken moeten maken om te borgen dat de patiënt zo spoedig mogelijk door de juiste behandelaar op de juiste plek wordt behandeld.

Tabel 3.1 geeft een overzicht van de uitkomsten van de zerobase-analyse per deelsegment. Vanuit een zerobasebenadering is bekeken of aan de voorwaarden voor vrije prijsvorming is voldaan. In de meetlat is dit met plussen en minnen aangegeven; een plus moet hierbij worden geïnterpreteerd als positief. Het belang van de consument bij een doelmatig georganiseerde en toegankelijke acute zorg van goede kwaliteit is dan in voldoende mate geborgd.

prikkels voor aanbieders om in kwaliteit te investeren is in een markt met gereguleerde prijzen eveneens geringer.

Tabel 3.1. Meetlat deelsegmenten acute zorg

Marktkenmerken	Te onderscheiden markten				
	Telefonische toegang en regie	Stabilisatie en vervoer	Acute specialistische zorg	Acute basiszorg	Complexe specialistische acute zorg
Transparantie					
Heldere product-/prestatiebeschrijvingen	+	+	+	+	+
De kwaliteit van de geleverde zorg is voldoende geborgd (via overheidsregulering)	+	+	+	+	+
De kwaliteit van de geleverde zorg is transparant	+	+	-	-	-
Markttoegang					
Voldoende aanbieders/concurrentie? (regionale focus)	+	+	±	+	-
Schaalgrootte	+	+	±	+	-
Specialistische kennis (scheidslijn ligt bij voorbehouden behandelingen)	+	+	±	+	-
Bereikbaarheid van de zorg is geborgd (via overheidsregulering)		+	+	+	+
Beschikbaarheid van de zorg is geborgd (via overheidsregulering)		+	+	+	+
De patiënt moet eenvoudig een aanbieder kunnen kiezen en van aanbieder kunnen veranderen (regionale focus)	±	-	-	±	-
Marktgedrag partijen					
Prikkel voor consument om goed in te kopen	n.v.t.	-	-	-	-
Prikkel voor verzekeraar om goed in te kopen	n.v.t.	+	+	+	+
Mogelijkheden voor verzekeraar om goed in te kopen					
Sturing	n.v.t.	-	±	±	-
Risicoverevening (afhankelijk van aanwezigheid risicoverevening)		+	+	+	+
Marktverhoudingen (indicatie voor marktmacht aanbieder)	n.v.t.	-	-	±	-
Externe effecten					
Afwenteleffecten	n.v.t.	+	-	±	+
Coördinatieprobleem	-	-	-	±	-
Volume-effecten (Supplier induced demand, upcoding)	n.v.t.	+	+	+	+
Risicoselectie (afhankelijk van het bestaan van een risicovereveningssysteem)	n.v.t.	+	+	+	+
Zorgverzekeringsmarkt					
Risico verzekerbbaar?	n.v.t.	+	+	+	-
Risico calculeerbaar?	n.v.t.	+	+	+	-
Risico beheersbaar?	n.v.t.	-	±	±	-

Bron: NZa

In de volgende subparagrafen licht de NZa de gemaakte keuzes per deelsegment kort toe. Een verdere uitwerking van de keuzes is in de bijlage 2 van dit advies opgenomen.

3.4.1 Telefonische toegang en regie

Binnen het deelsegment telefonische toegang en regie zijn zowel de prestaties waarbij de nadruk op de regie in de zorgketen ligt, als de prestaties waar de zorginhoudelijke triage het accent heeft over het algemeen transparant en vergelijkbaar. Voor het aanbieden van deze prestaties bestaan geen hoge toetredingsdrempels, omdat de specifieke (verzonken) investeringen (communicatieapparatuur) gering zijn en de specifieke kennis die voor de functies benodigd is relatief gemakkelijk op te bouwen is.

In beginsel kunnen verschillende zorgaanbieders naast elkaar de prestatie aanbieden. Deze keuzemogelijkheid is voor de patiënt waarschijnlijk ondergeschikt aan de noodzaak om zo spoedig mogelijk te worden behandeld en kan op het moment van hulpbehoefte verwarrend werken.

Verzekeraars hebben geen prikkel om goed in te kopen, omdat de verzekerde patiënt de keuze voor een zorgaanbieder (meldkamer-112, huisarts, HAP) zelf bepaalt.²⁸ Met andere woorden: verzekeraars kunnen de zorgvraag moeilijk sturen.

Voor de telefonische toegang *waarbij de nadruk op de regie tot de keten ligt* (meldkamer-112), bestaat het risico op coördinatieproblemen tussen de verschillende aanbieders in de keten. Bij een melding is het noodzakelijk om de juiste zorgverleners snel te kunnen inschakelen en de informatie over de zorgvraag goed te kunnen doorspelen. Dit voorkomt ook problemen bij de afstemming van de telefonische toegang en regie in een bepaalde regio met die van andere regio's en van de brandweer en politie, ingeval er sprake is van een gezamenlijke inzet bij grootschalige rampen en ongevallen. Het is daarom belangrijk dat de overheid de afstemming tussen de verschillende partijen wettelijk borgt. Dit kan gebeuren in de vorm van een landelijk uniform beleid voor de toegang en regie van zorgvragen en de afhandeling daarvan. Een wettelijke borging dient de publieke belangen toegankelijkheid en kwaliteit.

Voor de telefonische toegang *waarbij de nadruk ligt op de zorginhoudelijke triage* is een centrale regie minder van belang. Het kan aan marktpartijen worden overgelaten of zij een telefonische toegang opzetten en hoeveel zorgaanbieders er naast elkaar kunnen opereren. De aanbieders zullen een interne prikkel ervaren om goed bereikbaar te zijn en dit te communiceren, omdat zij hierdoor meer klanten binnenkrijgen. Wanneer het doelmatiger is om de telefonische toegang centraler aan te bieden, kunnen aanbieders hierover onderling of in overleg met verzekeraars afspraken maken. Het publieke belang brengt wel mee dat het wettelijk kader de doorverwijzing van patiënten die de behandelaar niet goed zelf kan helpen, zeker stelt. De overheid kan dit borgen door voor de doorverwijzing minimumkwaliteitseisen aan de zorgaanbieder te stellen.

3.4.1.1 Marktmodel telefonische toegang en regie

Zorgverleningsmarkt

Voor de telefonische toegang *waarbij de nadruk ligt op de regie van de keten*, is concurrentie op de markt vanuit de optiek van de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid geen gewenste optie. Het is

²⁸ Soms kiezen derden voor de patiënt, bijvoorbeeld omstanders die bij een verkeersongeval 112 bellen.

belangrijk dat voor deze functie per regio één aanbieder verantwoordelijk is. Dit voorkomt coördinatieproblemen zoveel mogelijk, en de toegang tot de acute zorgketen voor de consument is niet een ondoorzichtig systeem van meerdere aanbieders.

Gegeven een marktmodel met een aanbieder is het mogelijk de doelmatigheid vervolgens te sturen door twee bekostigingsmodellen:

- Aanbesteding: een model van aanbesteding waarbij het recht om de telefonische toegang en regie in een bepaalde regio te verzorgen, voor een bepaalde periode gegund wordt aan de partij met het beste bod (kwaliteit, prijs).²⁹
- Maatstafconcurrentie: een model waarbij per regio een concessie wordt verleend aan de aanbieder die het meest voldoet aan de criteria die vooraf zijn gesteld en die niet (uitsluitend) op de prijs betrekking hebben. Deze aanbieder ontvangt een budget of onderhandelt met de verzekeraar over de prijs van de geleverde zorg; afrekening vindt uiteindelijk plaats op basis van de relatieve prestaties van de zorgaanbieder in vergelijking met aanbieders in andere regio's.

Bij de telefonische toegang *met nadruk op de zorginhoudelijke triage* bestaat er minder kans dat zich coördinatieproblemen voordoen. Als er verschillende aanbieders telefonisch toegankelijk zijn, zal de patiënt met één van hen bellen. De betreffende aanbieder handelt dan zelf de zorgvraag af of hij verwijst de patiënt door. In dat geval is een goede doorverwijsrelatie (bijvoorbeeld tussen huisarts en ziekenhuis) belangrijk. De overheid kan deze relatie borgen door aan de doorverwijzing door zorgaanbieders minimumkwaliteitseisen te stellen. Een verdere wettelijke borging van de toegang is niet nodig.

Inkoopmarkt

Bij de telefonische toegang *waarbij de nadruk ligt op de regie van de keten* is het belangrijk dat alle patiënten - ongeacht bij wie zij zijn verzekerd - dezelfde telefonische toegang hebben. Tussen verzekeraars kunnen bij de inkoop coördinatieproblemen ontstaan. Ook kunnen *free rider* problemen ontstaan, waardoor verzekeraars bij de inkoop een afwachtende houding aannemen. Het is mogelijk deze problemen te ondervangen wanneer de inkoop bij de overheid of bij de dominante verzekeraar wordt ondergebracht. In het geval de dominante verzekeraar de inkoop zou verzorgen, is de doelmatigheid sterk afhankelijk van de prikkels die de overheid inbouwt; de verzekeraar heeft geen interne prikkel om goed in te kopen.

De overheid kan de uitvoering van de inkoop voor telefonische toegang dus zowel bij een dominante verzekeraar als bij zichzelf onderbrengen.

Bij de telefonische toegang en regie *met nadruk op de zorginhoudelijke triage* is de kans op coördinatieproblemen tussen verzekeraars minder relevant; dit omdat het belang van de centrale regie van de toegang kleiner is. Veelal wordt deze functie bij de inkoop als een integraal onderdeel van het aanbod van acute basiszorg van de huisarts of de HAP

²⁹ Er kan bijvoorbeeld gekozen worden voor een aanbesteding waarin het streven gericht is op (1) een zo laag mogelijke kostprijs onder restrictie van een minimumkwaliteit, (2) een zo hoog mogelijke kwaliteit onder restrictie van een maximumprijs en (3) een zo gunstig mogelijke verhouding tussen kwaliteit en kostprijs onder restrictie van een minimumkwaliteit. Daarnaast is het mogelijk om te kiezen voor een aanbestedingsvariant waarbij partijen vóór een bepaalde datum een bod moeten uitbrengen en vooraf geen inzicht hebben in elkaars biedingen, of voor bijvoorbeeld een veilingmodel waarin partijen wel kunnen reageren op elkaars bod. Het valt buiten de reikwijdte van dit advies om de verschillende mogelijke vormen van aanbesteding te behandelen.

gezien. De mogelijkheden voor een verzekeraar om in te kopen, zijn dan ook gelijk aan de inkoop van acute basiszorg.

Het is dus mogelijk om de inkoop van telefonische toegang *met nadruk op de zorginhoudelijke triage* bij de individuele verzekeraar te beleggen. *Verzekeringsmarkt*

Voor beide vormen van telefonische toegang geldt dat de zorg bekostigd kan worden door een budget via de overheid of door verzekeraars zelf, bijvoorbeeld naar rato van het aantal verzekerden dat zij in een bepaalde regio hebben.

De risico's op de verzekeringsmarkt zijn in principe verzekerbare en calculeerbaar. De kosten van het voortdurend opereren van een meldkamer zijn bijvoorbeeld goed te voorspellen. De kosten hangen slechts voor een deel af van de hoeveelheid meldingen binnen een regio (variabele kosten) en zijn vooral vast van aard (de inrichting van de meldkamer en de benodigde apparatuur).³⁰

3.4.2 Stabilisatie en vervoer

Een belangrijk kwaliteitsaspect bij het marktsegment stabilisatie en vervoer is dat de hulpverlening tijdig ter plekke van het ongeval is en de patiënt snel wordt afgeleverd bij de juiste zorgaanbieder, bijvoorbeeld een SEH. De prestaties die verschillende aanbieders hiervoor leveren zijn transparant, eenduidig te definiëren en onderling vergelijkbaar.

Aanbieders kunnen relatief gemakkelijk tot deze markt toetreden, omdat zij de kennis die voor deze dienstverlening benodigd is relatief eenvoudig kunnen opbouwen en de investeringen in materiaal vrij snel zijn terug te verdienen. Aanbieders van spoedzorg bieden ook vaak besteld vervoer aan (ambulancevervoer-zonder-spoed), dit vanwege de schaal- en synergievoordelen die daaraan zijn verbonden.

De keuzemogelijkheden van een patiënt zijn bij de functie stabilisatie en vervoer beperkt. Gezien het grote belang van een snelle behandeling is de patiënt veelal aangewezen op de dichtstbijzijnde zorgaanbieder. Vanwege het eenmalige karakter van de zorg is het voor hem ook niet mogelijk om bij slechte zorg van aanbieder te veranderen. De zorgaanbieder beschikt daardoor veelal over een lokaal monopolie en ondervindt minder prikkels om doelmatig te werken.

Bij de inkoop van acute zorg ervaren verzekeraars doelmatigheidsprikkels omdat zij gebonden zijn aan een zorgplicht. Wel zijn door het spoedeisende karakter van de zorg de mogelijkheden om in te kopen geografisch en in de tijd gezien beperkt.

Wat betreft mogelijke externe effecten is vooral het risico op coördinatieproblemen van belang. Zo is de patiënt gebaat bij een goede overdracht in de keten van melding, vervoer en zijn uiteindelijke behandeling. Het is mogelijk om deze overdracht bij de inkoop van de zorg te borgen door aanbieders met prestatiecontracten te stimuleren.

Een ander coördinatieprobleem kan bestaan bij de afstemming tussen meerdere aanbieders van (vooral) ambulancevervoer binnen één regio. Het is van belang dat aanbieders niet op dezelfde melding afgaan. Dit is immers niet doelmatig en bovendien bestaat het risico dat als er zich twee meldingen voordoen, alle aanbieders op een melding afgaan en de

³⁰ In een grotere regio zal wel meer personeel nodig zijn om de centrale te bedienen dan in kleinere regio's omdat er zich in de grotere regio's naar verwachting meer acute zorgvragen zullen voordoen. De kosten hiervan zijn echter goed te voorspellen.

andere melding niet behandeld wordt. Concurrerende aanbieders zullen geen prikkel ervaren om dit goed met elkaar af te stemmen, maar willen alle zorgvragen zelf afhandelen omdat dit hen financieel voordeel oplevert. Voor een optimale inzet van de beschikbare capaciteit van ambulancevervoer is centrale regie van de meldkamer nodig. In theorie is het mogelijk dat de centrale meldkamer de vraag over meerdere aanbieders verdeelt, maar dit kan coördinatieproblemen opleveren omdat een objectief verdeelcriterium voor de binnenkomende meldingen ontbreekt. Bovendien hebben ambulancediensten in een dergelijke constructie een prikkel om de verdeling door de meldkamer te beïnvloeden.

Weer een ander coördinatieprobleem kan ontstaan in de noodzakelijke samenwerking met andere hulpverleningsdiensten, zoals de politie en de brandweer, bij grootschalige ongevallen en rampen. Partijen moeten prikkels ervaren om deze samenwerking goed te regelen. Als dit niet goed gebeurt, kan de toegankelijkheid en de kwaliteit van de geleverde zorg in gevaar komen.

3.4.2.1 Marktmodel stabilisatie en vervoer

Zorgverleningsmarkt

Bovenstaande overwegingen maken dat op de zorgverleningsmarkt concurrentie tussen aanbieders binnen een regio niet goed mogelijk is. De doorloop in de keten van acute zorg is, naast een centrale regie van de meldingen, gebaat bij één aanbieder van vervoer per regio. Voor doelmatigheid in dit deelsegment is *concurrentie om de markt* de meest geschikte ordeningsvorm. Met het oog op stimulering van zorgaanbieders om doelmatig te opereren, is het mogelijk om voor de nu volgende modellen te kiezen.

Aanbestedingsvariant

Een eerste manier om het regionale ambulancevervoer toe te wijzen is via een aanbestedingsprocedure, waarin verschillende zelfstandige partijen bieden op de regionale concessie. Een belangrijke voorwaarde voor de gunning van de concessie is dat de aanbieder met de overheid of verzekeraars een contract afsluit waarin specifieke voorwaarden zijn opgenomen over bijvoorbeeld de kwaliteit van het ambulancevervoer, de samenwerking met andere partijen en de eventuele sancties als de aanbieder niet aan de gestelde eisen voldoet. In het contract kunnen ook afspraken worden gemaakt over (extra) beloning van bovengemiddelde prestaties. Wanneer de concessieverlening voor een bepaalde periode plaatsvindt, heeft de aanbieder in dit model ook na de aanbestedingsprocedure een sterke prikkel om goede zorg te leveren. Het is dan immers niet vanzelfsprekend dat hij de concessie in een volgende periode weer zal krijgen.³¹

Maatstafconcurrentie- variant

Naast aanbesteding is het mogelijk om de doelmatigheid bij het ambulancevervoer ook te stimuleren door maatstafconcurrentie. De overheid of de verzekeraar kan op basis van niet-prijsvariabelen een regionale vergunning verlenen aan de aanbieder die het best aan de vooraf gestelde criteria voldoet. De aanbieder krijgt een budget of onderhandelt met de verzekeraar of de overheid over de prijs van de geleverde zorg. De uiteindelijke afrekening van de zorgaanbieder gebeurt

³¹ In de huidige situatie is dit niet het geval. De overheid kiest er op dit moment voor om de vergunning voor onbepaalde duur te verlenen. Dit leidt tot sterk verminderde prikkels voor zorgaanbieders om efficiënt te opereren of in kwaliteit te investeren.

op basis van zijn relatieve prestaties ten opzichte van aanbieders in andere regio's. Bij maatstafconcurrentie is een vereiste dat de overheid de maatstaf vaststelt.

Een mogelijk voordeel van de keuze voor maatstafconcurrentie in vergelijking met aanbesteding is dat aanbieders een sterkere prikkel hebben om doelmatiger te werken. Hun beloning is immers afhankelijk van hun relatieve prestatie ten opzichte van een groter aantal aanbieders. Bij een aanbesteding worden de prestaties van de aanbieder uitsluitend vergeleken met de andere aanbieders die meedingen naar een opdracht in een bepaalde regio.³² Er zijn daardoor mogelijk minder sterke efficiëntieprikkels in vergelijking met maatstafconcurrentie. Bij een aanbesteding kan echter de prijsconcurrentie sterk zijn, omdat de concessieverlening voor een bepaalde periode plaatsvindt. Als een aanbieder naast de opdracht grijpt, heeft dit meteen grote gevolgen voor zijn omzet. Hij krijgt immers pas na een bepaalde periode weer een mogelijkheid om de opdracht binnen te halen. Om die reden zal hij geprikkeld worden om een bod te doen dat zo adequaat mogelijk is.

Inkoopmarkt en verzekeringsmarkt

De inkoop kan door de dominante verzekeraar of de overheid worden uitgevoerd. De financiering van stabilisatie en vervoer kan zowel privaat als publiek worden belegd. Voor deze conclusies geldt dezelfde onderbouwing als de NZa eerder heeft aangevoerd voor de inkoop van telefonische toegang, waarbij de nadruk op de regie in de keten ligt.

3.4.3 Acute basiszorg en acute specialistische zorg door SEH

In deze subparagraaf gaat de NZa in op zowel de acute basiszorg die huisartsen, HAP's en SEH's verlenen als op de acute specialistische zorg die alleen de SEH's aanbieden. Omdat deze zorgvormen in hun marktkenmerken grote overeenkomsten vertonen, kiest de NZa voor een gezamenlijke analyse.

De zorgprestatie die in de acute basiszorg en de acute specialistische zorg wordt geleverd, is niet transparant. Het is voor patiënten en inkopers moeilijk om de kwaliteit van de geleverde zorg te beoordelen. Als de verzekeraar niet de mogelijkheid heeft om de kwaliteit tussen verschillende aanbieders van acute zorg goed met elkaar te vergelijken, dan kan hij ook de aanbieder niet tot goede prestaties stimuleren. Het gebrek aan transparantie is bij de acute specialistische zorg die SEH's leveren een groter probleem dan bij de acute basiszorg. De oorzaak is dat de consument/patiënt door het frequenter contact met de huisarts de kwaliteit van de geleverde behandeling iets beter kan beoordelen.

De acute basiszorg en de acute specialistische zorg door SEH's kenmerken zich in een zerobasebenadering door lage toetredingsdrempels. Het gaat om relatief eenvoudige zorg waarvoor slechts in bepaalde mate specialistische kennis nodig is. Een toetredingsdrempel zou gelegen kunnen zijn in de schaalgrootte die nodig is voor het aanbieden van sommige zorgsoorten. Er is vaak een bepaalde overcapaciteit nodig om pieken in de acute zorgvraag op te vangen. Dit geldt vooral voor de specialistische acute prestaties die de SEH's verrichten.

³² Als er sprake is van landelijk opererende aanbieders, kunnen de aantallen aanbieders onder maatstafconcurrentie en aanbesteding wel meer met elkaar overeenkomen.

Vanuit economisch perspectief is de zorgvraag in de avond-, nacht- en weekenduren voor een aanbieder mogelijk onvoldoende groot om zijn praktijk open te houden. Vanuit een zerobasebenadering bezien valt daarnaast niet te verwachten dat in dunbevolkte gebieden voldoende aanbod aan meer specialistische zorg zal ontstaan. De markt is daar immers te klein om de kosten terug te verdienen.

Om het publieke belang van de beschikbaarheid en bereikbaarheid te borgen, kan de overheid aanbieders van acute zorg een vergoeding geven die daaraan gerelateerd is.

Een kenmerk van acute basiszorg is dat de patiënt in zijn algemeenheid geen keuze voor een bepaalde aanbieder maakt. De patiënt moet vanuit medisch oogpunt zo snel mogelijk worden behandeld en is daarom veelal op de dichtstbijzijnde aanbieder aangewezen. Dit beperkt de mogelijkheden van onderlinge concurrentie tussen aanbieders en daarmee de prikkels voor hen om doelmatig te opereren. Ziekenhuizen, maar ook HAP's beschikken daardoor bij acute zorg veelal over een lokaal monopolie.

In een goed functionerende zorgmarkt worden zorgaanbieders via de inkoop tot doelmatigheid bewogen. Het is daarom belangrijk dat verzekeraars prikkels ervaren om goed in te kopen. De verzekeraar heeft zo'n prikkel doordat hij aan zijn zorgplicht moet voldoen. Daarnaast zal de verzekeraar beducht zijn voor negatieve publiciteit die het gevolg kan zijn van slechte inkoop van zorg, of als hij niet aan zijn zorgplicht voldoet ingeval er op de zorgverzekeringsmarkt voldoende kritische consumenten aanwezig zijn. Wel is een risicovereveningssysteem noodzakelijk om de prikkels voor verzekeraars om tot risicoselectie over te gaan te beperken. Verzekeraars hebben vanwege de aard van acute zorg weinig mogelijkheden om de patiënt naar een voorkeursaanbieder te sturen. De lokale machtspositie van zorgaanbieders is echter niet zodanig dat verzekeraars helemaal geen mogelijkheden meer hebben om met aanbieders goede afspraken te maken. Deze mogelijkheden zijn groter bij acute basiszorg dan bij de acute specialistische prestaties door SEH's. Hierbij geldt in zijn algemeenheid dat verzekeraars vanwege de grotere dichtheid aan aanbieders in stedelijke gebieden meer mogelijkheden hebben om met hen goede afspraken te maken.

Bij de acute basiszorg en de acute specialistische zorg door SEH's bestaat een risico op negatieve externe effecten. Als er verschillen in de bekostiging van acute en niet-acute zorg bestaan, kunnen afwenteleffecten optreden. Dit komt omdat een acute en niet-acute behandeling zorginhoudelijk nauwelijks van elkaar te onderscheiden zijn. Ter voorkoming van afwenteleffecten is het daarom essentieel dat voor de acute en de niet-acute zorg zoveel mogelijk eenzelfde bekostigingssystematiek geldt. Een ander negatief extern effect dat zich kan voordoen is een coördinatieprobleem, waarbij aanbieders onvoldoende prikkels kunnen ervaren om hun zorgprocessen goed op elkaar af te stemmen. Het is mogelijk om een goede samenwerking tussen aanbieders door de juiste financiële prikkel te stimuleren.

3.4.3.1 Marktmodel acute basiszorg

Zorgverleningsmarkt

In de zerobasesituatie is vooral voor de meest eenvoudige aandoeningen binnen de acute basiszorg vrije prijsvorming mogelijk doordat meerdere aanbieders (huisarts, HAP's en SEH's) deze zorg kunnen leveren. Een verzekeraar kan voor deze zorg tussen verschillende aanbieders kiezen

en hen zo tot doelmatigheid prikkelen.³³ Een voorwaarde voor vrije prijsvorming is wel dat voor de beschikbaarheidskosten een afzonderlijke financiering bestaat. Hiermee ligt de bekostigingssystematiek vast, maar ontstaan er genoeg inkoopprikkels voor de introductie van vrije consulttarieven.

Voor de meer specialistische prestaties door SEH's is het mogelijk om een doelmatige marktordening te bereiken door middel van een model met maatstafconcurrentie. Het aantal SEH's in Nederland is voldoende om een onderlinge vergelijking van de prestaties mogelijk te maken.

Inkoopmarkt en verzekeringsmarkt

Voor de acute basiszorg geldt dat private verzekeraars in principe de acute zorg kunnen inkopen, want het risico is verzekeraar en calculeerbaar. Om verzekeraars tot doelmatige inkoop te prikkelen, moeten zij wel een zorgplicht opgelegd krijgen en is de aanwezigheid van een goed risicovereveningssysteem noodzakelijk om een eventuele prikkel tot risicoselectie te voorkomen. Dit lijkt in de acute zorg goed mogelijk omdat de benodigde informatie (verzekerdenkenmerken per regio en eventuele regio invloeden) bekend zijn.

3.4.4 Complexe specialistische acute zorg

Voor complexe specialistische acute zorg, zoals vooral traumavoorzieningen die aanbieden, geldt dat de kwaliteit van de geleverde zorg niet inzichtelijk is. Ook opereren er minder aanbieders, waardoor het moeilijker is om de uitkomsten van behandelingen te vergelijken. Dit beperkt de mogelijkheden van verzekeraars om aanbieders tot goede kwaliteitsprestaties te prikkelen.

De complexe specialistische acute zorg kent in zijn algemeenheid hogere toetredingsdrempels dan de acute basiszorg. Voor een aantal functies is erg specialistische kennis nodig om deze zorg aan te bieden. Daarnaast is schaalgrootte van belang, dit in verband met de benodigde investeringen en de borging van kwaliteit. Om vaardigheden te verwerven en te behouden is vaak een minimaal aantal handelingen per jaar noodzakelijk. Voor nieuwe toetreders is het dan niet gemakkelijk om tot de markt toe te treden. In een zerobasesituatie zullen daarom slechts enkele aanbieders complexe specialistische acute zorg kunnen leveren.

Net zoals voor de acute basiszorg geldt dat de consument door de aard van de complexe specialistische acute zorg weinig keuzemogelijkheden heeft. Bij deze zorg wordt de keuze voor consumenten echter nog verder beperkt doordat er minder aanbieders op de markt zullen opereren. De prikkels voor consumenten en verzekeraars om goed in te kopen zijn hetzelfde als in de markt voor basiszorg. De aanbieders van complexe specialistische acute zorg zullen daarom over een sterke duurzame machtspositie beschikken, waardoor de betaalbaarheid van de zorg in gevaar kan komen.

Het risico op afwenteleffecten is beperkt. Voor complexe zorg geldt namelijk dat het niet aannemelijk is dat er op zorginhoudelijk gebied sprake is van substitutie tussen niet-acute en acute zorg. Het is om die reden niet mogelijk om gebruik te maken van eventuele verschillen in

³³ Deze sturing door verzekeraars vereist natuurlijk wel dat de verzekeraar de keuze van zijn verzekerden voor een aanbieder kan beïnvloeden. Zo kan de verzekeraar op een zachte manier sturen via mailings. Ook de inkooprelatie die de verzekeraar met de aanbieder voor niet-acute zorg heeft, biedt sturingsmogelijkheden bij de inkoop van acute zorg.

financiering of risicodragendheid. Net zoals bij de acute basiszorg kan zich ook in dit segment een coördinatieprobleem voordoen.

3.4.4.1 Marktmodel complexe specialistische acute zorg

Zorgverleningsmarkt

In dit deelsegment van acute zorg is concurrentie op de markt niet goed mogelijk. Voor complexe specialistische acute zorg geldt dat er door de aanwezige schaalgrootte en de vereiste specialistische kennis geen concurrentie op de markt mogelijk is. Bovendien kunnen de prestaties van aanbieders niet goed met elkaar worden vergeleken en daardoor valt een model van maatstafconcurrentie weg. Dit betekent dat het ook in de zerobase-situatie noodzakelijk is dat de overheid de publieke belangen van toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg borgt door middel van prijsregulering en toelatingsbeleid.

Inkoopmarkt en verzekeringsmarkt

De risico's van de complexe specialistische acute zorg zijn niet goed verzekeraar, beheersbaar en calculeerbaar. Nog afgezien van de vraag of private partijen over voldoende inkoopmacht beschikken, zullen zij om die reden geen adequate prikkels ervaren om de zorg in te kopen. De overheid moet in de zerobase-situatie bij de inkoop sturen op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. De uitvoering van de inkooprol kan zij vervolgens beleggen bij private verzekeraars of bij zichzelf.

3.5 Overzicht doelmatige marktordening acute zorg

In dit hoofdstuk heeft de NZa een visie ontwikkeld op de meest doelmatige ordening van de zorgverleningsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt bij acute zorg. Een optimale borging van de publieke belangen staat daarbij centraal.

In de analyse verdeelt de NZa (de keten van) acute zorg op basis van de diverse functies in die zorg in verschillende marktsegmenten:

- telefonische toegang waarbij de nadruk ligt op de regie van de keten (de meldkamer ambulancevoorziening 112);
- telefonische toegang waarbij de nadruk ligt op de zorginhoudelijke beoordeling en behandeling (met name huisarts en HAP);
- stabilisatie en vervoer;
- acute basiszorg door huisarts, HAP of SEH;
- acute specialistische zorg door SEH;
- complex specialistische zorg.

In tabel 3.2 is de doelmatige marktordening zoals die uit de zerobase-analyse voor acute zorg voortvloeit schematisch weergegeven:

Tabel 3.2. Zerobase-analyse: doelmatige marktordening acute zorg

	Telefonische toegang met nadruk op regie in de keten ³⁴	Stabilisatie en vervoer	Acute basiszorg door huisarts, HAP of SEH	Acute specialistische zorg door SEH	Complexe specialistische zorg
Toelating aanbieders	Eén aanbieder per regio	Eén aanbieder per regio	Meerdere aanbieders	Meerdere aanbieders	Meerdere aanbieders
Bekostiging	Aanbesteding of maatstafconcurrentie	Aanbesteding of maatstafconcurrentie	Vrije prijzen, Afzonderlijke bekostiging beschikbaarheid	Maatstafconcurrentie Afzonderlijke bekostiging beschikbaarheid	Prijsregulering
Inkoop	Privaat of publiek	Privaat of publiek	Prestaties: individuele verzekeraar Beschikbaarheid: privaat of publiek	Prestaties: individuele verzekeraar Beschikbaarheid: privaat of publiek	Privaat of overheid
Financiering	Privaat of publiek	Privaat of publiek	Privaat	Privaat	Privaat of publiek

Bron: NZa

Uit de zerobase-analyse komt dus naar voren dat acute zorg een bijzondere zorgmarkt is, waar een overheidsrol in de vorm van wetgeving en regulering noodzakelijk is. Slechts in één marktsegment (acute basiszorg) is onder voorwaarden vrije prijsvorming voor de prestaties mogelijk. De NZa vindt dat de bestaande wetgeving bij acute zorg zowel op het gebied van kwaliteit en toetreding, als wat betreft de regulering van de markten zelf op het gebied van prijs en uitvoering van de inkoop kunnen worden verbeterd.

De NZa hanteert deze marktordening als ijkpunt voor de maatregelen die zij de minister in hoofdstuk 4 voor de korte termijn voor de acute zorg adviseert.

³⁴ Deze analyse heeft vooral betrekking op de telefonische toegang, waarbij de nadruk op regie in de keten ligt (meldkamer-112). Voor de telefonische toegang tot huisartsen en huisartsposten is deze sturing niet noodzakelijk.

4. Maatregelen op de korte termijn

In dit hoofdstuk beschrijft de NZa op hoofdlijnen de maatregelen die op korte termijn tot een verbetering in de regulering van acute zorg kunnen leiden. In paragraaf 4.1 geeft zij adviezen met het oog op transparantie van het regelgevend kader en de coördinatie in de acute zorgketen. De paragrafen 4.2 tot en met 4.5 beschrijven voor de verschillende deelsegmenten van acute zorg maatregelen die specifiek erop gericht zijn om belemmeringen in de bekostigingsystematiek weg te nemen. In paragraaf 4.6 adviseert de NZa over een doelmatige inkoop van de acute zorg en de rol van de verzekeraar.

De maatregelen die de NZa voorstelt, zijn bedoeld om de knelpunten van doelmatigheid die zij in paragraaf 2.5 heeft benoemd op te lossen. Tegelijkertijd vormen de maatregelen het transitiepad naar de doelmatige marktordening die uit de zerobase-analyse naar voren komt.³⁵

4.1 De wettelijke borging van acute zorg

4.1.1 Inleiding

Hierna beschrijft de NZa een aantal maatregelen die voor alle deelsegmenten genomen zouden moeten worden om de publieke belangen te borgen. De maatregelen zijn specifiek bedoeld om enerzijds de transparantie van het reguleringskader te vergroten met het oog op de reguleringszekerheid, en anderzijds de coördinatie in de keten acute zorg te bevorderen.

4.1.2 Transparant reguleringskader

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wmg vormen niet de zorgorganisaties het uitgangspunt, maar de *zorgprestatie*. De regulering van acute zorg moet hieraan worden aangepast. Verbetering van het reguleringskader is mogelijk door minder te sturen op de manier waarop een specifieke aanbieder georganiseerd moet zijn en meer nadruk te leggen op (directe) sturing van de kwaliteit van de zorgprestatie die hij moet leveren en de toegang daartoe. Aanbieders zijn beter in staat om op regionaal niveau maatwerk aan de patiënt/consument te bieden dan dat de overheid dit kan door middel van centrale sturing. Het is van belang om onduidelijkheid in de regulering zoveel mogelijk te voorkomen. Wanneer het voor zorgaanbieders onvoldoende duidelijk is wie verantwoordelijk is voor het leveren van de acute zorgprestatie en welke eisen aan deze prestatie worden gesteld, zijn zij minder goed in staat om de coördinatie van de zorg in de keten van acute zorg op de zorgvraag af te stemmen. Dit zal het consumentenbelang van een toegankelijke acute zorg nadelig beïnvloeden.

In de bestaande situatie zijn de normen voor de kwaliteit, de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de verschillende zorgfuncties gedeeltelijk in veldnormen vastgelegd. De invulling en de status van deze normen zijn niet altijd duidelijk.

³⁵ In hoofdstuk 3 en bijlage 2 wordt de zerobase-analyse beschreven.

Voorbeelden van onduidelijke invulling en status van de normen voor kwaliteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgfuncties:

- De huisarts is er verantwoordelijk voor dat acute basiszorg 24 uur per dag beschikbaar is. Deze verplichting is echter niet in regulering, maar in voorschriften van de beroepsorganisatie vastgelegd.
- De WTZi verplicht in een besluit bij deze wet dat regionale aanbieders van acute zorg moeten deelnemen aan het regionale overleg van de acute zorgketen. In het besluit zijn echter geen concrete eisen aan de prestatie geformuleerd.
- Eisen die aan SEH's worden gesteld zijn op dit moment niet eenduidig vastgelegd in regulering.
- De ambulancediensten kennen voor de aanrijdtijden een norm van vijftien minuten. Deze norm is niet in wet- en regelgeving vastgelegd, maar hebben de aanbieders zichzelf opgelegd.

De NZa adviseert de minister om onduidelijkheid over de normen voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van acute zorg weg te nemen door de invulling en de status van deze normen wettelijk en transparant te regelen. Een transparant wettelijk kader heeft een aantal voordelen. De grotere reguleringszekerheid die hiervan het gevolg is, geeft aanbieders en verzekeraars een prikkel om eerder te investeren in het aanbieden van acute zorg. Bovendien kan de overheid haar toezichthoudende taak beter uitvoeren. Op voorhand kan zij dan meer duidelijkheid geven over de manier waarop zij bij overtreding van de normen optreedt. Daarnaast leiden heldere wettelijke normen ook tot duidelijkheid voor de patiënt. Het creëren van transparantie in het normenkader vraagt van de minister dat hij op onderdelen een afweging maakt over de zorg die geleverd wordt in relatie tot het beschikbare budget.

Borging regulering in Europees/nationale mededingingsrechtelijk kader

Bij acute zorg geeft de overheid met het oog op bescherming van de publieke belangen sturing aan de markt. Deze sturing beperkt de marktwerking bij het aanbieden of het inkopen van acute zorg. Zo wordt bij het verlenen van concessies voor zorgdiensten de toelating tot de markt beperkt, of kan de exclusiviteit van een vergunning voor bepaalde diensten tot een monopoliepositie leiden die de concurrentie op andere zorgmarkten kan verstoren.³⁶ Ook een keuze voor gezamenlijke inkoop van acute zorg door verzekeraars leidt in principe tot beperking van de concurrentie tussen verzekeraars. Verder kan de betaling van een beschikbaarheidsvergoeding om een voorziening in een bepaalde regio te borgen, zorgaanbieders in een ongelijke concurrentiepositie brengen.

Het Europese en nationale mededingingsrecht staat een beperking van de mededinging op grond van het publieke belang onder voorwaarden toe.³⁷ De overheid mag de mededinging echter niet verder beperken dan uit oogpunt van het publieke belang noodzakelijk is (*beginsel van proportionaliteit*) en moet de betreffende zorg dan als dienst van algemeen economisch belang (DAEB) aanwijzen.

De borging van de overheidssturing bij acute zorg is gebaat bij een transparant en proportioneel kader voor beperkingen van de mededinging in het publieke belang. Zo'n kader beperkt het risico dat de NZa bij de uitvoering van haar toezichthoudende taak wordt geconfronteerd met nationale regels die conflicteren met Europeesrechtelijke verplichtingen en die zij op grond van de rechtspraak

³⁶ Een voorbeeld hiervan kan zijn de ambulancediensten. Voor de spoedeisende zorg wordt voor een regio een exclusieve concessie verstrekt, die ook betrekking heeft op besteld vervoer.

³⁷ Zie artikel 86 lid 2 van het Verdrag van de Europese Unie en de artikelen 11, 25 en 41(3) Mededingingswet (Mw).

van het Europese Hof van Justitie buiten toepassing moet laten.³⁸ Dit verkleint ook de kans dat marktpartijen die van de beperking van de marktwerking nadeel ondervinden, de nietigheid van de regulering inroepen. Ook voorkomt het de situatie dat de Europese Commissie Nederland aanspreekt op naleving van de Europese regels voor het vrije verkeer van diensten, voor staatssteun of voor mededinging.

De NZa adviseert de minister om de voorzieningen die hij bij acute zorg treft om het algemeen belang te borgen, aan te merken als DAEB indien deze sturing de mededinging zal beperken. Bij beperking van de mededinging moet de overheid het beginsel van proportionaliteit in acht nemen. De NZa kan voor de zorg waar de minister uit het oogpunt van het publieke belang de mededinging beperkt, in een uitvoeringstoets nadere voorwaarden bepalen waaronder het mogelijk is een DAEB aan te bieden. Ook kan zij toezien op de naleving van deze voorwaarden.

4.1.3 De coördinatie van functies in de keten

In de keten van acute zorg is de samenwerking tussen aanbieders er vooral op gericht om de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek bij de juiste zorgaanbieder te brengen. De overdracht van de patiënt tussen de verschillende zelfstandige 'zorgloketten' kan doelmatiger. Verdere standaardisering van de triagemethodieken die de verschillende zorgaanbieders in de keten gebruiken en betere overdracht van de informatie die voor de behandeling nodig is, hebben naar verwachting een positief effect op de snelheid en accuratesse waarmee de patiëntenoverdracht plaatsvindt.

Aanbieders en verzekeraars zijn zelf verantwoordelijk voor een doelmatige organisatie van de zorg en moeten onderling afspraken maken over de standaardisatie van de triage en over de overdracht van patiënteninformatie. Levering van acute zorg valt binnen de zorgplicht van verzekeraars zoals die in de Zorgverzekeringswet is vastgelegd. Het reguleringskader verplicht zorgaanbieders om binnen de keten van acute zorg samen te werken. Zo bepaalt de WTZi dat aanbieders moeten deelnemen aan het regionale overleg acute zorg; aan deze prestatie worden echter verder geen eisen gesteld. Verzekeraars en zorgaanbieders kunnen bij de zorginkoop met aanbieders van acute zorg afspraken maken over de standaardisatie van de triage en over de overdracht van patiënteninformatie. De regulering moet voorkomen dat tussen zorgaanbieders coördinatieproblemen ontstaan, omdat zij of de verzekeraars geen economisch belang bij de samenwerking hebben (bijvoorbeeld door *free-rider* problemen).

Gegeven het publieke belang dat aan de afstemming verbonden is, adviseert de NZa de minister om de standaardisatie van de triage en de overdracht van patiënteninformatie in het wettelijk kader vast te leggen. Bij de sturing van de informatieoverdracht is het mogelijk om aan te sluiten bij de invoering van het elektronisch patiëntendossier. In dit kader kan ook meer aandacht uitgaan naar een centralere opleiding en de juiste toepassing van de triagesystemen. Een verbeterde zorginhoudelijke beoordeling in de triage heeft een positief effect op de doelmatigheid bij de afhandeling van zorgvragen in de acute zorgketen en leidt tot betere zorg voor de patiënten.

³⁸ HvJ EG 9 september 2003, zaak C-198/01 Consorzio Industrie Fiammiferi (CIF), Jur. 2003, p. I-8055, r.o. 46-50, 58.

4.2 Telefonische toegang en regie en Stabilisatie en vervoer

In subparagraaf 4.2.1 beschrijft de NZa maatregelen die de minister op korte termijn kan nemen om tot een doelmatigere marktordening van de telefonische toegang en regie te komen, waarbij de nadruk ligt op de organisatie van de acute zorgketen (meldkamer-112) en stabilisatie en vervoer (ambulancediensten). Paragraaf 4.2.2 gaat in op de telefonische toegang en regie met de nadruk op de zorginhoudelijke behandeling (met name door HAP en huisarts).

4.2.1 Telefonische toegang en regie (meldkamer-112) en Stabilisatie en vervoer

In de afgelopen jaren is veel gedaan om de coördinatie in dit gedeelte van de keten van acute zorg te bevorderen. Marktpartijen geven aan dat de coördinatie tussen de verschillende partijen inmiddels een minder groot knelpunt is. Wel moet de overheid door regelgeving mogelijke coördinatieproblemen tussen zorgaanbieders onderling en tussen de zorg, de brandweer en de politie voorkomen.

De zerobase-analyse geeft aan dat om coördinatieproblemen te voorkomen zowel de telefonische toegang en regie met betrekking tot de acute zorgketen (meldkamer-112), als de ambulancediensten het beste kunnen worden ondergebracht bij één aanbieder per (veiligheids)regio. Om de aanbieders in de verschillende regio's zodanig uit te dagen dat zij de beste zorg doelmatig leveren, kan de minister ervoor kiezen om de functie aan te besteden en een prestatiecontract te sluiten of om een model van maatstafconcurrentie te kiezen.

De huidige situatie

De minister heeft voor telefonische toegang en regie en voor stabilisatie en vervoer de marktordening al nader vormgegeven in het voorstel voor een Wet op de ambulance zorgvoorzieningen (Waz). Dit Waz-voorstel bepleit om per veiligheidsregio in Nederland zowel de meldkamer ambulancezorg als het ambulancevervoer onder te brengen bij één Regionale Ambulance Voorziening (RAV). Per regio zal de minister één vergunning voor onbepaalde tijd afgeven. Hij wijst deze concessie aan een aanbieder toe op basis van een nog nader te bepalen programma van eisen.

De noodzakelijkheid van maatregelen

De ordening van het aanbod in het Waz-wetsvoorstel beperkt het risico dat bij de meldkamer-112 coördinatieproblemen ontstaan. De exclusiviteit van de vergunning betekent dat de overheid door regulering een regionale monopoliepositie voor de zorgaanbieder creëert. Doordat de minister de vergunning aan de RAV voor onbepaalde tijd verleent, houdt de voorgestelde ordening echter een minder sterke prikkel in om duurzaam goed te presteren en tegemoet te komen aan de eisen die in de onderhandelingen over de inkoop worden gesteld. De inherente prikkel die van een concessie met een bepaalde tijdsduur uitgaat om ook na het aanbestedingsproces kwalitatief zo goed mogelijke en zo doelmatige mogelijke prestaties te leveren, ontbreekt hier.

Welke maatregelen stelt de NZa voor?

Binnen de marktstructuur die in de Waz is neergelegd kan de minister via de invulling van het programma van eisen de RAV een aantal prikkels geven om doelmatig te opereren.

– *Aanbesteden van de vergunning door een 'beauty-contest'*

Introductie van een eerste prikkel is mogelijk door de vergunning in een aanbestedingsprocedure op basis van een programma van eisen toe te wijzen. Bij de aanbesteding kan de minister randvoorwaarden voor de kwaliteit, de kwantiteit, de bereikbaarheid en de beschikbaarheid vastleggen en kunnen potentiële aanbieders een prijs noemen waarvoor zij de functies van de RAV in de veiligheidsregio willen leveren (een 'beauty-contest').³⁹

In een goed werkende markt zullen deelnemers aan de aanbesteding in hun bieding rekening houden met de eventuele winsten die zij kunnen behalen. De winstgevendheid zal daarbij afhangen van de mogelijkheden om de zorg doelmatig aan te bieden. Kandidaat-aanbieders zullen bij de aanbesteding de winstmogelijkheden verdisconteren in de prijs die zij bereid zijn voor de vergunning te betalen. Overigens zal bij de aanbesteding de zittende aanbieder van het ambulancevervoer in de een regio waarschijnlijk in het voordeel zijn. Hij kent de regio en is beter in staat de kosten in te schatten. Bovendien zal hij door zijn aanwezigheid al hebben geïnvesteerd in het aanbieden van ambulancediensten in deze regio en minder investeringen hoeven te plegen om aan het programma van eisen te voldoen. De positie van de zittende aanbieder kan daarom een belangrijk negatief effect op de doelmatigheid van de aanbesteding hebben.

– *Introductie van prikkel voor aanbieder op langere termijn*

Gegeven de Waz die bepaalt dat de minister de RAV-vergunning voor onbepaalde tijd verleent, is het in het belang van een goede dienstverlening op de langere termijn noodzakelijk dat de aanbieder ook na het verkrijgen van de vergunning gestimuleerd wordt om kwalitatief goede zorg doelmatig te leveren. De NZa adviseert de minister dan ook om in de regulering daartoe een doelmatigheidsprikkel te borgen. Daarvoor bestaan een tweetal mogelijkheden: prestatiecontracten en toepassing van maatstafconcurrentie.

a. *Prestatiecontracten*

Een eerste optie om de houder van de RAV-vergunning een prikkel te geven, is dat de minister in het programma van eisen opneemt dat de aanbieder voor zorg die hij moet leveren een prestatiecontract afsluit. In het prestatiecontract is de vergoeding die de zorgaanbieder ontvangt afhankelijk van de geleverde prestatie. Daarbij kan de beoordeling van de prestatie afhankelijk worden gesteld van de kwaliteit van de geleverde zorg en - meer specifiek - de aanrijdtijden, het aantal overschrijdingen en de patiënttevredenheid. Het is mogelijk om de doelmatigheidsprikkel te versterken door middel van een bonus-malus regeling, waarbij extra financiële middelen het behalen van bepaalde prestaties belooft en het niet nakomen van afspraken wordt bestraft door een boete of (bij langdurige of herhaalde ernstige tekortkomingen) intrekking van de vergunning.

Overigens zal een prestatiecontract bij voorzieningen met relatief veel beschikbaarheidskosten en een laag productievolume een beperkte doelmatigheidsprikkel geven. De aanbieder ontvangt dan immers het grootste gedeelte van de vergoeding via zijn beschikbaarheidsvergoeding. In dat geval is er ook de mogelijkheid van een budget of lump-sombedrag waarvoor de

³⁹ Hierbij kan ook gedacht worden aan een budget per regio op basis van prestaties (al dan niet met normatieve elementen). In een aantal gevallen geldt dat nu al een lump-sombedrag waarvoor alle prestaties geleverd moeten worden.

aanbieder alle prestaties moet leveren.

De NZa verwacht dat het mogelijk is om de kwaliteit en de doelmatigheid van het ambulancevervoer te vergroten wanneer binnen de randvoorwaarden die het wettelijk kader aan de minimale kwaliteit, de bereikbaarheid en de toegankelijkheid stelt, differentiatie plaatsvindt van de aanrijdtijden van ambulances binnen en tussen regio's.⁴⁰ Bij de inkoop kunnen de aanbieder en de inkoop in de prestatiecontracten hierover afspraken maken.

b. *Toepassing van maatstafconcurrentie.*⁴¹

Een tweede optie voor de minister om de houder van de RAV-vergunning ook na de aanbesteding een prikkel te blijven geven, is om de vergoeding van prestaties die hij moet leveren afhankelijk te maken van zijn relatieve prestaties ten opzichte van andere aanbieders (maatstafconcurrentie). Daarbij worden de prestaties van de RAV in de verschillende regio's jaarlijks vergeleken en vindt op basis van de gemiddelde prestaties in andere regio's herijking van de vergoeding van de aanbieder plaats.⁴² Maatstafconcurrentie kan, zeker in combinatie met de aanbestedingsvariant, de vergunninghouder voor onbepaalde tijd structureel tot kwalitatief goede dienstverlening bewegen.

Wanneer de minister de vergoeding van de RAV-prestaties wil baseren op maatstafconcurrentie, dan moet hij dit instrument als voorwaarde in het programma van eisen voor de vergunningverlening opnemen. De NZa kan de maatstafconcurrentie in een nadere uitvoeringstoets uitwerken. Bij die uitwerking zijn vooral de initiële vergunningverlening, de methodiek van aanbesteding, de administratieve lasten die aan het instrument zijn verbonden en de gevolgen van de uitkomst van de vergelijking van belang.

Overigens is bij de borging van goede zorg ook een essentiële rol weggelegd voor het toezicht op de kwaliteit door de IGZ, dit omdat de mogelijkheden van de consument om te kiezen in deze deelsegmenten van acute zorg afwezig zijn.

Implementatiepad

- Het parlement zal het Waz-wetsvoorstel waarschijnlijk in de loop van 2008 goedkeuren. Implementatie van de wet zal niet vóór 1 januari 2009 een feit zijn.
- In 2008 start de minister met het uitwerken van het programma van eisen voor het verlenen van de RAV-vergunning. Daarin neemt hij prestatie-indicatoren op en maakt een keuze tussen enerzijds aanbesteding en anderzijds prestatiecontracten of maatstafconcurrentie.

⁴⁰ Differentiatie in aanrijdtijden betekent dat aanbieders in staat zijn om meer maatwerk te leveren (allocatieve efficiëntie). Door een efficiëntere verdeling van ambulances over het vergunningsgebied kunnen patiënten gemiddeld sneller naar de juiste aanbieder worden vervoerd.

⁴¹ De maatstafconcurrentie die per 1 januari 2009 wordt ingevoerd in de ziekenhuisbekostiging is niet van toepassing op de ambulancezorg. Weliswaar valt besteld interklinisch vervoer per definitie binnen de kosten van een ziekenhuis, maar gezien het regionale monopolie van vervoerder is het niet mogelijk de ziekenhuisprijs voor besteld vervoer vrij onderhandelbaar te maken.

⁴² Een adequate correctie voor exogene verschillen tussen regio's is van cruciaal belang voor het succes van maatstafconcurrentie.

- De NZa kan een keuze voor maatstafconcurrentie in 2009 verder uitwerken.

4.2.2 Telefonische toegang en regie met nadruk op zorginhoudelijke triage

Bij de telefonische toegang tot acute zorg die huisartsen en HAP's bieden, ligt de nadruk meer op de zorginhoudelijke behandeling dan op de organisatie van de acute zorgketen.

De noodzakelijkheid van maatregelen

Uit de zerobase-analyse komt naar voren dat de coördinatieproblemen hier minder groot zijn en dat vooral een goede doorverwijsrelatie tussen huisarts/HAP en ziekenhuis van belang is. Bovendien stimuleert de bekostiging de zorgaanbieders om telefonisch toegankelijk te zijn; zij krijgen hierdoor immers meer klanten binnen.

De overheid kan de doorverwijsrelatie borgen door aan de doorverwijzing minimumkwaliteitseisen te stellen. Een verdere wettelijke borging van de toegang, bijvoorbeeld door beperking van het aantal toegelaten aanbieders, is niet nodig en ook niet gewenst.

De functie telefonische toegang met de nadruk op de zorginhoudelijke behandeling is in de praktijk nauw verbonden met de daadwerkelijke behandeling door de huisarts of HAP (acute basiszorg). Deze functies zijn moeilijk te onderscheiden wanneer een zorgaanbieder in een telefoongesprek zowel de triage als een zorgadvies geeft. Als het doelmatiger is om de telefonische toegang centraler aan te bieden, dan kunnen aanbieders hierover onderling of in overleg met verzekeraars afspraken maken.

De minister kan in de tariefregulering een prikkel tot doelmatigheid introduceren. Het is van belang om het tarief voor deze functie zodanig te bepalen dat de efficiënte aanbieder zijn kosten kan terugverdienen. Aanbieders zullen dan zelf een prikkel ervaren om efficiënt te opereren. De bestaande verwevenheid van deze functie met de acute basiszorg brengt mee dat de vergoeding onderdeel uitmaakt van het tarief voor de acute basiszorg.

Implementatiepad

Gegeven de verbondenheid tussen de functie telefonische toegang met de nadruk op de zorginhoudelijke behandeling en de functie van acute basiszorg, moet de minister de invoering van een doelmatig tarief betrekken bij de implementatie van de tariefmaatregelen in de acute basiszorg. Zie korthedshalve subparagraaf 4.4.3.

4.3 Acute specialistische zorg door SEH

In deze paragraaf gaat de NZa in op maatregelen die de minister op korte termijn kan treffen voor de specialistische zorg die uitsluitend de SEH's leveren.

Voor de acute specialistische zorg door een SEH acht de NZa regulering op basis van de gemiddelde kosten van de prestatie (maatstafconcurrentie) het meest doelmatige marktmodel. Voorwaarde is dat een afzonderlijke regeling voor de beschikbaarheidskosten het publieke belang van toegankelijkheid borgt. In subparagraaf 2.3.1.4 van bijlage 2 onderbouwt de NZa deze conclusie nader.

In de huidige markt wordt acute specialistische zorg voornamelijk door de SEH's aangeboden. Vergoeding van de prestaties op SEH's vindt

plaats op basis van de DBC-systematiek. In de *Aanwijzing voorbereiding ziekenhuiszorg 2009* past de minister deze systematiek als volgt aan.⁴³ Tot 1 januari 2008 is voor een prestatie op SEH's een afzonderlijke SEH-DBC gedefinieerd. Vanaf 1 januari 2008 vervallen de zelfstandige SEH-DBC's en kunnen ziekenhuizen (de directe behandelkosten van) de prestaties op SEH's financieren door middel van de reguliere DBC's. Per 1 januari 2009 kent de minister aan ziekenhuizen met SEH-afdelingen die voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen een beschikbaarheidsvergoeding toe. Binnen de systematiek van de ziekenhuisbekostiging wordt deze vergoeding in het A0-segment opgenomen. De beschikbaarheidsvergoeding komt aanbieders tegemoet in de kosten van een verantwoorde bezetting op de SEH. De minister heeft de NZa in de aanwijzing gevraagd om de hoogte van deze vergoeding nader te bepalen. Met de toekenning van een beschikbaarheidsvergoeding aan instellingen met een SEH heeft de minister de keuze gemaakt om de beschikbaarheid van specialistische acute zorg te borgen.

Maatregelen acute specialistische zorg

De aanpassingen die de minister in het bekostigingskader voor de acute specialistische zorg doorvoert, maken het overbodig dat de NZa in dit advies op hoofdlijnen adviseert over maatregelen op de korte termijn die de overgang naar een doelmatige bekostiging mogelijk maken. Door SEH-prestaties via de reguliere DBC-systematiek te bekostigen, introduceert de minister voor de specialistische acute basiszorg het marktmodel van maatstafconcurrentie.

In het kader van de liberalisering van de ziekenhuisbekostiging vindt de komende jaren overheveling plaats van een steeds groter gedeelte van de DBC's naar het B-segment. De minister heeft voor deze DBC's een transitiepad naar vrije prijzen ontwikkeld, waarbij in de overgangperiode de bekostiging verloopt op basis van maatstafconcurrentie.

Uit de zerobase-analyse komt naar voren dat vrije prijsvorming voor de specialistische zorg in het deelsegment acute specialistische zorg niet doelmatig is. De NZa zal met deze overwegingen rekening houden bij haar advisering aan de minister om DBC's in 2012 naar het vrije prijssegment over te hevelen. Voor een verdere beschrijving van maatstafconcurrentie verwijst de NZa naar de uitvoeringstoets van maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg.⁴⁴

De beschikbaarheidsvergoeding voor SEH's

Op basis van een reguliere DBC ontvangen ziekenhuizen een vergoeding voor de kosten van de behandeling. Naast deze kosten gaan zorgaanbieders een vergoeding ontvangen voor de beschikbaarheidskosten. In het kader van de vaststelling van de hoogte van deze beschikbaarheidsvergoeding en de borging van de kwaliteit van zorg is het belangrijk om vast te leggen waaraan een SEH-afdeling moet voldoen. Er moet duidelijk zijn welke zorg op een SEH minimaal aanwezig dient te zijn en welke aanvullende middelen beschikbaar gesteld moeten worden om het aanbod van acute zorg te garanderen. Het is noodzakelijk dat de overheid daartoe in de wetgeving een transparant kader met randvoorwaarden/kwaliteitseisen vastlegt. In de aanwijzing van de minister om de beschikbaarheidsvergoeding voor de SEH's vast te stellen, zijn hiervoor al enige aanknopingspunten opgenomen.

⁴³ Zie de aanwijzing van de minister van VWS van 29 oktober 2007, MC-U-2808582.

⁴⁴ NZa, *Op weg naar vrije prijzen - uitvoeringstoets maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg*, april 2007.

Implementatiepad

Het tijdspad om het bovenstaande advies voor de SEH's uit te werken, ziet er als volgt uit.

2008

- De NZa werkt de beschikbaarheidsvergoeding voor SEH's nader uit.
- De minister definieert in overleg marktpartijen:
 - de taakomschrijving voor de SEH en de kwaliteitseisen;
 - de definitie van de prestatie SEH 2009.
- Afschaffing van het FB-budget en implementatie van de beschikbaarheidsvergoeding voor SEH's per 1 januari 2009.
- Invoering van de consultarieven laag complexe zorg
- Gelijktrekking van de toepasselijkheid van het eigen risico in de basisziektekostenverzekering voor acute basiszorg door de huisarts, de HAP en de SEH.⁴⁵

4.4 Acute basiszorg

In deze paragraaf gaat de NZa in op maatregelen die de minister op korte termijn voor de acute basiszorg kan nemen.

Acute basiszorg omvat de spoedeisende generalistische zorg die doorgaans door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts kan worden verleend. In de praktijk verlenen ook HAP's (in de ANW-uren) en SEH's (zowel overdag als in de ANW-uren) deze acute basiszorg. Hoewel het grofweg om dezelfde prestaties gaat, beschikt ieder type zorgaanbieder over een eigen tariefsysteem.

- De bekostiging van de huisarts vindt plaats op basis van inschrijftarieven, een vergoeding van prestaties op basis van consulttarieven en een vergoeding van de prestaties die in de M&I-module zijn opgenomen.
- De huisartsenposten worden bekostigd op basis van tarieven die gebaseerd zijn op het aantal inwoners van het adherentiegebied, een normbedrag per inwoner en het aantal verwachte consulten.
- Bekostiging van de SEH gebeurt op basis van SEH-DBC's en per 1 januari 2008 via reguliere DBC's.⁴⁶

De zerobase-analyse geeft aan dat het onder de juiste marktomstandigheden in principe mogelijk is om voor de acute basiszorg een model van vrije prijzen te hanteren. Om de toegankelijkheid van acute zorg in geheel Nederland te borgen, moet de overheid daarbij wel een afzonderlijke regeling treffen voor de kosten van beschikbaarheid.

Een analyse van de acute basiszorg kan voorts niet los worden gezien van de niet-acute (of electieve) basiszorg. Binnen de behandelingen die de huisarts aanbiedt, is het immers niet mogelijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen wat acute zorg en wat niet-acute zorg inhoudt. Eventuele vrije prijsvorming in de acute basiszorg heeft daarom direct verband met de eventuele mogelijkheden om de niet-acute huisartsenzorg te liberaliseren.

In het kader van het programma *Liberalisering vrije beroepen* zal de NZa de mogelijkheden om vrije prijsvorming voor huisartsenzorg te

⁴⁵ Het ministerie van VWS, de verzekeraars en het CVZ zullen de mogelijkheden om dit voorstel te implementeren nader moeten verkennen.

⁴⁶ Een SEH biedt zowel de laag complexe acute zorg als complexere vormen van acute zorg aan. Op dit moment vindt de financiering van beide vormen van zorg plaats op basis van SEH-DBC's. Als gevolg hiervan ontvangen patiënten die een zorgvraag hebben die had kunnen worden afgehandeld door een huisarts, een hoger tarief dan wanneer zij bij zorgverlening door een huisarts of een HAP zouden ontvangen.

introduceren, nader onderzoeken.⁴⁷ In het onderzoek staat de prestatie centraal en voor het acute gedeelte zal de NZa ook andere aanbieders die acute basiszorg aanbieden betrekken. Op basis van een eerste voorlopige analyse die de NZa eerder uitvoerde, bleek dat de huisartsen op korte termijn niet voor liberalisering in aanmerking komen.⁴⁸ Zoals ook deze uitvoeringstoets uitwijst, hoeft dit beeld niet van toepassing te zijn op alle (deel)prestaties die huisartsen leveren.

4.4.1 Maatregelen acute basiszorg

Los van de vraag of de minister voor acute basiszorg en de niet-acute basiszorg op langere termijn vrije prijzen kan invoeren, zijn er in de bekostiging van de acute basiszorg op de korte termijn structurele verbeteringen mogelijk. De NZa adviseert de minister om twee aanpassingen aan te brengen.

4.4.1.1 Invoering van landelijke consulttarieven

In de huidige bekostiging kent de acute basiszorg op dit moment per aanbieder (te weten huisarts, HAP en SEH) een andere bekostigingssystematiek en een ander tarief. Hierdoor kunnen verzekeraars verschillende aanbieders die in principe eenzelfde soort prestatie leveren, niet goed met elkaar vergelijken. Dit belemmert een goede invulling van het inkoopbeleid. Bovendien betekent dit dat acute zorg die de eerstelijns kan verlenen op dit moment tegen hogere tarieven in de tweede lijn wordt uitgevoerd. Dit confronteert verzekeraars met een hogere schadelast.

De NZa stelt voor om voor de prestaties in de acute basiszorg twee landelijke maximumconsulttarieven te introduceren, die gelden voor de huisartsen, de HAP's en de SEH's. Het eerste is een consulttarief voor acute behandelingen door de huisarts of de SEH gedurende de reguliere huisartsenuren; het is mogelijk om dit consulttarief in eerste instantie te baseren op het huidige consulttarief van de huisarts overdag. Het tweede consulttarief geldt voor acute behandelingen door de huisarts, de HAP of de SEH in de ANW-uren; nadere vaststelling van dit tarief moet nog plaatsvinden.

De consulttarieven moeten idealiter zoveel mogelijk zijn gebaseerd op de kosten van de zorgaanbieder die de prestatie het meest doelmatig kan verlenen. De NZa gaat in 2008 door middel van een kostenonderzoek het inschrijftarief en het consulttarief voor de huisartsenzorg overdag onderbouwen. Het consulttarief voor de ANW-uren zal mogelijk hoger liggen, omdat zorg in die uren duurder is. Dit houdt in dat de NZa de

⁴⁷ Aanpassing van de huisartstarieven is afhankelijk van de uitkomsten van het project *Liberaliseringskader vrije beroepen* en van een herijking van de kostenonderbouwing. De NZa zal in 2008 een onderzoek naar de kosten van de huisartsen uitvoeren. Nog niet bekend is wanneer zij een onderzoek naar de liberalisering van huisartsenzorg start. Invoering van een gewijzigde tariefstructuur voor huisartsen is niet te verwachten vóór medio 2009/begin 2010.

⁴⁸ De huisartsen komen op korte termijn niet in aanmerking voor liberalisering. Dit hangt vooral samen met de poortwachterfunctie die zij vervullen. Hoewel de kans dat zich negatieve externe effecten voordoen (zoals verstoring van de samenwerking met andere zorgaanbieders, beïnvloeding van het verwijsgedrag naar de tweedelijns, volume-effecten of selectie van goede risico's) klein is, zijn de risico's ingeval deze effecten optreden groot. Zie voor een verdere toelichting het *Visiedocument theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg*, dat te vinden is op www.nza.nl.

kosten van de acute ANW-zorg en de hoogte van het tarief in een nadere uitvoeringstoets moet vaststellen.⁴⁹

Een dergelijk onderzoek past overigens binnen de afspraken die het ministerie van VWS en de marktpartijen in mei 2005 in het Vogelaarakkoord over de bekostiging van de huisartsenzorg hebben vastgelegd. Afgesproken is dat een evaluatie van de gekozen systematiek van inschrijf- en consulttarieven zal plaatsvinden.

Met de invoering van de twee consulttarieven komt het bestaande tariefonderscheid tussen huisartsen, HAP's en SEH's te vervallen. Het gelijktrekken van de tarieven bevordert de transparantie van het totale aanbod en daarmee nemen eveneens de mogelijkheden om goed in te kopen toe. Ook geeft het zorgaanbieders een directere prikkel om efficiënt te opereren. Het is nu immers mogelijk om de prestaties die zij leveren grotendeels direct met elkaar te vergelijken. Wel is het hiervoor nodig dat de minister de prestatiebeschrijvingen die met de consulttarieven samenhangen eenduidig vaststelt.

Een andere randvoorwaarde om de doelmatigheid te vergroten, is een beter inzicht in de kwaliteit van de prestaties die verschillende aanbieders hebben geleverd. Om hierin meer inzicht te krijgen, is het noodzakelijk om prestatie-indicatoren vast te stellen die de kwaliteit van de zorg normeren en meetbaar maken. De NZa wijst er op dat de IGZ in 2008 start met de ontwikkeling van prestatie-indicatoren die zo'n vergelijking mogelijk maakt. Op dit moment is niet bekend wanneer deze prestatie-indicatoren gereed zijn.

De genoemde maatregelen vergroten de mogelijkheden voor verzekeraars om doelmatig acute zorg in te kopen. Daarnaast is het belangrijk dat zij hiertoe een prikkel ervaren. De prikkel voor verzekeraars om doelmatig in te kopen wordt nu beperkt doordat verzekeraars in de eerstelijns volledig en in de tweedelijns beperkt risicodragend zijn. Doordat zij eventuele inkooprisico's in de eerstelijns kunnen afwentelen op de tweedelijns, ondervinden zij geen stimulansen om doelmatig in te kopen. De NZa adviseert de minister daarom om het verschil in risicodragendheid van verzekeraars in de eerste- en tweedelijns gelijk te trekken. Hierdoor verdwijnt de oneigenlijke prikkel voor verzekeraars om zorg in de tweedelijns te laten en zullen zij er meer belang bij hebben om een doelmatige samenwerking tussen eerste- en tweede lijn tot stand te brengen. De risicodragendheid moet gekoppeld zijn aan het type product en niet aan de aanbieder die het product levert.

Met het gelijktrekken van het tarief zou ook de toegang tot de SEH, de HAP of de huisarts hetzelfde moeten zijn. In dit verband is van belang dat de huidige regulering van de basisziektekostenverzekering een financiële prikkel bevat die de patiëntenstroom naar de SEH en de HAP beïnvloedt. De basisziektekostenverzekering kent vanaf 1 januari 2008 een verplicht eigen risico van € 150,-.⁵⁰ Het huisartsenconsult is van dit eigen risico uitgezonderd, dit om te voorkomen dat verzekerden een bezoek aan de huisarts om financiële redenen uitstellen. Het eigen risico

⁴⁹ In de ANW-uren voert de HAP ook visites uit. Bij de bepaling van het ANW-tarief in een nadere uitvoeringstoets zal de NZa onderzoeken of daarvoor een afzonderlijk tarief noodzakelijk is.

⁵⁰ Het eigen risico vervangt de no-claimteruggaveregulering, waarbij verzekerden een deel van de premie terug kregen ingeval zij geen zorgkosten hadden gemaakt. Ook deze regeling is niet van toepassing op het consulteren van de huisarts (www.zorgverzekeringswet.nl).

geldt echter wel voor ziekenhuisdeclaraties.⁵¹ Patiënten hebben hierdoor in principe een financiële prikkel om naar de huisarts of de HAP te gaan, waardoor verstoring optreedt van het gelijke speelveld tussen SEH en HAP/huisarts.

Verzekeraars kunnen bij hun onderhandelingen in de niet-acute markt ook de deelmarkt voor acute basiszorg betrekken. Hierdoor is het mogelijk goede afspraken over de acute zorg te maken.⁵² Het loont dan ook meer om de risicodragendheid tussen de eerste- en de tweedelijns en het verplichte eigen risico's voor verzekerden gelijk te trekken.

De NZa adviseert de minister om de ongelijkheid die door de verschillende regimes voor het verplichte eigen risico voor verzekerden in de toegang tot aanbieders van acute basiszorg bestaat op te heffen. De minister heeft daarbij in principe twee opties. In de eerste plaats kan hij het verplichte eigen risico in de basisziektekostenverzekering ook voor het acute huisartsenconsult van toepassing verklaren. Deze optie vergroot de doelmatigheid. Een eigen risico zet mensen immers enerzijds aan tot een bewuster gebruik van zorg en beperkt de noodzaak om uit kostenoverwegingen volumebeperkingen in het aanbod te introduceren. Anderzijds houdt een eigen risico een financiële drempel in die de toegankelijkheid tot de acute zorg soms kan beperken. De tweede optie om het ongelijke speelveld tussen SEH en HAP/huisarts op te heffen, is dat de minister ook het generalistisch consult dat de SEH in de acute basiszorg aanbiedt uitzondert van het verplichte eigen risico. Deze optie betekent dat de doelmatigheidsprikkel die van het eigen risico kan uitgaan, voor het generalistisch consult in de acute basiszorg afwezig zal zijn. Ook bestaat dan het risico dat bij een stijgende zorgvraag volumebeperkende maatregelen aan de aanbodzijde eerder noodzakelijk zijn.

4.4.1.2 Beschikbaarheidsvergoeding

In een functiegerichte bekostiging ontvangt de aanbieder die de acute basiszorg levert de beschikbaarheidsvergoeding. Belangrijk is om op te merken dat in de bestaande situatie borging van de toegankelijkheid van acute basiszorg mede plaatsvindt door de huisarts voor deze zorg verantwoordelijk te maken. De reden daarvan is dat de huisarts van oudsher de aanbieder is die de functie huisartsenzorg levert. De NZa wil deze borging op de korte termijn handhaven en heeft geadviseerd om de zorgplicht van huisartsen wettelijk te regelen. Dit laat onverlet dat andere aanbieders acute basiszorg mogen leveren.

De NZa adviseert de minister om vanuit een functiegericht perspectief op de langere termijn te bepalen of de verplichting van huisartsen om 24 uur zorg te leveren, noodzakelijk is om toegankelijke acute basiszorg te borgen.

In de reguliere uren

In de huidige bekostiging van de huisartsenzorg in de reguliere uren is in het inschrijftarief en het consulttarief al een component voor de beschikbaarheid voor acute zorg overdag opgenomen. De bekostiging van de acute zorg in de ANW-uren vindt plaats via de consulttarieven,

⁵¹ In het verleden gold hetzelfde voor de no-claimkorting. Een bezoek aan een SEH-afdeling ging ten koste van de no-claim, een bezoek aan een huisarts niet.

⁵² De mogelijkheden voor verzekeraars om goed in te kopen zullen toenemen naar mate zij over een groter gedeelte van de zorg kunnen onderhandelen (dat is nu ongeveer 10%) en wanneer de transparantie van de prestaties op het gebied van kwaliteit toeneemt.

die gebaseerd zijn op de begroting van de betreffende HAP. De kosten van de beschikbaarheid zijn daarin opgenomen.

Vanwege de samenhang tussen de niet-acute zorg en de acute zorg van de huisarts overdag, adviseert de NZa om in de vergoedingssystematiek van beschikbaarheid van huisartsen overdag geen wijzigingen aan te brengen. Het huidige systeem van inschrijftarief en consulttarief zorgt voor de juiste doelmatigheidsprikkels.⁵³

In de ANW uren

Voor de kosten van beschikbaarheid voor huisartsenzorg in de ANW-uren adviseert de NZa de minister om een afzonderlijke tariefregeling te treffen. Dit borgt de toegankelijkheid van acute basiszorg.

Berekening van de hoogte van het tarief moet zodanig zijn dat een efficiënte aanbieder zijn kosten kan terugverdienen. Om het gevaar van oneerlijke concurrentie door strategische kruissubsidiëring te voorkomen, mag de vergoeding niet te hoog maar ook niet te laag uitvallen, want daarmee ontstaat het risico op oneerlijke concurrentie door noodzakelijke kruissubsidiëring.⁵⁴ Bij vaststelling van de hoogte van de vergoeding zal onder andere een rol spelen of het nodig is om rekening te houden met het verschil tussen de kosten van acute basiszorg in stedelijke en landelijke gebieden en andere exogene factoren, waarop de aanbieders zelf geen invloed kunnen uitoefenen.

De NZa kan in een nadere uitvoeringstoets de hoogte van het beschikbaarheidstarief en de voorwaarden voor toekenning daarvan vaststellen.

De NZa adviseert de minister om bij het bepalen van de beschikbaarheidsvergoeding zoveel mogelijk aan te sluiten bij de systematiek voor toekenning van de beschikbaarheidsvergoeding aan SEH's. Dit betekent een (vaste) beschikbaarheidsvergoeding voor in beginsel alle aanbieders die aan bepaalde voorwaarden voldoen. Voor de korte termijn is het daarbij noodzakelijk om in de voorwaarden eveneens aan te sluiten bij de wettelijke verplichting van huisartsen om 24 uur per dag acute basiszorg te leveren.

Dit betekent dat op de korte termijn huisartsen als aanbieders van huisartsenzorg voor het beschikbaarheidstarief in aanmerking kunnen komen. Gegeven de aanspraak op vergoeding van de beschikbaarheid die de minister aan de SEH toekent, voorkomt dit ook een ongelijk speelveld tussen aan de ene kant huisartsen/HAP's en aan de andere kant SEH's.

Voor de uitbetaling van het beschikbaarheidstarief voor acute basiszorg in de ANW-uren kan de minister uit drie mogelijkheden kiezen. In paragraaf 4.6 gaat de NZa er nader op in aan wie de uitbetaling plaatsvindt: aan de overheid of de verzekeraars, en op welke manier.

1. Uitbetaling tarief aan de individuele huisarts.

Ingeval van uitbetaling aan de individuele huisarts zijn de vergoeding van de beschikbaarheid en de verplichting van de huisarts om 24 uur per dag acute zorg te leveren aan elkaar gekoppeld. Deze optie geeft de huisarts de mogelijkheid om de ANW-zorg zo doelmatig mogelijk te organiseren. De huisarts kan deelnemen in een bestaande HAP of kiezen voor een andere organisatievorm, als hij dat doelmatiger of wenselijk acht. Deze optie biedt maximale flexibiliteit met betrekking tot de gewenste organisatievorm en de juiste doelmatigheidsprikkels.

⁵³ Zie in dit verband ook het onderzoekspaper *An optimal remuneration system for General Practitioners*, NZa, nummer 4, 2007. De NZa merkt hierbij op dat nog niet duidelijk is of de huidige verhouding tussen het inschrijfgeld en het consulttarief optimaal is.

⁵⁴ Zie bijvoorbeeld Van der Geest e.a., *Eerlijk prijzen in de zorg*, ESB, 3 oktober 2003

De huisartsen zijn immers zelf direct verantwoordelijk voor de eventuele aansturing van een HAP en zullen erop letten dat deze doelmatig opereert. Als de huisartsen dit niet doen, worden zij geconfronteerd met hogere kosten en dit raakt hen financieel. Het staat een huisarts daarnaast vrij om uit een dergelijk samenwerkingsverband te stappen als hij van mening is dat hij de zorg zelf doelmatiger kan leveren. Dit vormt voor een HAP een extra prikkel om doelmatig te opereren. De optie leidt tot een grotere betrokkenheid van de huisarts bij de ANW-zorg.

Een nadeel is dat de bekostiging van de bestaande organisaties van acute zorg in de avonduren (HAP's) indirect plaatsvindt en dat kan meer administratieve lasten oproepen. Een risico is ook dat de organisatie van de zorg in de ANW-uren versnipperd raakt. Dit risico is echter beperkt wanneer de vergoeding op een doelmatig kostenniveau wordt vastgesteld en de huisarts verplicht is om een adequaat dienstenniveau aan te bieden. Het risico voor een kleinere, inefficiënte organisatieschaal blijft dan voor de huisarts.

2. Uitbetaling tarief aan de bestaande HDS-en.

Bij uitbetaling van het tarief aan de bestaande HDS-en komt de vergoeding direct terecht bij de huidige organisatie die de acute basiszorg tijdens de ANW-uren aanbiedt en wordt de rol van de HDS als organisatie nadrukkelijk in de regulering neergelegd. Deze optie betekent echter dat de regulering is gericht op een bestaande organisatie in plaats van op de aangeboden zorg. Dit is niet in overeenstemming met een functiegerichte benadering van de bekostiging. Hierdoor kunnen innovaties in de zorgverlening worden belemmerd. Doordat de verantwoordelijkheid voor de ANW-zorg en de vergoeding die daar tegenoverstaat gescheiden zijn, ervaren huisartsen zelf geen goede prikkels voor een doelmatige zorgverlening tijdens de ANW-uren.

3. Uitbetaling tarief aan door inkoper aangewezen aanbieder

De inkoper kan met aanbieders afspraken maken om de beschikbaarheid in de ANW-uren te borgen. De aanbieders kunnen huisartsen en HAP's zijn, maar ook de SEH's. In deze optie komt de verantwoordelijkheid voor het organiseren van acute zorg meer bij de inkoper te liggen. Het handhaven van de verplichting van huisartsen om 24-uurszorg (zie ook eerder) te leveren, is dan minder evident. De inkopers kunnen de overheid zijn of de verzekeraars. Om coördinatieproblemen tussen verzekeraars te voorkomen is het noodzakelijk om de inkoop van zorg bij een dominante verzekeraar in de regio onder te brengen. Deze is verantwoordelijk voor de verdeling van de beschikbare middelen. Verzekeraars zijn verantwoordelijk voor een goede regionale inrichting waardoor alle verzekerden een goede toegang tot de zorg hebben. Een nadeel van het onderbrengen van de verdeling van de beschikbaarheidsvergoeding bij één verzekeraar is dat deze geen doelmatigheidsprikkels ervaart om goed in te kopen. De mogelijkheden om doelmatig in te kopen zijn echter beperkter, omdat het bij de beschikbaarheidsvergoeding voor een gedeelte om kosten gaat die niet te beïnvloeden zijn. In paragraaf 4.6 gaat de NZa verder op de uitvoering van de inkoop in.

Advies NZa

De NZa adviseert de minister op basis van bovenstaande afwegingen om een afzonderlijk tarief voor de beschikbaarheid in de ANW-uren vast te stellen en de individuele huisarts aanspraak op dit tarief te geven. De huisarts is immers de zorgaanbieder die voor de acute zorg in de ANW-uren verantwoordelijk is. Daarnaast biedt deze optie de beste

mogelijkheid om de organisatievorm doelmatig in te richten. Om aanspraak op de beschikbaarheidsvergoeding te kunnen maken, zal de overheid aan huisartsen - net zoals dit voor de SEH's het geval is - algemene eisen stellen. De NZa kan deze eisen in een nadere uitvoeringstoets verder uitwerken.

Overigens moet die nadere uitvoeringstoets uitdrukkelijk aandacht besteden aan de voorwaarden waaronder de uitbetaling van het beschikbaarheidstarief plaatsvindt en aan de verhouding tussen de doelmatigheid en de administratieve lasten die aan de bekostiging zijn verbonden.

Door de beschikbaarheid van de huisarts voor de acute basiszorg tijdens ANW-uren afzonderlijk te vergoeden en door landelijk uniforme consulttarieven voor de prestaties in te voeren, worden de huisarts/de HAP en de SEH op dezelfde manier bekostigd. Om voor de aanbieders van de acute basiszorg tijdens de ANW-uren een gelijk speelveld te creëren, is het noodzakelijk om ook de financiering tussen de HAP's en de SEH gelijk te schakelen. Op dit moment vindt volledige nacalculatie van de begroting van de HAP's plaats.⁵⁵ De NZa stelt voor om die nacalculatie af te schaffen. Dit vergroot de prikkel voor huisartsenposten om doelmatig te werken.

De minister kan ervoor kiezen om deze wijziging in de financiering op hetzelfde moment in te voeren als de beschikbaarheidsvergoeding en de landelijke consulttarieven. Een alternatief is om de financiering na één jaar gelijk te schakelen. De HAP's kunnen dan met de nieuwe bekostigingsstructuur ervaring opdoen.

Overigens merkt de NZa op dat de minister bij invoering van een landelijk consulttarief voor de acute basiszorg het beste kan aansluiten bij veranderingstrajecten in de niet-acute markt. Op het gebied van liberalisering spelen daar twee veranderingstrajecten, te weten de overheveling van DBC's naar het vrije prijssegment en de liberalisering van de huisartsenzorg. Als de minister besluit om deze prestaties gelijk te trekken en eventueel vrij te geven, dan kan hij de acute basiszorg ook hierin betrekken. De NZa zal hier nog over adviseren.

4.4.2 Gevolgen van het voorstel

Met de genoemde voorstellen wil de NZa de randvoorwaarden voor een doelmatigere organisatie van de acute basiszorg creëren door ongelijke prikkels in de bekostiging en de financiering weg te nemen. Deze paragraaf gaat nader in op een aantal gevolgen en onzekerheden die de voorgestelde maatregelen met zich kunnen meebrengen.

Gevolgen voor de consument

Het gelijktrekken van de tarifiering en de regeling van het verplichte eigen risico maakt de toegang tot een SEH of een HAP voor de consument gelijkwaardiger. Een lager tarief voor de SEH betekent dat ook de drempel om een SEH te bezoeken in vergelijking met de huidige situatie lager wordt.

Vanuit een kostenoptiek zou een toestroom naar een SEH een negatieve invloed kunnen hebben op de exploitatie van een SEH-afdeling. Wanneer dat het geval is, krijgt het ziekenhuis een prikkel om doelmatiger te werken, bijvoorbeeld door intensievere samenwerking met de HAP of

⁵⁵ Dit betekent bijvoorbeeld dat wanneer een HAP in een jaar minder consulten levert dan begroot, deze HAP het jaar daarna een extra toeslag op het consult krijgt om de kosten te dekken.

door deze diensten zelf aan te bieden. Hierdoor kan de kwaliteit van dienstverlening voor de consument toenemen.

Gevolgen voor de verzekeraar

Verzekeraars zullen over meer mogelijkheden beschikken om acute basiszorg goed in te kopen. Zij kunnen daardoor aan hun inkooprol beter invulling geven. Het gelijktrekken van de risicodragendheid tussen de eerste en tweede lijn prikkelt verzekeraars ook om meer doelmatig in te kopen.

Gevolgen voor de SEH, substitutie van de tweede- naar de eerstelijns, een betere organisatie van zorg

De introductie van een landelijk consulttarief bevordert de substitutie van de tweede- naar de eerstelijns in de acute zorg. De SEH's zullen een prikkel ervaren om hun zorg zo doelmatig mogelijk tussen de eerste- en de tweedelijns te organiseren. Zij worden gestimuleerd om te integreren met HAP's en een scheiding te maken tussen specialistische acute zorg en basis acute zorg. De HAP legt zich hierbij meer toe op de acute basiszorg en de SEH op de acute specialistische behandelingen. Door deze efficiëntere allocatie ontstaat er meer ruimte voor de SEH om zich te richten op activiteiten waarin deze werkelijk een comparatief voordeel heeft. Het is ook mogelijk om de toename in capaciteit in te zetten voor het verlenen van niet-acute zorg.

Gevolgen voor de huisarts en de HAP

Voor de huisartsen verandert de financiering van de zorg overdag op korte termijn niet. Het kostenonderzoek kan mogelijk wel tot een andere onderbouwing van de tarieven leiden, maar dit onderzoek staat in principe los van het voorstel om een landelijk consulttarief te hanteren. De huisarts krijgt wel een gereguleerde zorgplicht en wordt zelf financieel verantwoordelijk om de toegankelijkheid van huisartsenzorg ook in de avonduren te borgen.

De financiering en bekostiging van de HAP's zal door de invoering van een landelijk consulttarief en een andere vormgeving van de beschikbaarheidsvergoeding veranderen. Het is noodzakelijk om de hoogte van de vergoedingen en de eisen van toekenning nader vast te stellen. De NZa verwacht dat de huisartsen meer betrokken raken bij de organisatie van de HAP waarbij zij zijn aangesloten. De gereguleerde zorgplicht en de financiële verantwoordelijkheid voor de ANW-zorg prikkelt hen om ook in de ANW zorg te streven naar een doelmatige organisatie van kwalitatief goede acute basiszorg.

Maatregelen budgettair neutraal

Met het advies beoogt de NZa primair om binnen het kader dat de toegankelijkheid en de kwaliteit van de acute zorg borgt tot een optimalere allocatie van middelen te komen. De geadviseerde aanpassing van de bekostiging van de acute basiszorg zal een betere prijs-kwaliteitverhouding tot gevolg hebben. Dit betekent echter niet op voorhand dat de totale kosten van de zorg dalen. De introductie van een basiszorgconsult bij de SEH houdt een lagere vergoeding voor de betreffende zorg in; in ziekenhuizen waar medisch specialisten in deze consulten een substantiële inbreng hebben, kan de invoering van een lager generiek consulttarief er in de huidige DBC-systematiek echter toe leiden dat andere DBC-tarieven stijgen.⁵⁶ De maatregelen die de NZa voorstelt, zijn er uitdrukkelijk niet op gericht om vanuit budgettair oogpunt bezuinigingen op de uitgaven voor acute zorg te bereiken.

⁵⁶ Een lager getarifeerd consult bij ziekenhuizen zou dan kunnen leiden tot aanpassing van de honorariumcomponent in de overige DBC's. Het gehanteerde rekenmodel van normtijden en uurtarief gaat immers uit van een vaste declarabele tijd per specialisme.

Algemene opmerking

Overigens merkt de NZa op dat haar advies binnen het kader van de nieuwe ziekenhuisbekostiging past. Door de afschaffing van het FB-systeem zullen SEH's vanaf 1 januari 2009 de kosten van de geleverde zorg moeten dekken uit de opbrengst van de tarieven. Daarnaast kent de minister de SEH onder voorwaarden een beschikbaarheidsvergoeding toe. Wel betekent het NZa-advies dat het noodzakelijk is om in de ziekenhuisbekostiging een afzonderlijke prestatie met consulttarief voor de acute basiszorg op te nemen.

Avondspreekuur huisartsen

De minister vraagt aan de NZa om te bekijken of het houden van een avondspreekuur voor niet-acute zorg voor de keten acute zorg een meerwaarde kan hebben en, wanneer dit het geval is, aan te geven op welke manier de huisartsen daartoe kunnen worden gestimuleerd.

De NZa hanteert in dit advies het uitgangspunt dat de zorgaanbieders zelf het aanbod organiseren. Sturing van de organisatie van een huisarts is om die reden uitsluitend opportuun als de borging van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de acute zorg dit noodzakelijk maakt.

Wat de meerwaarde van een avondopenstelling voor een doelmatige organisatie van de acute zorg betreft, merkt de NZa het volgende op. Uit onderzoek blijkt dat HAP's de grootste piek van de acute zorgvraag in de ANW-uren op zaterdag en zondag overdag verwerken.⁵⁷ Daarnaast kan de avondopenstelling van de individuele huisartsenpraktijken leiden tot een lagere zorgvraag bij met name de HAP's. De HAP's zullen hun kosten dan over een lager zorgvolume moeten goedmaken, wat leidt tot hogere kosten per behandeling. Daarbij is het van belang om te bedenken dat aan het houden van een avondspreekuur voor huisartsen ook extra kosten zijn verbonden.

Overigens laat dit onverlet dat er onder consumenten behoefte kan bestaan aan een avondopenstelling door hun huisarts. In dit verband merkt de NZa op dat de huidige bekostiging van de huisartsenzorg het mogelijk maakt dat huisartsen en verzekeraars over zo'n avondopenstelling afspraken maken. Verzekeraars kunnen zich op dit punt in hun polissen profileren als zij denken dat hiervoor voldoende animo is. Ook de voorgestelde aanpassing in de bekostiging van de acute basiszorg belemmert dit niet. Door de beschikbaarheidsvergoeding voor de acute basiszorg in de ANW-uren bij de huisarts onder te brengen, kan deze zelf bepalen of hij het doelmatig acht om zijn avondspreekuur ook voor acute gevallen open te stellen.

4.4.3 Implementatiepad

Het tijdspad om het bovenstaande advies van de NZa voor de huisartsen en de HAP's uit te werken, ziet er als volgt uit:

2008/2009

- De NZa onderzoekt de kosten van de huisartsenzorg en stelt de consulttarieven vast.
- De NZa werkt de hoogte van het beschikbaarheidstarief en het consulttarief voor de zorg in ANW-uren uit.

⁵⁷ Onderzoek van Paul Giesen uit 2005 laat zien dat bij de HAP's die hij heeft onderzocht circa 45% van de zorgvragen in de ANW-uren op zaterdag en zondag overdag binnenkomt. Zie Paul Giesen, t.a.p., hoofdstuk 2, blz. 27.

2010

- Invoering door de minister van de consulttarieven acute basiszorg en het beschikbaarheidstarief in de ANW-uren.

4.5 Complexe specialistische acute zorg

Zoals uit de zerobase-analyse blijkt, geldt voor het deelsegment van complexe specialistische acute zorg dat door de aanwezige schaalgrootte en de vereiste specialistische kennis geen concurrentie mogelijk is. Om die reden moet de overheid voor dit deelsegment van acute zorg de publieke belangen borgen door middel van prijs- en kwaliteitsregulering en de uitvoering van de inkoop.

Nu volgt een beschrijving van welke keuze de minister in de sturing van dit deelsegment heeft gemaakt en welke transitiemaatregelen mogelijk zijn om vanuit de huidige situatie te komen tot een doelmatige sturing zoals die beschreven is in de zerobase-analyse.

Huidige keuzes VWS

De minister heeft in zijn laatste aanwijzing voor de medisch-specialistische acute zorg gekozen voor een bekostigingsmodel dat de behandeling op basis van de DBC-systematiek vergoedt (prestatiebekostiging). Afhankelijk van het segment waarin een DBC valt, onderhandelen de aanbieder en de verzekeraar over tarieven (B1-segment) of is er sprake van maximumtarieven of vaste tarieven (A1-segment).

Voor zover acute zorg van niet-acute (electieve) zorg afwijkt omdat de zorg op het niveau van de individuele patiënt niet planbaar is, compenseert de minister dit onderscheid met een beschikbaarheidsvergoeding. Dit maakt dat voor de acute zorg geen afzonderlijke DBC's nodig zijn. Voor de financiering is er dus feitelijk geen onderscheid tussen acute en niet-acute complexe specialistische zorg.

De berekening van de beschikbaarheidsvergoeding gebeurt door de NZa. Het gaat hierbij om een normvergoeding, maar de NZa adviseert in de uitvoeringstoets *Op weg naar vrije prijzen* over de deregulering van ziekenhuisbekostiging (Daisy) om de daadwerkelijke vergoeding uit te keren op basis van de reële individuele kosten. Hierdoor is het mogelijk om eventuele efficiencyverschillen bijvoorbeeld mee te nemen in de maatstaf. Er moet ook onderhoud van de beschikbaarheidsvergoeding plaatsvinden.

Vanwege de beperkte beschikbaarheidsvergoeding kan een volumedaling problemen opleveren. Dit speelt ook in de niet-acute zorg, maar vanwege de hoge vaste kosten kan dit voor de aanbieders van acute zorg voor grotere problemen zorgen. De toegankelijkheid van de acute zorg moet hierdoor niet in het geding komen.

De minister heeft het parate Mobiele Medische Team (MMT) met traumahelikopter en de coördinatiefunctie van traumacentra een vaste bekostiging in het A0-segment gegeven.⁵⁸ De kosten van de behandelingen (dus ook wanneer deze spoedeisend zijn) komen tot uitdrukking in de prijzen/tarieven en lopen dus mee onder de maatstaf.

⁵⁸ Zie de aanwijzing van de minister van VWS van 29 oktober 2007, MC-U-2808582, blz. 5, die ziet op (de voorbereiding van) de ziekenhuiszorg in 2009,

De minister heeft besloten dat acute zorg vooralsnog niet in het B-segment kan vallen (het segment met vrije prijzen zonder maatstaf). In die zin komt het advies van de NZa dat in deze uitvoeringstoets is beschreven overeen met het voorlopige standpunt van het ministerie van VWS. Voor het antwoord op de vraag of er op de lange termijn vrije prijzen mogelijk zijn, verwijst de NZa naar haar rapport *Criteria tussentijdse uitbreiding B-segment*.⁵⁹ Als er tussentijds, dus vóór 2012, geen besluit valt om de bewuste DBC's naar het B-segment over te brengen, dan adviseert de NZa om te blijven aansluiten bij de overige niet-acute zorg.

Effecten

Het effect is dat de SEH's onderling vergelijkbaar worden en een aanbieder voor een DBC niet meer mag declareren dan de maatstaf. De aanbieder krijgen dus een prikkel om doelmatig te werken, terwijl de overheid de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van acute zorg borgt.

Maatregelen

Voor de maatregelen die de NZa voor de bekostigingsstructuur voorstelt, verwijst zij hier naar de uitvoeringstoets *Deregulering Ziekenhuisbekostiging* (Daisy). Voor de acute zorg zijn op korte termijn geen aanvullende maatregelen in de bekostiging nodig.

- De SEH-DBC's zijn al afgeschaft.
- Per 01-01-2009 vindt invoering plaats van de maatstafconcurrentie voor de niet-acute zorg.
- In de aanwijzing van het ministerie van VWS aan de NZa is de definitie van de beschikbaarheidsvergoeding vastgelegd en vraagt VWS de NZa om de hoogte daarvan uit te rekenen.
- Waarschijnlijk wordt aan iedereen die aan de voorwaarde voldoet, een beschikbaarheidsvergoeding verleend. Een definitieve beslissing hierover moet de minister nog nemen.

4.6 De inkoop van acute zorg

4.6.1 Inleiding

De verzekeraars vervullen bij de inkoop van acute zorg een dubbele rol. Zij maken niet alleen budget- of prijsafspraken voor de bekostiging van de zorg, maar bewaken op grond van hun zorgplicht ook de kwaliteit van de zorg die zij hebben ingekocht. De kwaliteit van acute zorg is overigens ook geborgd door de minimumkwaliteitseisen die het regelkader stelt of moet stellen. De IGZ houdt toezicht op de minimale zorgkwaliteit.

In deze paragraaf analyseert de NZa de inkooprol van de verzekeraars bij de bekostiging van acute zorg, gegeven de sturing die de overheid aan het acute zorgaanbod geeft of moet geven om het publieke belang te borgen.

⁵⁹ Zie de bijlage bij brief van minister aan Tweede kamer van 9 november 2007 over de beoordelingscriteria voor tussentijdse uitbreiding van het B-segment, september 2007.

4.6.1.1 Naar een andere inrichting van de inkoop

De huidige inkoopstructuur

In de huidige situatie kopen verzekeraars een groot gedeelte van de zorg door instellingen in via collectieve onderhandelingen met zorgaanbieders. Voor deze collectieve inkoop hebben verzekeraars het ZN-regiovertegenwoordigingsmodel ontwikkeld. Dit model functioneert niet op basis van enige beleidsregel of ander wettelijk voorschrift, maar is een privaat arrangement van verzekeraars onderling. Het model is gebaseerd op de contracteerplicht van verzekeraars, zoals die in het wettelijke kader voor de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wmg was vastgelegd.

Met behulp van het regiovertegenwoordigingsmodel kopen verzekeraars het *A segment van de ziekenhuiszorg* collectief in. Daarbij vinden geen afzonderlijke onderhandelingen over acute zorg plaats, maar wordt deze zorg betrokken in het totale zorgvolume, dus inclusief het volume aan niet-acute zorg. Ook de gespecialiseerde (trauma)voorzieningen blijven grotendeels buiten de onderhandelingen, maar vormen strikt genomen onderdeel van collectief gemaakte budgetafspraken.⁶⁰

In de *ambulancezorg* fungeert grosso modo dezelfde inkoopstructuur. Hier kunnen verzekeraars (collectief) afspraken maken over bijvoorbeeld de toekenning van middelen naargelang de RAV afspraken maakt over regionale samenwerking en voldoet aan de prestatie-eisen (spreiding en beschikbaarheid).

Verzekeraars hanteren het regiovertegenwoordigingsmodel niet bij de inkoop van *huisartsenzorg*. Wel is het zo dat de huidige bekostigingsstructuur de inkoop van huisartsenzorg de facto collectief maakt. Huisartsen kennen landelijke maximumtarieven. Er zijn geen afzonderlijke tarieven voor acute zorg overdag. De huidige regelgeving laat tariefdifferentiatie tussen verzekeraars toe, maar in de praktijk komt dit niet voor. Voor de bekostiging van de HAP's (acute basiszorg in de ANW-uren) geldt een afzonderlijk soort budgetmodel met sluittarieven; daardoor kunnen de tarieven per consult tussen de HAP's verschillen. De tarieven per HAP gelden voor alle verzekerden.

Gewijzigd reguleringskader vergt een andere inkoopstructuur

Het regulerend kader van de zorg is met de invoering van de Zvw en de Wmg drastisch gewijzigd. In de Zvw hebben verzekeraars geen contracteerplicht meer. Daarvoor in de plaats legt de Zvw aan zorgverzekeraars een zorgplicht op (zie box hierna). De budgetteringssystematiek wordt voor een groot deel van de cure en op termijn ook voor de AWBZ afgeschaft. De invoering van prestatiebekostiging betekent de introductie van meer marktwerking in de zorg, en dat verzekeraars en aanbieders zich meer in overeenstemming met de Mededingingswet (Mw) moeten gedragen. De Mw beperkt de mogelijkheden van verzekeraars om gezamenlijk in te kopen aanzienlijk.

⁶⁰ VWS wijst aanbieders aan en stelt de vergoeding vast.

In het onderzoeksrapport *Thematisch onderzoek Zorgplicht*⁶¹ heeft de NZa de zorgplicht als volgt gedefinieerd:

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

Op de inkoopstructuur zijn een aantal ontwikkelingen in de bekostiging van specifieke vormen van zorg van invloed.

- In de ziekenhuisbekostiging is per 1 januari 2008 de SEH-DBC afgeschaft, zodat declaratie van medisch-specialistische zorg op een SEH via de reguliere DBC verloopt. Op 1 januari 2009 vindt een overgang plaats van budgettering naar bekostiging op basis van een prijsplafond. Op diezelfde datum wordt een afzonderlijke bekostiging voor de beschikbaarheidscomponent van de SEH (beschikbaarheidsvergoeding) ingevoerd.
- In de care heeft de samenwerking tussen verzekeraars bij de inkoop gestalte gekregen in de vorm van zorgkantoren. De positie en taken van de zorgkantoren zijn vastgelegd in een convenant tussen ZN, het ministerie van VWS en het CVZ. Dit convenant heeft een looptijd tot en met 2008; daarna zullen de partijen mede vanwege de herziening van de AWBZ een besluit nemen om het convenant al dan niet te verlengen.
- In de ambulancesector vinden op korte termijn geen concrete wijzigingen in het bekostigingsmodel plaats. Het wetsvoorstel voor de nieuwe wet ambulancezorg (Waz) bevat wijzigingen in de sturing. Zo dwingt de wet tot de vorming van regionale ambulancevoorzieningen, waarbij één rechtspersoon (de vergunninghouder) in de regio de ambulancediensten en de ambulancemeldkamer aanbiedt. Het parlement neemt de Waz waarschijnlijk in 2008 aan.

Het model van collectieve inkoop door verzekeraars komt door deze ontwikkelingen in de zorg onder druk te staan.

⁶¹ *Thematisch onderzoek zorgplicht. Hoe geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht*, NZa, juli 2007

Gezamenlijke inkoop door zorgverzekeraars

Op 1 januari 2008 heeft ZN zijn model van de regiovertegenwoordiging beëindigd. ZN voert als alternatief de volgende variant op het inkoopmodel van de dominante verzekeraar in:

Voor 2009 is geen sprake meer van collectieve onderhandelingen voor het B-segment en het A1/B1-segment in de ziekenhuizen, uitsluitend het A0-segment staat nog ter discussie.

Op non-concurrentiële markten stelt ZN voor de duur van drie jaar per instelling de representerende zorgverzekeraars vast.

Dit zijn in beginsel de verzekeraar die marktleider is in de veiligheidsregio (ratio: bevordering regionale samenhang) en de verzekeraar die marktleider bij de betreffende instelling is. Deze marktleiders onderhandelen met de betreffende instelling. In sommige gevallen voegt zich een derde verzekeraar bij de vertegenwoordiging. Als de regionale marktleider en de marktleider bij/van? de instelling dezelfde verzekeraar is, dan wordt de verzekeraar die in schadelast van de instelling gemeten de tweede is bij de onderhandelingen betrokken. Ook is het mogelijk dat nog een derde verzekeraar aan de onderhandelingen deelneemt.

De representatie vervalt als ZN de markt als concurrentieel aanmerkt. Dit model wil ZN ook voor de HAP's en de ambulancezorg hanteren.

Op dit moment zijn voor vrijwel alle instellingen die onder de tariefstelling van de Wmg vallen, de budgetten nog niet vastgesteld. Hiervoor is collectief overleg tussen verzekeraars nodig. De NZa stelt zich op het standpunt dat verzekeraars deze overlegvorm zelf mogen inrichten. Wel is het de minister die, na advisering door de NZa, beslist of in een zorgmarkt een bepaalde mate van prijsconcurrentie mogelijk is. Voor de ziekenhuiszorg bijvoorbeeld vindt op 1 januari 2009 invoering van prestatiebekostiging plaats. Voor zorg waarvoor prestatiebekostiging wordt ingevoerd is in de visie van de NZa geen ruimte meer voor collectief overleg tussen verzekeraars.⁶²

4.6.2 Marktordeningsscenario's voor inkoop van acute zorg

4.6.2.1 Inkoop van consulten in de acute basiszorg

Uit de zerobase-analyse in hoofdstuk 3 blijkt dat concurrentie tussen verzekeraars bij de inkoop voor het grootste gedeelte van de acute zorg niet wenselijk is. Alleen voor prestaties binnen de acute basiszorg geldt dat private verzekeraars in principe de zorg individueel kunnen inkopen omdat het risico verzekeraar en calculeerbaar is. Voorwaarde is dat de overheid de kosten van de beschikbaarheid door afzonderlijke financiering borgt. Om verzekeraars tot doelmatige inkoop te prikkelen, moeten zij wel een zorgplicht opgelegd krijgen en dient een goed risicovereveningssysteem aanwezig te zijn om een eventuele prikkel tot risicoselectie te voorkomen. Dit lijkt in de acute zorg goed mogelijk, omdat de benodigde informatie (verzekerdenkenmerken per regio en eventuele regio-invloeden) bekend is.⁶³ In dit segment is het mogelijk om de inkoop vorm te geven in overeenstemming met de nieuwe principes van de Zvw.

4.6.2.2 Marktordeningsscenario's

Voor de overige segmenten heeft de overheid met het oog op de borging van publieke belangen in de huidige situatie al bepaalde keuzes

⁶² Zie de brief van NZa aan ZN van 28 januari 2008, kenmerk JBik/mbrd/A/08/034.

⁶³ Zie subparagraaf 3.4.3

gemaakt, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteitseisen waaraan aanbieders zich moeten houden. In deze uitvoeringstoets adviseert de NZa om de rol van de overheid op drie deelsegmenten via regulering (aanbesteding, maatstafconcurrentie, enzovoort) uit te breiden en eisen aan de uitvoerende zorgaanbieders te codificeren in wetgeving. De op die manier toegenomen sturing van acute zorg door de overheid laat voor verzekeraars in deze segmenten beperktere mogelijkheden en onderhandelingsmacht om goed in te kopen.

Vanuit economisch perspectief is dit een suboptimale oplossing. Als de overheid op bepaalde gebieden wil blijven sturen (toelating, kwaliteit en prijs), is het logischer dat zij gezien het sterke publieke karakter van de ordening van het aanbod ook zelf de verantwoordelijkheid voor de inkoop op zich neemt. Het is beter een duidelijke keuze te maken in de marktordening: hetzij voor een model waarbij de overheid zelf de eisen stelt én de verantwoordelijkheid voor de inkoop neemt, hetzij voor een model waarbij de verzekeraar binnen de minimale randvoorwaarden die de overheid door middel van het reguleringskader stelt, de eisen voor kwaliteit mag bepalen en de inkoop uitvoert.

Hierna beschrijft de NZa de marktordeningsscenario's die de minister kan gebruiken om de inkoop van acute zorg in te richten in overeenstemming met de advisering in deze uitvoeringstoets. Deze scenario's geven inzicht in de rol die verzekeraars wel en niet kunnen spelen bij een publieke respectievelijk private inkoop van de acute zorg.

Publiek inkoopmodel

Bij een publieke uitvoering van de inkoop van (acute) zorg wordt de inkoop voor rekening en risico van de overheid georganiseerd. Het is mogelijk om voor een publieke uitvoering van de inkoop te kiezen wanneer het risico van de zorg niet verzekeraar is of om reden van solidariteit. Zie voor deze keuze ook bijlage 2, subparagraaf 2.2.3 van dit advies.

Bij een mogelijk publiek inkoopmodel is sprake van *rechtstreekse declaratie aan het zorgverzekeringsfonds*. In dit model declareren zorgaanbieders hun vergoeding voor de aangeboden zorg dus niet bij verzekeraars, maar bij het zorgverzekeringsfonds dat ook de budgetten van zorgverzekeraars in het kader van de risicoverevening betaalt. In dit model verloopt de vergoeding van de zorg buiten de budgetten van de verzekeraars om.

De rechtstreekse declaratie aan het zorgverzekeringsfonds schakelt de rol van de verzekeraar vrijwel helemaal uit. Weliswaar blijft voor de verzekeraar theoretisch de mogelijkheid bestaan om kwalitatief en organisatorisch afspraken met zorgaanbieders te maken, maar zonder financiële en andere instrumenten lijkt de rol van de verzekeraar met het oog op een doelmatige inrichting van de acute zorgketen niet goed uitvoerbaar. Bij non-concurrentiële inkoop van acute zorg beperkt het marktordeningsvraagstuk zich in de kern tot de financiering: wordt de acute zorg betaald uit directe overheidsfinanciering of uit premiefinanciering via verzekeraars?

Private inkoopmodel

Voor de private uitvoering van de inkoop van acute zorg door verzekeraars is een viertal modellen denkbaar die in beginsel een non-concurrentiële inkoop van acute zorg mogelijk maken.

– Gedeeltelijke contracteerplicht

De Zvw geeft de minister de mogelijkheid om verzekeraars bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) voor bepaalde vormen van

zorg een contracteerplicht op te leggen. Alle verzekeraars zijn dan wettelijk verplicht om voor die specifieke zorgvorm contracten te sluiten. Het effect van dit model neemt toe wanneer de minister tegelijkertijd voor aanbieders van het betreffende zorgaanbod een (partiële) omgekeerde contracteerplicht invoert.

– *Zorgplicht nader invullen via beleidsregel*

De Zvw regelt voor de basisverzekering een zorgplicht voor verzekeraars. Het is denkbaar om de zorgplicht verder in te vullen met beleidsregels, die bijvoorbeeld de aard van de zorg, de minimumcapaciteit die verzekeraars moeten contracteren en de (minimum)kwaliteitseisen nader omschrijft.

Artikel 11 van de Zvw geeft de minister de bevoegdheid om de zorgplicht verder in te vullen. Denkbaar is dat de minister de NZa vraagt om een uitvoeringstoets waarin zij de beleidsregels voor de zorgplicht nader uitwerkt.

– *Verplichte collectieve financiering (bedrag per verzekerde)*

Bij een verplichte collectieve financiering worden de kosten van de zorg, bijvoorbeeld beschikbaarheidskosten, evenredig over alle verzekerden verdeeld. In dit inkoopmodel dragen verzekeraars naar rato van het aantal eigen verzekerden bij. Het model is in gebruik voor de bekostiging van zorg die Universitair Medische Centra (UMC's) verlenen en die zij niet op basis van de DBC-systematiek kunnen declareren (academische component). Het is denkbaar om dit inkoopmodel bijvoorbeeld ook bij de ambulancezorg te hanteren. In tegenstelling tot het huidige model van prestatiebekostiging betaalt een verzekerde bij collectieve financiering niet voor het gebruik, maar voor de beschikbaarheid van voorzieningen. Het budgetmodel in combinatie met contracteerplicht vormt in feite een variant hierop.

– *Inkoop/afspraken door dominante verzekeraar (ZN-model)*

In dit model maakt de verzekeraar die in de regio of bij de instelling het grootste marktaandeel heeft de afspraken en andere verzekeraars volgen die. Dit vergt meestal een formele mandaatregeling van de overige verzekeraars.

4.6.2.3 Voor- en nadelen van inkoopmodellen voor acute zorg

Deze subparagraaf beschrijft de voor- en nadelen van de vier hierboven besproken inkoopmodellen voor de resterende deelsegmenten van de acute zorg. De NZa beoordeelt de geschiktheid van de modellen op basis van vier criteria:

1. Wat is het effect van het model op de doelmatigheid van de inkoop, dat wil zeggen hebben inkopers en aanbieders een voldoende prikkel om doelmatige zorg te leveren? Hierbij is van belang dat de sturing op de doelmatigheid in principe via het regelgevend kader wordt vormgegeven (aanbesteding/maatstafconcurrentie).
2. Wat is het effect van het model op de coördinatie van de inkoop door verschillende verzekeraars?
3. In welke mate levert het inkoopmodel administratieve lasten op voor de zorgaanbieder of de verzekeraar?
4. Geeft het model een risico dat de inkoop van de acute zorg interfereert met de inkoop van niet-acute zorg?⁶⁴

⁶⁴ Van interferentie is sprake als een aanbieder of een zorgverzekeraar risico's bij acute zorg kan afwentelen op niet-acute zorg en omgekeerd. Zo geven de NZa-monitors van het B-segment aan dat aanbieders bij prijsonderhandelingen in het B-segment hinder ondervinden van het feit dat zij met dezelfde verzekeraars productieafspraken moeten maken in het A-segment met prijsregulering.

In de navolgende tabellen werkt de NZa haar conclusie op hoofdlijnen uit door per deelsegment van acute zorg het effect van de verschillende inkoopmodellen op deze criteria aan te geven. Volledigheidshalve zijn de effecten van een publiek inkoopmodel op basis van een rechtstreekse declaratie aan het zorgverzekeringsfonds (rechtstreeks tarief) ook meegenomen. Een '+' wil zeggen dat het inkoopmodel een positief effect op het betreffende criterium heeft. Een '-' betekent een negatief effect. Waar nodig licht de NZa deze effecten onder de tabellen toe.

4.6.2.4 Inkoopmodel beschikbaarheidskosten acute basiszorg

Voor de inkoop/uitvoering van de beschikbaarheidskosten zijn verschillende modellen mogelijk. In principe ligt een publieke uitvoering hier echter voor de hand, dit gelet op het publieke karakter van de beschikbaarheidskosten. Aanbieders die aan de voorwaarden voldoen, hebben immers recht op deze beschikbaarheidskosten. Toch behoort ook private uitvoering van een publieke regeling tot de mogelijkheden. Tabel 4.1 scoort de voor- en nadelen van deze modellen ten opzichte van de criteria die de NZa hanteert voor de doelmatigheid, de coördinatie, administratieve lasten en voor de interferentie met de inkoop van niet-acute zorg.

Tabel 4.1. Inkoopmodellen deelsegment acute basiszorg: beschikbaarheid

Acute basiszorg beschikbaarheid	Doelmatigheid	Coördinatie	Administratieve lasten	Interferentie inkoop niet-acuut
Gedeeltelijke contracteerplicht	+	-	-	-
Zorgplicht via beleidsregel	+/-	-	-	-
Collectieve financiering	-	+/-	+	+
Dominante verzekeraar	-	-	-	-
Rechtstreeks tarief	-	+	+	+

Bron: NZa

Toelichting:

Bij een gedeeltelijke contracteerplicht geeft de verplichting om zorg af te nemen aan verzekeraars een prikkel om doelmatig in te kopen. In dit model kunnen bij de uitvoering van de inkoop coördinatieproblemen ontstaan, want bij de onderhandelingen zitten meerdere verzekeraars met mogelijk niet gelijkgerichte belangen aan tafel. De administratieve lasten respectievelijk de ondernemingslasten zullen relatief hoog uitvallen omdat alle verzekeraars individueel moeten contracteren. Omdat de verzekeraar met de zorgaanbieder zowel over de niet-acute als acute zorg onderhandelt, is er een aanmerkelijke kans op beïnvloeding van de inkoop van niet-acute zorg.⁶⁵

Een zorgplicht via een beleidsregel legt alle verzekeraars op om de zorgplicht ook voor de acute zorg via vaststaande kwaliteitscriteria in te vullen. De prikkel om doelmatig in te kopen is hier minder sterk; een verzekeraar hoeft immers niet te contracteren. Als het mogelijk is de beleidsregel te handhaven, dan is er een positief effect op de coördinatie, aangezien alle verzekeraars moeten streven naar ten minste de

⁶⁵ Ook in de huidige situatie vindt interferentie plaats. De monitors van het B-segment hebben aangegeven dat aanbieders bij prijsonderhandelingen in dat segment hinder ondervinden van het feit dat zij met dezelfde verzekeraars productieafspraken moeten maken in het A-segment met prijsregulering.

minimumkwaliteitseisen. Administratieve lasten/ondernemingslasten zijn door de diversiteit in inkoop hoog. Voor interferentie met niet-acute zorg geldt hetzelfde als bij de contracteerplicht.

Collectieve financiering geeft verzekeraars geen prikkel voor scherpe inkoop. De kosten van de zorg voor de individuele verzekeraar worden immers bepaald door gemiddelde kosten van alle verzekeraars en zijn dus onafhankelijk van de eigen inkoopresultaten. Het is mogelijk om de coördinatie (aan aanbodkant) te bevorderen, omdat het volumerisico en daarmee een groot gedeelte van de tegengestelde belangen volledig weg is. Administratieve lasten en ondernemingslasten kunnen in dit model beperkt zijn. Er bestaat geen risico van interferentie met de inkoop van niet-acute zorg, omdat de vergoeding voor acute zorg vaststaat en een verzekeraar/aanbieder die niet kan beïnvloeden.

Dominante verzekeraar. De dominante verzekeraar heeft een sterke prikkel om inkoopvoordelen te behalen, maar dat is uitsluitend het geval voor zijn eigen verzekerden. Bij betaling naar gebruik is deze prikkel nog sterker dan bij vergoeding voor beschikbaarheid. Er is geen prikkel voor doelmatige inkoop voor alle verzekerden en ook coördinatie (het zekerstellen van aanbod voor alle verzekerden) kent een minder sterke prikkel. De score op administratieve lasten zou negatief uitpakken, vanwege onder andere mandaatregelingen. Het risico op interactie met inkoop van niet-acute zorg is groot.

Rechtstreeks tarief. Deze publieke inkoopvariant stimuleert de doelmatigheid niet extra. Wel voorkomt hij coördinatieproblemen tussen verzekeraars zonder de relatie tussen concurrerende verzekeraars daarmee te belasten. Ook de administratieve lasten en de ondernemingslasten in het rechtstreekse tariefmodel kunnen relatief beperkt zijn doordat verzekeraars niet individueel hoeven te contracteren en er geen lasten in verband met een mandaatregeling bestaan. De vergoeding die de noodzakelijke kosten van beschikbaarheid afzonderlijk compenseert via een declaratie aan het zorgverzekeringsfonds, beperkt het risico op interferentie tussen acute en niet-acute zorg zoveel mogelijk. Dit model sluit ook het beste aan op het publieke karakter van de beschikbaarheidsvergoeding. Een goede borging van de beschikbaarheid brengt wel met zich mee dat het noodzakelijk is om aan de aanspraak op het beschikbaarheidstarief nadere voorwaarden te stellen en in voldoende mate op de naleving van de voorwaarden toe te zien. In een nadere uitvoeringstoets moet worden onderzocht op welke manier het mogelijk is deze borging zo doelmatig mogelijk te organiseren en welke organisatie (publiek of privaat) dit het beste kan doen. Het minimaliseren van administratieve en/of toezichtlasten vormt daarbij een belangrijk aandachtspunt.

4.6.2.5 Inkoopmodellen overige deelsegmenten binnen acute zorg

Tabel 4.2 toont voor de overige deelsegmenten (telefonische toegang waarbij de nadruk ligt op de regie in de keten, stabilisatie en vervoer, en complexe specialistische acute zorg) de effecten van de verschillende inkoopmodellen op de doelmatigheid, de coördinatie, de administratieve lasten en de interferentie met de inkoop van niet-acute zorg.

Tabel 4.2 Inkoopmodellen overige deelsegmenten acute zorg

	Doelmatigheid	Coördinatie	Administratieve lasten	Interferentie inkoop niet-acuut
Gedeeltelijke contracteerplicht	+	-	-	-
Zorgplicht via beleidsregel	+/-	-	-	-
Collectieve financiering	-	-	-	+
Dominante verzekeraar	-	-	-	-
Rechtstreeks tarief	-	+	+	+

Bron: NZa

Toelichting:

Voor de deelsegmenten telefonische toegang en regie, stabilisatie en vervoer, en complexe specialistische acute zorg zijn de effecten van de inkoopmodellen min of meer hetzelfde. Dit komt omdat op deze markten sprake is van een gelijksoortige inkoop van de beschikbaarheidskosten van voorzieningen.

4.6.3 Conclusie

De NZa vindt dat bij de inkoop voor het grootste deel van de acute zorg concurrentie tussen verzekeraars onderling niet wenselijk is. Alleen voor prestaties binnen de acute basiszorg geldt dat private verzekeraars in principe de zorg individueel kunnen inkopen, mits de overheid de kosten van de beschikbaarheid door afzonderlijke financiering borgt.

Bij een private uitvoering van de inkoop van de andere deelsegmenten van acute zorg hebben alle inkoopmodellen zowel voordelen als nadelen. De contracteerplicht of een zorgplicht die via beleidsregels concreet is ingevuld, heeft in het algemeen een positieve invloed op de doelmatigheid van de inkoop van acute zorgvormen waar de beschikbaarheid voorop staat. Wel geeft deze variant via een beleidsregel een zwakkere prikkel dan de contracteerplicht. Het grootste nadeel van beide varianten is de interferentie met de inkoop van niet-acute zorg en de administratieve lasten. De inkoopmodellen van collectieve financiering en rechtstreekse declaratie kennen deze nadelen niet, maar leveren in het algemeen een geringere prikkel voor doelmatigheid op. De veronderstelling is echter dat bij een keuze voor deze bekostigingsvarianten de doelmatigheidsprikkel vanuit benchmarkmodellen of vergelijkbare maatregelen moeten komen. De mate waarin de verschillende modellen administratieve lasten veroorzaken verschilt. Overigens spelen hier ook ondernemingslasten en uitvoeringslasten een belangrijke rol.

Alles overwegende lijkt het de NZa dat voor de inkoop van acute zorg waarbij de beschikbaarheid van de voorziening voorop staat, het model van rechtstreekse declaratie de beste waarborgen biedt voor een doelmatige inkoop, de coördinatie bij de inkoop, lage administratieve lasten en voorkoming van interferentie met de inkoop van niet-acute zorg.

Bijlage 1. De huidige markt van acute zorg

1.1 Huisartsen

Regulering en bekostiging

Nederland kende in 2006 ruim 7.500 zelfstandig gevestigde huisartsen en ruim 900 huisartsen die langer dan een half jaar bij een zelfstandig gevestigde huisarts in loondienst zijn. In totaal komt het aantal huisartsen in Nederland daarmee op een kleine 8.500. De huisartsendichtheid bedraagt in 2006 2.347 inwoners per fte huisarts.⁶⁶

Voor de huisartsen bestaat de bekostiging uit een beschikbaarheidsfunctie en een tarief per consult. Huisartsen krijgen een inschrijftarief per verzekerde van maximaal € 52 voor hun beschikbaarheidsfunctie en ontvangen per consult een maximumbedrag van € 9. Hierbij is geen sprake van onderscheid tussen acute en niet-acute zorg.

Op het inschrijftarief is een opslag mogelijk voor verschillende modules: praktijkondersteuning huisarts (POH), achterstandsfonds en modernisering en innovatie (M&I met twee codeseries: 13 en 14). Bij de praktijkondersteuner huisartsen (POH), bij de M&I met de codeserie 13 en bij het achterstandsfonds bestaat de declaratie uit een maximumbedrag per ingeschrevene. De M&I met codeserie 14 omvat een bedrag per prestatie en hierbij gaat het om een vrij tarief.

Toegang tot de zorg

Huisartsen hebben de verantwoordelijkheid om 24 uur per dag zorg te bieden. Deze zorg omvat overdag van 8 uur 's ochtends tot 18 uur zowel reguliere zorg als acute zorg. Van 18 uur tot 8 uur 's ochtends bestaat deze zorg uit alleen acute zorg. Overdag kunnen patiënten die acute zorg nodig hebben, zich tot de huisarts wenden. 's Avonds en in het weekend neemt de HAP/de huisartsendienstenstructuur (HDS) de acute zorg van de huisarts over. Patiënten kunnen zelf kiezen door welke zorgaanbieder zij geholpen willen worden. Hierbij zijn zij afhankelijk van de manier waarop de huisartsenzorg in hun regio is geregeld. In alle gevallen geldt dat zij overdag naar hun eigen huisarts kunnen gaan, of naar de SEH wanneer zij zelf menen dat de situatie acuut is.

De Zorgverzekeringswet borgt dat de meeste consumenten tegen de kosten van huisartsenzorg zijn verzekerd. De zorgverzekeraars bieden die huisartsenzorg in natura aan door inkoop van zorg op basis van een overeenkomst.

Plaats in de acute zorg

De acute huisartsenzorg omvat huisartsenzorg die voor patiënten niet tot het reguliere spreekuur (de volgende dag of na het weekend) kan wachten.

⁶⁶ Bron: monitor huisartsenzorg 2007

Rol verzekeraar

Zorgverzekeraars kopen huisartsenzorg in bij huisartsenpraktijken en bij HAP's. De contractonderhandelingen over de huisartsenzorg-overdag vinden niet met iedere huisarts individueel plaats, maar met huisartsenkringen, vertegenwoordigers van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en met contractcommissies waarin huisartsen en LHV zijn vertegenwoordigd.⁶⁷ Over het algemeen onderhandelt in een gebied met één of meer huisartsenkring(en) de dominante zorgverzekeraar over de inhoud van een standaardovereenkomst. Daarna vinden verdere onderhandelingen plaats op regionaal of lokaal niveau. De onderhandelingen gaan vooral over de module M&I. Op basis van afspraken in het Vogelaarakkoord volgen de 'verre' zorgverzekeraars de afspraken die de dominante verzekeraar en de aanbieder zijn overeengekomen.

1.2 Huisartsendienstenstructuren (HDS)/Huisartsenpost (HAP)

Regulering en bekostiging

Er zijn in Nederland 131 HAP's binnen 56 HDS-en die huisartsenhulp in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) aanbieden. Bij deze HDS-en zijn circa 7.000 huisartsen aangesloten. De HAP's hebben ongeveer 3,5 miljoen contacten per jaar.⁶⁸

Voor de HDS-en geldt een genormeerd financieringssysteem, dat gebaseerd is op een (maximum)bedrag per inwoner. Voor 2008 zijn deze bedragen als volgt:

- een basisbedrag van € 10,60 per inwoner;
- een variabel bedrag van maximaal € 2,70 per inwoner als plattelandstoeslag (module platteland);
- een variabel bedrag van maximaal € 2,10 per inwoner als zorgconsumptietoeslag (module zorgconsumptie)
- een plusmodule

Het werkgebied van de HDS bepaalt het maximale bedrag voor de modules platteland en zorgconsumptie⁶⁹. Het basisbedrag - dat is de module platteland en de module zorgconsumptie van een HDS vermenigvuldigd met het aantal inwoners in haar werkgebied - vormt in principe het maximaal beschikbare bedrag voor de HDS (=100%). Van dit bedrag vormt 90% uitgangspunt voor de onderhandeling tussen de HDS en de zorgverzekeraar.

Naast het maximaal beschikbare bedrag is de plusmodule van invloed op het budget van de HDS. Met de plusmodule is het mogelijk om de 90% van het maximaal beschikbare bedrag op te hogen tot maximaal 110%. De HDS-en kunnen de plusmodule inzetten voor kwalitatieve verbeteringen en voor zorgvernieuwing. Voorbeelden van kwalitatieve verbeteringen zijn: het opstellen van protocollen/certificering, beschikbaarheid van het elektronisch patiëntendossier, verbetering van

⁶⁷ Bron: monitor huisartsenzorg 2007

⁶⁸ Zie *De huisartsenpost, Armslag voor een goed eerstelijnsloket*, VHN, www.vhned.nl

⁶⁹ Wanneer een HDS minder dan 450 uur per jaar draait, dan heeft de HDS geen recht op de modules platteland en zorgconsumptie. Wanneer een HDS in een stedelijk gebied ligt, ontvangt de HDS ook geen bedrag voor de module platteland. Het Nivel bepaalt de plattelandsfactor. De zorgconsumptie wordt bepaald door het aantal consulteenheden te delen door het aantal inwoners. Wanneer de uitkomst hiervan lager is dan 0,14, ontvangt de HDS geen bedrag voor zorgconsumptie. Bij een uitkomst van 0,27 of hoger ontvangt de HDS het maximale bedrag. Wanneer de uitkomst tussen 0,14 en 0,27 ligt, geldt een rekenformule

de triage, samenwerking met de SEH, verbetering van de samenwerking met het regionale ambulancevervoer, scholing van het personeel en het opzetten van een klanttevredenheidsonderzoek.⁷⁰ Ook kan de plusmodule worden ingezet om substitutie van zorg van de tweedelijns naar de HDS te stimuleren. HDS en zorgverzekeraar kunnen de NZa om een plusmodule verzoeken door middel van een plan van aanpak waarin zij uitleggen waarom het geld nodig is en waaraan het wordt besteed.

Het tarief dat een patiënt moet betalen wanneer hij tijdens de ANW-uren naar een HAP gaat, is per huisartsenpost verschillend. Het totale budget van een HAP wordt gedeeld door het aantal consulten dat die HAP verwacht. Wanneer achteraf blijkt dat het verwachte aantal consulteenheden is overschreden of onderschreden, dan is op het tarief van het jaar erop een toeslag of aftrek van toepassing.

Toegang tot de zorg

In de ANW-uren zijn de huisartsenpraktijken gesloten en kunnen patiënten binnenvallen bij HAP's en de SEH's. De organisatie van HAP's en SEH's zijn niet in elke regio van het land hetzelfde vormgegeven. Afhankelijk van de organisatie hebben en maken patiënten keuzes. Zie ook paragraaf 2.5.

Plaats in de acute zorg

De acute huisartsenzorg omvat huisartsenzorg die voor patiënten niet tot het reguliere spreekuur van de huisarts (de volgende dag of na het weekend) kan wachten.

Rol verzekeraar

HDS-en maken uitsluitend afspraken met de dominante zorgverzekeraar. Wanneer zij gezamenlijk met deze verzekeraar een verzoek indienen bij de NZa, dan ontvangen zij een tariefbeschikking. Andere zorgverzekeraars volgen de afgegeven tariefbeschikking.

1.3 Apotheken (in avond-, nacht- en weekenduren)

Regulering en bekostiging

Er zijn 2.208 apotheken in Nederland, waarvan 476 apotheekehoudende huisartsen zijn.⁷¹ De financiering is op dit moment overdag en tijdens de avond-, nacht- en weekenduren nog gelijk. Per afgegeven recept ontvangt de apotheek € 6,10. Als dit bedrag gemiddeld kostendekkend is, dan is het overdag te veel, maar voor de ANW-uren te weinig. Mede daarom wordt er gewerkt aan een nieuwe financieringsstructuur, waarvan de invoering in 2008 zal plaatsvinden. Het tarief voor het afgeven van een recept tijdens de avond, de nacht en de zondag valt 2,5 keer zo hoog uit als overdag. Op zaterdag geldt het overdagtariaf.

Tijdens de ANW-uren zijn er erg weinig apotheken open. In de meeste gevallen is er voor deze uren een dienstapothek geopend. Sommige apotheken hebben onderling afspraken gemaakt over waarneming.

Toegang tot de zorg

Patiënten kunnen in principe bij alle apotheken terecht om middelen die op recept zijn voorgeschreven op te halen. Dit geldt zowel overdag als tijdens de ANW-uren. Uitzondering hierop vormen de apotheekehoudende

⁷⁰ Deze zijn onder meer aanbevolen voor de betreffende HDS in de rapportage van de IGZ, de audits van het CVZ/Plexis en het kwaliteitsdocument van het CVZ.

⁷¹ Apotheekehoudende huisartsen werken in landelijke gebieden. De huisarts heeft bij zijn praktijk een apotheek voor zijn eigen patiënten.

huisartsen, die uitsluitend aan eigen ingeschreven patiënten mogen leveren.

Plaats in de acute zorg

De apotheken die tijdens de ANW-uren geopend zijn, zijn bedoeld om patiënten die tijdens deze uren geneesmiddelen nodig hebben, daarvan te voorzien. Dit zijn veelal patiënten die eveneens tijdens de ANW-uren op een HAP of een SEH behandeld zijn.

Rol verzekeraar

De zorgplicht van verzekeraars betekent dat zij moeten borgen dat voldoende apotheken geopend zijn. Verzekeraars maken met de apotheken via standaardovereenkomsten afspraken. In deze overeenkomsten leggen zij ook afspraken vast over de waarneemregeling of de dienstapothek. Ook kunnen zorgverzekeraars een betalingsafpraak met de apotheken hebben. Wanneer een apotheek met een zorgverzekeraar geen betalingsafpraak heeft, dan moeten de patiënten van deze verzekeraar in eerste instantie hun recepten zelf betalen. Zij kunnen de kosten vervolgens bij hun verzekeraar declareren.

1.4 Ambulancezorg (CPA en ambulance)

Regulering en bekostiging

CPA

De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) vervult een regiefunctie voor het toezicht op de coördinatie en communicatie in de keten van de spoedeisende medische hulpverlening, dit met het oog op een optimale inzet van de beperkte ambulancecapaciteit. De CPA is de meldkamer voor ambulancezorg en verschaft toegang tot de spoedeisende gezondheidszorg. Daartoe heeft hij de verantwoordelijkheid voor het proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgcoördinatie, zorgverwijzing en registratie.

Tot 1996 gold voor de CPA's een systematiek van volledige nacalculatie, binnen de grenzen van de toenmalige beleidsregels. In de jaren 1996 tot en met 1998 zijn de CPA's op basis van historische kosten in stappen gebudgetteerd, waarbij voor de kapitaalslasten nacalculatie mogelijk bleef. Met ingang van 1999 geldt voor de loonkosten een vrijwel volledig normatieve systematiek. Naast dit normatieve gedeelte bestaat het budget uit nacalculeerbare (kapitaalslasten) en historische bepaalde componenten.

Het budget wordt gedekt door een individueel sluittarief per declarabele melding (melding die leidt tot een declarabele rit), dat een CPA bij de uitvoerende ambulancedienst in rekening brengt.

Ambulance

Ambulancezorg is de zorg die in opdracht van de CPA beroepsmatig of bedrijfsmatig wordt verleend om een zieke of slachtoffer binnen het kader van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en waar nodig adequaat te vervoeren, dit met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis noodzakelijk is. Bij spoedvervoer is het hoofddoel van ambulancezorg om op basis van de zorgbehoefte van de patiënt individuele gezondheidswinst te behalen. Dit betekent dat de ambulancezorg erop is gericht om sterfte van patiënten te voorkomen, hun medische situatie gunstig te beïnvloeden en hen vervolgens te verwijzen of te vervoeren naar zorginstellingen waar een vervolgbehandeling kan plaatsvinden. De

uitvoering van de ambulancezorg is in handen van verpleegkundigen en chauffeurs die daartoe speciaal zijn opgeleid. De zorg begint bij een melding aan de meldkamer van de CPA en eindigt in de meeste gevallen na de overdracht van de patiënt, bijvoorbeeld aan een ziekenhuis.

In 1998 is een vrijwel volledig normatief budgetsysteem in werking getreden; deze is in 1999 verder uitgebreid. Op 1 januari 2000 zijn de beleidsregels op het punt van de directe personeelskosten herijkt op basis van een onderzoek door KPMG. Belangrijkste wijziging is dat de regiospecifieke kenmerken beter in het budget tot uitdrukking komen. Vanaf juli 2000 heeft de ambulancesector te maken met de gevolgen van de invoering van de Arbeidstijdenwet (ATW), waarvoor (gedeeltelijk normatieve) compensatie mogelijk is. Op 1 januari 2001 zijn de beleidsregels met betrekking tot de loonkosten Functioneel Leeftijdsontslag (FLO) en de afschrijvingen ambulances en medische inventaris gewijzigd.

Naast het normatieve gedeelte bestaat het budget van de ambulancezorg uit nacalculeerbare (kapitaalslasten) en historische bepaalde componenten.

In 2001 heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een onderzoek naar de ambulancezorg afgerond. De NZa heeft, net als de IGZ, aan dit onderzoek meegewerkt. Op grond van de aanbevelingen uit het RIVM-rapport is ongeveer € 11,4 miljoen structureel ter beschikking gesteld om de arbeidsvoorwaarden van de overheidsdiensten en particuliere diensten te harmoniseren. Daarbovenop kwam voor 2002 en 2003 incidenteel € 4,2 miljoen beschikbaar. Uit deze middelen vindt onder andere de bekostiging van een 'vrije marge'-regeling plaats.

In 2001/2002 heeft de NZa beleidsregels ontwikkeld voor de bekostiging van nieuwe communicatiesystemen (C2000) en systemen ter ondersteuning van de logistiek van de ambulance-inzet.

Vanaf 2004 is structureel € 18 miljoen beschikbaar voor verbetering van de spreiding en de beschikbaarheid van ambulancezorg. De verdeling van dit bedrag vindt plaats per veiligheidsregio van de RAV. Vanaf 2005 is voor hetzelfde doel nog eens € 12 miljoen structureel beschikbaar gesteld.

In 2005 is besloten de bekostiging van het Functioneel Leeftijdsontslag te beëindigen en de middelen in de budgetten generiek te verdelen. Hiervoor zijn drie beleidsregelwaarden (loonkosten standplaatsen, ongewogen ritten en gewogen ritten) met 5% verhoogd.

Het individuele sluittarief is een tarief per declarabele A1-/A2-rit (spoedvervoer). Er gelden vaste tarieven per declarabele 'beladen' kilometer (met de patiënt in de ambulance) en per B-rit (besteld vervoer). Naast deze tarieven brengt de ambulancedienst het tarief ter dekking van het budget van de CPA in rekening. Voor stand-by-staan binnen het reguliere dienstrooster kan een bedrag per uur in rekening worden gebracht.

Toegang tot de zorg

Ambulancezorg is uitsluitend toegankelijk via de CPA. Het is voor een patiënt dus niet mogelijk om rechtstreeks toegang te krijgen tot een ambulancedienst. De CPA is in operationele zin het centrale punt in het communicatienetwerk van melder/zorgvrager, huisarts, ambulance, ziekenhuis, MMT, Officier van Dienst Geneeskundig (OvDG), politie en brandweer, en wanneer dat nodig is andere CPA's. De CPA zorgt ervoor dat de juiste ambulancezorg op het juiste moment en op de juiste plaats

wordt ingezet en dat alle betrokken zorgverleners en instellingen alle relevante informatie krijgen. Een CPA-centralist beoordeelt elke melding op inhoudelijke zorgbehoefte, waarna hij - indien mogelijk - in overleg met de melder of zorgvrager (patiënt) de aard van de zorg en de inzet van de juiste zorgverlener(s) bepaalt. De weg waarlangs of de manier waarop de melding of zorgvraag de CPA bereikt, is hierbij niet van belang.⁷²

Plaats in de acute zorg

CPA

De colleges van burgemeester en wethouders van de gemeenten die op grond van de verdeling zoals die bedoeld is in artikel 3, eerste lid van de Brandweerwet 1985 tot één regio behoren, treffen een gemeenschappelijke regeling voor de geneeskundige hulpverlening en de voorbereiding daarop, dit om deze hulpverlening doelmatig en gecoördineerd te laten zijn. Op basis van de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen is aan de deelnemende gemeenten en aan het bestuur van het openbaar lichaam de taak opgedragen om een CPA in te stellen en in stand houden.

Ambulance

Op basis van de vergunning die de gedeputeerde staten van de provincie waarin de CPA is gelegen heeft afgegeven, is per regio één zorgaanbieder aangewezen om het ambulancevervoer (vervoer van zieken en ongevalsslachtoffers en van hun begeleiders met ambulance-auto's) uit te voeren. Gedeputeerde staten bepalen het aantal ambulance-auto's waarmee die zorgaanbieder ten minste aan het ambulancevervoer *moet* en ten hoogste *mag* deelnemen, en ook de spreiding hiervan.

Rol verzekeraar

Ambulancediensten en CPA's maken met de marktleider en de regiovertegenwoordiger afspraken over het budget, wat resulteert in een tarief dat landelijk dekkend is. Vanwege het aanwijzingsbeleid van de lokale overheid en het vergunningsstelsel is het voor een verzekeraar niet mogelijk om zelfstandig een zorgaanbieder aan te wijzen. Ook is het vanwege het landelijke budget- en tariefstelsel voor een verzekeraar onmogelijk om zichzelf te onderscheiden door met bepaalde vervoerders specifieke afspraken te maken. Op dit momenteel is de rol van verzekeraars in de ambulancezorg bij de inkoop dan ook beperkt.

1.5 SEH-afdelingen ziekenhuizen

Regulering en bekostiging

Op 1 januari 2006 waren er 107 SEH-afdelingen van ziekenhuizen. In de huidige budgetteringsystematiek is geen sprake van een zelfstandige parameter voor de bekostiging van een SEH-afdeling; die kosten moet het ziekenhuis financieren uit zijn totale budget. Een bezoek aan de SEH levert voor een ziekenhuis dus niet in alle gevallen geld op. Gezien het feit dat het bedrag van de SEH-afdeling niet is geoormerkt, valt op basis van de huidige bekostiging moeilijk te herleiden welk gedeelte van hun budget ziekenhuizen aan acute zorg besteden (of zouden moeten besteden).

⁷² Nota *Verantwoorde ambulancezorg*, maart 2003, BVA (beroepsvereniging ambulancezorg) en AZN (ambulancezorg Nederland).

Toegang tot de zorg

Patiënten hebben toegang tot acute zorg op grond van de Zorgverzekeringswet. Voor acute zorg is ook geen verwijzing vereist. De SEH-afdeling van een ziekenhuis is bedoeld als zijn poortafdeling. Patiënten komen zelfstandig of per ambulance op de SEH binnen⁷³. Een team van verpleegkundigen, artsen en ondersteunend personeel staat 24 uur per dag klaar om te bepalen wat er aan de hand is en of een ziekenhuisopname noodzakelijk is. Hierbij maakt dit team gebruik van anamnese en lichamelijk onderzoek, eventueel aangevuld met bijvoorbeeld een röntgenonderzoek, een CT-scan of echo-opnamen. Vaak is naast controle van de vitale functies en ook laboratoriumonderzoek noodzakelijk. Alle onderzoekskamers zijn voorzien van de essentiële apparatuur die voor opvang van de patiënt nodig is. Afhankelijk van het vooronderzoek van de huisarts of de bevindingen van de poortarts (de arts van de SEH) kunnen andere artsen worden ingeschakeld, zoals een cardioloog, een internist of een chirurg.

Plaats in de acute zorg

In Nederland geldt een bereikbaarheidsnorm van 45 minuten (vijftien minuten aanrijtijd voor de ambulance en binnen drie kwartier opname in het ziekenhuis). Vanaf januari 2006 zijn de ziekenhuizen verplicht om wijzigingen in de bereikbaarheid van de SEH te bespreken in het regionaal overleg acute zorgketen. De WTZi verplicht alle aanbieders van acute zorg (ziekenhuizen, RAV's, geestelijke gezondheidszorginstellingen, verloskundigen, HAP's en huisartsen) om in een regionaal overleg afspraken te maken over een betere samenwerking. De afspraken in dat regionaal overleg mogen niet leiden tot een verslechtering van de 45-minutennorm.

In 2003 heeft het RIVM op verzoek van de minister van VWS de bereikbaarheid van de acute ziekenhuiszorg in kaart gebracht. Daaruit bleek dat ambulances op dat moment in staat waren om ruim 98% van de bevolking binnen 45 minuten op de plek van het ongeval te bereiken en hen naar een ziekenhuis met een SEH-hulp te brengen. Herhaling van het onderzoek met als peildatum 1 januari 2006 wees uit dat de bereikbaarheid van de acute ziekenhuiszorg in Nederland licht verbeterd is.

Rol verzekeraar

Er is in het huidige bekostigingsmodel geen ruimte voor prijsonderhandelingen en productieafspraken. Ook zijn er geen indicaties dat de verzekeraar actief de kwaliteit stimuleert. De rol van de verzekeraars is dan ook beperkt. Wel moeten de verzekeraars erop toezien dat de 45-minutennorm wordt gehaald. Het regionaal overleg kan verzekeraars betrekken om mee te denken over voorkoming van schadelijke gevolgen voor de bereikbaarheid van de acute zorg in een regio op een moment dat een zorgaanbieder bijvoorbeeld met de levering van acute zorg wil stoppen.

1.6 Traumacentra en traumahelikopter

Regulering en bekostiging

De minister van VWS heeft in 1999 tien traumacentra aangewezen. De traumacentra zijn ondergebracht bij de UMC's en bij een drietal algemene ziekenhuizen. Vier traumacentra beschikken over een traumahelikopter. De traumacentra vallen onder artikel 8 van de WBMV. Dit wil zeggen dat geen vergunningsvereiste bestaat, maar dat sprake is

⁷³ http://www.SEHverpleegkundige.nl/SEH_plattegrond_nieuw.html

van stimulering via de bekostiging. Er geldt dus ook geen verbod voor andere aanbieders om trauma-expertise op te zetten en aan te bieden.

De traumacentra hebben een dubbele functie. Enerzijds is sprake van directe zorg voor ongevalslachtoffers (door inzet van een mobiel traumateam op de locatie van het ongeval en bij opname in het desbetreffende ziekenhuis), anderzijds vervullen de centra een rol in een regionaal netwerk waarbij samenwerking met andere ziekenhuizen en regionale ambulancediensten van belang is.

De bekostiging van de traumacentra vindt tot en met 2008 plaats via een vaste vergoeding in het budget van € 605.920 per centrum en een toeslag van € 2.643.123 voor de helikoptervoorziening. Deze vergoeding is onafhankelijk van de productie en/of prestaties. De dekking van de budgetcomponent vindt plaats via een procentuele opslag op de DBC-tarieven.⁷⁴ Op deze manier dragen verzekeraars bij naar rato van hun totale schadelast bij de desbetreffende instelling. Voor de inzet van het traumateam (MMT) en van de helikopter brengen de traumacentra aan patiënten en verzekeraars geen afzonderlijke tarieven in rekening.

Toegang tot de zorg

De traumacentra bezitten een regionaal monopolie. Bij de huidige bekostigingsregels is toetreding van aanbieders weliswaar niet verboden, maar er is wel een financiële drempel. De bekostiging is niet productiegerelateerd en heeft het karakter van een beschikbaarheidsvergoeding. De traumacentra zijn verplicht om een regionaal netwerk voor traumazorg op te zetten; dit maakt ook toetreding voor andere aanbieders moeilijk.

Het ziekenhuis waar het traumacentrum onderdeel van uitmaakt, krijgt wel een productiegerelateerde vergoeding voor patiënten die het na interventie van het traumateam opneemt en verder behandelt. Hiervoor brengt het ziekenhuis reguliere DBC's in rekening.

Patiënten hebben toegang tot acute zorg op grond van de Zorgverzekeringswet. Voor acute zorg is ook geen verwijzing vereist. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en zijn verplicht om voldoende zorg in te kopen dan wel aan de verzekerde te vergoeden. Dit geldt ook voor de zorg die traumacentra leveren.

Patiënten komen voor het overgrote gedeelte in een traumacentrum terecht via een andere hulpverlener. De ambulancedienst/CPA is meestal degene die om de inzet van een MMT vraagt of die de patiënt naar het traumacentrum brengt. Patiënten hebben zelf dus geen keuzemogelijkheid.⁷⁵ De patiënt die is aangewezen op een traumacentrum zal gemiddeld genomen, althans tijdelijk, ook niet in staat zijn om tijd te steken in de keuze voor een aanbieder.

Plaats in de acute zorg

De traumacentra zijn bedoeld voor ongevalslachtoffers. Het gaat hierbij om een subcategorie van de gehele acute zorg zoals die in het kader van deze uitvoeringstoets is gedefinieerd.

Rol verzekeraar

De rol van de verzekeraar bij de bekostiging van traumacentra is beperkt, de centrale overheid wijst instellingen aan en bepaalt de hoogte

⁷⁴ Tot 2005 was sprake van verrekening via de verpleegtarieven, waardoor ziekenfondsen relatief meer bijdroegen dan particuliere verzekeraars. Met de invoering van de DBC's en het opslagpercentage is dit rechtgetrokken.

⁷⁵ Zie ook consultatiedocument *In het belang van de consument*, april 2007, http://www.nza.nl/7113/9233/Consument_CoDo_internet.pdf

van de vergoeding. Er is in het huidige bekostigingsmodel geen ruimte voor prijsonderhandelingen en er zijn geen indicaties dat de verzekeraar de kwaliteit actief beïnvloedt. Het huidige bekostigingsmodel is gebaseerd op collectieve afspraken tussen verzekeraars en een aanbieder. Dat geldt ook voor de ziekenhuizen die zijn aangewezen om een traumavoorziening in te richten. Over de hoogte van de vergoeding vinden geen onderhandelingen plaats. Door de manier van verrekening (opslagpercentage) dragen de verzekeraars in de regio waar het traumacentrum is gevestigd, relatief hogere lasten. In de nacalculatie/risicoverevening worden zij hiervoor gecompenseerd.

1.7 Spoedeisende GGZ (crisisopvang)

Regulering en bekostiging

Acute zorg in de GGZ is over het algemeen bedoeld voor mensen die in acute psychische nood raken en voor wie het noodzakelijk is hen met spoed te zien of op te nemen. Het komt ook voor dat de psychiater met een team naar een crisissituatie toe moet. Recentelijk zijn de tarieven voor deze zorg aangepast. GGZ-instellingen registreren op dit moment DBC's. Ook worden er zogeheten crisis-DBC's geregistreerd, waarin een beschikbaarheidscomponent is opgenomen. Om te komen tot een totaalprijs per DBC, zijn in de prijs van een DBC de gemiddelde kostprijzen van de koploperinstellingen voor de geleverde zorg opgenomen. Gekeken wordt of de beschikbaarheidscomponent die is opgenomen in de crisis-DBC's afdoende prikkels geeft om kwalitatief goede acute GGZ-zorg aan te bieden. Met behulp van een monitor is het mogelijk om vast te stellen of de opslag in de DBC-tarieven toereikend is.

De bekostiging is productiegerelateerd, wat inhoudt dat er sprake is van uitbetaling van werkelijk geleverde uren zorg. Hiervoor worden crisis-DBC's in rekening gebracht.

Toegang tot de zorg

Elke instelling binnen de GGZ kan crisiszorg leveren. Patiënten hebben toegang tot acute zorg op grond van de Zorgverzekeringswet. Voor acute GGZ-zorg is geen verwijzing vereist. Vanaf 1 januari 2008 valt de kortdurende, op genezing gerichte GGZ-zorg onder de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en zijn verplicht om voldoende zorg in te kopen, dan wel aan de verzekerde te vergoeden. Dit geldt ook voor de zorg die de crisisopvang levert. Patiënten komen voor het overgrote deel in de crisisopvang-GGZ terecht via een andere hulpverlener. Politie of huisarts zijn meestal degenen die om de inzet van een multidisciplinair team vragen of die de patiënt naar de GGZ-instelling brengen. Voor de patiënt zelf is er dus geen sprake van een keuzemogelijkheid⁷⁶.

Plaats in de acute zorg

De crisisopvang is bedoeld voor cliënten met een 'tijdelijke' ernstige geestelijke aandoening waarbij het noodzakelijk is om acuut zorg te bieden, omdat de cliënt een gevaar voor zichzelf of voor zijn omgeving vormt.

Rol verzekeraar

Vanaf 1 januari 2008 valt de spoedeisende GGZ onder de Zvw. De verzekeraar heeft nu een rol bij de inkoop van deze zorg en zal hierop

⁷⁶ Zie ook consultatiedocument *In het belang van de consument* van de NZa, www.nza.nl

sturen. De rol van het zorgkantoor bij de inkoop van de spoedeisende GGZ, zoals die bestond voor 1 januari 2008 is daarmee komen te vervallen.

In deze uitvoeringstoets gaat de NZa niet verder op deze vorm van acute zorg in omdat hij buiten de scope van het advies valt.

1.8 Thuiszorg (mobiele thuiszorg teams)

Regulering en bekostiging

Acute thuiszorg heeft betrekking op het gericht handelen in een acute situatie van een gezondheidsprobleem op het terrein van verzorging en/of verpleging en op de oplossing daarvan. Onder acute thuiszorg wordt ook vaak professionele alarmering gerekend.

Enkele jaren geleden zijn de reguliere tarieven van de thuiszorg met 5% verhoogd, onder andere in verband met niet-planbare zorg. Daarnaast kent de *Beleidsregel extramurale zorg voor de functie PV* (persoonlijke verzorging) en *VP* (verpleging) een module beschikbaarheid. Deze module is ontwikkeld om de kosten van niet-planbare zorg te kunnen dekken. In de praktijk blijken ook veel gemeenten (met name de grote gemeenten) subsidies te verstekken om de toegang tot acute thuiszorg te bewaken. Het ministerie van VWS heeft laten weten dat het professionele alarmering beschouwt als hotel- en welzijnsdiensten. De subsidieregeling van het woonzorgstimuleringsfonds (vanuit het ministerie van VROM in samenwerking met het ministerie van VWS) geeft subsidies af voor woningaanpassingen en de kosten voor aanwezigheid van acute zorg. Het College bouw zorginstellingen geeft bouwnormen af voor domoticawoningen (domotica omvat alle apparaten en infrastructuur in en rond woningen die elektronische informatie gebruiken voor het meten, programmeren en sturen van functies ten behoeve van bewoners en dienstverleners). Daarnaast hebben zorgverzekeraars soms persoonsopvolging in het aanvullende pakket opgenomen.

Toegang tot de zorg

Elke AWBZ-zorgaanbieder met een toelating voor de functies PV en VP kan deze vorm van thuiszorg bieden. De bekostiging door middel van de module beschikbaarheid is gerelateerd aan het aantal uren persoonlijke verzorging of verpleging dat is geleverd en is daarmee productiegerelateerd.

Plaats in de acute zorg

Bij acute thuiszorg gaat het om dringende zorg aan ouderen die thuis wonen, waarbij de patiënten binnen afzienbare tijd hulp nodig hebben en niet kunnen wachten tot de volgende dag. De zekerheid van professionele hulpverlening in situaties die acute thuiszorg vereisen, geeft de patiënt een gevoel van veiligheid en draagt eraan bij dat ouderen langer zelfstandig/thuis blijven wonen.

Rol verzekeraar

Op dit moment kan de zorgaanbieder met het zorgkantoor onderhandelen over de module beschikbaarheid voor acute thuiszorg. Daarnaast hebben sommige zorgverzekeraars persoonsalarmering in het aanvullende pakket opgenomen. Door de vele financieringsstromen die de acute thuiszorg kent, is er geen sprake van eenduidige bekostiging.

In deze uitvoeringstoets gaat de NZa niet verder op deze vorm van acute zorg in, omdat deze buiten de scope van het advies valt.

1.9 GHOR-taken

Naast de eerder genoemde zorgaanbieders is er ook de publieke taak van geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen (GHOR). De GHOR is een taak die door gemeenschappelijke regelingen van gemeenten wordt ingevuld. De GHOR-besturen zijn per veiligheidsregio verantwoordelijk voor de bekostiging van de (voorbereiding op) rampenbestrijding. De gemeenten ontvangen hiervoor op basis van het Besluit doeluitkering rampenbestrijding van het rijk een specifieke vergoeding. Uit deze vergoeding betalen zij vooral de kosten van onder andere oefeningen, maar ook van voorzieningen en materieel dat de gebruikelijke spoedeisende hulp te boven gaat.

Het gaat hier niet om de zorgverlening zelf. Zodra er – en dat geldt ook bij ongevallen en rampen – sprake is van bijvoorbeeld ziekenhuisopnames, dan dekt de Zorgverzekeringswet de kosten van de medisch-specialistische behandeling.

Op grond van de WTZi-beleidsregels zijn toegelaten instellingen verplicht om mee te werken aan de voorbereiding op zogeheten opgeschaalde situaties (zie bijgaande box). Dit is één van de eisen om een toelating te krijgen.

Voorbereiding op opgeschaalde hulpverlening.

Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen bereiden zich in samenwerking met andere zorgverleners en diensten uit de acute ketenzorg voor op inzet in opgeschaalde situaties. Hiervoor moet de zorginstelling over een Rampen Opvang Plan te beschikken, dat zij overlegt bij de aanvraag van een toelating. De instelling moet het Rampen Opvang Plan regelmatig bijstellen op grond van ervaringen uit trainingen en oefeningen. In haar jaarverantwoording doet de zorginstelling verslag van de manier waarop zij hieraan invulling heeft gegeven.

De zorginstelling stemt haar werkwijze af met de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGZ) van de veiligheidsregio waarin de instelling is gelegen. De gemaakte afspraken worden opgenomen in een regionaal crisisplan, dat het bestuur van de veiligheidsregio vaststelt.

Toelichting

Het leveren van verantwoorde zorg heeft ook betrekking op het zorgaanbod wanneer zich zware ongevallen, crises en rampen (opgeschaalde situaties) voordoen. De eerdergenoemde zorginstellingen moeten zich hierop voorbereiden aan de hand van een Rampen Opvang Plan. De Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (Zirop) kan hiertoe behulpzaam zijn. Opleiden, trainen en oefenen zijn onderwerpen die onlosmakelijk aan een kwalitatief goed plan verbonden zijn.

Voor ambulancediensten is er een GHOR-convenant, dat in 2002 is gesloten. Dit convenant heeft tot doel om de producten en diensten te beschrijven die de RAV aan het GHOR-bestuur levert in het kader van de (voorbereiding op de) rampenbestrijding, en die uitstijgen boven datgene wat voor de reguliere acute zorg noodzakelijk is.

Bijlage 2. Onderzoek naar doelmatige marktordening van acute zorg

1. Marktafbakening

1.1 Inleiding

Met het oog op een lange termijnvisie voor de acute zorg is het belangrijk om te abstraheren van de huidige marktconstellatie. Op dit moment kan immers sprake zijn van een bepaalde organisatie en financiering van de zorg die niet optimaal hoeft te zijn. Dit geldt ook voor de huidige regulering van de markten. Deze aspecten zijn van minder gewicht voor het ontwikkelen van een lange termijnvisie. Bij een lange termijnvisie gaat het onder andere om de organisatie van de bekostiging van de zorgaanbieders, om de financiering van de zorg als geheel, om de regulering van de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars en om de rol van de overheid. In dit advies duidt de NZa de ontwikkeling van een lange termijnvisie aan als zerobasebenadering.

Bij de lange termijnbenadering staat centraal welke (deel)markten er in de acute zorg aanwezig zijn en op welke manier deze markten zich naar alle waarschijnlijkheid zouden ontwikkelen wanneer de huidige regelgeving niet bestond.

De eerste stap in de analyse die leidt tot een lange termijnvisie is om te bepalen welke markten voor de acute zorg relevant zijn. Deze analyse staat in dit hoofdstuk centraal. In dit advies zelf voert de NZa geen mededingingsrechtelijke analyse uit om de markt af te bakenen. Voor de marktafbakening maakt zij gebruik van de verschillende functionele aanspraken die Plexus Medical Group bij acute zorg onderscheidt. De NZa groepeert deze functies in vier verschillende marktsegmenten. Door te kiezen voor deze benadering staat de acute zorgvraag centraal, en niet het type zorg dat aangeboden moet worden of welke aanbieder de zorg levert. De analyse abstraheert dus van de huidige aanbodstructuur en de huidige daarop gerichte bekostiging/regulering, en zet de consument centraal.

Op basis van deze vier marktsegmenten onderzoekt de NZa welke vorm van marktordening het best bij elk segment past. Hieruit volgt ook de bekostiging per segment en is het mogelijk om te bepalen bij wie de uitvoering van de inkoop het beste kan worden ondergebracht. Er zijn vier vormen van marktordening te onderscheiden: concurrentie op de markt (vrije of gereguleerde prijzen), concurrentie om de markt (veiling, beauty contest), concurrentie tussen markten (maatstafconcurrentie of benchmarking) en geen concurrentie. In paragraaf 2.2 worden deze vormen nader beschreven. Bij de keuze voor een bepaalde marktordening houdt de NZa rekening met de specifieke kenmerken van een markt. Het gaat hier om aspecten zoals de verwachting dat er voldoende concurrentie op een markt zal ontstaan, of partijen prikkels ervaren om goed in te kopen en of zij over de mogelijkheden beschikken om zorgaanbieders tot goede prestaties te prikkelen. Bij de uitvoering van de inkoop staat de vraag centraal of het mogelijk is om de risico's privaat te verzekeren of dat het beter is om dit via overheidsregulering te doen. Bij de uiteindelijke keuze voor een marktmodel spelen de

borging van de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid een centrale rol.

Het is daarna zaak om de lange termijnvisie voor een marktmodel voor acute zorg te koppelen aan de huidige situatie. Welke vraagstukken moeten worden beantwoord en verder onderzocht? En hoe kan de transitie van de huidige situatie naar de gewenste lange termijnbenadering het best gestalte krijgen en met wat voor aspecten dient rekening te worden gehouden? Hoofdstuk 4 van de hoofdtekst gaat nader op deze aspecten in.

1.2 Marktafbakening acute zorg

1.2.1 Inleiding

In de analyse om tot een advies te komen over de inrichting van acute zorg is de eerste stap om de markten die voor dit advies relevant zijn af te bakenen. Een belangrijk criterium voor de uiteindelijk te onderscheiden functies is dat deze vraaggericht moeten zijn. De zorgvraag van de patiënt staat centraal. De meeste functies kunnen door verschillende aanbieders worden aangeboden. Voor de afbakening van de markt is het echter niet belangrijk wie de zorg levert, maar dat levering van de juiste zorg op de juiste plaats plaatsvindt. Ten opzichte van de huidige situatie staat de aanbieder dus niet langer centraal.

Als uitgangspunt hanteert de NZa de functies zoals deze beschreven zijn in de Functiecatalogus van Plexus Medical Group en het CVZ (Plexus, 2006a) en het rapport *Op weg naar inkoop van functies in de acute zorg* van Plexus Medical Group (Plexus, 2006b).⁷⁷ Om de afbakening te vereenvoudigen en omdat bepaalde functies een aantal overeenkomstige kenmerken hebben, is er geabstraheerd van de functieverdeling in de catalogus. De NZa onderscheidt binnen acute zorg de volgende vier deelmarkten:

- telefonische toegang en regie
- stabilisatie en behandeling (niet-locatiegebonden)
- acute basiszorg en acute specialistische zorg
- complexe specialistische acute zorg

De NZa werkt deze vier deelmarkten hier nu verder uit. Per functie is aangegeven wat volgens het rapport van Plexus (2006b) het macrobudget in miljoenen euro's bedraagt. Het totale macrobudget voor de acute zorg belooft ongeveer 1 miljard euro. Hierbij zijn de kosten van acute vervolgzorg (waarbij de patiënt wordt opgenomen) niet meegenomen. Voor meer details over de onderliggende functies verwijst de NZa naar de Functiecatalogus van Plexus Medical Group. Overigens benadrukt de NZa hier nogmaals dat haar advies vooral gericht is op de acute zorg in de curatieve sector. Om die reden gaat de NZa in de analyse niet in op acute zorgfuncties van de spoedeisende of crisis-GGZ en evenmin op de acute thuiszorg.

Tabel 1 van deze bijlage biedt een overzicht van de huidige aanbieders van acute zorg en welke zorgfuncties zij op dit moment leveren.

⁷⁷ <http://www.plexus.nl/page182.html>

Tabel 1. Acute zorg: functies en aanbieders

Aanbieders Functies	Huisarts	Ambulance	HAP	SEH	Trauma- centrum	Trauma- heli
Telefonische toegang en regie	x	x	x			
Stabilisatie en spoedvervoer		x				x
Mobiele behandeling		x			x	x
Mobiele verpleging		x				
Mobiele verzorging		x				x
Geprotocolleerde zorg	x	x	x	x		
Basisbehandeling	x		x	x		
Behandeling met aanvullende diagnostiek				x	x	
Multitrauma					x	x
Verpleging				x		

1.2.2 Telefonische toegang en regie

Iedereen met een acute medische zorgvraag op het gebied van somatiek, verpleging, verzorging of psychiatrie kan - naast het fysiek bezoeken van een acute zorgverlener - 112 (vooral voor ambulancevervoer), de huisarts of de huisartsenpost bellen. Het macrobudget bedraagt 106 miljoen euro.

De triagist interpreteert en analyseert de zorgvraag op de juiste manier om de urgentie in te schatten en de geschikte zorg te bepalen. Er zijn hiervoor in Nederland verschillende triagesystemen in gebruik. In navolging van de Zorgcatalogus (Plexus, 2006a) gebruikt de NZa het systeem dat de traumacentra hanteren. Volgens dit systeem zijn voor de acute zorg vier urgentieniveaus te onderscheiden:

- U1: levensbedreigende acute zorgvragen;
- U2: een spoedeisende, maar niet levensbedreigende zorgvraag;
- U3: dringende zorg, omdat de (huis)arts de patiënt om medische of emotionele redenen binnen een bepaalde tijd gezien moet hebben;
- U4: een hulpvraag zonder tijdsdruk, eventueel met advies van een doktersassistente of een geplande afspraak met de huisarts.

Afhankelijk van de telefonische triage vindt registratie van de benodigde vervolgstappen plaats. Deze vervolgstappen omvatten het inschakelen van de dichtstbijzijnde beschikbare ambulance, crisisteam of visiteauto met huisartsgeneeskundige expertise, met verpleegkundige expertise of verzorging expertise. Het is ook mogelijk om de zorgvrager door te verwijzen naar het dichtstbijzijnde zorgpunt waar op dat moment de juiste deskundigheid en expertise aanwezig is om de zorgvraag te behandelen. De triagist kan de zorgvrager bij dat zorgpunt ook inplannen of vooraanmelden.

1.2.3 Stabilisatie en vervoer

De zorgverlening op de deelmarkt stabilisatie en vervoer is niet aan een bepaalde locatie gebonden. De zorgverlener bezoekt, meestal na telefonische triage, de locatie waar de zorgverlening moet plaatsvinden. De kern van de zorg op deze deelmarkt is dat de zorgverlener de patiënt wanneer dat nodig is stabiliseert of dat hij ter plaatse zorg verleent, en dat wanneer nodig de patiënt vervolgens vervoerd wordt naar een locatie

waar hij vervolgzorg kan krijgen. Ook tijdens het vervoer van de patiënt kan er zorgverlening plaatsvinden. Het is mogelijk om op deze deelmarkt de volgende zorgfuncties te onderscheiden:

- stabilisatie en spoedvervoer
- mobiele behandeling
- mobiele verpleging
- mobiele verzorging

De functie stabilisatie en spoedvervoer is bedoeld voor levensbedreigende en spoedeisende zorg, waarbij vitale levensfuncties in gevaar lijken te zijn. Belangrijke kenmerken van deze functie zijn het snel ter plaatse zijn, stabilisatie, de juiste locatie en vervolgzorg kiezen en de patiënt daarheen vervoeren. Wanneer nodig kan op de locatie of tijdens het vervoer al zorgverlening plaatsvinden. Voorbeelden van deze functie zijn de inzet van een ambulance of traumahelikopter bij (multi)trauma's of bij acute ademhalingsproblemen. Het macrobudget voor deze functie bedraagt 244 miljoen euro.

Mobiele behandeling is de zorgfunctie voor iedereen met medische zorgvragen van een uiteenlopende urgentie, waarbij er een kleine kans op schade is. Belangrijk is dat er iemand met huisartsgeneeskundige expertise paraat is om te reageren op een oproep. Deze persoon kan vervolgens ter plaatse een diagnose stellen, zorg verlenen en wanneer dat nodig is bepalen welke vervolgzorg noodzakelijk is (inclusief de functie stabilisatie en spoedvervoer). Voorbeelden van concrete zorgvragen zijn een kind met hoge koorts, acute en heftige hoofdpijn, en aanhoudend braken. Het macrobudget voor deze functie bedraagt 116 miljoen euro.

Mobiele verpleging is erop gericht om cliënten van de thuiszorg met de indicatie *verpleging extra* of *gespecialiseerde verpleging* op afroep aanvraagbare/niet-planbare acute zorg te verlenen. Als dit niet binnen 24 uur gebeurt, dan zijn grote gezondheidsrisico's het gevolg, verslechtert naar alle waarschijnlijkheid de gezondheid van de cliënt of raakt de mantelzorg overbelast. Voorbeelden van mobiele verpleging zijn wondverzorging en toediening van medicatie. Voor deze zorg moet iemand met verpleegkundige expertise gereed staan, die ter plaatse verpleegkundige handelingen kan verrichten en wanneer dat nodig is vervolgzorg (mobiele behandeling) kan inschakelen. Het macrobudget voor deze functie bedraagt 7 miljoen euro.

Mobiele verzorging lijkt veel op de functie mobiele verpleging. De cliënten hebben echter de indicatie *persoonlijke verzorging extra* of *persoonlijke verzorging speciaal*. Daarnaast heeft de zorgverlening met activiteiten van het dagelijks leven te maken, zoals toiletbegeleiding. De hulpverlener is iemand met verzorgingsexpertise. Het macrobudget voor deze functie bedraagt 20 miljoen euro.

Overigens is het mogelijk om ook mobiele psychiatrische crisishulp tot dit deelsegment te rekenen. In deze analyse gaat de Nza hier niet op in, omdat deze vorm van zorg buiten de definitie van acute zorg vallen die zij in dit advies hanteert. Zie in dit verband paragraaf 2.1 van de hoofdtekst van deze uitvoeringstoets.

1.2.4 Acute basiszorg en acute specialistische zorg

Acute basiszorg en acute specialistische zorg is de relatief eenvoudige behandeling van patiënten die op een bepaald zorgpunt plaatsvindt aan personen met een uiteenlopende urgentie. Plexus Medical Group hanteert voor deze categorie overigens de term *basisbehandeling*. In dit advies

verdeelt de NZa de categorie basisbehandeling op basis van de economische kenmerken van de zorg in acute basiszorg door huisartsen, HAP's en SEH's en de specialistische zorg door de SEH's.

De functies die onder deze zorg vallen zijn:

- geprotocolleerde zorg
- basisbehandeling
- behandeling met aanvullende diagnostiek

Geprotocolleerde zorg omvat de behandeling van regelmatig voorkomende, niet-levensbedreigende medische zorgvragen volgens protocol, zoals eenvoudige wonden en oorpijn. Dit gebeurt op een bepaald zorgpunt door een hulpverlener met verpleegkundige expertise (en in sommige gevallen verzorgingsexpertise) en onder supervisie van een (huis)arts. De arts kan ook medicatie voorschrijven en de patiënt doorverwijzen voor vervolgzorg. Het macrobudget voor deze functie bedraagt 15 miljoen euro.

Bij de functie basisbehandeling gaat het om de niet-protocolleerbare behandeling van medische zorgvragen met uiteenlopende urgentie, maar waarvoor in eerste instantie geen aanvullende diagnostiek noodzakelijk is. Voorbeelden zijn buikpijn of extreem hoge koorts en een epileptische aanval. Een hulpverlener met (huis)artsgeneeskundige expertise stelt op het zorgpunt de diagnose en voert de basisbehandeling uit. Het macrobudget voor deze functie bedraagt 58 miljoen euro.

De behandeling met aanvullende diagnostiek omvat de niet-protocolleerbare behandeling van medische zorgvragen met uiteenlopende urgentie, waarbij aanvullende diagnostiek noodzakelijk is. Voorbeelden hiervan zijn een eenvoudige botbreuk of hevige buikpijn. Een hulpverlener op het zorgpunt met SEH-expertise of medische specialistische expertise stelt met behulp van aanvullende diagnostiek het toestandsbeeld vast. Ook een complexe behandeling voert deze hulpverlener op het zorgpunt uit. Het macrobudget voor deze functie bedraagt 234 miljoen euro.

Overigens is het mogelijk om ook psychiatrische crisishulp tot dit deelsegment te rekenen. In deze analyse gaat de NZa hier niet op in, omdat deze vormen van zorg buiten de definitie van acute zorg valt die zij in deze uitvoeringstoets hanteert. Zie in dit verband paragraaf 2.1 van de hoofdtekst.

1.2.5 Complexe specialistische acute zorg

Bij de categorie complexe specialistische acute zorg gaat het om de behandeling van acute en levensbedreigende zorgvragen (urgentieniveau 1 en 2) waarvoor medisch-specialistische kennis vereist is. Bij complexe vervolgzorg vindt de zorgverlening veelal in eerste instantie op de SEH plaats. Afhankelijk van de zorgvraag krijgt de patiënt de vervolgbehandeling in de operatiekamer, de intensive care of de kliniek.

De complexe vervolgzorg bestaat uit de volgende functies:

- algemene complexe vervolgzorg
- hartinfarct zorg
- multitrauma zorg
- Cerebro Vasculair Accident (CVA)-zorg

Algemene complexe vervolgzorgverlening is gericht op iedereen die algemene acute operatieve ingrepen moet ondergaan, zoals bij acute appendicitis, een aneurysma, een abces en een open fractuur.

Hartinfarctzorg is de functie voor patiënten met een levensbedreigend myocard (hart)infarct.

Multitrauma zorg krijgt iedereen met een levensbedreigend multitrauma zoals nek- en wervelletsel, schot- en steekwonden, en aangezichtsmond en kaakletsel. Het macrobudget voor deze functie bedraagt 3 miljoen euro.

CVA-zorg wordt verleend aan patiënten met een levensbedreigend cerebro vasculair incident, zoals een hersenbloeding of een herseninfarct.

Overigens is het mogelijk tot dit deelsegment ook psychiatrische zorg en de behandeling van complicaties bij zwangerschappen te rekenen. In deze analyse gaat de NZa hier niet op in omdat deze vormen van zorg buiten de definitie van acute zorg vallen die zij in deze uitvoeringstoets hanteert. Zie in dit verband de hoofdtekst van dit advies, paragraaf 2.1.

2. Marktmodellen

Op basis van de marktsegmenten die de NZa in de vorige paragraaf heeft onderscheiden, geeft zij in dit hoofdstuk een overzicht van mogelijke toekomstige marktmodellen voor de acute zorg. Een zerobasebenadering staat hierbij centraal. Voor de analyse is gebruik gemaakt van een soortgelijke methodiek als de NZa in de uitvoeringstoets *Care voor de toekomst* heeft gebruikt.⁷⁸ De NZa begint met een analyse van de fundamentele kenmerken van de marktsegmenten, dit om na te gaan waar vormen van marktfalen kunnen optreden en welke aspecten een goed functionerende markt in de weg staan. Het uitgangspunt bij de analyse van de NZa is het streven naar een uitkomst waarin marktprikkels zoveel mogelijk functioneren en zoveel mogelijk vrijheden worden belegd bij aanbieders en verzekeraars waaronder het recht om zelf over prijs, kwaliteit en investeringen afspraken te maken. Overheidsingrijpen is gerechtvaardigd wanneer dit op basis van marktfalen of andere ongewenste effecten nodig is. Dit zorgt ervoor dat de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid geborgd zijn en de juiste taken door de overheid worden verricht.

Deze paragraaf gaat eerst in op de gehanteerde methodologie. Aan welke condities moet een markt voldoen voordat het mogelijk is om vrije prijsvorming te introduceren en met welke mogelijke externe effecten moet rekening worden gehouden? Daarna bekijkt de NZa per marktsegment of aan deze condities is voldaan en of vrije prijsvorming mogelijk is; zo niet, dan bepaalt zij welke marktordening in dat geval de publieke belangen optimaal borgt. Per marktsegment stelt de NZa daarnaast vast wie het beste de uitvoering van de inkoop op zich kan nemen. De combinatie van deze twee aspecten bepaalt het optimale marktmodel per markt.

2.1 Beoordelingskader

Voor de analyse van de fundamentele kenmerken van de markten hanteert de NZa de meetlat die is opgenomen in het *Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg* dat de NZa in februari 2007 heeft gepubliceerd.⁷⁹ In deze meetlat is een overzicht opgenomen van de factoren die de NZa betreft bij haar advisering om een markt vrij te geven. De invulling van de meetlat voor een bepaalde markt geeft antwoord op de vraag of in een markt de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn en of de consumentenbelangen voldoende geborgd zijn. Hij geeft daarmee aan op welke gebieden een markt vanuit een zerobasebenadering niet functioneert en er sprake is van marktfalen.⁸⁰

⁷⁸ Dit document is te vinden op www.nza.nl

⁷⁹ Dit document is te vinden op www.nza.nl

⁸⁰ De factoren die de NZa in de meetlat heeft opgenomen zijn iets anders geformuleerd dan in het Theoretisch kader, dit omdat de vraagstelling anders is. In een zerobasebenadering wordt immers geabstraheerd van de huidige situatie, terwijl bij de meetlat die in het visiedocument is gepresenteerd de bestaande situatie centraal staat. Een belangrijke voorwaarde in de meetlat voor vrije prijsvorming - voor een markt die nu nog is gereguleerd is - is bijvoorbeeld dat er voldoende aanbieders op een markt moeten opereren. Vanuit een zerobasebenadering gaat het echter om de vraag of de verwachting is dat er voldoende aanbieders op een markt gaan concurreren. In dat geval is er sprake van abstrahering van enige regulering op een markt. De factoren worden dus vanuit een iets andere invalshoek geformuleerd.

Om te kijken of vrije prijsvorming op de verschillende markten voor acute zorg mogelijk is, zijn de volgende factoren van belang:

- *Transparantie* De ingekochte prestatie moet transparant zijn. Hierbij moeten de prestatieomschrijvingen uniform en niet multi-interpretabel zijn. Voor een consument/verzekeraar en een zorgaanbieder moet duidelijk zijn welk product gevraagd en geleverd wordt. Verder is het essentieel dat de koper en gebruiker goed geïnformeerd zijn over de prijs en de kwaliteit van de zorg en op basis hiervan welbewust een keuze voor een aanbieder kunnen maken. In de zorg is het niet altijd mogelijk om volledig inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg en in kwaliteitsverschillen tussen aanbieders. Om die reden is het belangrijk dat er voor de zorg die geleverd wordt eenduidige (minimum)kwaliteitseisen gelden en er op die manier voor te zorgen dat de kwaliteit geborgd is.
- *Markttoegang* Er moet op de markt geen sprake zijn van duurzame schaarste. De aanwezigheid van schaarste kan tot hoge prijzen leiden en de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in gevaar brengen. Schaarste wordt vooral veroorzaakt door de aanwezigheid van toetredingsdrempels. Vanuit een zerobasebenadering is het daarom belangrijk om te kijken of er sprake is van fundamentele drempels die de toetreding van nieuwe partijen in een situatie van schaarste in de weg staan. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om producten die hoge specifieke investeringen vergen die na toetreding verzonken zijn en om producten die al dan niet gekoppeld zijn aan een bepaalde schaalgrootte om de markt te betreden of aan specialistische kennis die noodzakelijk is om op een markt te opereren. Voor curatieve zorg in het algemeen (en ook voor de acute zorg) geldt daarbij dat naarmate de zorg complexer is, deze uitsluitend in zorginstellingen met een bepaalde schaalgrootte kan plaatsvinden. De kans is daardoor groter dat er schaarste optreedt.
- *Voldoende keuzemogelijkheden, geen overstapbelemmeringen* Voor een goed werkende markt is het van belang dat klanten/inkopers uit voldoende aanbod kunnen kiezen en dat zij als zij niet tevreden zijn over de geleverde zorg gemakkelijk van aanbieder kunnen wisselen. Er moet dan ook geen sprake zijn van *lock-in*-effecten.
- *Prikkel om efficiënt in te kopen* Aan de vraagzijde is het van belang dat de kopers een prikkel ervaren om efficiënt in te kopen. Het gaat hierbij zowel om de kwaliteit als de prijs van de geleverde zorg. De NZa maakt in haar analyse onderscheid tussen de inkoopprikkel van individuele consumenten en zorgverzekeraars. Inkopers moeten daarnaast over de mogelijkheid beschikken om goed in te kopen. Zorgverzekeraars moeten mogelijkheden hebben om hun patiënten bij hun keuze voor een aanbieder te ondersteunen. Als verzekeraars een bepaalde aanbieder niet contracteren omdat deze geen goede kwaliteit levert, maar patiënten van deze aanbieder toch gebruik blijven maken, dan is het voor een verzekeraar moeilijk om goede zorg in te kopen.⁸¹
- *Marktmacht* Aan de aanbodzijde is het van belang dat zorgaanbieders niet over duurzame marktmacht beschikken. Er is sprake van marktmacht als een verzekeraar of aanbieder zich ten opzichte van concurrenten of consumenten onafhankelijk kan gedragen. Dit kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van schaalgrootte. Inkopers moeten over een bepaalde inkoopmacht beschikken om goede afspraken op het

⁸¹ In haar rapport *Richting geven aan keuzes* gaat de NZa dieper in op de randvoorwaarden die het verzekeraars mogelijk moet maken om in het huidige stelsel aan keuzeondersteuning te doen.

gebied van kwaliteit en prijs te kunnen maken. Zij moeten van hun inkoopmacht echter geen misbruik maken.

- **Externe effecten** Het is ook van belang om rekening te houden met mogelijke negatieve externe effecten die op ongereguleerde markten kunnen optreden. Het gaat hierbij om effecten die bijvoorbeeld tot een inefficiënte allocatie van zorg kunnen leiden of de samenwerking tussen verschillende zorgverleners kunnen verstoren. Negatieve externe effecten kunnen gevolgen hebben voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. De keuze voor een marktmodel hangt mede af van de mogelijkheden om eventuele negatieve externe effecten te ondervangen.

In tabel 2 van deze bijlage zijn de externe effecten die kunnen optreden op de markt voor acute zorg weergegeven.

Tabel 2. Mogelijke externe effecten in de markt voor acute zorg

Effect	Omschrijving
Afwenteleffecten	De prikkel die verzekeraars of aanbieders kunnen hebben om kosten of risico's op elkaar af te wentelen als er sprake is van ongelijke bekostigingssystemen. Als een verzekeraar bijvoorbeeld risico draagt in de eerstelijns, maar niet in de tweedelijns, dan kan er een prikkel zijn om patiënten die doelmatiger in de eerstelijns te behandelen zijn toch in de tweedelijns te laten behandelen.
Coördinatieproblemen	Mogelijke afstemmingsproblemen wanneer meerdere zorgaanbieders of meerdere zorginkopers verantwoordelijk zijn voor het verlenen van delen van zorg aan dezelfde klant of groepen van klanten. Denk hierbij binnen de acute zorg aan de overdracht van patiënten van ambulance aan ziekenhuis. Een ander voorbeeld is de afstemming tussen verschillende centrales die de meldingen van een acute zorgvraag binnenkrijgen.
Risicoselectie	Selectie door verzekeraars of aanbieders op risico's. Als een aanbieder een vast bedrag per behandeling of per patiënt krijgt, heeft hij een prikkel om moeilijk behandelbare patiënten te weren. Verzekeraars hebben ook een prikkel om mensen met slechte gezondheidsrisico's te weren als zij de kosten niet volledig vergoed krijgen.

In theorie is een markt geschikt voor vrije prijsvorming als in positieve zin aan bovenstaande voorwaarden is voldaan. In een geliberaliseerde markt worden de publieke belangen op de volgende manier geborgd:

Toegankelijkheid: Op een vrije markt zullen nieuwe aanbieders toetreden en bestaande aanbieders hun capaciteit uitbreiden op het moment dat de vraag groter is dan het aanbod. Eventuele schaarste (en daaraan gerelateerde hoge prijzen) zullen daarom hooguit van tijdelijke aard zijn.

Kwaliteit: Als de kwaliteit transparant is, kunnen cliënten de kwaliteit vooraf beoordelen en als deze tekortschiet overstappen naar andere aanbieders. Dit zorgt ervoor dat aanbieders stimulansen ervaren om een goede prijs-kwaliteitverhouding aan te bieden. Daarnaast zorgt de overheid voor de borging van een minimumkwaliteitsniveau.

Betaalbaarheid: In een concurrerende omgeving zullen zorgaanbieders niet een te hoge prijs vragen. Doen zij dat wel, dan lopen zij de kans dat de inkopers een andere aanbieder kiezen wanneer deze eenzelfde kwaliteit tegen een lagere prijs kan leveren.

Het is goed om op te merken dat er tussen de borging van de publieke belangen een afruil kan optreden. Een hogere kwaliteit kan ten koste gaan van de betaalbaarheid of toegankelijkheid van de zorg. Vooral bij erg complexe vormen van zorg geldt bijvoorbeeld dat hoe meer operaties op een bepaalde locatie of via een bepaalde specialist plaatsvinden, des te hoger de kwaliteit van de behandeling is. Dit komt omdat die

specialist over meer ervaring beschikt en routinematiger kan werken, waardoor hij minder fouten maakt. Er is dan wel sprake van een directe afruil met de toegankelijkheid van de zorg als dit inhoudt dat patiënten voor hun zorg verder moeten reizen en bijvoorbeeld geen gebruik kunnen maken van de dichtstbijzijnde aanbieder.

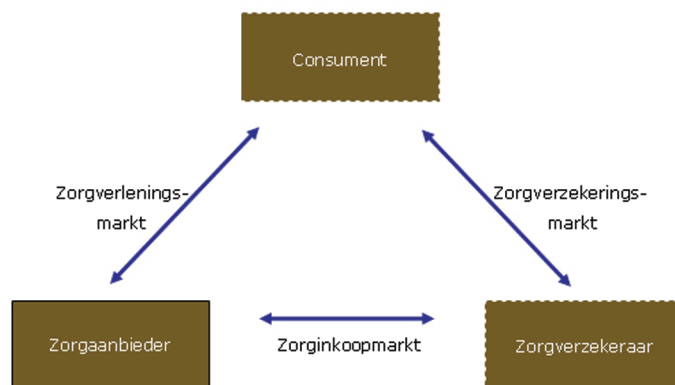
Als een markt niet aan de genoemde criteria voldoet, betekent dit niet automatisch dat er geen vrije prijsvorming mogelijk is. Ingrijpen door de overheid kan kosten en verstoringen met zich meebrengen en daarom niet wenselijk zijn.⁸² Het huidige aanbod van acute zorg is bijvoorbeeld vrijwel volledig gereguleerd (toetreding, investeringen en prijsvorming). Dit leidt in de praktijk vooral tot afwenteleffecten en coördinatieproblemen, waardoor de markt niet goed functioneert. In de praktijk is het voor vrije prijsvorming op een markt daarom van belang dat in voldoende mate aan de genoemde voorwaarden is voldaan.

2.2 Mogelijke vormen van marktordening

2.2.1 Inleiding

De acute zorgfuncties worden geleverd in de zorgverleningsmarkt: de zorgaanbieder levert de noodzakelijke of de gevraagde zorg aan de patiënt (consument). De organisatie en de bekostiging vinden plaats op de zorginkoopmarkt, waar verzekeraars de zorg die zij verwachten voor hun verzekerden nodig te hebben inkopen bij de aanbieders. Op de zorgverzekeringsmarkt sluit de consument een zorgverzekering af met de zorgverzekeraar naar keuze. In figuur 3.1 staan de drie markten in de gezondheidszorg weergegeven.

Figuur 3.1. Markten in de gezondheidszorg



Bron: NZa

2.2.2 Zorgverleningsmarkt

Op basis van voorgaande marktanalyse is het mogelijk om een keuze te maken tussen vier verschillende vormen van marktordening op de zorgverleningsmarkt.

⁸² Een mogelijke vorm van overheidsregulering is een tarief dat gebaseerd is op de gemiddelde kosten. Dit brengt het risico met zich mee dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met afwijkende specifieke (regionale) omstandigheden. Als dit tarief in bepaalde regio's te laag is en schaarste op de markt veroorzaakt, dan kan dit de toetreding van nieuwe aanbieders belemmeren. In een markt met gereguleerde prijzen zijn de prikkels voor aanbieders om in kwaliteit te investeren eveneens lager.

Mogelijke vormen van marktordening

De economische literatuur onderscheidt vier vormen van concurrentie: concurrentie op de markt, concurrentie om de markt, concurrentie door vergelijking en geen concurrentie. Hieronder komen kort de effecten van deze vormen van mededinging aan de orde. Deze passage is grotendeels ontleend uit de uitvoeringstoets ziekenhuisbekostiging, *De zichtbare hand*, die de NZa in april 2006 heeft gepubliceerd.

Concurrentie op de markt

De eerste, meest bekende vorm van concurrentie is concurrentie op de markt. Dit houdt in dat meerdere aanbieders op een markt concurreren om de gunst van de vragers. De vragers kunnen dus op ieder moment uit verschillende aanbieders kiezen. Bovendien staat het aanbieders vrij om toe- en uit te treden. De prijzen komen tot stand door het evenwicht tussen vraag en aanbod. Uitgezonderd het verbod op monopolies of op een andere manier dominante marktpartijen en op excessief lage prijzen (roofprijzen) of excessief hoge prijzen (woekerprijzen), is de prijsvorming op de meeste markten niet nader aan banden gelegd. Op markten in transitie kan de overheid ook regulerend optreden, bijvoorbeeld door de prijsvorming binnen een bepaalde bandbreedte te laten plaatsvinden. Naast de prijs is ook de kwaliteit een concurrentieparameter: in het algemeen zullen consumenten kiezen voor de zorgaanbieder met de beste prijs-kwaliteitverhouding.

Vanwege het maatschappelijke belang dat aan kwaliteit wordt gehecht, kan er een taak voor de overheid zijn om in een verder ongereguleerde markt toe te zien op een minimum aan kwaliteit.⁸³ De overheid kan dan minimumkwaliteitseisen opleggen en specifiek toezien op de naleving van deze eisen. Net als in de huidige situatie kan zij er voor kiezen om deze taken onder te brengen bij een onafhankelijke instantie zoals de IGZ.

Voor de markt voor acute zorg geldt daarnaast dat er mogelijk een taak voor de overheid ligt om de toegankelijkheid van de zorg te borgen. Vooral bij de acute zorg geldt dat hoe eerder het mogelijk is om een patiënt te behandelen, des te meer gezondheidswinst dit oplevert. De overheid kan daarom eisen stellen aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg. De overheid kan de toegankelijkheid borgen door hiervoor normen vast te leggen, zoals dat ook nu gebeurt. In de huidige praktijk geldt bijvoorbeeld dat ambulances een aanrijdtijd van vijftien minuten hebben en dat zij patiënten daarna binnen 30 minuten - de zogenaamde afrijdtijd - bij een ziekenhuis moeten kunnen afleveren. Dit borgt dat burgers in vooral de meer dunbevolkte gebieden er vanuit kunnen gaan dat zij binnen een bepaalde tijd en binnen een bepaalde afstand hulp krijgen.

Binnen de randvoorwaarden die de overheid voor kwaliteit en toegankelijkheid stelt, zorgt vrije prijsvorming voor voldoende prikkels voor partijen om in kwaliteit te investeren en efficiënt te opereren.

Concurrentie op de markt kan dus variëren tussen volledig vrije concurrentie en in meer of mindere mate gereguleerde concurrentie. De kans op mogelijke vormen van marktfalen bepaalt de mate van regulering die nodig is om de marktuitsluiting met de hoogste welvaart te bereiken. In de ziekenhuiszorg is er voor de acute zorg op dit moment sprake van sterk gereguleerde concurrentie.

⁸³ Voor een overzicht van de huidige minimumvereisten die het ministerie van VWS aan basisziekenhuizen stelt wanneer zij spoedeisende zorg willen aanbieden zie VWS (2002), *Positionering algemene ziekenhuizen*, brief aan de Tweede Kamer van 27 september en *Spreiding ziekenhuiszorg*, brief aan de Tweede Kamer, 1 februari 2002. Het gaat hier onder andere om de aanwezigheid van bepaalde poortspecialismen, de eis dat basisziekenhuizen 24-uurs spoedeisende zorg moeten kunnen bieden en dat er bepaalde IC-faciliteiten aanwezig moeten zijn.

Concurrentie om de markt

De tweede concurrentievorm is concurrentie om de markt. Deze concurrentie komt veel voor in markten waar sterke schaalvoordelen in het productieproces te behalen zijn of waar het nodig is om de coördinatie van een bepaalde dienst bij een aanbieder onder te brengen. Concurrentie op de markt is dan niet goed mogelijk.

Bij concurrentie om de markt concurreren meerdere aanbieders met elkaar om het recht om op een bepaalde markt actief te zijn. De overheid organiseert dan als het ware concurrentie om een monopolie of oligopolie. Bij deze vorm van concurrentie concurreren aanbieders via bijvoorbeeld een veiling of aanbesteding ('schoonheidswedstrijd') om het recht om gedurende een bepaalde tijd onder bepaalde condities een markt te mogen bedienen. Het kan hier om zowel kwaliteitseisen als toegankelijkheidseisen gaan. De overheid kan vanuit het oogpunt van kwaliteit en de gewenste concentratie van specialisaties ook eisen stellen aan de toelating van instellingen.

Tijdens de duur van de concessie mogen andere aanbieders geen producten of diensten op de betreffende markten aanbieden. De aanbieder die de concessie weet te verwerven, bezit dus tijdelijk een wettelijke monopoliepositie. Dit is de facto het geval voor de ambulancezorg.

Concurrentie door vergelijking

De derde vorm van mededinging is concurrentie door vergelijking, ook wel *gesimuleerde concurrentie* genaamd. Het is mogelijk om voor deze vorm van concurrentie te kiezen als aanbieders over een machtspositie beschikken doordat er sprake is van toetredingsdrempels, bijvoorbeeld als het gevolg van sterke schaalvoordelen. Ook hier geldt dat concurrentie op de markt dan veelal niet goed mogelijk is.

In dat geval is namelijk sprake van nabootsing van concurrentie door middel van een vergelijking van de prestaties van de verschillende aanbieders. Er bestaan verschillende vormen van concurrentie door vergelijking, variërend in de mate waarin de uitkomsten van de prestatievergelijking gevolgen heeft. Ingeval van benchmarking vindt vergelijking van de prestaties van aanbieders onderling plaats, waarna aanbieders inzicht krijgen in elkaars prestaties; er worden echter van hogerhand geen gevolgen aan verbonden. Het idee is dat de uitkomsten van de vergelijking aanbieders aanspoort om zelf tot doelmatigheidsverbeteringen over te gaan. Bij maatstafconcurrentie daarentegen geeft een toezichthouder op basis van vergelijking elke zorgaanbieder een doelstelling. Doordat aanbieders gedwongen zijn zich aan deze maatstaf te houden, worden de mogelijke doelmatigheidsverbeteringen afgedwongen.

Een studie van het Centraal Planbureau (CPB, 2000) noemt vier randvoorwaarden

waaronder maatstafconcurrentie mogelijk is. Ten eerste moet er een vorm van marktfalen bestaan, bijvoorbeeld sterke vormen van schaalvoordelen of hoge toetredingsdrempels (op de betreffende markt of op markten voor belangrijke productiefactoren zoals personeel). Ten tweede moeten aanbieders vergelijkbaar zijn, anders valt er geen zinnige maatstaf te bedenken of is er eenvoudigweg geen sprake van vergelijkingsmateriaal. Ten derde moeten aanbieders over informatie beschikken die voor toezichthouders niet of lastig te verkrijgen is. In plaats van het opvragen van de private informatie (dat vaak een tijdrovend en kostbaar proces is) kunnen aanbieders met dergelijke private informatie worden geprikkeld om die informatie te benutten om doelmatiger te produceren. Ten vierde moet de output van partijen verifieerbaar zijn.

Geen concurrentie

Bij de vierde concurrentievorm ontbreekt concurrentie. In sommige gevallen is concurrentie namelijk onmogelijk of zijn de risico's die met vrije prijsvorming of gereguleerde marktwerking samenhangen te groot, waardoor zij nadelig kunnen uitwerken op de publieke belangen. In dat geval kan het wenselijk zijn dat de overheid de tarieven vaststelt, of het eigendom of de exploitatie van specifieke zorginstellingen zelf in handen neemt.

Dit is bijvoorbeeld het geval als het vaststellen van gereguleerde prijzen vanuit maatschappelijk oogpunt gewenst is, maar aanzienlijke kosten met zich meebrengt. De verwachte baten van het risicodragend maken van zorgaanbieders wegen dan niet op tegen de reguleringskosten. Een verkeerde prijsstelling kan tot ongewenste effecten leiden. Een te lage prijs kan bijvoorbeeld tot onderinvestering leiden en de toegankelijkheid of kwaliteit van de zorg in gevaar brengen. Een te hoog vastgestelde prijs kan tot excessieve winsten leiden. Daarnaast kan het vanuit maatschappelijk oogpunt ongewenst zijn dat bepaalde gespecialiseerde instellingen het risico lopen om failliet te gaan, waardoor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van hun gespecialiseerde zorg in gevaar komen.

De overheid kan ervoor kiezen om de instellingen zelf te exploiteren en het eigendom over te nemen. Alle risico's liggen dan bij de overheid. De gevolgen van het vaststellen van verkeerde tarieven of het 'omvallen' van een instelling zijn dan beperkt, omdat de overheid alle risico's dekt. Een goed voorbeeld hiervan in de huidige situatie is bijvoorbeeld de exploitatie van de GGD-ambulancediensten.

2.2.3 Zorgverzekeringsmarkt

Ook op de zorgverzekeringsmarkt is een keuze tussen verschillende marktmodellen mogelijk. In eerste instantie zijn er twee marktmodellen denkbaar. De eerste optie is om de risico's privaat te verzekeren, zoals dat nu ook binnen de huidige Zorgverzekeringswet gebeurt. De tweede optie is om de overheid alle risico's te laten dragen. De uitvoering van een publieke verzekering kan zij vervolgens onderbrengen bij publieke of private uitvoeringsorganen. In bijgaande box zijn beide opties nader uitgewerkt.

Voor de analyse veronderstelt de NZa dat aan de volgende randvoorwaarden is voldaan.

- De zorgverzekeringsmarkt is voldoende concurrerend.
- Verzekerden kunnen uit voldoende verzekeraars kiezen.
- De verzekeringsmarkt is transparant.
- Verzekerden kunnen één keer per jaar van verzekeraar veranderen.
- Zorgverzekeraars zijn risicodragend en mogen naar winst streven.
- Verzekeraars mogen geen premiedifferentiatie toepassen en hebben een acceptatieplicht.
- Verzekerden hebben een verzekeringsplicht.
- Er is een basispakket aan zorg waarin de meest noodzakelijke zorg, waaronder acute zorg, is opgenomen.
- Er is sprake van een adequaat risicovereveningssysteem.
- Verzekeraars hebben een zorgplicht. Als verzekeraars niet aan deze zorgplicht voldoen, dan legt de overheid zware sancties op. Binnen de zorgplicht zijn duidelijke specifieke eisen opgenomen over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg. Een voorbeeld is de eis dat er per week 7x24 uur acute zorg beschikbaar moet zijn.
- De overheid is verantwoordelijk voor het stellen van minimumkwaliteitseisen.

Private verzekering

Een private verzekering wordt aangeboden door verzekeraars die met elkaar in concurrentie staan. In principe kunnen zij zowel natura- als restitutiepolissen aanbieden. De klant kan dus zelf kiezen welke polis het beste bij hem past.

Voor de private verzekerbareheid van een risico gelden een aantal voorwaarden:

Het risico moet verzekerbare zijn. Het gaat om verzekeringen tegen de kosten van gebeurtenissen die zich in de toekomst kunnen voordoen. Zodra vaststaat dat een gebeurtenis zich voordoet, is het niet langer mogelijk of financieel wenselijk om hiertegen een verzekering af te sluiten.⁸⁴

Het risico moet calculeerbaar zijn. De verzekeraar moet vooraf de gevolgen van het dragen van een risico kunnen overzien.

Om ervoor te zorgen dat verzekeraars daarnaast prikkels ervaren om doelmatig in te kopen, geldt verder dat:

Het risico moet beheersbaar zijn. De verzekeraar dient zelf invloed te kunnen uitoefenen op de totale schadelast. In verzekeringsmarkten worden daarvoor risicoselectie en premiedifferentiatie als instrument gebruikt, maar in de Zorgverzekeringswet zijn die wettelijk verboden. Wat dus overblijft is de inkoop van zorg. Het is verder mogelijk om de beheersbaarheid van de risico's te verbeteren door bijvoorbeeld maatregelen te nemen op het gebied van preventie, die de verzekeraar aan de verzekerde kan opleggen.

Publieke verzekering

Als het niet mogelijk is om aan de voorwaarden voor een private verzekering te voldoen, dan bestaat het alternatief om voor een publieke uitvoering te kiezen. De overheid fungeert dan als inkoper van zorg. Alle ingezetenen van een land zijn van rechtswege verzekerd en verplicht om premie te betalen. Een reden om te kiezen voor een publieke voorziening is bijvoorbeeld dat het gaat om risico's die niet verzekerbare zijn. De overheid zorgt er dan door middel van een publieke verzekering voor dat de toegankelijkheid van de zorg toch gewaarborgd blijft. Dit gold bijvoorbeeld in eerste instantie voor de zorg die onder de AWBZ valt; deze verzekering was oorspronkelijk bedoeld voor bepaalde praat onverzekerbare risico's, zoals de gevolgen van een aangeboren handicap.

Het is ook mogelijk om op solidariteitsgronden voor een publieke verzekering te kiezen. Bijvoorbeeld om risicoselectie of adverse selectie door verzekeraars te beperken en ook mensen met een slechte gezondheid de mogelijkheid te geven om zich te verzekeren. Bij een publieke verzekering is sprake van een verzekerd en afdwingbaar recht op zorg. Er kan daarom een inherente spanning bestaan tussen de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Een recht op zorg kan namelijk tot een budgettaire druk leiden en tot wachtlijsten als het budget wordt overschreden.

De uitvoering van een publieke verzekering kan de overheid onderbrengen bij publieke of private uitvoeringsorganen. De keuze om voor een publiek of praat uitvoeringsorgaan te kiezen, is grotendeels afhankelijk van de mate waarin concurrentie tussen uitvoerders

⁸⁴ De verzekerde zou dan bijvoorbeeld in verhouding tot de gedekte risico's een dermate hoge premie moeten betalen om een polis af te sluiten, dat het voordeliger is om de kosten zelf te betalen.

mogelijk is. Daarnaast is de aanwezigheid van prikkels om goede kwalitatieve zorg in te kopen bepalend.

In tegenstelling tot een private verzekering is er bij een publieke uitvoering geen sprake van verzekeraars die met elkaar in concurrentie staan. Verzekerden kunnen daardoor niet van uitvoerder veranderen als zij vinden dat deze geen goede zorg heeft ingekocht. Dit geldt nu bijvoorbeeld ook voor de AWBZ, waar de zorgkantoren verantwoordelijk zijn voor de inkoop van zorg.

Er bestaan ook mengvormen tussen private en publieke verzekeringen. De Zorgverzekeringswet is een voorbeeld van een private verzekering met aanvullende maatregelen, zoals het verbod op premiedifferentiatie en de verevening van risico's tussen verzekeraars die het karakter van een publieke verzekering hebben. Daardoor is het mogelijk de toegang tot de zorg te waarborgen en toch concurrentie tussen verzekeraars toe te staan. De consument kan daarbij van verzekeraar wisselen om verzekeraars tot goede prestaties te prikkelen.

2.3 Analyse en keuze marktmodellen

Op basis van de marktsegmenten die in paragraaf 1.2 zijn onderscheiden, zal de NZa nu bekijken welk marktmodel het beste is voor de verschillende marktsegmenten binnen de acute zorg. Hierbij stelt zij eerst vast of in de vier onderscheiden marktsegmenten vrije prijsvorming mogelijk is op basis van het beoordelingskader dat in paragraaf 2.1 aan de orde is geweest. Als er geen vrije prijsvorming mogelijk is, analyseert de NZa welke marktordening(en) dan de juiste is (zijn). Vervolgens kijkt zij wie het beste de uitvoering op zich kan nemen: de private verzekeraars of de overheid zelf. Waar het niet mogelijk is om een duidelijke keuze voor een marktmodel te maken, belicht de NZa de verschillende opties.

Hoewel de NZa er hier voor kiest om de verschillende marktsegmenten afzonderlijk te behandelen, is het belangrijk om te benadrukken dat de verschillende aanbieders die op deze markten opereren in een keten samenwerken. Als er een ongeval heeft plaatsgevonden, vindt hiervan eerst een melding plaats en wordt vervolgens vastgesteld of het bijvoorbeeld nodig is om een ambulance in te zetten om de patiënt te vervoeren. Het ambulancepersoneel brengt vervolgens de patiënt naar een eerste hulp of een specifiek centrum. De aansluiting van deze opeenvolgende acties die de verschillende zorgverleners bewerkstelligen, is bij acute zorg essentieel. Bij de bespreking van de externe effecten op de verschillende markten houdt de NZa met deze onderlinge afhankelijkheid tussen markten rekening.

2.3.1 Zorgverleningsmarkt/zorginkoopmarkt

In tabel 3.2 is de meetlat nader uitgewerkt voor de verschillende marktsegmenten die in de acute zorg te onderscheiden zijn. Dit zijn dus de markt voor telefonische toegang en regie, voor stabilisatie en vervoer, voor acute basiszorg en voor complexe specialistische acute zorg. Vanuit een zerobasebenadering heeft de NZa bekeken of aan de juiste voorwaarden voor vrije prijsvorming is voldaan. In de meetlat is met plussen en minnen aangegeven of een bepaalde voorwaarde al dan niet is vervuld. Een plus betekent in dit verband 'positief': de consumentenbelangen zijn dan in voldoende mate geborgd.

In deze uitvoeringstoets heeft de NZa ervoor gekozen om binnen de vier marktsegmenten de verschillende vormen van zorg die hieronder vallen niet afzonderlijk te bespreken, dit omdat de meeste marktkenmerken

van toepassing zijn op alle zorgsoorten die binnen een markt vallen. Binnen het marktsegment van stabilisatie en vervoer besteedt de NZa bijvoorbeeld vooral aandacht aan de functie stabilisatie en spoedvervoer, en binnen de basiszorg aan de huisartsenzorg en de zorg die SEH's leveren.

Tabel 3.2. Meetlat deelsegmenten acute zorg

Marktkenmerken	Te onderscheiden markten				
	Telefonische toegang en regie	Stabilisatie en vervoer	Acute specialistische zorg	Acute basiszorg	Complexe specialistische acute zorg
Transparantie					
Heldere product-/prestatiebeschrijvingen	+	+	+	+	+
De kwaliteit van de geleverde zorg is voldoende geborgd (via overheidsregulering)	+	+	+	+	+
De kwaliteit van de geleverde zorg is transparant	+	+	-	-	-
Markttoegang					
Voldoende aanbieders/concurrentie? (regionale focus)	+	+	±	+	-
Schaalgrootte	+	+	±	+	-
Specialistische kennis (scheidslijn ligt bij voorbehouden behandelingen)	+	+	±	+	-
Bereikbaarheid van de zorg is geborgd (via overheidsregulering)		+	+	+	+
Beschikbaarheid van de zorg is geborgd (via overheidsregulering)		+	+	+	+
De patiënt moet eenvoudig een aanbieder kunnen kiezen en van aanbieder kunnen veranderen (regionale focus)	±	-	-	±	-
Marktgedrag partijen					
Prikkel voor consument om goed in te kopen	n.v.t.	-	-	-	-
Prikkel voor verzekeraar om goed in te kopen	n.v.t.	+	+	+	+
Mogelijkheden voor verzekeraar om goed in te kopen					
Sturing	n.v.t.	-	±	±	-
Risicoverevening (afhankelijk van aanwezigheid risicoverevening)		+	+	+	+
Marktverhoudingen (indicatie voor marktmacht aanbieder)	n.v.t.	-	-	±	-
Externe effecten					
Afwenteleffecten	n.v.t.	+	-	±	+
Coördinatieprobleem	-	-	-	±	-
Volume-effecten (Supplier induced demand, upcoding)	n.v.t.	+	+	+	+
Risicoselectie (afhankelijk van het bestaan van een risicovereveningssysteem)	n.v.t.	+	+	+	+
Zorgverzekeringsmarkt					
Risico verzekeraar?	n.v.t.	+	+	+	-
Risico calculeerbaar?	n.v.t.	+	+	+	-
Risico beheersbaar?	n.v.t.	-	±	±	-

2.3.1.1 Telefonische toegang en regie

Binnen de functie telefonische toegang en regie is het mogelijk op hoofdlijnen twee subfuncties te onderscheiden. De eerste is telefonische toegang *waarbij de nadruk ligt op de regie in de keten van acute zorg*. Hier gaat het om de vraag welke zorgaanbieder moet worden ingeschakeld om de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek in de keten te brengen. De tweede subfunctie is de telefonische toegang *waarbij de nadruk ligt op de zorginhoudelijke triage*. Hier gaat het om de vraag of de aanbieder (in de huidige situatie de HAP's, de huisartsen en de SEH's) de zorgvraag zelf kan afhandelen of dat hij beter kan doorverwijzen naar een andere aanbieder.

Transparantie

– Prestaties met nadruk op regie

De prestaties (afhandeling van een melding) in deze markt zijn transparant en het is mogelijk om ze met elkaar te vergelijken. Een belangrijk kwaliteitsaspect in deze markt is de toegang tot de verleende dienst. De telefonische toegang moet goed geregeld zijn en vereist 24-uurs beschikbaarheid. Een ander belangrijk kwaliteitsaspect is de manier waarop afhandeling van de melding plaatsvindt. Als zich een acute zorgvraag voordoet, is het van belang dat er sprake is van een goede inschatting van de zorgvraag en indien nodig inschakeling van vervoer om een patiënt te behandelen of naar bijvoorbeeld een ziekenhuis te vervoeren. Het is mogelijk om aspecten zoals de tijdigheid van de zorg en een goede inschatting van de zorgvraag (de juiste hulp) tussen aanbieders te vergelijken en hen daarop eventueel af te rekenen.

– Prestaties met nadruk op inschatten inhoudelijke zorgvraag

De prestaties die verschillende aanbieders binnen dit marktsegment kunnen leveren, zijn vrij transparant. De mate waarin de klant wordt geholpen door de juiste aanbieder ofwel de aanbieder die de juiste zorg tegen de beste prijs-kwaliteitverhouding aanbiedt, staat centraal. Een huisarts zou bijvoorbeeld idealiter die klanten moeten helpen die hij het meest doelmatig kan behandelen en de rest doorverwijzen naar een SEH. Hetzelfde geldt voor de HAP's en de SEH's. Aan de hand van patiëntkenmerken en uitkomstindicatoren is het mogelijk om het behandel- en doorverwijsgedrag van huisartsen met elkaar te vergelijken. Hetzelfde geldt voor HAP's en de verschillende SEH's. Daarnaast is het van belang dat als de patiënt naar een andere hulpverlener verwezen wordt, die verwijzing op een correcte manier gebeurt. Ook van dit gedeelte van de prestatie is het mogelijk om die te meten en te vergelijken.

Markttoegang

Zowel voor prestaties met nadruk op het inschatten van de inhoudelijke zorgvraag, als voor prestaties met nadruk op regie geldt dat er geen sprake is van hoge toetredingsdrempels tot de markt. De specifieke (verzonken) investeringen in communicatieapparatuur die nodig zijn om dit werk uit te voeren, zijn gering. Het werk vereist in bepaalde mate specifieke specialistische kennis, maar die is niet van dien aard dat er sprake is van een toetredingsdrempel. Het is mogelijk om nieuwe werknemers relatief gemakkelijk om te scholen voor dit werk.

Keuzemogelijkheden consument

Afhankelijk van het aantal aanbieders dat op een markt opereert, zou de consument voor beide functies in principe een keuze kunnen maken tussen verschillende aanbieders. Omdat de diverse aanbieders in wezen dezelfde dienst aanbieden en de consument/patiënt zo snel mogelijk geholpen wil worden door de juiste aanbieder, is het echter de vraag of

de consument eventuele keuzemogelijkheden zal waarderen. Voor hem is het immers van belang dat hij zo spoedig mogelijk hulp krijgt. Het naast elkaar bestaan van verschillende organisaties met elk een eigen telefonische toegang, is voor hem niet noodzakelijk. Een veelheid aan aanbieders in die zin kan verwarrend werken.

Inkoopprikkels

De consument/patiënt wil voor beide functies dus geen verschillende aanbieders met elkaar vergelijken. Voor verzekeraars zijn de mogelijkheden om goed in te kopen beperkt. Het zijn namelijk de patiënten zelf of omstanders bij bijvoorbeeld een verkeersongeval die met een (alarm)centrale contact opnemen. Zij bepalen ook zelf of zij de huisarts of de SEH bellen.

Externe effecten

Voor de telefonische toegang en regie tot de keten geldt dat vooral het coördinatie-effect van belang is. Als er een melding van een acute zorgvraag binnenkomt, is het van groot belang dat de juiste vervolgacties plaatsvinden en dat de juiste zorgverleners worden ingeschakeld. Ook is het essentieel dat de aanwezige informatie over de aard van de zorgvraag goed wordt doorgespeeld, zodat de ingeschakelde hulpverlener rekening kan houden met specifieke omstandigheden. Als dit alles niet goed geregeld is, kunnen ernstige gezondheidsrisico's het gevolg zijn.

Het coördinatie-effect is ook van belang bij de telefonische toegang en regie met nadruk op de zorginhoudelijke triage. Als een patiënt bijvoorbeeld de huisarts belt, maar eigenlijk meteen naar het ziekenhuis zou moeten worden gebracht, dan is het belangrijk dat sprake is van de juiste vervolgacties en dat doorverwijzing van de patiënt naar de juiste hulpverlener plaatsvindt. Vanuit het oogpunt van borging van de kwaliteit van de acute zorgbehandeling is de doorverwijsrelatie van de huisarts naar het ziekenhuis belangrijker dan het risico dat een SEH een patiënt behandelt terwijl zijn huisarts ook op een doelmatige manier aan de zorgvraag tegemoet had kunnen komen.

Voor de toegankelijkheid van de zorg is het niet alleen belangrijk dat er op een markt voldoende aanbieders opereren, maar ook dat zij de juiste zorg op het juiste moment leveren. In een markt met verschillende aanbieders is het niet zeker dat dit vanzelf tot stand komt. Als er meerdere aanbieders in een markt actief zijn, is de kans dat zij langs elkaar heen werken groot. Als er bijvoorbeeld twee centra zijn die de telefonische toegang en regie in een bepaalde regio verzorgen, bestaat de kans dat als er zich een acute zorgvraag voordoet beide centra worden gebeld. Dit kan ertoe leiden dat als de centra contact opnemen met verschillende zorgverleners op de plek van bijvoorbeeld een ongeval meerdere zorgverleners verschijnen. Dit wekt verwarrend en is niet doelmatig. Een goede afstemming tussen de verschillende betrokken spelers is daarom belangrijk. Het is de vraag of dit goed mogelijk is als op een markt meerdere aanbieders opereren die bij de telefonische toegang en regie betrokken zijn. Om de toegankelijkheid te borgen, is het goed als de overheid hiervoor wettelijke kaders opstelt. Bij de zorginhoudelijke triage is dit aspect minder van belang. Als er verschillende aanbieders telefonisch toegankelijk zijn, zal de patiënt met één van deze aanbieders bellen en zal de betreffende aanbieder zelf de zorgvraag afhandelen of de patiënt doorverwijzen.

Als een zorgvraag bij een bepaalde instelling binnenkomt, dan kan er afhankelijk van de bekostigingssystematiek een prikkel zijn om niet door te verwijzen naar de juiste zorgaanbieder, maar de zorg zelf te leveren.

Hierdoor kan het voorkomen dat uiteindelijk niet de juiste aanbieder de zorg levert.

De telefonische toegang en regie moet ook goed afgestemd zijn met die van andere regio's en met die van de brandweer en de politie. Als aanbieders geen prikkel hebben om hierover goede afspraken te maken, dan kan dit erg nadelige gevolgen hebben, bijvoorbeeld als zich een ramp voordoet waarbij de inzet van de verschillende diensten noodzakelijk is.

Marktmodel zorgverleningsmarkt

Telefonische toegang met nadruk op de regie in de keten van acute zorg
Rekening houdend met de negatieve externe effecten die zich kunnen voordoen op deze markt in het geval er in een regio meerdere aanbieders opereren, is het belangrijk dat er per regio één aanbieder voor deze functie verantwoordelijk is. Consumenten worden dan niet geconfronteerd met een ondoorzichtig systeem van aanbieders. Om de afstemming tussen regio's goed te laten verlopen, bijvoorbeeld als er zich een grote ramp voordoet, is het belangrijk dat deze regio's goed op elkaar zijn aangesloten. Het is dan ook wenselijk dat de overheid wettelijk vastlegt hoe partijen met elkaar moeten communiceren en op welke manier zij moeten opereren bij regio-overstijgende aangelegenheden, zoals de vuurwerkramp in Enschede. Een landelijk uniform beleid voor de toegang en regie van zorgvragen is hiervoor een oplossing.

Voor telefonische toegang waarbij de nadruk ligt op de regie in de keten van acute zorg, is concurrentie op de markt vanuit de optiek van de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid geen gewenste optie. Er is wel een keuze mogelijk uit twee andere marktmodellen: de aanbestedingsvariant en de maatstafconcurrentievariant.

– Aanbestedingsvariant

Het eerste model waarvoor de minister kan kiezen is aanbesteding. Het recht om de telefonische toegang en regie in een bepaalde regio te verzorgen, kan de overheid dan voor een bepaalde periode aan één partij gunnen. De partij met het beste bod (kwaliteit en prijs) krijgt de vergunning. Het valt buiten de scope van dit advies om de verschillende mogelijke vormen van aanbesteding te behandelen.⁸⁵ De financiering kan via een budget door de overheid plaatsvinden of door verzekeraars zelf naar rato van het aantal verzekerden dat zij in een bepaalde regio hebben. Overigens is het noodzakelijk de looptijd van de vergunning zodanig te bepalen dat een zorgaanbieder voldoende investeringsprikkel heeft.⁸⁶

– Maatstafconcurrentievariant

Het tweede model waarvoor gekozen kan worden is waarbij per regio nog steeds één aanbieder een concessie krijgt. De overheid of de verzekeraar kan op basis van niet-prijsvariabelen een vergunning verlenen aan de aanbieder die het beste aan de vooraf gestelde criteria

⁸⁵ Het is bijvoorbeeld mogelijk om te kiezen voor een aanbesteding waarin wordt gestreefd naar (1) een zo laag mogelijke kostprijs onder restrictie van een minimumkwaliteit (2) een zo hoog mogelijke kwaliteit onder restrictie van een maximumprijs, en (3) een zo gunstig mogelijke verhouding tussen kwaliteit en kostprijs onder restrictie van een minimumkwaliteit. Daarnaast kan de keuze vallen op een aanbestedingsvariant, waarbij partijen vóór een bepaalde datum een bod moeten uitbrengen en vooraf geen inzicht hebben in elkaars biedingen, of voor bijvoorbeeld een veilingmodel, waarin partijen wel kunnen reageren op elkaars bod.

⁸⁶ zie bijvoorbeeld Dijkgraaf en Varkevisser, *Scheiden van eigendom en exploitatie*, ESB, 15-11-2002

voldoet. De aanbieder krijgt een budget of onderhandelt met de verzekeraar over de prijs van de geleverde zorg; uiteindelijke afrekening vindt plaats op basis van de relatieve prestaties van de zorgaanbieder ten opzichte van aanbieders in andere regio's. Ook hier kan de overheid via een budget de financiering op zich nemen of de verzekeraars kunnen de zorg zelf bekostigen, en wel naar ratio van het aantal verzekerden dat zij in een bepaalde regio hebben.

Telefonische toegang waarbij de nadruk ligt op de zorginhoudelijke triage
Voor het marktsegment waarbij de zorginhoudelijke triage centraal staat, is een centrale regie minder van belang. De overheid kan aan marktpartijen zelf overlaten of zij een telefonische toegang opzetten en hoeveel aanbieders er naast elkaar kunnen opereren. De aanbieders zullen een interne prikkel ervaren om goed bereikbaar te zijn en dit communiceren omdat zij hierdoor meer klanten binnenkrijgen. Als het uit kostenoverwegingen doelmatiger is om de telefonische toegang centraler aan te bieden, kunnen aanbieders hierover onderling of in overleg met verzekeraars afspraken maken. Het publieke belang brengt wel mee dat het wettelijke kader bewaakt dat de behandelaar de patiënten die hij zelf niet goed kan helpen doorverwijst. De overheid kan dit borgen door aan deze doorverwijzing aan de zorgaanbieder minimumkwaliteitseisen te stellen.

2.3.1.2 Stabilisatie en vervoer

Transparantie

De prestaties die de verschillende aanbieders in de markt van stabilisatie en vervoer leveren, zijn transparant en eenduidig te definiëren; bovendien is het mogelijk om de uitkomsten met elkaar te vergelijken. Een belangrijk kwaliteitsaspect in deze markt is de tijdigheid waarmee de hulpverleners ter plekke verschijnen. Binnen hoeveel tijd arriveert bijvoorbeeld een ambulance op de plaats van het ongeluk en binnen hoeveel tijd is een patiënt afgeleverd bij bijvoorbeeld een SEH-afdeling van een ziekenhuis? Verzekeraars of de overheid kunnen dit tijdigheidsaspect tussen aanbieders vergelijken en deze via prestatiecontracten met aanbieders tot betere prestaties aanzetten.

Markttoegang

Voor de markt voor stabilisatie en vervoer is geen sprake van hoge toetredingsdrempels. Aanbieders kunnen vrij gemakkelijk tot deze markten toetreden. Er is geen specialistische kennis vereist. Eventuele investeringen in kapitaal, zoals de aanschaf van ambulances, zijn bij het eventueel verlaten van een markt gemakkelijk terug te verdienen door deze te verkopen aan een nieuwe aanbieder of op de tweedehandsmarkt. In de markt voor stabilisatie en vervoer kan nog een onderscheid worden gemaakt tussen spoedvervoer en besteld vervoer. Het bestelde vervoer valt in principe niet onder de acute zorg. Het gaat hier immers om vervoer voor patiënten met een zorgvraag die geen spoed vereist. Aanbieders van spoedvervoer moeten 24 uur per dag beschikbaar zijn om deze zorg te leveren. Daardoor beschikken zij over voldoende reservecapaciteit om ook besteld vervoer aan te bieden en de reeds aanwezige schaalgrootte beter te benutten. Aanbieders die spoedzorg leveren, zullen om die reden ook besteld vervoer leveren. Daarnaast zullen er aanbieders op deze markt opereren die uitsluitend besteld vervoer leveren. Deze aanbieders hebben als voordeel dat zij met patiënten gericht afspraken kunnen maken over de tijd waarop zij worden opgehaald. De patiënten lopen bij deze aanbieders niet het risico dat een onverwachte melding voor een spoedrit tot vertraging van hun vervoer leidt.

Keuzemogelijkheden consument

Een kenmerk van acute zorg is dat de patiënt niet voor een bepaalde aanbieder kan kiezen. Als hij een ongeluk heeft gehad, is het voor hem vaak niet mogelijk om een voorkeur uit te spreken voor een aanbieder die hem vervoert. Gezien het grote belang van een snelle behandeling is de patiënt veelal aangewezen op de dichtstbijzijnde aanbieder. Ambulancediensten en andere aanbieders van vervoer beschikken daardoor dikwijls over een lokaal monopolie en ondervinden minder prikkels om doelmatig te werken. Vanwege het eenmalige karakter van de zorg is het voor de consument ook niet mogelijk om van aanbieder te veranderen als hij over de geleverde zorg ontevreden is.

Inkoopprikkels

Gezien de aard van de zorg zal de consument geen sterke prikkels ervaren om goede zorg in te kopen. Het is voor hem niet goed mogelijk om een aanbieder te kiezen, omdat hij geen inzicht heeft in de kwaliteit van diens geleverde prestatie. Gezien de onvoorspelbaarheid van de zorgvraag zal de consument bij het afsluiten van een polis hier ook niet op letten. Zolang de zorg in het basispakket van de Zorgverzekeringswet is opgenomen, ondervindt de consument ook geen financiële prikkel om efficiënt in te kopen. Verzekeraars zullen wel prikkels ervaren om goed in te kopen, doordat zij een zorgplicht hebben. De mogelijkheden voor verzekeraars om goed in te kopen zijn echter beperkt. Het vervoer van de patiënt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis om daar behandeld te worden, moet afhankelijk van de ernst van de zorgvraag veelal zo snel mogelijk plaatsvinden. De aanbieders waaruit een verzekeraar kan kiezen, moeten dus binnen een bepaalde regio opereren.

Externe effecten

Voor de markt voor stabilisatie en vervoer is vooral het coördinatie-effect van belang. De patiënt is gebaat bij een zo kort mogelijke aansluiting tussen de duur van de melding, het vervoer van de patiënt en de uiteindelijke behandeling. Zoals eerder opgemerkt kunnen verzekeraars aanbieders stimuleren tot zo goed mogelijke prestaties door prestatiecontracten te sluiten. De coördinatieproblematiek kan daardoor voor deze markt ondervangen worden door marktpartijen zelf.

Daarnaast is het belangrijk dat de afstemming tussen aanbieders op deze markt goed verloopt. Als er bijvoorbeeld twee aanbieders van vervoer in een regio opereren en er doen zich op een bepaald moment twee zorgvragen voor, hoe kan er dan voor worden gezorgd dat de afstemming goed verloopt en dat beide aanbieders niet naar dezelfde plek gaan? Concurrerende aanbieders zullen geen prikkel ervaren om dit goed met elkaar af te stemmen. Zij zullen immers alle zorgvragen zelf willen afhandelen omdat dit hen financieel voordeel oplevert. Hierdoor bestaat er een groot risico dat aanbieders bij een bepaalde zorgvraag niet altijd op tijd ter plekke zijn. Dit met alle mogelijke gevolgen van dien voor de gezondheid van de patiënt, die er bij gebaat is om zo snel mogelijk hulp te ontvangen. Het is daarom belangrijk dat er sprake is van een centrale regie/meldkamer, die ervoor zorgt dat als er vervoer nodig is de beschikbare aanbieders zo optimaal mogelijk worden ingezet. In theorie is het dus mogelijk om te werken met meerdere aanbieders die via een centraal meldpunt hun opdrachten krijgen. Het is echter moeilijk om voor de binnenkomende meldingen een objectief verdeelcriterium te ontwikkelen. Als er twee aanbieders in een markt zijn, doet de vraag zich voor aan wie de centrale regiekamer de melding toebedeelt. Wordt er altijd rekening gehouden met de aanbieder die het snelst aanwezig kan zijn of ook met andere criteria, en wat voor invloed heeft dit op het gedrag van partijen? Aanbieders zullen ook een prikkel ondervinden om de opdrachtverlening door de centrale regiekamer te

beïnvloeden. Concurrentie tussen aanbieders binnen een regio is daarom niet goed mogelijk.

Bij de coördinatie van bijvoorbeeld een ongeluk is het daarnaast goed om rekening te houden met de samenwerking met andere hulpverleningsdiensten, zoals de politie en de brandweer. Deze verschillende diensten moeten goed op elkaar zijn ingespeeld zijn en worden gestimuleerd om met elkaar samen te werken. Partijen moeten prikkels ervaren om deze samenwerking goed te regelen. Als dit niet goed gebeurt, dan kan de toegankelijkheid en de kwaliteit van de geleverde zorg in gevaar komen.

Marktmodel zorgverleningsmarkt

In het algemeen is het mogelijk om te stellen dat in de deelmarkt stabilisatie en vervoer concurrentie tussen aanbieders binnen een regio niet goed mogelijk is. Om ervoor te zorgen dat aanbieders de juiste zorg op de juiste plaats leveren, is het wenselijk dat er een centrale regio is van de meldingen die binnenkomen, opdat een optimale verdeling van het vervoer over deze meldingen kan plaatsvinden. Daarnaast kan er slechts één aanbieder per regio opereren. Voor de markt voor stabilisatie en vervoer is het om die reden mogelijk voor twee modellen te kiezen: de aanbestedingsvariant en de maatstafconcurrentievariant.

- Aanbestedingsvariant

De eerste optie is een model van aanbesteding. Vanuit de aanbodkant kunnen verschillende zelfstandige partijen concurreren om een concessie in een bepaalde regio te verkrijgen. In het contract dat deze partijen aanbieden, is het mogelijk om specifieke voorwaarden op te nemen voor bijvoorbeeld de geleverde kwaliteit, samenwerking met andere partijen en eventuele sancties als een partij niet aan de gestelde eisen voldoet. Als een aanbieder bovengemiddelde prestaties levert, kan de verzekeraar of de overheid natuurlijk ook afspraken maken over een extra beloning. Om ervoor te zorgen dat de aanbieder prikkels blijft ervaren om goede zorg te leveren, moet de concessieverlening voor een bepaalde periode plaatsvinden, zodat het niet vanzelfsprekend is dat de aanbieder de concessie voor de volgende periode opnieuw krijgt.⁸⁷

- Maatstafconcurrentievariant

De tweede optie is een variant waarbij de uiteindelijke financiering van de aanbieders afhankelijk is van hun relatieve prestaties ten opzichte van andere aanbieders, ofwel maatstafconcurrentie. Per regio krijgt nog steeds één aanbieder een concessie. De overheid of de verzekeraar kan op basis van niet-prijsvariabelen een vergunning verlenen aan de aanbieder die het beste aan de gestelde criteria voldoet. De aanbieder krijgt een budget of onderhandelt met de verzekeraar of overheid over de prijs van de geleverde zorg en wordt uiteindelijk afgerekend op basis van zijn relatieve prestaties ten opzichte van aanbieders in andere regio's. Bij de keuze van een marktmodel voor de basiszorg gaat deze uitvoeringstoets uitgebreider in op de verschillende vormen van maatstafconcurrentie die mogelijk zijn en op de gedragseffecten voor aanbieders die daaruit voortvloeien.

Een mogelijk voordeel van de keuze voor maatstafconcurrentie in vergelijking met aanbesteding is dat de prikkel voor aanbieders om doelmatiger te werken sterker is. Hun beloning is immers afhankelijk van

⁸⁷ In de huidige situatie is dit niet het geval. De overheid kiest er nu voor om de vergunning voor onbepaalde duur te verlenen. Dit leidt voor aanbieders tot sterk verminderde prikkels om efficiënt te opereren of in kwaliteit te investeren.

hun relatieve prestaties ten opzichte van een groter aantal aanbieders. Bij aanbesteding is sprake van uitsluitend een vergelijking van de prestaties van een aanbieder met de andere aanbieders die meedingen om een opdracht in een bepaalde regio.⁸⁸ Er zijn daardoor mogelijk minder sterke efficiëntieprikkels in vergelijking met maatstafconcurrentie. Bij aanbesteding kan aan de andere kant de prijsconcurrentie sterk zijn, omdat de concessieverlening voor een bepaalde periode geldt. Als een aanbieder naast de opdracht grijpt, heeft dit meteen grote gevolgen voor zijn omzet. Hij krijgt dan immers pas na een bepaalde periode weer een mogelijkheid om de opdracht binnen te halen. Hij zal om die reden geprikkeld worden om een zo goed mogelijk bod te doen.

2.3.1.3 Acute basiszorg en acute specialistische zorg

Transparantie

De levering van acute basiszorg en acute specialistische zorg (hierna: basiszorg) die binnen het marktsegment plaatsvindt, is niet transparant. Het is voor patiënten en inkopers moeilijk om de kwaliteit van de geleverde zorg te beoordelen. Het is slechts in beperkte mate mogelijk om de uitkomsten van behandelingen met elkaar worden te vergelijken. Het sterftcijfer kan een uitkomstindicator voor sommige behandelingen zijn.⁸⁹ Hierbij is het wel de vraag of de meting bijvoorbeeld een week of een maand na de behandeling moet plaatsvinden. Om de cijfers tussen instellingen goed met elkaar te kunnen vergelijken, moeten de sterftcijfers tussen instellingen ook gecorrigeerd worden voor eventuele verschillen in de ernst van de aandoening en bijvoorbeeld de leeftijd van patiënten. Zoals Varkevisser (2003) echter opmerkt, is spoedeisende zorg niet meer dan een onderdeel van de totale zorgketen.⁹⁰ Als het effect op de gezondheid van de patiënt aan het eind van de keten gemeten wordt, is dan ook lang niet altijd duidelijk wat precies de bijdrage van de spoedeisende zorg hieraan is geweest.

De basiszorg met een acuut karakter kenmerkt zich vooral door haar eenmalige karakter. Patiënten kunnen dus met de geleverde zorg weinig tot geen ervaring opdoen. Hoewel aanbieders sterke intrinsieke prikkels hebben om een goede kwaliteit te leveren, zorgt de vaak eenmalige relatie die zij met een patiënt hebben niet voor optimale prikkels om in kwaliteit of efficiëntie te investeren. Patiënten kunnen immers niet van aanbieder veranderen als zij over de geleverde kwaliteit van de zorg ontevreden zijn. Als de verzekeraar niet in staat is om de kwaliteit tussen verschillende aanbieders van acute zorg goed met elkaar te vergelijken, kan hij evenmin de aanbieder tot goede prestaties stimuleren.

Voor zorg die huisartsen leveren, kan de consument met de kwaliteit van de geleverde behandeling mogelijk wel gemakkelijker ervaring opdoen. Met zijn huisarts heeft hij immers vaker contact en kan daardoor de kwaliteit van de geleverde zorg beter inschatten.

Markttoegang

Het marktsegment van basiszorg kenmerkt zich in een zerobasebenadering door lage toetredingsdrempels. Het gaat om relatief eenvoudige zorg, waar slechts in beperkte mate specialistische kennis nodig voor is. Voor het aanbieden van sommige zorgsoorten op de markt is wel een bepaalde schaalgrootte vereist. Het opzetten van een SEH

⁸⁸ Als er sprake is van landelijk opererende aanbieders, dan kan het aantal aanbieders onder maatstafconcurrentie en aanbesteding wel meer met elkaar overeenkomen.

⁸⁹ Dit geldt vooral voor behandelingen met een hoog risico.

⁹⁰ *Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg, de deelmarkten spoedeisende zorg en niet-acute zorg in dagbehandeling*, OCFEB, Rotterdam 2003

brengt bijvoorbeeld hoge verzonken kosten met zich mee. Daarnaast is het de vraag of aanbieders zoals ziekenhuizen uitsluitend een afdeling met SEH zouden openen, dus onafhankelijk van het aanbieden van niet-acute zorg. Zoals ook het rapport *Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg* (Varkevisser, 2003) beargumenteert, is er bij het produceren van niet-acute zorg en acute zorg sprake van belangrijke synergie-effecten op het gebied van kwaliteit en kosten. Hiervoor haalt Varkevisser onder andere de volgende redenen aan, die letterlijk uit het genoemde rapport zijn overgenomen:

- Specialisten kunnen uitsluitend goede kwaliteit leveren als zij hun vaardigheden regelmatig gebruiken. De vraag naar spoedeisende zorg alleen lijkt daarvoor onvoldoende. Om kwaliteitsredenen is samenwerking tussen een SEH en een zogeheten topklinisch ziekenhuis of basisziekenhuis dan ook voordelig.
- Om op een verantwoorde manier 24-uur spoedeisende zorg te kunnen bieden, moet een groot aantal faciliteiten aanwezig zijn. De minimumvereisten zijn dusdanig omvangrijk dat - om te voorkomen dat fysiek en menselijk kapitaal ongebruikt blijft - samenwerking tussen een SEH en een topklinisch ziekenhuis of basisziekenhuis onontbeerlijk is.
- Wanneer dat nodig is, kan het niet-acute zorgproces gebruik maken van de faciliteiten, kennis en kunde die op een SEH aanwezig zijn (*back-up*). Door samenwerking tussen een SEH en een topklinisch ziekenhuis of basisziekenhuis kan dus ook de kwaliteit van de niet-acute zorg toenemen.
- Wanneer een SEH is aangesloten bij een topklinisch of basisziekenhuis, is minder reservecapaciteit nodig dan wanneer sprake is van een afzonderlijke SEH. In plaats dat specialisten op de SEH wachten op de piekvraag, kunnen zij op de verschillende afdelingen voor niet-acute zorg aan het werk zijn en indien nodig snel worden opgeroepen.
- Het is mogelijk om de kosten van de bestaande overhead - bijvoorbeeld op het gebied van verrekeningen met zorgverzekeraars of kwaliteitsborging - over beide zorgsoorten te verdelen.

Al deze redenen maken het waarschijnlijk dat alleen aanbieders die beide zorgsoorten aanbieden, tot deze markt zullen toetreden. Omdat een bepaalde schaalgrootte nodig is om op de markt te opereren en ziekenhuizen enige overcapaciteit moeten reserveren om op acute zorgvragen in te spelen, zal dit het aantal toetreders beperken. Daarnaast speelt de vraag of partijen, gezien de beperkte toeloop van patiënten in de avond en de nacht, zonder extra vergoedingen bereid zijn om hun diensten 24 uur aan te bieden. De overheid kan dit in haar toelatingseisen opnemen, maar zal de aanbieders van zorg voor deze beschikbaarheidscomponent wel moeten compenseren. Vanuit het oogpunt van toegankelijkheid kan er daarom een publieke taak voor de overheid liggen om aan SEH's een beschikbaarheidsvergoeding te geven om 's avonds en 's nachts open te zijn.⁹¹

Voor de overige zorgsoorten, zoals zorg die in de huidige situatie huisartsen of HAP's aanbieden, geldt dat de schaalvoordelen of synergie-effecten veel kleiner van omvang zijn. Voor deze marktsegmenten zijn de toetredingsdrempels een stuk lager. Ook hier geldt dat de overheid via een beschikbaarheidsvergoeding aanbieders kan stimuleren om in de

⁹¹ Hierbij kan de kanttekening worden geplaatst dat er ook voor de niet-acute zorg 's nachts personeel en capaciteit nodig is om op onvoorziene omstandigheden in te spelen.

avond en nachturen open te zijn; zonder regulering zal dit namelijk waarschijnlijk niet het geval zal zijn.

Vanuit een zerobasebenadering bezien valt niet te verwachten dat er in dunbevolkte gebieden voldoende aanbod zal ontstaan van de meer complexe vormen van zorg binnen het marktsegment van basiszorg. In deze gebieden is de markt immers te klein om de kosten terug te verdienen. Een kostendekkende prijs zou tot een onaanvaardbaar hoge prijs leiden en maatschappelijk onacceptabel zijn. Er is een bepaalde massa aan klanten nodig om een ziekenhuis of afdeling voor acute zorg op te zetten. Dit geldt ook voor andere aanbieders in de keten, zoals ambulancezorg. Mensen uit dunbevolkte gebieden zouden daarom langer moeten reizen wanneer zij acute zorg nodig hebben. Dit kan directe gevolgen hebben voor hun kansen op herstel. Vanuit de overheid kan het daarom wenselijk zijn om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg op solidariteitsgronden veilig te stellen. Hierdoor is de zorg binnen bepaalde normen voor iedereen toegankelijk. De hoge kosten worden over meer afnemers verdeeld.

Keuzemogelijkheden consument

Een kenmerk van acute basiszorg is dat de patiënt in het algemeen niet kan kiezen voor een bepaalde aanbieder.⁹² Vanuit medisch oogpunt is het gewenst dat behandeling van de patiënt zo snel mogelijk plaatsvindt. Afhankelijk van de acute zorgvraag is de consument meestal ook niet in staat om bewust een keuze te maken voor een bepaalde aanbieder, bijvoorbeeld als hij een ernstig ongeluk heeft gehad. Hij kan dus ook geen voorkeur voor een bepaalde aanbieder uitspreken. Een gevolg hiervan is dat de patiënt veelal op de dichtstbijzijnde aanbieder is aangewezen. Ziekenhuizen, maar ook huisartsenposten in de ANW-uren beschikken daardoor in de markt voor acute zorg veelal over een lokaal monopolie. Zij worden daardoor minder geprikkeld om doelmatig te werken. Vanwege de aard van de zorg (en het beperkte aanbod per regio) is het voor de consument ook niet mogelijk om van aanbieder te veranderen als hij over de geleverde zorg niet tevreden is.

Inkoopprikkels

Voor het goed functioneren van dit marktsegment binnen de acute zorg is het belangrijk dat de inkoper van zorg een sterke prikkel ervaart om goed in te kopen. Zoals hierboven al is toegelicht, zal de consument geen prikkel ervaren om goed in te kopen en beschikt hij hiervoor ook niet over de instrumenten. Van tevoren zal hij geen rekening houden met het feit dat zich een acute zorgvraag kan voordoen en dus bij het sluiten van een polis hier niet op letten. Daarnaast is het voor de consument niet goed mogelijk om een aanbieder te kiezen. De verzekeraar zal een prikkel ervaren om goed in te kopen om aan zijn zorgplicht te voldoen. Ook is hij beducht voor negatieve publiciteit als hij niet goed inkoopt of niet voldoet aan zijn zorgplicht. Een slechte inkoop van zorg heeft immers direct een uitstralingseffect op andere, meer profijtelijke zorgsoorten die hij aanbiedt. Verzekerden zullen denken dat de verzekeraar ook geen goede niet-acute zorg aanbiedt en van verzekeraar veranderen.⁹³ Verzekeraars zullen om die reden voldoende

⁹² Afhankelijk van de mate van de acuutheid en ernst van de zorg is het voor een patiënt in sommige gevallen wel mogelijk om voor een specifiek ziekenhuis te kiezen. Hierbij geldt dat hoe acuter de aard van de benodigde zorg is, des te minder keuzemogelijkheden de consument zal hebben. Wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt het niet toestaat, heeft de consument helemaal geen keuzemogelijkheid. Daarnaast zal de keuze voor een ziekenhuis in dichtbevolkte gebieden, waar zich meer ziekenhuizen bevinden, groter zijn dan in dunbevolkte gebieden.

⁹³ In de praktijk is het voor een verzekeraar misschien moeilijk om een onderscheid te maken tussen de kwaliteit van de ingekochte acute zorg en de ingekochte niet-acute zorg. Dit omdat veelal dezelfde specialisten in een specifiek ziekenhuis de behandeling

geprikkeld worden. Wel is het noodzakelijk dat er sprake is van een risicovereveningssysteem, dat de prikkels voor verzekeraars om tot risicoselectie over te gaan beperkt.

Een goede inkoop door een verzekeraar hangt ook samen met de mogelijkheden die hij heeft om aanbieders tot goede prestaties aan te zetten. Gezien het karakter van acute zorg is het voor de verzekeraar veelal niet mogelijk om patiënten gericht naar bepaalde aanbieders te sturen. De patiënt zal veelal naar de dichtstbijzijnde eerste hulp moeten worden vervoerd, opdat behandeling zo snel mogelijk plaatsvindt en de kans op een succesvolle operatie of behandeling het grootst is. De verschillende aanbieders in de acute zorg beschikken daarom over een bepaalde machtspositie. Ten eerste concurreren de aanbieders slechts in beperkte mate met elkaar door de geografische dimensie van de markt. Ten tweede ervaren inkopers wel stimulansen om op kwaliteit en prijs te sturen, maar zijn de mogelijkheden om goed in te kopen beperkt. Aanbieders ervaren om die reden slechts een beperkte concurrentiedruk om in kwaliteit of efficiëntie te investeren. De mogelijkheden om goed in te kopen verschillen wel per regio. Dit alles is vooral van toepassing op gebieden in de periferie. In meer verstedelijkte gebieden hebben verzekeraars wel meer mogelijkheden om met aanbieders goede afspraken te maken.

Voor de meer eenvoudige soorten zorg die minder acuut zijn, beschikken verzekeraars wel over meer mogelijkheden om goed in te kopen. Zij kunnen bij de inkoop van zorg kiezen tussen verschillende aanbieders en hen prikkelen om goede prestaties te leveren.

Externe effecten

- Afwenteleffecten/risicoselectie

Het risico op afwenteleffecten is aanwezig. Dit hangt vooral samen met de directe relatie die er in een ziekenhuis bestaat tussen de acute en de niet-acute zorg. Op zorginhoudelijk gebied is er weinig verschil tussen acute en niet-acute zorg. Beide zorgsoorten kennen grotendeels dezelfde declarabele prestaties. De zorg wordt ook door dezelfde specialisten uitgevoerd. Als er voor de acute zorg een ander bekostigingssysteem geldt dan voor de niet-acute zorg, dan kunnen er prikkels bestaan om de zorg af te wentelen. Dit geldt bijvoorbeeld als ziekenhuizen wel risico lopen op hun niet-acute zorg, maar niet op de acute zorg. Het is dan mogelijk om veel operaties ten onrechte als acute zorg aan te merken. Het is daarom essentieel dat er voor beide soorten zorg eenzelfde bekostigingssystematiek geldt. Als een ziekenhuis omgekeerd te veel risico loopt op acute zorg, dan zal het vooral capaciteit reserveren voor niet-acute zorg, met alle risico's van dien voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg. Als er geen adequate vergoeding van de kosten van acute zorg plaatsvindt, is er voor ziekenhuizen een prikkel om bijvoorbeeld de beschikbaarheid van voldoende kwalitatief hoogwaardige IC-capaciteit terug te brengen. Zij lopen hierdoor minder risico om patiënten met een acute zorgvraag te krijgen toegewezen. Aanbieders kunnen via hun capaciteitsplanning dus ook aan risicoselectie doen.⁹⁴

verrichten. In die zin is er voor de patiënt sprake van een direct uitstralingseffect van de ingekochte acute zorg op de ingekochte niet-acute zorg.

⁹⁴ De kans op risicoselectie door aanbieders hangt sterk af van het aanwezige vergoedingensysteem. Als zorgaanbieders een vast bedrag per behandelde patiënt ontvangen, is de prikkel om bovengemiddeld dure patiënten te weren sterker dan als zij per prestatie betaald krijgen. In een systeem van prestatiebekostiging loopt de aanbieder immers geen financieel risico en zal hij geen prikkel ervaren om aan

- Coördinatie

Een ander negatief extern effect dat zich kan voordoen is een coördinatieprobleem. In de acute zorg is sprake van een proces waarin veel aanbieders in de behandeling van een patiënt een aandeel leveren. Het is voor de patiënt van groot belang dat de processen bij verschillende aanbieders goed op elkaar zijn afgestemd en dat er een goede en snelle informatieoverdracht plaatsvindt. De patiënt is gebaat bij een zo kort mogelijke aansluiting tussen de duur van de melding, het vervoer van de patiënt en de uiteindelijke behandeling. Hierbij geldt hoe korter de duur tussen de opeenvolgende zorgactiviteiten binnen een keten is, des te groter de gezondheidswinst voor de patiënt. De prikkels voor aanbieders om dit te doen, moeten adequaat zijn vormgegeven; zo niet, dan bestaat de kans dat partijen langs elkaar heen werken. Als aanbieders geen financiële beloning ontvangen om in goede samenwerking te investeren, dan kan zich hier een negatief effect voordoen.

Voor de meeste soorten van zorg die onder het marktsegment van basiszorg vallen, geldt dat verzekeraars met elkaar kunnen concurreren bij de inkoop van zorg. Dit is echter niet het geval bij bijvoorbeeld de inkoop van IC-capaciteit; hiervoor moeten verzekeraars gezamenlijk afspraken maken.

Relatie tussen acute en niet-acute zorg

De machtspositie van de aanbieder op de markt voor acute zorg kan ook zijn doorwerking hebben op de markt voor niet-acute zorg. Doordat een verzekeraar er niet voor kan kiezen om bij een bepaalde aanbieder geen acute zorg af te nemen, heeft deze ook een voorsprong op het gebied van de verkoop van niet-acute zorg. De aanbieder biedt immers beide soorten zorg aan en beschikt daardoor over een betere verkooppositie dan een aanbieder die uitsluitend niet-acute zorg levert. Hierdoor kan de concurrentie op de zorginkoopmarkt verstoord raken en kunnen verzekeraars minder doelmatig inkopen.

Marktmodel basiszorg

- Vrije prijsvorming

Voor een gedeelte van de basiszorg is vrije prijsvorming mogelijk. Het gaat dan om de meest niet-complexe aandoeningen die verschillende aanbieders kunnen behandelen (acute basiszorg). Een voorbeeld is de behandeling van een onwel geworden kind of het leggen van een verband. Zowel huisartsen als ziekenhuizen zijn in staat om deze zorg te leveren.

Daarnaast is het mogelijk om een gedeelte van de basiszorg in stedelijke gebieden vrij te geven. Het gaat hier dan vooral om de acute specialistische zorg. In stedelijke gebieden zullen naar verwachting immers meerdere aanbieders opereren en kunnen verzekeraars en consumenten aanbieders tot goede prestaties prikkelen. Het is wel moeilijk om verstedelijkte gebieden af te bakenen ten opzichte van minder verstedelijkte gebieden. Als die afbakening niet goed plaatsvindt, kan de concurrentie tussen aanbieders verstoord raken ingeval er in de ene regio bijvoorbeeld vrije prijsvorming van kracht is en in de andere regio sprake is van maatstafconcurrentie.

risicoselectie te doen. Wel ervaart hij minder prikkels om doelmatig te werken. Er is in die zin sprake van een afruil tussen risicoselectie en doelmatigheid. Het is daarom nodig om tussen beide vergoedingssystemen een balans te vinden. Een andere oplossing kan zijn om voor de bovengemiddelde patiënten een afzonderlijke regeling te treffen.

Als de minister kiest voor een model van vrije prijsvorming, dan is het wel belangrijk dat de prestatie centraal staat. Huisartsen en ziekenhuizen zouden dan voor het leveren van soortgelijke zorg op eenzelfde manier beloond moeten worden.

Voor de beschikbaarheidskosten is het noodzakelijk om afzonderlijke financiering te vinden. Hiermee ontstaan er genoeg inkoopprikkels voor de introductie van vrije tarieven.

- Maatstafconcurrentie

Voor de functies/prestaties die daarnaast binnen de markt voor basiszorg vallen, kan de minister kiezen voor een model met maatstafconcurrentie.⁹⁵ In zo'n model vindt de regulering van prijzen plaats op basis van de gemiddelde kosten binnen een sector.⁹⁶ Aanbieders concurreren op basis van kosten waarin eventuele kwaliteitsverschillen tussen instellingen zijn verdisconteerd en waarbij de maatstaf voor een gegeven instelling bepaald wordt door het gemiddelde kostenniveau van alle overige aanbieders. Aanbieders hebben in dit model een prikkel om beter te presteren dan het gemiddelde, omdat zij bij efficiënter opereren de winsten mogen behouden. Als bepaalde aanbieders hun prestaties verbeteren, zal het gemiddelde kostenniveau van alle aanbieders afnemen; hierdoor daalt ook de gereguleerde prijs of stijgt de kwaliteit. Bij effectieve concurrentie zullen de gereguleerde prijzen op termijn richting het competitieve niveau gaan. Een belangrijke voorwaarde voor maatstafconcurrentie is dat er sprake is van een groot genoeg aantal vergelijkbare aanbieders. In de markt voor acute zorg voldoen de meeste aangeboden functies aan deze voorwaarde.

2.3.1.4 Complexe specialistische acute zorg

Transparantie

Voor complexe zorg geldt in nog sterkere mate dan voor basiszorg dat het moeilijk is om de kwaliteit van de geleverde zorg te beoordelen. Doordat er minder aanbieders van specialistische zorg zijn, is het moeilijker om de uitkomsten van behandelingen met elkaar te vergelijken. Omdat de kwaliteit grotendeels niet inzichtelijk is, is het voor verzekeraars niet goed mogelijk om aanbieders tot goede kwaliteitsprestaties te prikkelen.⁹⁷

Markttoegang

De markt voor complexe zorg kenmerkt zich in zijn algemeenheid door hoge toetredingsdrempels. Voor een aantal functies is erg specialistische kennis nodig om deze zorg aan te bieden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de functie multitraumazorg. Eventuele schaarste op deze markt kan langdurig van aard zijn. Dit is onder andere gerelateerd aan de noodzaak om een langdurige opleiding (tot medisch specialist) te volgen. Voor nieuwe toetreders is het dan niet gemakkelijk om tot de markt toe te

⁹⁵ Een model van aanbesteding is in principe ook mogelijk, maar zoals Varkevisser (2003) beargumenteert kan intrekking van een vergunning vanwege de synergie-effecten die er tussen een SEH en een topklinisch ziekenhuis of een basisziekenhuis bestaan tot aanzienlijke kapitaalvernietiging leiden. Een mogelijkheid is om een scheiding aan te brengen tussen het eigendom van de infrastructuur en de exploitatie van een SEH. Alleen het management wordt dan aanbesteed. Dit brengt echter op zijn beurt grote coördinatieproblemen mee tussen de SEH en de overige ziekenhuisafdelingen. Aanbesteding is om die reden geen goede optie.

⁹⁶ Voor de ziekenhuiszorg wordt per 1 januari 2009 de maatstaf gebaseerd op een gemiddelde prijs die gebaseerd is op de huidige budgetten en niet op de werkelijke kosten.

⁹⁷ Eventueel kan gebruik worden gemaakt van informatie over buitenlandse aanbieders. De geleverde prestaties moeten dan wel vergelijkbaar zijn.

treten, of zij moeten de huidige specialisten bij bestaande instellingen wegekopen.

Voor het aanbieden van complexe zorg is ook een redelijke mate van schaalgrootte nodig. Dit geldt bijvoorbeeld voor de multitraumazorg of zorg die is gekoppeld aan de gespecialiseerde behandeling van brandwonden. Het aanbod van deze specialistische zorg hangt in grote mate samen met de grootte van de markt. Er zullen daarom wellicht slechts enkele aanbieders zijn die deze zorg kunnen aanbieden. Schaalgrootte heeft ook met kwaliteit te maken. Om vaardigheden te verwerven en te behouden, is vaak een minimaal aantal handelingen per jaar nodig.

Keuzemogelijkheden consument

Net zoals voor basiszorg geldt, is het (gezien de aard van de zorg) voor de consument moeilijk om een welbewuste keuze tussen verschillende aanbieders te maken. Doordat er minder aanbieders van complexe zorg op een markt zullen opereren, zijn de keuzemogelijkheden nog beperkter dan die op de markt voor basiszorg. Instellingen die complexe zorg aanbieden, zullen daarom over een machtspositie beschikken.

Inkoopprikkels

De prikkels voor consumenten en verzekeraars om goed in te kopen, zijn hetzelfde als in de markt voor basiszorg. Ook hier geldt dat de mogelijkheden voor verzekeraars om goed in te kopen beperkt zijn. Om te voldoen aan hun zorgplicht kunnen verzekeraars niet om deze aanbieders heen. De aanbieders van complexe specialistische acute zorg zullen over een sterke, duurzame machtspositie beschikken, waardoor de betaalbaarheid van de zorg in gevaar kan komen.

Externe effecten

Het risico op afwenteleffecten is klein. Voor complexe zorg geldt namelijk dat het niet aannemelijk is dat zowel de eerste- als de tweedelijnde deze leveren. Het is daarom niet mogelijk om gebruik te maken van eventuele verschillen in financiering of risicodragendheid.

Voor een behandeling van de overige externe effecten die zich kunnen voordoen, zie de paragraaf in deze uitvoeringstoets die hierover is opgenomen bij de markt voor basiszorg.

Marktmodel complexe/specialistische zorg

Voor de markt voor complexe zorg geldt dat er door de aanwezige schaalgrootte en de vereiste specialistische kennis geen concurrentie mogelijk is. Het is niet mogelijk om de prestaties van aanbieders goed met elkaar te vergelijken. Hierbij valt te denken aan brandwondencentra of multitraumazorg. Voor de bekostiging van deze functies/zorgsoorten is er een rol voor de overheid. Via prestatiecontracten kunnen aanbieders eventueel worden geprikkeld om doelmatig te werken.

2.3.2 Zorgverzekeringsmarkt

Op de zorgverzekeringsmarkt zorgt een private uitvoering door verzekeraars voor de sterkste prikkel om doelmatig in te kopen. Deze prikkel komt voort uit het winstmotief van verzekeraars en uit het feit dat verzekerden kunnen overstappen naar een andere verzekeraar als de ingekochte zorg ondermaats is. Bij inkoop door de overheid is deze prikkel minder.

Zoals eerder aangegeven veronderstelt de NZa bij privaat verzekerde zorgmarkten een verzekeringsplicht, een acceptatieplicht, een verplicht basispakket en een verbod op premiedifferentiatie.

Bij de bespreking van de verschillende marktmodellen op de zorgverzekeringsmarkt was sprake van drie voorwaarden die voor private verzekeraarbaarheid moeten gelden:

- Het risico moet verzekeraarbaar zijn.
- Het risico moet calculeerbaar zijn.
- Het risico moet beheersbaar zijn, zodat verzekeraars prikkels ervaren om doelmatig in te kopen

2.3.2.1 Telefonische toegang en regie

Telefonische toegang met nadruk op de regie in de keten

De risico's op deze markt zijn in principe verzekeraarbaar en calculeerbaar. De kosten van het voltijds opereren van een meldkamer zijn bijvoorbeeld goed te voorspellen. De kosten hangen slechts gedeeltelijk af van de hoeveelheid meldingen binnen een regio (variabele kosten) en zijn vooral vast van aard (de inrichting van de meldkamer en de benodigde apparatuur).⁹⁸ Het is mogelijk om de uitvoering van de inkoop onder te brengen bij zowel private verzekeraars als de overheid zelf. Hieronder komen beide mogelijkheden aan de orde.

- Private uitvoering

Vanwege coördinatieproblemen is het niet mogelijk om deze functie door meerdere aanbieders in een regio te laten leveren. Dit heeft ook gevolgen voor de uitvoering. Het is niet logisch om verschillende individuele verzekeraars zelf deze functie te laten inkopen, omdat zij dan met die ene aanbieder misschien allemaal verschillende afspraken maken. Er bestaat in die zin een grote kans op een coördinatieprobleem. Het is belangrijk dat alle verzekerden, ongeacht de verzekeraar waarbij zij zijn aangesloten, dezelfde toegang tot een meldkamer hebben.

Als verschillende verzekeraars verantwoordelijk zijn voor de uitvoering en het genoemde coördinatieprobleem erkennen, dan bestaat er nog steeds een groot risico dat de gewenste uniforme afspraken voor alle verzekeraars met de aanbieder niet tot stand komen. Er kan zich een *free-rider* probleem voordoen. Het loont voor een individuele verzekeraar om af te wachten wat voor afspraken andere verzekeraars met die aanbieder maken en hierbij aan te sluiten, zodat hij hierin zelf geen tijd en geld hoeft te investeren. Als elke verzekeraar echter zo denkt, zal onder andere bij het maken van afspraken en het opstellen van normen niemand het voortouw nemen. Bij een private uitvoering is het daarom wenselijk dat de overheid de inkoop van zorg bij een verzekeraar onderbrengt die namens alle andere verzekeraars onderhandelt.

Als de uitvoering bij een dominante verzekeraar wordt ondergebracht, is het wel de vraag in hoeverre deze prikkels ervaart om goed in te kopen. Hij kan zich op basis van zijn ingekochte zorg immers niet van andere verzekeraars onderscheiden. De verzekeraar ervaart dan ook geen interne prikkel om goed in te kopen. Ook de ingekochte zorg voor dit marktsegment is niet direct een aspect dat de verzekerde betreft bij de keuze van zijn polis. Een verzekeraar ervaart daardoor geen externe prikkel om goed in te kopen.

De overheid kan de verzekeraar wel prikkelen om de zorg goed in te kopen door de verzekeraar een budget te geven en hem het verschil tussen het budget en het bedrag dat hij kwijt is aan de inkoop van zorg

⁹⁸ In een grotere regio zal wel meer personeel nodig zijn om de centrale te bedienen dan in kleinere regio's, omdat zich in de grotere regio's naar verwachting meer acute zorgvragen voordoen. De kosten hiervan zijn echter goed te voorspellen.

te laten behouden. Ook is er de mogelijkheid om verzekeraars af te rekenen op basis van hun onderlinge inkoopprestaties. De overheid belooft verzekeraars die een beter inkoopresultaat behalen in dat geval beter dan verzekeraars die minder goed hebben ingekocht.

- Publieke uitvoering

Het is ook een optie om de uitvoering bij de overheid te beleggen. De overheid is dan zelf verantwoordelijk voor de aanbesteding van de zorg en de financiering van de verschillende regionale aanbieders. Zoals eerder beschreven is, ervaren verzekeraars slechts beperkte prikkels om goed in te kopen. De belangrijkste reden om voor een private uitvoering te kiezen, valt daarmee weg. De overheid is even goed in staat om deze zorg goed in te kopen. Een belangrijk argument om voor een publieke uitvoering te kiezen, is ook de samenhang die er is met hulpdiensten zoals de politie en de brandweer.

Telefonische toegang met de nadruk op zorginhoudelijke triage

Voor de zorginhoudelijke triage gelden soortgelijke overwegingen als bij de telefonische toegang en regie. Het is belangrijk dat de diensten op een uniforme manier voor alle verzekerden toegankelijk zijn.

2.3.2.2 Stabilisatie en vervoer

De risico's op de markt van stabilisatie en vervoer zijn verzekeraar en calculeerbaar en daarom is het mogelijk om te kiezen voor een model waarbij verzekeraars de inkoop uitvoeren. De minister kan er echter ook voor kiezen om de uitvoering bij de overheid te beleggen.

- Private uitvoering

De keuze voor een aanbestedingsmodel waarbij de overheid aan één partij een concessie voor de zorg verleent, heeft gevolgen voor de keuze van de mate van concurrentie tussen verzekeraars bij de inkoop van zorg. Als de keuze op één aanbieder valt, dan is het namelijk niet logisch om meerdere verzekeraars de zorg te laten inkopen. Het is belangrijk dat er binnen een regio een uniform beleid is over de aanrijdtijden van bijvoorbeeld ambulances en niet dat verzekeraars hier allemaal met die ene aanbieder uiteenlopende afspraken over maken. De verschillende verzekeraars moeten immers gebruik maken van dezelfde ambulances. Als verschillende verzekeraars voor de inkoop verantwoordelijk zijn, leidt dit tot een groot coördinatieprobleem. Welke patiënten van welke verzekeraar worden dan als eerste geholpen? Ook hier kan zich een *free-rider* probleem voordoen. Het valt niet te verwachten dat individuele verzekeraars hier samen uitkomen. Een oplossing is om de inkoop onder te brengen bij één verzekeraar, die namens alle andere verzekeraars onderhandelt. Dit kan bijvoorbeeld de marktleider in een regio zijn. In de verschillende regio's die gedefinieerd kunnen worden, beschikken verzekeraars over de vrijheid om binnen de minimumnormen die de overheid heeft vastgesteld, concrete afspraken te maken met de aanbieders die aan de aanbesteding deelnemen. In die zin kunnen de afspraken tussen regio's verschillen. In de ene regio kan de verzekeraar bijvoorbeeld met de aanbieder afspreken dat hij in dichtbevolkte gebieden voor ambulances een aanrijdtijd van tien minuten wil, terwijl een andere verzekeraar in een andere regio voor andere aanrijdtijden kiest.

Wanneer de overheid de uitvoering bij een dominante verzekeraar onderbrengt, is het wel de vraag in hoeverre deze prikkels ervaart om goed in te kopen. Net zoals in subparagraaf 2.3.2.1 beschreven is bij telefonische toegang en regie, zal dit nauwelijks het geval zijn. De overheid kan van haar kant wel proberen om verzekeraars te prikkelen,

maar de vraag doet zich dan voor of het niet beter is dat de overheid de inkoop zelf uitvoert.

- Publieke uitvoering

Bij een publieke uitvoering is de overheid zelf verantwoordelijk voor de aanbesteding van de zorg en voor de financiering van de verschillende regionale aanbieders. Als verzekeraars geen prikkels krijgen om adequaat in te kopen, dan is de overheid zelf even goed in staat om de zorg adequaat in te kopen en kan zij zelf de uitvoering op zich nemen. De uitvoering kan zij dan bijvoorbeeld onderbrengen bij de provincies. Deze hebben daarbij de mogelijkheid om binnen de randvoorwaarden die voor alle provincies gelden hun eigen beleid uit te stippelen.

De marktmodellen voor de marktsegmenten van telefonische toegang en regie en van stabilisatie en vervoer komen in grote mate met elkaar overeen. Als de minister voor het eerste marktsegment voor een publieke uitvoering kiest, is het niet logisch om voor het tweede marktsegment voor een private uitvoering te kiezen.

2.3.2.3 Acute basiszorg en acute specialistische zorg

Voor het marktsegment voor acute basiszorg en acute specialistische zorg geldt dat het risico verzekeraar en calculeerbaar is. Op basis van de wet van de grote getallen en de kenmerken van de verzekerdenpopulatie in een bepaalde regio, is vooraf goed te bepalen hoe groot de risico's voor een bepaalde populatie zijn. Verzekeraars kunnen daardoor de kosten goed inschatten, en hun inkoopbeleid en de hoogte van de premies hierop baseren. De risico's zijn voor bepaalde soorten acute zorg in zekere mate ook beheersbaar. Met behulp van preventieprogramma's kunnen verzekeraars bijvoorbeeld het risico op vallen door ouderen voorkomen. Verkeersongelukken of soorten van acute zorg waarop zij geringere invloed kunnen uitoefenen, zijn minder beheersbaar.

- Private uitvoering

Om die reden is het in principe mogelijk om de inkoop van acute zorg te laten plaatsvinden door private verzekeraars, net zoals dat in de huidige situatie gebeurt. In subparagraaf 2.3.1 over de zorgverleningsmarkt is beschreven dat het wel noodzakelijk om verzekeraars naast de bovengenoemde aspecten te prikkelen om goed in te kopen. De eerste voorwaarde hiervoor is dat er sprake is van een goed risicovereveningssysteem, zodat de verzekeraars risicodragend kunnen inkopen en geen prikkel ervaren om aan risicoselectie te doen. In de acute zorg lijkt dit goed mogelijk. De verzekerdenkenmerken per regio en eventuele regio-invloeden zijn bekend, zodat hiermee rekening kan worden gehouden. Een tweede voorwaarde is dat de overheid zorgverzekeraars een zorgplicht oplegt om een eventueel gebrek aan prikkels bij verzekeraars om goed in te kopen, te compenseren.

- Publieke uitvoering

Als het niet goed mogelijk is om een risicovereveningssysteem te ontwikkelen, is het verstandiger om de uitvoering van acute zorg bij de overheid onder te brengen. Dit kan ook het geval zijn als verzekeraars niet-optimale prikkels ervaren om goed in te kopen.

In vergelijking met een model waarin private verzekeraars met elkaar concurreren, is de prikkel tot doelmatigheid bij publieke uitvoering een stuk geringer. De drijfveer om goed in te kopen, komt hier vanuit de intrinsieke motivatie van medewerkers en vanuit de maatschappelijke verantwoording die een overheidsorgaan draagt. Dit zijn geen optimale

prikkels. In een optimale situatie stimuleert de klant de uitvoerder tot goede prestaties. Bij een uitvoering door de overheid valt er echter weinig te kiezen en is een klant ook niet in staat om met zijn voeten te stemmen door van uitvoerder te wisselen, zoals dit bij een uitvoering door private verzekeraars wel mogelijk is.

2.3.2.4 Complexe specialistische acute zorg

Voor de markt voor complexe specialistische acute zorg zijn de risico's niet goed verzekeraar, beheersbaar en calculeerbaar. Private partijen zullen daarom geen prikkels ervaren om de zorg goed in te kopen. De overheid heeft dan ook een taak om de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg te borgen. Door middel van een contracteerplicht of zorgplicht kan de overheid verzekeraars verplichten om voldoende zorg in te kopen en de toegankelijkheid te borgen. Borging van de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg is mogelijk via kwaliteitsregulering en prijsregulering. De uitvoering van de inkooprol kan de overheid vervolgens onderbrengen bij private verzekeraars of bij zichzelf.

2.4 Conclusie

Voor de verschillende marktsegmenten binnen de acute zorg worden de publieke belangen in een zerobasebenadering het best geborgd door verschillende marktmodellen. Voor de markt voor telefonische toegang en regie en voor de markt voor stabilisatie en vervoer kan de minister kiezen voor een aanbestedingsmodel of een model met maatstafconcurrentie. De uitvoering kan hij zowel bij een dominante verzekeraar als bij de overheid onderbrengen. Als de keuze op maatstafconcurrentie valt, is de overheid wel verantwoordelijk voor het vaststellen van een maatstaf. Wat de basiszorg betreft, is voor de meest eenvoudige soorten zorg die de verschillende aanbieders aanbieden vrije prijsvorming mogelijk. Voor het andere gedeelte biedt maatstafconcurrentie de beste prikkels om de publieke belangen te borgen. Op de markt voor basiszorg kunnen private verzekeraars die met elkaar in concurrentie staan de uitvoering van de inkoop op zich nemen. Binnen een prijsplafond bestaan er voor verzekeraars en aanbieders dan vrijheden om afspraken te maken over de prijs, de kwaliteit en de investeringen. Voor de complexe zorg geldt dat de publieke belangen het best geborgd zijn via overheidsregulering, waarbij de overheid met behulp van prijsregulering en haar toelatingsbeleid de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg regelt. De uitvoering van de zorg kan zij onderbrengen bij private verzekeraars of bij zichzelf. Tabel 3.3 geeft een overzicht van de gemaakte keuzes.

Voor de overheid is in alle markten een rol weggelegd om een minimum aan kwaliteit te borgen (door het stellen van minimumkwaliteitsvereisten) en om normen te stellen voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg, voor de borging van de telefonische toegang en voor de ontwikkeling van een risicovereveningssysteem. Hiermee borgt zij de kwaliteit en de toegankelijkheid (bereikbaarheid, beschikbaarheid) van de zorg. De gekozen bekostigingsvorm zorgt ervoor dat de zorgverlening doelmatig plaatsvindt en dat de betaalbaarheid ervan geborgd is.

Tabel 3.3. Advies doelmatige marktordening acute zorg

	Telefonische toegang met nadruk op regie in de keten ⁹⁹	Stabilisatie & vervoer	Acute basiszorg door huisarts, HAP of SEH	Acute specialistische zorg door SEH	Complexe specialistische acute zorg
Toelating aanbieders	Eén aanbieder per regio	Eén aanbieder per regio	Meerdere aanbieders	Meerdere aanbieders	Meerdere aanbieders
Bekostiging	Aanbesteding of maatstaf-concurrentie	Aanbesteding of maatstaf-concurrentie	Vrije prijzen Afzonderlijke bekostiging beschikbaarheid	Maatstaf-concurrentie Afzonderlijke bekostiging beschikbaarheid	Prijsregulering
Inkoop	Privaat of publiek	Privaat of publiek	Prestaties: individuele verzekeraar Beschikbaarheid: privaat of publiek	Prestaties: individuele verzekeraar Beschikbaarheid: privaat of publiek	Privaat of publiek
Financiering	Privaat of publiek	Privaat of publiek	Privaat	Privaat	Privaat of publiek

⁹⁹ Deze analyse heeft vooral betrekking op de telefonische toegang waarbij de nadruk op regie in de keten ligt (meldkamer-112). Voor de telefonische toegang tot huisartsen en HAP's is deze sturing niet noodzakelijk.



Postbus 3017
3502 GA Utrecht

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

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

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

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