

Marktwerving in de AWBZ-zorg

Een kwalitatief onderzoek naar de indicatiestelling voor de AWBZ
in het kader van de beoogde marktwerving.

student: L.P. Coomans
studentnummer: 291164
afstudeerbegeleider: Mr.dr.drs. M.A.J.M. Buijsen
meelezer: Dr. Ir. J. Zuurbier

Rotterdam, augustus 2006



Voorwoord

Na de Hbo-opleiding Psychosociaal Werk, was ik werkzaam als pedagogisch medewerker in verschillende instellingen. Momenteel werk ik als (gezins)voogd bij de William Schrikker Groep. En na een aantal jaren wilde ik meer weten over zorgmanagement. Daarom startte ik in 2004 met het schakelprogramma met het doel toegelaten te worden tot de Master Zorgmanagement. Dat is gelukt en in 2005 ben ik aan de Master Zorgmanagement begonnen.

Voor mijn scriptie zocht ik een onderwerp dat mijn interesse heeft en maatschappelijk relevant is. Vanuit mijn functie als (gezins)voogd ben ik bekend met een aantal juridische aspecten in de gezondheidszorg, wat ik erg interessant vind. Daarom heb ik gekozen voor het onderwerp de Mededingingswet, omdat een juridisch onderwerp is dat veel in de belangstelling staat, maar dat onbekend terrein voor mij is.

Ik wil mijn afstudeerbegeleider, M. Buijsen, bedanken voor zijn begeleiding. Enerzijds voor het houden van overzicht en het aanbrengen van structuur en anderzijds zijn grote kennis van de juridische aspecten van de gezondheidszorg, en de Mededingingswet in het bijzonder. Beide aspecten hebben mij enorm geholpen bij het schrijven van deze scriptie.

Rotterdam, augustus 2006

Edith Coomans

Samenvatting

De kosten van de AWBZ-zorg zijn de afgelopen jaren tegen de verwachting van de overheid sterker gegroeid. Om de kosten van de AWBZ-zorg te beheersen heeft de overheid een aantal maatregelen genomen. En één van de ingevoerde maatregelen is de introductie van marktwerking in de AWBZ-zorg.

De Mededingingswet bewaakt de mededinging op economische markten. De Nederlandse Mededingingautoriteit is de aangewezen toezichthouder. Het CIZ heeft de taak om de indicatiebesluiten op te stellen voor de AWBZ-zorg. Het CIZ verricht echter geen economische activiteiten en daarom is de Mededingingswet niet van toepassing op het CIZ. Het CIZ kan echter haar taak om indicatiebesluiten op te stellen mandateren aan AWBZ-zorgaanbieders. Dat betekent dat AWBZ-zorgaanbieders de vraag van zorgvragers kunnen beïnvloeden, waarbij er het risico kan zijn dat de marktwerking verstoord wordt.

Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in de wijze waarop indicaties voor de AWBZ-zorg worden gesteld en in hoeverre er risico's zijn die het bereiken van een optimale marktwerking in de weg staan. De centrale onderzoeksvraag is als volgt geformuleerd:

Hoe kan de samenwerking tussen het CIZ en zorgaanbieders zodanig vorm worden gegeven, dat deze samenwerking een goede marktwerking op de AWBZ-zorgmarkt niet belemmert?

Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie en kwalitatief onderzoek. Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een casestudy in de regio Amsterdam. Uit het onderzoek blijkt dat het CIZ de voorbereiding en het onderzoek van de indicatiestelling overdraagt aan AWBZ-zorgaanbieders. Om een optimale marktwerking te bereiken in de AWBZ-zorg kan deze taak het best door het CIZ zelf worden uitgevoerd.

Summary

In recent years, the expenditure of AWBZ care has grown more strongly than the anticipated by the Netherlands. To reduce the expenditure of AWBZ care the government has taken a number of measures. One of the introduced measures is the introduction of competition in AWBZ care.

The competition law defines and regulates the competition on economic markets.

The Netherlands Competition Authority (NMa) is the suitable supervision holder.

The Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) has the task to essay the indication decisions for AWBZ-care. However, the CIZ performs no economic activities. For this reason the competition law does not apply to the CIZ. However, the CIZ can delegate its power to task indication decisions to AWBZ care providers. That means that AWBZ care providers can influence the demand of patients. This poses the problem that competition may be distorted. This research paper aims to give insight into the way which indications for AWBZ care are stated and to what extent there are dangers for reaching an optimum of competition.

The central research question has been formulated as follows:

How can the cooperation between the CIZ and care providers be organized in a way that this cooperation does not distort competition on the market for AWBZ care?

The research exists of a literature study and qualitative research. The qualitative research exists of a casestudy in the region Amsterdam. It becomes clear that the CIZ transfers the preparation and research for indications to AWBZ care providers. The CIZ should refrain from delegating these activities in order to enable an optimum of competition in AWBZ care.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	4
Inhoudsopgave	5
1.1 <i>Probleemstelling</i>	7
1.2 <i>Onderzoek</i>	10
Hoofdstuk 2. Onderzoeksopzet en methode	13
2.1 <i>Inleiding</i>	13
2.1 <i>Onderzoeksmethode</i>	13
Hoofdstuk 3. De Mededingingswet	16
3.1 <i>Inleiding</i>	16
3.2 <i>De mededingingswet vanuit internationaal perspectief</i>	16
3.3 <i>De Mededingingswet</i>	17
3.4 <i>De Nederlandse Mededingingsautoriteit</i>	19
3.5 <i>Conclusie</i>	21
Hoofdstuk 4. Het Centrum Indicatiestelling Zorg	22
4.1 <i>Inleiding</i>	22
4.2 <i>Ontstaan, taken en werkwijze</i>	22
4.3 <i>Standaard Indicatie Protocollen</i>	23
4.4 <i>Het CIZ in het kader van de Mw</i>	24
4.5 <i>Conclusie</i>	25
Hoofdstuk 5. Marktwerking in de gezondheidszorg	26
5.1 <i>Inleiding</i>	26
5.2 <i>Marktwerking</i>	26
5.3 <i>Samenwerking</i>	27
5.4 <i>De gezondheidszorg: van centrale planning naar een marktmodel</i>	28
5.5 <i>De gezondheidszorg als markt</i>	28
5.6 <i>Een beschrijving van de AWBZ-zorgmarkt</i>	32
5.7 <i>Conclusie</i>	33

Hoofdstuk 6. De Amsterdamse extramurale AWBZ-zorgmarkt	34
6.1 Inleiding	34
6.2 De processen van indicatiestelling bij de AWBZ-zorgaanbieders	34
6.2.1 Amsterdam Thuiszorg	34
6.2.2 Thuiszorg Diakonie	36
6.2.3 Eveen	38
6.3 De samenwerking tussen het CIZ en de AWBZ-zorgaanbieders	40
6.4 Het perspectief vanuit beleidsmakers	41
6.5 Conclusie	42
Hoofdstuk 7. Conclusie, discussie en aanbevelingen	44
Literatuurlijst	48
Bijlage 1. Lijst van afkortingen	51
Bijlage 2. Topiclijsten	51
AWBZ-zorgaanbieders	52
CIZ	54
Ministerie van Economische Zaken	54
Bijlage 3. Overzicht interviews en nadere informatie over de zorgaanbieders	58

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Probleemstelling

AWBZ kosten aangepakt

De kosten ter uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn sinds 2000 sterker gegroeid dan verwacht op basis van de demografische ontwikkeling (vergrijzing en bevolkingsomvang). De prijsstijging in deze sector kan verklaard worden door het feit dat de AWBZ-zorg een arbeidsintensieve sector is. Daarnaast heeft de AWBZ, naar de mening van de regering, een aanzienlijke latente vraag van zorgvragers, die bij een lage drempel zorg aanvragen, wat zij bij een hoge drempel waarschijnlijk niet zouden doen.¹ Om hier iets aan te doen heeft de overheid inmiddels de definitie van de AWBZ weer teruggebracht tot waar zij oorspronkelijk voor was bedoeld, namelijk een volksverzekering voor zware chronische en continue zorg die grote financiële risico's voor individuen met zich meebrengt en die particulier niet te verzekeren zijn.² Binnen het kader van deze definitie heeft de overheid een aantal maatregelen genomen om de groei van de kosten van de AWBZ te beheersen zoals de wijziging van het Besluit Zorgaanspraken per 1 april 2003 en invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) met ingang van 1 januari 2007. Het doel van deze maatregelen is om de omvang van de AWBZ te verkleinen en te komen tot een beheersing van de kosten van de AWBZ. Een andere maatregel om de kosten te beheersen is de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg.³ Het idee is dat door middel van marktwerking zorgaanbieders prikkels krijgen om efficiënt en doelmatig te gaan werken, wat leidt tot lagere kosten in de AWBZ-zorg. Daarnaast worden door marktwerking de belangen van zorgvragers ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, gewaarborgd.⁴

Het Centrum Indicatiestelling Zorg

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt, als onafhankelijk bestuursorgaan, de aanspraken op de AWBZ-zorg. Het CIZ indiceert één of meerdere functies en de omvang en de duur van de periode van het recht op de

¹ Kamerstukken II, 2003/04, 29 538, nr. 1, p.17-18

² Kamerstukken II, 2005/06, 26 631, nr. 155 p.1

³ Ministerie van VWS 2001, p. 62

⁴ CTG/ZAio c, p. 12

geïndiceerde functie.⁵ De zorg wordt bekostigd op basis van de geïndiceerde functies. De effecten van functiegerichte bekostiging zijn:

- er ontstaan concurrentie mogelijkheden, omdat zorgaanbieders uit de zeven AWBZ-functies eigen producten met een eigen zorgprofiel kunnen samenstellen;
- een bevordering van de doelmatigheid door onderhandeling tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieders bij de inkoop van zorg;
- de transparantie van de producten wordt bevorderd;
- maatwerk en keuzemogelijkheden voor de zorgvrager;
- prijsvergelijking wordt mogelijk;
- reductie van de administratieve lasten.⁶

Om haar taak goed te kunnen uitvoeren is een vorm van samenwerking tussen het CIZ en de zorgaanbieders van belang, bijvoorbeeld om haar rol als adviseur voor zorgvragers te kunnen vervullen. De samenwerking dient dan een publiek doel, zoals toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Anderzijds dient de marktwerking op het gebied van de AWBZ-zorg niet verstoord te worden door deze samenwerking.

Marktwerking in de zorg

Met de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg wordt ook de Mededingingswet van toepassing op zorgaanbieders. De gedachte achter de Mededingingswet is dat in een markteconomie men de optimale verdeling van welvaart bereikt. In een goed functionerende markteconomie spelen concurrentie of mededinging een belangrijke rol. Het werkt niet om deze mededinging of concurrentie louter over te laten aan de markt, omdat het gunstig kan zijn voor ondernemingen om concurrentie te beperken of uit te schakelen. De optimale verdeling van welvaart wordt zo niet bereikt. Een samenleving heeft dus baat bij een

⁵ voorheen Regionaal Indicatie Orgaan (RIO)

⁶ Kamerstukken II, 2004/05, 26 631, nr. 117 p.3-8

goed werkend mechanisme van concurrentie.⁷ In Nederland houdt de Nederlandse Mededingingautoriteit (NMa) toezicht op naleving van de Mededingingswet.

Tot de wijziging van het Besluit Zorgaanspraken 1 april 2003 beschouwde de NMa de markt van de AWBZ-zorg als een markt waar concurrentie wel gewenst werd door de overheid maar waar onvoldoende mogelijkheden waren om daadwerkelijk te concurreren. De AWBZ-zorg was verdeeld in verschillende sectoren en door het Besluit Zorgaanspraken is de AWBZ-zorgmarkt inmiddels ontschot. De indeling in sectoren is opgeheven en het functiegericht indiceren is geïntroduceerd. Als gevolg van de invoering van deze wijzigingen concludeert de NMa dat de Mededingingswet van toepassing is op de AWBZ-zorgaanbieders, omdat zij in meer of mindere mate met elkaar kunnen concurreren.⁸ Het concept marktwerking is echter pas zeer recentelijk ingevoerd in de zorg en daarom is de zorg te beschouwen als een markt in transitie naar gereguleerde marktwerking. Het CIZ en zorgkantoren zijn niet te beschouwen als ondernemingen in de zin van de Mededingingswet, omdat zij geen economische activiteiten verrichten. Daarom is de Mededingingswet niet op het CIZ en de zorgkantoren van toepassing. Het CIZ is een bestuursorgaan en dient zich te houden aan de algemene beginselen voor behoorlijk bestuur.

De markt van de AWBZ-zorg bevat een aantal sectorspecifieke kenmerken waarbij het CIZ een rol speelt, die de markt complex maken. Eén kenmerk is dat zorgvragers een informatieachterstand hebben over de producten van de zorgaanbieders: wat is bijvoorbeeld de kwaliteit en de levertijd van de zorgproducten? Een tweede kenmerk is dat zorgvragers de door hen verlangde informatie meestal krijgen via mond-tot-mond reclame van bijvoorbeeld andere zorgvragers, de huisarts of het CIZ. Omdat deze informatie dan vaak voornamelijk gebaseerd is op eigen (dus subjectieve) ervaringen met zorgaanbieders, is deze informatie niet altijd compleet, juist of objectief, hetgeen de marktwerking vertroebelt.⁹ Ten slotte kan het CIZ, sinds de wijziging per 1 april 2003 van het Besluit Zorgaanspraken, het onderzoek en de besluitvorming van een indicatie mandateren aan zorgaanbieders. Deze mogelijkheid voor het CIZ bemoeilijkt de concurrentie tussen zorgaanbieders.¹⁰

⁷ Gerbrandy & Hessels 2004, p. 2

⁸ NMA 2004a, p. 37

⁹ CTG/Zaio 2005, p. 95

¹⁰ NMA 2004a, p. 34

Toezicht op marktwerking in de zorg

Het toezicht op de verschillende betrokken partijen wordt door verschillende instanties uitgevoerd. Het toezicht op de zorgaanbieders wordt uitgevoerd door de NMa en het College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorg Autoriteit in oprichting (CTG/ZAio). De NMa houdt algemeen toezicht op grond van de Mededingingswet, het CTG/ZAio houdt toezicht op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Het toezicht op het CIZ valt onder de minister van Volksgezondheid en Welzijn (VWS).

Kortom, de kosten van de AWBZ zijn gestegen. Een maatregel om de kosten te beheersen is de introductie van marktwerking in de AWBZ-zorg. Het CIZ geeft indicatiebesluiten af, waarmee zorgvragers toegang heeft tot de AWBZ-zorg. Het CIZ kan het opstellen van indicatiebesluiten mandateren naar AWBZ-zorgaanbieders, wat de marktwerking kan belemmeren. Enerzijds vervult het CIZ een belangrijke rol als indicatieorgaan en kan zij belangrijk zijn bij de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder, anderzijds kunnen gedragingen van het CIZ de beoogde marktwerking belemmeren of verstoren. De probleemstelling die hieruit volgt is:

hoe kunnen het CIZ en AWBZ-zorgaanbieders zodanig samenwerken, dat de marktwerking niet wordt belemmerd?

1.2 Onderzoek

Onderzoeksvragen

De probleemschets in paragraaf 1.1 is aanleiding om de samenwerking tussen het CIZ en de zorgaanbieders nader te onderzoeken door een kwalitatief onderzoek te doen naar extramurale zorg in de regio Amsterdam. De centrale onderzoeksvraag luidt:

Hoe kan de samenwerking tussen het CIZ en zorgaanbieders zodanig worden vorm gegeven, dat deze samenwerking een goede marktwerking op de AWBZ-zorgmarkt niet belemmert?

Om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Wat houdt het begrip samenwerking in voor de AWBZ-zorgmarkt?

2. Wat houdt het begrip marktwerking in?

3. Hoe is de samenwerking tussen het CIZ en AWBZ-zorgaanbieders volgens de huidige wetgeving en beleidsregels geregeld?

Deze vraag gaat in op de bestaande regelgeving waaraan AWBZ-zorgaanbieders en het CIZ zich dienen te houden. Welke wetgeving is voor het CIZ en de zorgaanbieders van toepassing? En hoe is het toezicht op de samenwerking tussen het CIZ en zorgaanbieders geregeld?

4. Wat zijn de risico's in het proces van indicatiestelling, die een goede marktwerking kunnen belemmeren?

Het conceptmarktwerking is nieuw in de AWBZ-zorg. Deze vraag onderzoekt de leemten of constructies in de huidige wetgeving en beleidsregels, die een goede marktwerking kunnen belemmeren of verstoren.

5. Hoe ziet de samenwerking tussen het CIZ en zorgaanbieders er ideaal bezien uit, om een goede marktwerking te waarborgen?

Er is een literatuurstudie verricht en er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen bij verschillende deskundigen variërend van de uitvoerenden tot beleidsmakers.¹¹ In het onderzoek is gekozen om een deskundige van het landelijk bureau van het CIZ te interviewen, omdat het landelijk bureau het beleid opstelt. Gelet op de uitkomsten van het onderzoek, waarbij met name de verschillen in het proces van indicatiestelling en de samenwerking naar voren komen, was het ook waardevol geweest om een deskundige van het regiobureau Amsterdam te interviewen. Hoewel er slechts drie AWBZ-zorgaanbieders zijn geïnterviewd, zijn de verschillen wel duidelijk geworden.

¹¹ Bij een semi-gestructureerd interview, krijgt de geïnterviewde enerzijds alle ruimte om te vertellen over een onderwerp, waarbij de onderzoeker het interview kadert door een onderwerp aan te reiken.

Relevantie

Het onderzoek is praktisch relevant omdat het een bijdrage levert aan de maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van mededingingsrecht in de gezondheidszorg.¹² In de eerste plaats is dit onderzoek relevant voor (potentiële) cliënten. Zij heeft baat bij een eerlijke mededinging, zodat de AWBZ-zorg optimaal wordt verdeeld en dat hun belangen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid worden gewaarborgd worden. In de tweede plaats is dit onderzoek relevant voor de betrokken partijen: het CIZ en de AWBZ-zorgaanbieders. Dit onderzoek kan hen informatie opleveren over rechtmatige samenwerking met elkaar en welke gedragingen wel of niet zijn geoorloofd. En in de derde plaats is dit onderzoek relevant voor de toezichthouders en de beleidsmakers, omdat dit onderzoek duidelijkheid kan verschaffen over eventuele leemten in huidige wetgeving en beleidsregels.

¹² Baarda & De Goede 2001, p. 93

Hoofdstuk 2. Onderzoeksopzet en methode

2.1 Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de samenwerking tussen het CIZ en de AWBZ-zorgaanbieders, waarbij het proces van indicatiestelling het kader is. Bijzondere aandacht verdienen de Standaard Indicatie Protocollen (SIPs). SIPs zijn protocollen, waarbij op basis van vragen bij bepaalde veelvoorkomende zorgsituaties de inhoud van het indicatiebesluit (functie, klasse, activiteiten en geldigheidsduur) wordt bepaald. Een AWBZ-zorgaanbieder sluit met het CIZ een overeenkomst en is daarna bevoegd om gebruik te maken van de SIPs. Een AWBZ-zorgaanbieder kan op basis van een SIP een indicatieadvies opstellen voor het CIZ. Op basis van het indicatieadvies kan een AWBZ-zorgaanbieder een zorgvrager direct zorg leveren. Het CIZ zet het advies om in een besluit en controleert het gebruik van de SIPs achteraf steekproefsgewijs. Een AWBZ-zorgaanbieder kan door het indicatiebesluit beïnvloeden, dat de marktwerking kan verstoren.

2.1 Onderzoeksmethode

Er bestaan verschillende methoden van onderzoek: kwantitatief, kwalitatief en gemixte methoden. Afhankelijk van het soort probleem kan een onderzoeksmethode gekozen worden. Indien een probleem onbekend terrein is, waar nog nauwelijks onderzoek naar gedaan is, kan gekozen worden voor kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is namelijk explorierend van aard en heeft een cyclisch karakter. Bovendien kan kwalitatief onderzoek uitstekend gebruikt worden indien de variabelen en hun onderlinge relaties onbekend zijn.¹³ De vorm van het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek is in een casestudy gegoten. De activiteiten van het CIZ en de AWBZ-zorgaanbieders in het kader van het proces van indicatiestelling worden dieper onderzocht. Het onderwerp van dit onderzoek, de SIPs en de toepassing van de Mw op de AWBZ-zorgmarkt, is een nieuwe situatie, waardoor onderzoek op dit gebied verkennend van aard is. Daarom is voor dit onderzoek gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksstrategie. De eerste drie onderzoeksvragen zijn:

1. Wat houdt het begrip samenwerking in voor de AWBZ-zorgmarkt?

2. Wat houdt het begrip marktwerking in voor de AWBZ-zorgmarkt?

3. Hoe is de samenwerking tussen het CIZ en de AWBZ-zorgaanbieders volgens de huidige wetgeving en beleidsregels geregeld?

Deze vragen zijn beschrijvend van aard. Het antwoord wordt gevormd door beschrijvingen van de begrippen, de context en de ontstaansgeschiedenis. Deze vragen zijn beantwoord met behulp van literatuuronderzoek. De begrippen samenwerking en concurrentie zijn inzichtelijk gemaakt.

4. Wat zijn de risico's in het proces van indicatiestelling, die een goede marktwerking in de AWBZ-zorg kunnen belemmeren?

Deze onderzoeksvraag is zowel beschrijvend als explorerend van aard. Naast een beschrijving van de risico's, die in de literatuur zijn beschreven, wordt middels interviews onderzocht welke risico's momenteel een rol spelen bij de SIPs. Deze interviews hebben een semi-gestructureerd karakter. De geïnterviewden worden uitgenodigd om over dit onderwerp te spreken, echter door het gebruik van topiclijsten wordt een kader geplaatst en wordt gewaarborgd dat alle onderwerpen aan bod komen. De topiclijsten zijn terug te vinden in bijlage 2. De triangulatie van het onderzoek wordt gewaarborgd, doordat deskundigen op verschillende gebieden zijn geïnterviewd, variërend van uitvoerders tot beleidsmakers.

Dit onderzoek heeft plaats gevonden in de regio Amsterdam. De regio Amsterdam leent zich namelijk uitstekend voor dit onderzoek, omdat op een relatief klein geografisch gebied veel AWBZ-zorgaanbieders actief zijn. Hoewel de AWBZ-zorg ontschot is, zijn veel AWBZ-zorgaanbieders vanuit de historie nog naar soort zorg ingedeeld. Daarom is bij dit onderzoek als richtlijn gehanteerd dat de onderzochte AWBZ-zorgaanbieders in ieder geval extramurale zorg leveren. Binnen de onderzochte AWBZ-zorgaanbieders wordt gestreefd naar maximale variatie om een zo compleet mogelijk beeld te geven. De AWBZ-zorgaanbieders, zijn uitgekozen om de maximale variatie te bereiken zijn: de Amsterdam Thuiszorg, Thuiszorg Diakonie en Eveen. De Amsterdam Thuiszorg is marktleider op het gebied van thuiszorg in Amsterdam, met een lange historie en met veel locaties verspreid door Amsterdam.

¹³ Creswell 2003, p. 22

Thuiszorg Diakonie is jong, klein en gevestigd in Amsterdam Zuidoost. Eeven is een groot netwerk van instellingen in de regio Amsterdam, Waterland en Zaanstreek, die onder andere thuiszorg levert.

Het CIZ heeft een landelijk bureau in Driebergen waar het landelijk beleid wordt opgesteld, daarom heb ik ervoor gekozen een deskundige van het landelijke bureau te interviewen. Ten slotte zijn twee deskundigen werkzaam bij de directie Marktwerking van het ministerie van Economische Zaken geïnterviewd, omdat zij het landelijke beleid opstellen voor de marktwerking in de zorg.

5. Hoe ziet de samenwerking tussen het CIZ en zorgaanbieders er ideaal bezien uit, om een goede marktwerking te waarborgen?

Deze vraag bestaat uit een aantal conclusies voortkomend uit de antwoorden op voorgaande vragen.

Hoofdstuk 3. De Mededingingswet

3.1 Inleiding

Verschillende aspecten van de Mededingingswet (Mw) komen in dit hoofdstuk aan de orde. Eerst plaats ik de Mw in een internationaal kader (3.2), vervolgens ga ik in op relevante aspecten van de inhoud van de Mw (3.3) en ten slotte komt het toezicht op naleving van de Mw aan de orde (3.4).

3.2 De mededingingswet vanuit internationaal perspectief

In 1958 ondertekenden zes Europese landen het EEG-verdrag.¹⁴ Het doel van het EEG-verdrag was om de nationale economieën te integreren van deze zes landen en een gemeenschappelijke Europese markt tot stand te brengen door oprichting van een Europese Economische Gemeenschap.¹⁵ De EEG werd bij het Verdrag van Maastricht 1992 ingekort tot EG, Europese Gemeenschap. De samenstelling van de EG is sinds 1957 enorm uitgebreid tot een huidig totaal van 25 lidstaten.

De rechtsregels in het EG-verdrag gelden voor de Europese Unie en de lidstaten afzonderlijk. Nederland heeft gekozen voor een systeem van monisme. Dit houdt in dat rechtsregels in het EG-verdrag deel uitmaken van de nationale wetgeving, zonder tussenkomst van de nationale overheid.¹⁶ In artikel 94 van de Grondwet is geregeld dat internationale wetgeving voorrang heeft op nationale wetgeving. De combinatie van het systeem van monisme en de voorrangregel maakt dat de internationale wetgeving een dominante plaats inneemt in de Nederlandse wetgeving.¹⁷

In het EG-verdrag waarborgt de Europese Unie vrije mededinging op twee manieren.¹⁸ Dit zijn het stellen van regels voor ondernemingen en het stellen van regels over steunmaatregelen van de lidstaten.¹⁹ Het waarborgen van vrije mededinging is gebaseerd op een verbodstelsel. Een verbodstelsel heeft als uitgangspunt dat afspraken die de concurrentie verhinderen of beperken verboden zijn. De tegenhanger van het verbodstelsel is het misbruikstelsel. Bij een misbruikstelsel zijn afspraken pas verboden als daar misbruikt van wordt gemaakt. Het misbruik wordt dan naderhand vastgesteld en verboden.

¹⁴ De zes landen waren de Beneluxlanden, Frankrijk, Duitsland en Italië.

¹⁵ Verheugt 2003, p. 542

¹⁶ een andere naam voor dit principe is het incorporatiesysteem

¹⁷ Verheugt 2003, p.6

¹⁸ Sluijs 2004, p. 19-20

3.3 De Mededingingswet

De Mw trad in werking op 1 januari 1998 en verving de Wet economische mededinging (WEM) uit 1958. Het uitgangspunt bij de invoering van de Mw was om zoveel mogelijk aansluiting te vinden bij de mededingingsregels van de EG. De inhoud van de Mw komt daarom zeer vergaand overeen met het EG-recht en de Mw is net als het EG-verdrag gebaseerd op een verbodstelsel. Een verschil tussen de Mw en het EG-recht zijn de procedureregels. De procedureregels van de Mw zijn namelijk ingebed in het systeem van de Algemene wet bestuursrecht (Awb).²⁰ Afhankelijk van het karakter van de overtreding wordt deze op nationaal niveau of Europees niveau behandeld. Een overtreding met een impact op de Nederlandse markt, wordt door de NMa behandeld. Overtredingen die de Europese markt schaden worden door de Europese Commissie behandeld. Om het karakter van een overtreding te bepalen zijn specifieke regels opgesteld, zoals een omzeldrempel van een onderneming.

Mededinging in Nederland

In de Mededingingswet zijn, in artikel 6 lid 1, verboden overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemingsverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst.²¹

Het begrip overeenkomst dient, net als in het Nederlands burgerlijk recht, ruim te worden opgevat. Zodra er sprake is van een wilsovereenstemming, is er sprake van een overeenkomst. Deze wilsovereenstemming hoeft niet schriftelijk zijn vastgelegd.²² Maar ook zonder wilsovereenstemming, dus zonder overeenkomst, kan een gedraging de mededinging beperken. Deze gedragingen vallen onder het begrip onderling afgestemde feitelijke gedragingen. De bewijsvoering van de onderlinge afgestemde feitelijke gedragingen is ingewikkeld. Indien noodzakelijk wordt een grondige analyse van de markt gemaakt, waarbij parallelle prijsbewegingen een

¹⁹ art. 81 t/m 89 EG

²⁰ Slot, Swaak & Lavrijssen 2000 p.33

²¹ Dit wordt ook wel het kartelverbod genoemd.

²² Slot, Swaak & Lavrijssen 2000 p. 53

belangrijke aanwijzing zijn. Er moet dan worden aangetoond dat de gedragingen niet kunnen worden verklaard door de structuur en de bijzondere kenmerken van de betrokken markt.²³

Een overeenkomst kan horizontaal of verticaal zijn. Een horizontale overeenkomst, is een overeenkomst tussen twee ondernemingen die op hetzelfde niveau van de markt werkzaam zijn, bijvoorbeeld twee zorgaanbieders. Een verticale overeenkomst is een overeenkomst tussen twee ondernemingen met een verschillende positie op de markt, bijvoorbeeld een overeenkomst tussen een zorgaanbieder en een distributeur.

Recentelijk is gekozen om de economische benadering van het kartelverbod voorrang te verlenen op de juridische benadering. Dat betekent dat economische effecten zwaarder wegen dan de precieze vorm van de overeenkomst.²⁴

In Mw artikel 6:1 wordt gesproken over het verhinderen, beperken of vervalsen van de concurrentie. Het begrip verhinderen houdt in dat concurrentie is of wordt uitgesloten. Concurrentie vindt in het geheel niet plaats. Het begrip beperken betekent dat marktdeelnemers een verminderde bewegingsvrijheid hebben, vergeleken met hun normale bewegingsvrijheid. Het vervalsen van concurrentie houdt in dat een of meerdere marktdeelnemers in een gunstigere positie worden gezet dan de overige marktdeelnemers. In de praktijk betekent dat de Mw zich met name richt op de volgende drie soorten gedragingen:

1. afspraken die mededinging kunnen verhinderen, beperken of vervalsen.
Afspraken die een effect op mededinging beogen, maar dit effect niet bereiken, zijn verboden. Ook zijn afspraken verboden die geen effect op de mededinging beogen, maar wel resulteren in een effect op de mededinging;
2. misbruik van een economische machtspositie;
3. het tot stand brengen van fusies van ondernemingen. Fusies dienen vooraf gemeld te worden. Fusies, die een economische machtspositie tot gevolg hebben, die de concurrentie in belangrijke mate kan belemmeren, zijn verboden.

In Mw artikel 6:3 zijn de uitzonderingen op Mw artikel 6:1 beschreven. Indien een overeenkomst, besluit of onderling afgestemde feitelijke gedraging bijdraagt tot verbetering van de productie of van de distributie of tot bevordering van technische of economische vooruitgang mits een billijk aandeel in de daaruit voortvloeiende

²³ Slot, Swaak & Lavrijssen 2000 p. 55

²⁴ NMa c 2003, p. 9

voordelen de gebruikers ten goede komt, en zonder nochtans aan de betrokken ondernemingen

1. beperkingen opleggen die voor het bereiken van deze doelstellingen niet onmisbaar zijn, of
2. de mogelijkheid geven, voor een wezenlijk deel van de betrokken goederen en diensten mededinging uit te schakelen.

In artikel 7 Mw is geregeld dat afspraken die een gering effect hebben op de mededinging, buiten de werking van de Mw vallen.²⁵ Er is sprake van een gering effect indien niet meer dan acht ondernemingen bij betrokken zijn, waarvan de gezamenlijke omzet niet meer dan € 908.000,- is.²⁶

3.4 De Nederlandse Mededingingsautoriteit

Met inwerkingtreden van de Mw is tegelijkertijd ook de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) opgericht. De NMa heeft als taak om de Mw, de Elektriciteitswet 1998, de Gaswet, de Wet personenvervoer 2000 en de Spoorwegwet te handhaven. In het kader van dit onderzoek is alleen de handhaving van de Mw door de NMa relevant.

De NMa is een zelfstandig bestuursorgaan en valt onder het ministerie van Economische Zaken.²⁷ De minister van Economische Zaken is verantwoordelijk voor het beleid van de NMa en kan algemene aanwijzingen geven. De NMa kan boetes en een last onder dwangbevel opleggen. Tegen besluiten van de NMa kan men in eerste instantie bezwaar aantekenen bij de NMa en in tweede instantie kan men in beroep gaan de bestuurskamer van de rechtbank Rotterdam, art. 8:7 Awb. Tegen uitspraken van de bestuurskamer van de rechtbank Rotterdam kan men in hoger beroep bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven. De rechter kan de sanctie nietigheid vanwege rechtswege opleggen voor (een deel van) een overeenkomst of besluit.

²⁵ Slot, Swaak & Lavrijssen 2000 p. 34 - 55

²⁶ Indien de betrokken ondernemingen hoofdzakelijk goederen leveren, mag de gezamenlijke omzet niet hoger zijn dan € 4.540.000,- . Echter dit soort ondernemingen komt niet voor in de markt van de AWBZ-zorg, omdat deze markt diensten levert.

In het jaarverslag van de NMa 2004 is de missie 'markten laten werken' geformuleerd, het bewaken van marktwerking en toezicht houden op de randvoorwaarden die aan markten wordt gesteld. Een concurrerende omgeving stimuleert innovatie en geeft een impuls aan de concurrentiekracht van het bedrijfsleven. Bovendien draagt concurrentie bij aan de optimalisering van de prijskwaliteit verhouding van goederen en diensten alsook aan een efficiënte aanwending van middelen. Dit komt weer ten goede aan de consument.²⁸

NMa en de zorg

De NMa zette kaders voor de AWBZ-zorg uit in het visiedocument AWBZ-zorgmarkten. Dit wordt samengevat in de volgende zinnen. "In de gezondheidszorg worden gestaag stappen gezet op weg naar meer marktwerking. Het doel is een betere, goedkopere, efficiëntere en meer innovatieve zorgsector met oog voor de publieke belangen".²⁹ De belangrijkste conclusie uit het visiedocument is dat zorgaanbieders van AWBZ-zorg worden beschouwd als een onderneming in de zin van de Mw en daarmee onder de Mw vallen. De inkopers van AWBZ-zorg, de zorgkantoren, en het CIZ zijn niet te beschouwen als een onderneming in de zin van de Mw.

Tot 31 augustus 2004 gold voor de gehele AWBZ een contracteerplicht. Dit houdt in dat zorgkantoren verplicht waren om elke zorgaanbieder te contracteren. Voor de extramurale AWBZ-zorg is deze contracteerplicht bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) per 31 augustus 2004 opgeheven. De opheffing heeft belangrijke consequenties gehad voor de mogelijkheid tot mededinging. De NMa beschouwt sindsdien de AWBZ-zorgaanbieders als ondernemingen in de zin van de Mw.³⁰

Het College Tarieven Gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) voert de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) uit. Als gevolg van veranderingen in de gezondheidszorg, onder andere de marktwerking in de gezondheidszorg, veranderen de taken van het CTG/ZAio. In de toekomst zal de CTG/ZAio omgevormd worden tot

²⁷ Sinds 2004 is de NMa een zelfstandig bestuursorgaan. Voorheen viel het onder het ministerie van Economische Zaken. Een bestuursorgaan is een orgaan van een rechtspersoon die krachtens publiekrecht, of een ander persoon of college met enig openbaar gezag bekleed.

²⁸ NMa 2004b, p.4

²⁹ NMa 2004b, p. 12

³⁰ CTG/Zaio 2005b, p. 10

Zorg Autoriteit en zal zij samen met de NMa toe zien op de marktwerking in de gezondheidszorg.³¹

3.5 Conclusie

In de Mw artikel 6:1 zijn overeenkomsten en onderling afgestemde gedragingen, waardoor de mededinging wordt verhinderd, beperkt of vervalst verboden. Zo'n overeenkomst kan een verticaal of een horizontaal karakter hebben, maar de precieze juridische vorm van zo'n overeenkomst is minder zwaarwegend dan de economische effecten van de overeenkomst. De onderlinge afgestemde gedragingen houden in de praktijk in:

- afspraken, die mededinging kunnen beperken, verhinderen of vervalsen;
- misbruik van een economische machtspositie;
- en het tot stand brengen van fusies.

In artikel 6:3 Mw staan de uitzonderingen op artikel 6:1 Mw beschreven.

De NMa houdt toezicht op de handhaving van de Mw. Gelet op het specifieke karakter van de zorgmarkt zal het CTG/ZAio samen met de NMa toezien op een goede marktwerking in de gezondheidszorg.

³¹ NMa 2004b, p. 19

Hoofdstuk 4. Het Centrum Indicatiestelling Zorg

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk ga ik dieper in op het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Wat zijn de taken van het CIZ en wat is haar werkwijze (4.2)? In paragraaf 4.3 komen de Standaard Indicatie Protocollen (SIPs) uitgebreid aan bod. Ook komt aan de orde waarom de Mw niet van toepassing is op het CIZ (4.4).

4.2 Ontstaan, taken en werkwijze

CIZ algemeen

Het CIZ is vanaf 1 januari 2005 door de overheid aangewezen als uitvoerder van de indicatiestelling AWBZ-zorg.³² Het CIZ is een bestuursorgaan en valt beleidsmatig en inhoudelijk onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Naast het stellen van indicaties voor AWBZ-zorg, kan het CIZ indicaties stellen voor de Wet voorzieningen gehandicapten en sociaal-medische advisering. Deze laatste taken kunnen gemeenten door het CIZ laten uitvoeren. Het CIZ heeft de taak om te zorgen voor een objectieve, onafhankelijk en integrale indicatiestelling. Deze indicatiestelling dient te worden gekenmerkt door een cliëntvriendelijke, geprotocolleerde en waar mogelijk gestandaardiseerde werkwijze en registratie. Het indicatiestellingproces dient bij te dragen aan de vereiste transparantie in de zorgketen.³³

Het CIZ werkt landelijk en is verdeeld in 16 regio's. In elke regio zijn één of meerdere locaties. Per jaar worden een miljoen aanvragen in behandeling genomen door de 3.000 medewerkers van het CIZ. De inschrijving bij de burgerlijke stand is bepalend bij welke locatie een zorgvrager een aanvraag kan indienen. Een zorgvrager kan zelf een indicatieaanvraag indienen bij het CIZ of de hulp van een aanmelder gebruiken. Instanties of personen die de rol van aanmelders op zich kunnen nemen, zijn onder

³² Voorheen indiceerden de Regionale Indicatie Organen (RIO's) de AWBZ-zorg. Het CIZ werd opgericht als landelijk overkoepelend orgaan om een meer uniforme indicatiestelling te waarborgen.

³³ Kamerstukken II 2005, 24 846 49

andere: zorgaanbieders van AWBZ-zorg, zorgketten (bij gemeenten), huisartsen, professionele ondersteuners (bijvoorbeeld MEE) en ziekenhuizen.³⁴

Indicatiebesluit

Het CIZ stelt een indicatiebesluit op. In het indicatiebesluit is de aanspraak op de AWBZ-zorg wordt vastgelegd. Het is een wettelijk besluit over het recht op de AWBZ-zorg. Het CIZ geeft aan welke soort zorg nodig is. Daarbij is de keuze uit zeven zogenoemde functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Het CIZ stelt, naast de functie, de omvang (hoeveel uur) en de periode vast. Een zorgaanbieder wordt formeel niet betrokken bij de besluitvorming tot een indicatie. Echter, gelet op het feit dat AWBZ-zorgaanbieders de rol van ondersteuner voor zorgvragers kunnen vervullen, hebben zij wel invloed op het proces van indicatiestelling. Een AWBZ-zorgaanbieder levert dan de informatie aan, waarop het CIZ haar indicatiebesluit baseert. Men streeft ernaar om de periode tussen de aanvraag en het indicatiebesluit maximaal zes weken te laten duren. Het CIZ verzendt het indicatiebesluit naar de aanvrager en het regionale zorgkantoor. Het zorgkantoor draagt zorg voor de daadwerkelijke levering van de zorg. Er zijn ijknormen over de periode tussen de afgifte van het indicatiebesluit en de startdatum van de zorglevering. De zorgkantoren bewaken de termijnen tussen het indicatiebesluit en de aanvang van zorg. Het CIZ heeft geen bemoeienis met die termijnen. Op grond van de Algemene wet bestuursrecht kan een zorgvrager bezwaar aantekenen tegen het indicatiebesluit binnen zes weken na afgifte van het indicatiebesluit. Het CIZ onderzoekt het bezwaar en doet een uitspraak over het bezwaar. Indien een zorgvrager het niet eens is met de uitspraak van het CIZ, kan een zorgvrager in beroep gaan bij de rechter.

4.3 Standaard Indicatie Protocollen

Voor de aanmelders bestaat er de mogelijkheid om gebruik te maken van de Standaard Indicatie Protocollen (SIPs). SIPs zijn protocollen, waarbij op basis van

³⁴ MEE is een door de overheid gesubsidieerde stichting, die informeert, adviseert en ondersteuning

kernvragen bij beperkte, veelvoorkomende en sterk geprotocolleerde zorgsituaties de inhoud van het indicatiebesluit (functie, klasse, activiteiten en geldigheidsduur) is gestandaardiseerd. Het CIZ sluit dan met de organisatie van de aanmelder een schriftelijke overeenkomst. De aanmelder is, na het sluiten van een schriftelijke overeenkomst, bevoegd om voor de SIPs een preadvies op te stellen. Een preadvies is een beoordeling voor een indicatiebesluit van een aanmelder op basis van een SIP.³⁵ Bij een SIP formulier worden de aandoening van de cliënt aangekruist en wordt automatisch berekend welke zorg en hoeveel zorg er nodig is. De SIP wordt per e-mail naar het CIZ verstuurd en de volgende werkdag staat het indicatiebesluit op de site van de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR). Dit is een landelijke systematiek voor het registreren en uitwisselen van berichten tussen het indicatieorgaan, het zorgkantoor en de zorgaanbieder (de ketenpartners).³⁶ Het CIZ neemt het preadvies over en controleert achteraf steekproefsgewijs het preadvies. Het CIZ geeft het indicatiebesluit af op basis van het preadvies. Het CIZ start met een controle van 20% van de aangevraagde SIPs van een zorgaanbieder. Indien deze controles goed zijn, verlaagt het CIZ het controlepercentage stapsgewijs naar een minimum. Het CIZ controleert of de aangeleverde informatie door een zorgaanbieder correct is. Het is belangrijk dat het CIZ de informatie over zorgvragers correct krijgt aangedragen, omdat het CIZ haar indicatiebesluit baseert op de aangedragen informatie. Het CIZ kan bij een controle een indicatiebesluit corrigeren. Indien het CIZ structureel de preadviezen corrigeert, kan het CIZ de schriftelijke overeenkomst voor het gebruik van de SIPs opzeggen.

4.4 Het CIZ in het kader van de Mw

In het kader van de Mw is er sprake van een onderneming er economische activiteiten worden verricht, waarbij de rechtsvorm en het al dan niet nastreven van een winstoogmerk er niet toe doen. Het CIZ is een bestuursorgaan met de taak onafhankelijk en met objectieve en niet-discriminerende criteria, indicatiebesluiten af te geven over het recht op AWBZ-zorg. Het CIZ heeft na het afgeven van een indicatiebesluit geen verdere bemoeienis met het verzilveren van de rechten. De

biedt aan mensen met een handicap, beperking of chronische ziekte.

³⁵ CIZ b 2006

³⁶ Zorgregistratie 2006

NMa beschouwt het CIZ niet als een onderneming, omdat zij geen economische activiteiten verricht. Hetgeen tot gevolg heeft dat de Mw niet van toepassing is op het CIZ.

4.5 Conclusie

Het CIZ heeft de taak te indiceren in hoeverre zorgvragers aanspraak kan maken op de AWBZ-zorg. In een indicatiebesluit wordt het recht op AWBZ-zorg wettelijk vastgelegd. Aanmelders kunnen gebruik maken van SIPs. Aanmelders stellen een preadvies op, wat het CIZ gebruikt als grondslag voor een indicatiebesluit. De preadviezen worden achteraf door het CIZ op juistheid gecontroleerd. De NMa beschouwt het CIZ niet als een onderneming, met het gevolg dat de Mw niet van toepassing is op het CIZ.

Hoofdstuk 5. Marktwerking in de gezondheidszorg

5.1 Inleiding

In paragraaf 5.2 en 5.3 wordt de begrippen marktwerking en samenwerking in het algemeen behandeld. In de daarop volgende paragrafen komt de marktwerking specifiek in de gezondheidszorg aan de orde.

5.2 Marktwerking

Een markt bestaat uit een groep kopers en een groep verkopers van een bepaald product of dienst. De groep kopers bepalen als groep de vraag naar een product. De groep verkopers bepalen als groep het aanbod van een product. De vraag naar een product wordt beïnvloed door een aantal factoren, zoals inkomen, prijzen van vergelijkbare producten, smaak, verwachtingen en het aantal kopers. Het aanbod van een product wordt beïnvloed door onder andere prijzen, technologie en het aantal verkopers. De variabele prijs is de belangrijkste factor zowel als bij het aanbod als bij de vraag. De prijs is een belangrijke evenwichtsbrenger tussen vraag en aanbod. Het spel tussen vraag en aanbod is de marktwerking.

Omdat de prijs zo'n belangrijke rol speelt bij de tot standkoming van producten, wordt dieper ingegaan op dit mechanisme. Een verkoper streeft ernaar zoveel mogelijk van zijn eigen producten te verkopen, waarbij hij concurreert met de andere verkopers. De markten kunnen verschillende vormen aannemen. De vorm van een markt bepaalt de invloed van de verkopers en kopers. Markten met volmaakte competitie hebben veel kopers, veel verkopers en het product is homogeen. De individuele (ver)koper kan weinig invloed uitoefenen op de marktprijs, omdat de (ver)kopers inwisselbaar zijn voor andere (ver)kopers. In een monopolie is er slechts een verkoper en talrijke kopers. De verkoper kan de prijs vaststellen en de kopers kunnen daar nauwelijks invloed op uitoefenen. In een oligopolie zijn er meerdere verkopers, maar concurreren niet agressief met elkaar. Ze vermijden concurrentie en houden de prijs hoog. In een monopolistische markt zijn er veel verkopers, maar allemaal met een net iets ander product. Een verkoper kan enigszins zijn prijs bepalen en kopers kunnen kiezen uit het meest gewenste product.³⁷

³⁷ Deze paragraaf is gebaseerd op Gregory Mankiw 2004, hoofdstuk4.

5.3 Samenwerking

Een drietal principes liggen ten grondslag aan het begrip samenwerking.³⁸ Het eerst principe is dat marktwerking of concurrentie in het belang van iedereen kan zijn, zowel van de verkopers als voor de kopers. De kopers concurreren met elkaar voor het beste product met de laagste prijs. Verkopers concurreren met elkaar om de meeste kopers voor een zo'n hoog mogelijke prijs. Daarnaast hebben de kopers baat bij het bestaan van de markt, omdat zij anders genoodzaakt zijn het product of dienst zelf te maken of te leveren. De verkopers kunnen zich door het bestaan van de markt specialiseren in een product of dienst.

Het tweede principe is dat markten een goede manier zijn om economische activiteiten te organiseren. In een markteconomie bepalen alle kopers en verkopers tezamen de markt.³⁹ Elke koper behartigt zijn eigen belang en neemt individuele beslissingen, en de som van alle individuele beslissingen vormt de markt. Het eigen belang wordt geleid door 'de onzichtbare hand' en deze hand leidt het eigen belang naar een algemeen economisch welzijn.⁴⁰

Het derde principe is dat de overheid het resultaat van een markt soms kan verbeteren. De overheid waarborgt de efficiëntie en rechtvaardigheid, door wetten en regels. De overheid beschermt dan de onzichtbare hand. De drie principes kunnen als volgt samengevat worden:

*“De fundamentele principes van samenwerking houden in dat handel voor alle partijen voordelig kan zijn, dat markten vaak een goede manier zijn om handel tussen mensen te coördineren en dat de overheid marktresultaten kan beïnvloeden als de markt niet goed werkt of als het marktresultaat onrechtvaardigheid in de hand werkt”.*⁴¹

³⁸ Gregory Mankiw 2004, p. 9

³⁹ In tegenstelling tot een centrale geplande economie die in de Sovjet-Unie ooit bestond. De overheid plande alle economische activiteiten.

⁴⁰ In zijn boek *An Inquiry into the nature and causes of wealth of nations* legt Adam Smith het idee van de onzichtbare hand uit.

⁴¹ Gregory Mankiw 2004, p. 16

5.4 De gezondheidszorg: van centrale planning naar een marktmodel

In 1974 koos de overheid met de Structuurnota Gezondheidszorg voor centrale planning in de gezondheidszorg. De overheid had via vergunningen, erkenningen, bouwplafonds en uitbreiding en reproductie van functies grote invloed op de gezondheidszorg. De overheid wilde de toegankelijkheid (zowel geografisch als financieel) van de gezondheidszorg waarborgen, de kosten beheersen en efficiëntie, doelmatigheid, flexibiliteit en kwaliteit stimuleren. In de loop van de jaren '80 bleek deze aanpak niet te werken. Door de ingewikkelde, onoverzichtelijke en tegenstrijdige planningswetgeving traden ongewenste effecten op. De Commissie Dekker nam afstand van het idee van de centraal geplande gezondheidszorg en legde in haar advies de basis voor een marktmodel. Hierin wordt het zorgaanbod niet bepaald door de overheid, maar komt het aanbod tot stand door partijen in de markt die met elkaar onderhandelen en overeenkomsten aangaan. De doelen zijn het bereiken van een optimale efficiëntie, doelmatigheid, flexibiliteit, service en kwaliteit te bereiken. Deze doelen worden bereikt door substitutie, concurrentie, streven naar winst en privatisering. De overheid kan wel sturen in het marktmodel, maar is minder prominent aanwezig.⁴² De overheid waarborgt wel de spreiding van voorzieningen en de toegankelijkheid (zowel geografisch als financieel) door middel van gereguleerde concurrentie, maar voor de overige doelstellingen is de rol van de overheid beperkt tot facilitator.

5.5 De gezondheidszorg als markt

Bij de beschouwing van de gezondheidszorg als een economische markt zijn er een aantal specifieke kenmerken van de gezondheidszorg, waardoor zij wezenlijk anders is dan andere sectoren. Lapré en anderen (1999) noemen een tiental karakteristieke kenmerken van de gezondheidszorg.⁴³ Hieronder worden een aantal van deze karakteristieken, die ook betrekking hebben op de AWBZ-zorgmarkt genoemd.

- Onzekerheid en asymmetrie

⁴² Dute & Hermans 2000, p. 66

⁴³ Lapré et al. 1999, p. 14-16

Het is onzeker wanneer, hoeveel en welke zorg iemand behoeft. Daarnaast heeft de zorgaanbieder een grote informatievoorsprong op de zorgvrager. Deze verhoudingen zijn dus asymmetrisch.

- Uitschakeling prijsmechanisme

In een economische markt is de prijs de belangrijkste variabele om een evenwicht tussen vraag en aanbod te creëren. In de AWBZ-zorg betalen zorgvragers een premie en een eigen bijdrage, maar die komen niet in de buurt van de kostprijzen van de AWBZ-zorg. Juist omdat de kosten van AWBZ-zorg voor individuen niet te betalen zijn, is hiervoor een volksverzekering opgezet. Het prijsmechanisme is daarom van ondergeschikt belang in de AWBZ-zorg.

De zorgvragers vragen naar aanleiding van hun hulpvraag een indicatie aan bij het CIZ.⁴⁴ Met deze indicatie hebben zij recht op een verstrekking van de geïndiceerde zorg. De zorgverzekeraars vergoeden de aanspraken in natura, via de zorgaanbieder, aan de zorgvrager. De zorgverzekeraars verrekenen de aanspraken met de zorgaanbieders. De zorgverzekeraars, gezamenlijk georganiseerd in een zorgkantoor, onderhandelen met de zorgaanbieders over de prijs, kwaliteit en hoeveelheid zorgverlening aan hun verzekerden, de zorginkoopmarkt. De diensten worden bekostigd met de AWBZ-volksverzekering; een zorgvrager betaalt dus niet rechtstreeks de kosten van het product of de dienst (wel indirect door een premie en daarnaast een inkomensafhankelijk bijdrage indien een zorgvrager daadwerkelijk AWBZ-zorg ontvangt). Op deze wijze tracht de overheid de toegankelijkheid en solidariteit van de AWBZ-zorg te waarborgen.

- Moral hazard

Als gevolg van de uitschakeling van het prijsmechanisme kan moral hazard ontstaan. Dat houdt in dat zorgaanbieders en zorgvragers zich anders gedragen, dan wanneer er wel een reële prijs betaald moet worden.

- Aanbieders met verschillende petten

⁴⁴ Hierin wijkt de gezondheidszorg af van andere markten, waar de vrager zich direct wendt tot de leverancier van diensten.

Zorgaanbieders hebben verschillende rollen en belangen. Enerzijds zijn zij belangenbehartiger van een zorgvrager en anderzijds zijn zij een gesprekspartner van het zorgkantoor over bijvoorbeeld tarieven.

- Aanbodgeïnduceerde vraag

Zorgaanbieders kunnen de zorgvraag beïnvloeden om het eigenbelang te dienen.

- Heterogeniteit van het product

De gezondheidszorg heeft een heterogeen pakket aan diensten. In de economie bestaat een ideale markt uit een homogeen product. In de AWBZ-zorg wordt door de marktwerking de heterogeniteit gestimuleerd, maar gereguleerd door de producten onder te brengen bij de zeven functies, die het CIZ kan indiceren (zie paragraaf 4.2).

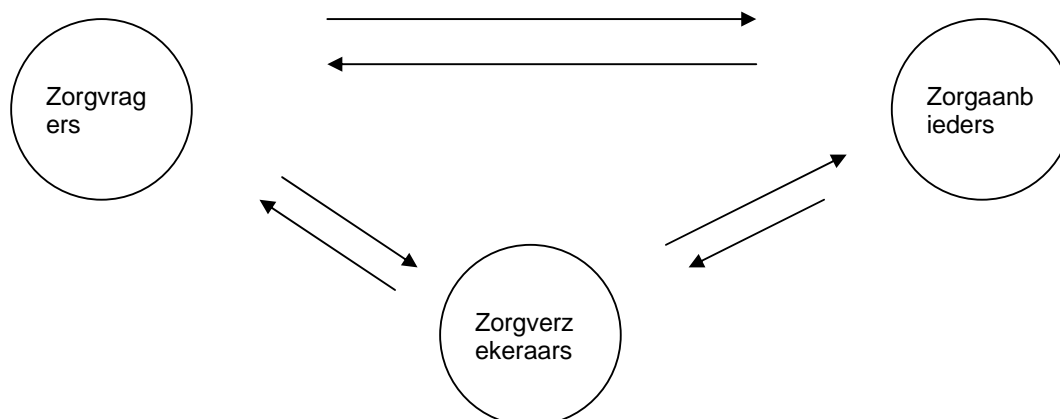
- Motieven voor overheidsingrijpen

De overheid heeft verschillende motieven om in te grijpen in de gezondheidszorg, zoals solidariteit, ethische vraagstukken, onderschatting van de toekomstige zorgbehoefte van potentiële zorgvragers en macro-economische kostenoverwegingen. De kosten van de gezondheidszorg zijn gestegen. En de overheid wil die kosten beheersen onder andere door marktwerking.

De gezondheidszorg bestaat feitelijk uit een drie markten en dat geldt ook voor de AWBZ-zorgmarkt: een zorgverleningmarkt, een zorgverzekeringsmarkt en een zorginkoopmarkt.⁴⁵ In de onderstaande figuur is de relatie tussen deze drie markten weergegeven.

⁴⁵ Lapré & van Montfoort 1999, p. 23

weergegeven.



Figuur 5.1 De drieledige markt voor de gezondheidszorg (Bron: Lapré et al. 1999)

Paradox

Sluis (2004) karakteriseert marktwerking in onder andere de gezondheidszorg als een paradox. De overheid wil enerzijds de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg waarborgen en anderzijds de gezondheidszorg efficiënter en effectiever maken door marktwerking. Enerzijds dus ingrijpen en reguleren anderzijds de markt zijn werk laten doen. Dit is de paradox van de gereguleerde marktwerking. Lapré en van Montfoort (1999) verwachten hiervan een ongewenst effect bij de zorgaanbieders. De zorgaanbieders dienen te concurreren om de zorgvrager. De overheid wil de kosten in de zorg beheersen en beperkt het zorgaanbod. Als gevolg van dit overheidsbeleid ontstaat er schaarste in het zorgaanbod. De schaarste in het zorgaanbod bemoeilijkt de concurrentie. Concurrentie en marktwerking zijn vooral afhankelijk van de schaarsteverhoudingen.

5.6 Een beschrijving van de AWBZ-zorgmarkt

De AWBZ-zorgmarkt wordt afgebakend op basis van AWBZ-functies en de regio's van de zorgkantoren.⁴⁶ Dat houdt in dat alle zorgaanbieders binnen de regio van een bepaald zorgkantoor, die producten aanbieden binnen een zelfde functie (hiermee worden de functies bedoeld, die het CIZ indiceert), tot de relevante markt behoren. Over de extramurale AWBZ-zorgmarkt is in de literatuur een beschrijving van de zorgmarkt gegeven door het CTG/Zaio (2005). De extramurale zorgmarkt wordt beschreven als een markt met veel zorgaanbieders met een hoge concentratiegraad. Dit houdt in dat er een klein aantal grote zorgaanbieders zijn en veel kleine zorgaanbieders. Het gevolg hiervan is zij om te kunnen voldoen aan hun zorgplicht niet om de grote zorgaanbieders heen kunnen. De positie van de grote zorgaanbieders is hierdoor stevig en de kans op machtsmisbruik is aanwezig.⁴⁷ Bovendien zijn er wel nieuwe zorgaanbieders op de AWBZ-zorgmarkt, maar die blijven klein.⁴⁸ Een grote zorgaanbieder kan schaalvoordelen behalen, maar deze voordelen lijken de concurrentie niet wezenlijk te belemmeren.⁴⁹ Er vinden veel fusies plaats in de AWBZ-zorgmarkt met het doel efficiënter te kunnen gaan werken. De NMa beschouwt de efficiëntie echter niet als legitieme reden om de mededinging te beperken. Om de mededinging te waarborgen toetst de NMa geregeld voorgenomen fusies. De NMa toetst in het kader van de huidige wetgeving slechts grote concentraties. Dat wil zeggen fusies tussen instellingen met wereldwijd een omzet van €113.450.000,- en waarvan minstens twee binnen Nederland een jaaromzet hebben van €30.000.000,-. In de AWBZ-zorgmarkt kan een zorgaanbieder met een relatief lage omzet, toch een hoog marktaandeel behalen. Zeker bij een zorgmarkt in transitie naar gereguleerde marktwerking kan het van belang zijn om ook de kleinere concentraties te kunnen toetsen en indien nodig te verbieden.⁵⁰ Er ligt een wetsvoorstel om de omzeldrempels in de Mw voor markten in transitie tijdelijk te verlagen bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). Dit wetsvoorstel zou ook voor de AWBZ-zorgmarkt kunnen worden gebruikt

⁴⁶ CTG/Zaio 2005, p. 11

⁴⁷ CTG/Zaio 2005b, p. 11

⁴⁸ Hoogendijk interview

⁴⁹ CTG/Zaio 2005b, p. 11

⁵⁰ Kamerstukken II, 2005/06, 30 186, nr 6, p. 3

5.7 Conclusie

Een markt bestaat uit verkopers en kopers van een product of dienst. Het spel tussen vraag en aanbod van producten of diensten is de marktwerking. Zowel de vraag als het aanbod van producten of diensten worden beïnvloed door een aantal factoren, waarvan de factor prijs de meeste invloed heeft. Het prijsmechanisme ontbreekt om verschillende redenen grotendeels in de AWBZ-zorgmarkt. De vorm van de markt bepaalt de invloed van verkopers en kopers invloed.

Aan het begrip samenwerking binnen de marktwerkingtheorie liggen drie principes aan ten grondslag, namelijk:

1. marktwerking is in het belang van iedereen;
2. markten zijn een goede manier om economische activiteiten te organiseren;
3. de overheid kan het resultaat van de markt verbeteren.

De overheid koos in de jaren '70 voor een centrale planning van de gezondheidszorg. In de jaren '80 werd duidelijk dat deze aanpak faalde. Daarom is vervolgens gekozen voor een concept van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg, met het doel om onder andere efficiëntie en doelmatigheid te bereiken.

De gezondheidszorg als markt heeft echter een aantal specifieke kenmerken, waardoor zij wezenlijk anders is dan andere sectoren. De specifieke kenmerken zijn onzekerheid en asymmetrie, uitschakeling van het prijsmechanisme, "moral hazard", aanbieders met verschillende petten, aanbodgeïnduceerde vraag, heterogeniteit van het product en overheidsingrijpen.

Door de introductie van gereguleerde marktwerking, heeft de overheid zichzelf in een paradox gepositioneerd, enerzijds wil zij de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg waarborgen en anderzijds wil zij de gezondheidszorg middels marktwerking effectiever en efficiënter maken.

De gezondheidszorg heeft echter nog een ander aspect, wat de introductie van marktwerking ingewikkeld maakt. Door overheidswege opgelegde capaciteitsbeperkingen is namelijk de capaciteit van het zorgaanbod schaars. De mate van marktwerking en concurrentie zijn afhankelijk van de schaarsteverhoudingen in een markt. De vraag is in hoeverre het marktmechanisme in de gezondheidszorg gaat werken met de schaarste van het zorgaanbod.

Hoofdstuk 6. De Amsterdamse extramurale AWBZ-zorgmarkt

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de extramurale AWBZ-zorgmarkt in de regio Amsterdam behandeld. Dit hoofdstuk is een uitwerking van de semi-gestructureerde interviews.

Achtereenvolgens ga ik in op volgende vragen:

Hoe verlopen de processen van indicatiestelling bij de verschillende AWBZ-zorgaanbieders? (6.2)

Hoe is de samenwerking in de regio georganiseerd en hoe kenmerkt zich de specifieke samenwerking tussen het CIZ en de drie AWBZ-zorgaanbieders? (6.3)

6.2 De processen van indicatiestelling bij de AWBZ-zorgaanbieders

De processen van indicatiestelling zijn in de regio Amsterdam bij drie AWBZ-zorgaanbieders onderzocht. De insteek van het onderzoek waren de SIPs. Tijdens de interviews kwam het Amsterdams Werkmodel naar voren. Het Amsterdams Werkmodel kan naast de SIPs gebruikt worden. Bij het Amsterdams Werkmodel kunnen AWBZ-zorgaanbieders zorg leveren zonder indicatiebesluit.

6.2.1 Amsterdam Thuiszorg

De Amsterdam Thuiszorg is verreweg de grootste zorgaanbieder in de regio Amsterdam en is elf jaar geleden ontstaan uit een fusie van Stichting Thuiszorg Amsterdam en Stichting Amsterdam Kruiswerk.⁵¹ Amsterdam Thuiszorg biedt alle vormen van zorg aan huis aan: van ondersteuning bij het huishoudelijk werk tot gespecialiseerde verpleging of verzorging, maaltijdvoorziening, uitleen van hulpmiddelen en verpleegartikelen, cursussen en voorlichting over gezondheid en voeding. Amsterdam Thuiszorg investeert in opleiding en scholing van haar werknemers. Daardoor zijn de producten van Amsterdam Thuiszorg relatief duur. Recentelijk heeft de organisatie daarop bezuinigd, door de afdeling Opleiden en Leren op te heffen. De vraag is of hoge kwaliteit van zorg haalbaar is met de toenemende concurrentie. Een grote organisatie als Amsterdam Thuiszorg heeft

⁵¹ In 2004 had de Amsterdam Thuiszorg een marktaandeel van 70%.

hoge overhead kosten. Echter, daar krijgt de concurrentie ook mee te maken als zij groeien.

Indicaties aanvragen

Amsterdam Thuiszorg kan bij acute situaties dezelfde dag nog zorg leveren en heeft geen wachtlijst. Amsterdam Thuiszorg hanteert altijd het Amsterdams Werkmodel. Het Amsterdams Werkmodel houdt in dat cliënten zich direct kunnen aanmelden bij de AWBZ-zorgaanbieder. De AWBZ-zorgaanbieder kan direct starten met het leveren van zorg zonder indicatiebesluit. De meerwaarde is dat er snel zorg geleverd kan worden en dat voor zorgvragers de route kort is. De snelheid is van belang in Amsterdam, omdat er veel spoedproblematiek is. Zorgvragers of verwijzers (bijvoorbeeld huisartsen) nemen telefonisch contact op met Amsterdam Thuiszorg en leggen de zorgvraag voor. Amsterdam Thuiszorg gaat op huisbezoek en doet dan een intake. Afhankelijk van de spoed van de zorgvraag kan de intaker dezelfde dag een intake doen. De intaker vult op de indicatieaanvraag de functies in, al naar gelang wat de zorgvrager nodig heeft.

Om de indicatieaanvragen van Amsterdam Thuiszorg nauw overeen te laten komen met de uiteindelijke indicatiebesluiten van het CIZ, hanteert Amsterdam Thuiszorg bij de indicatieaanvraag de standaarden van het CIZ. Zij gebruiken de CIZ lijsten met alle producten (de zeven functies die het CIZ indiceert). De zeven functies zijn weer verdeeld in activiteiten. De functie huishoudelijke verzorging bestaat uit de volgende activiteiten: hand- en spandiensten, zwaar huishoudelijk werk, licht huishoudelijk werk, ontbijt klaarmaken en voedsel bereiden. Voor elke activiteit is een tijdseenheid bepaald.

Amsterdam Thuiszorg krijgt de eerste twee weken gegarandeerd de indicatie voor zorg, die zij heeft aangevraagd. Deze afspraak is gemaakt tussen de AWBZ-zorgaanbieders, het CIZ en het zorgkantoor. Daarnaast is de afspraak gemaakt dat het CIZ de indicatieaanvragen van Amsterdam Thuiszorg binnen twee weken afhandelt.

Indien de anamnese, de zorgtekorten en de benodigde zorg in overeenstemming met elkaar zijn, zal het CIZ een indicatiebesluit afgeven. Het CIZ controleert de twijfelgevallen. Echter, het CIZ geeft de indicatiebesluiten af zolang er niet te veel wordt afgeweken van de standaarden die het CIZ hanteert. Indien Amsterdam Thuiszorg vindt dat een zorgvrager meer zorg nodig heeft, wijkt zij af van de

standaarden van het CIZ. Amsterdam Thuiszorg en CIZ onderhandelen soms over een indicatieaanvraag maar uiteindelijk neemt het CIZ een beslissing. Amsterdam Thuiszorg kan dan nog eventueel in beroep gaan tegen het indicatiebesluit van het CIZ.

De indicatieaanvragen worden zo goed als altijd gehonoreerd door het CIZ.

Amsterdam Thuiszorg zegt zelf dat zij een goede reputatie heeft opgebouwd ten aanzien van het aanvragen van indicaties. Amsterdam Thuiszorg heeft er een belang bij dat de aanvragen nauw overeenkomen met de besluiten van het CIZ. Daarom investeert zij in de intakeafdeling. Er zijn momenteel zo'n 80 goed opgeleide intakekers, aldus Amsterdam Thuiszorg. Een contactpersoon van Amsterdam Thuiszorg onderhoudt contact met het CIZ over alle nieuwe ontwikkelingen. Deze contactpersoon schoolt de intakekers bij Amsterdam Thuiszorg.

Amsterdam Thuiszorg streeft ernaar om de zorg zelf te leveren aan de zorgvragers. Als dat niet mogelijk is en de zorgvraag is urgent, benadert Amsterdam Thuiszorg andere AWBZ-zorgaanbieders met de vraag de zorg te leveren. De dochteronderneming Combizorg heeft de eerste voorkeur.

6.2.2 Thuiszorg Diakonie

Thuiszorg Diakonie is in 2003 opgericht en is gevestigd in Amsterdam Zuidoost.

Thuiszorg Diakonie levert zorg voor kort en langdurig in de thuissituatie. Thuiszorg Diakonie heeft een klein marktaandeel. Thuiszorg Diakonie levert zorg na indicatie.

Dus pas nadat het CIZ een indicatiebesluit heeft afgegeven starten zij met het leveren van zorg. De zorgcoördinator is verantwoordelijk voor de

indicatieaanvragen.⁵² Thuiszorg Diakonie heeft geen marketing afdeling. Thuiszorg Diakonie meldt aan ziekenhuizen of andere zorgaanbieders indien zij ruimte hebben voor nieuwe zorgvragers.

⁵² Bij de Thuiszorg Diakonie is dus één persoon verantwoordelijk voor de indicaties. Er wordt momenteel een medewerker ingewerkt, zodat de taak verdeeld kan worden.

Aanvragen indicaties

Thuiszorg Diakonie vraagt op twee manieren de indicatie aan bij het CIZ: via een regulier formulier en via SIPs. De SIPs worden ook veel door ziekenhuizen en huisartsen gebruikt. Deze verwijzers dienen op de indicatieaanvraag een voorkeursaanbieder te noemen. Indien een SIP wordt automatisch berekend hoeveel zorg er nodig is. Via een e-mail wordt de aanvraag naar het CIZ verstuurd. Een SIP-formulier oogt eenvoudig en is kort en bondig. Een SIP bestaat uit drie pagina's, een regulier formulier bestaat uit zes pagina's. Op basis van de anamnese wordt een zorgvraag ingeschaald. De meerwaarde van een SIP formulier is dat het bijdraagt aan de efficiëntie. Het bespaart tijd, arbeid en geld.

Bij een reguliere aanvraag dient de eerste keer een heel uitgebreid formulier te worden ingevuld. Indien de termijn van een indicatiebesluit afloopt, kan via een verkort formulier een verlenging worden aangevraagd. De zorgvrager is dan reeds bekend bij het CIZ en via het klantnummer kunnen de gegevens worden opgevraagd. Soms kan een aanvraag telefonisch worden ingediend. Het zorgkantoor houdt op een website de indicatiebesluiten bij, de AZR. Door automatisering zijn alle indicatiebesluiten via de website te benaderen en te beheren.

Het CIZ wijst een indicatiebesluit toe aan AWBZ-zorgaanbieders op grond van de ingevulde voorkeursaanbieder, waardoor aanmelders een grote invloed hebben. De ziekenhuizen en huisartsen bespreken de ervaringen van zorgvragers over Thuiszorg Diakonie met de zorgcoördinator van Thuiszorg Diakonie. Thuiszorg Diakonie wordt door andere AWBZ-zorgaanbieders benaderd met de vraag om zorg te leveren aan een zorgvrager, omdat de betreffende AWBZ-zorgaanbieder vanwege capaciteitsgebrek dat niet kan doen. Met enkele AWBZ-zorgaanbieders wordt ook personeel uitgewisseld. Het CIZ controleert soms de indicatieaanvragen telefonisch of door een huisbezoek. Het zorgkantoor controleert de dossiers van Thuiszorg Diakonie met name op de aanwezigheid van het indicatiebesluit.

Zorgvragers stappen makkelijk over naar andere zorgaanbieders. De zorgaanbieders hebben dan onderling contact over de zorgvrager om de overstap van de zorgvrager te melden.

6.2.3 Evean

Evean is ontstaan uit een fusie tussen De Weeren en Evean in januari 2005. Zij is werkzaam in de regio Amsterdam, Waterland en Zaanstreek. Evean levert zowel intramurale zorg als extramurale zorg. Evean bestaat uit 4 verpleeghuizen, 16 verzorgingstehuizen, 2 kraamzorg organisaties, jeugdgezondheidszorg, kinderopvang en diverse diensten als “wonen met zorg” en een winkel voor verpleegartikelen en hulpmiddelen. Evean onderscheidt zich van andere AWBZ-zorgaanbieders in haar brede zorgaanbod, het centraal stellen van de zorgvrager en de wijze waarop Evean het klanthouderschap vorm geeft. Evean bemiddelt voor zorgvragers waar zij klanthouder van is. Dat houdt in dat Evean andere AWBZ-zorgaanbieders en het zorgkantoor benadert om de zorgvraag voor te leggen, waaraan zij op dat moment niet kunnen voldoen.

Aanvragen indicaties

Zorgvragers worden door huisarts, maatschappelijk werkers en ziekenhuizen doorverwezen naar Evean, maar zorgvragers nemen ook rechtstreeks telefonisch contact op met Evean. Evean werkt nauw samen met het Boven 't IJ ziekenhuis. De intake makers maken op basis van een telefonisch gesprek een inschatting of een zorgvrager zelf een indicatie kan aanvragen of dat Evean het voor de zorgvragers gaat doen.

Evean vraagt op drie verschillende manieren indicaties aan bij het CIZ: de SIPs, via het Amsterdamse Werkmodel of een reguliere aanvraag. Evean hanteert daarin een hiërarchie, namelijk:

1. indien een geïndiceerd kan worden met behulp van een SIP, hanteert men deze werkwijze;
2. indien men niet via de SIP kan aanvragen en een zorgvraag heeft een spoedeisend karakter, dan gebruikt men het Amsterdams Werkmodel (zie paragraaf 6.2.1). Een SIP is altijd voor kortdurende zorg;
3. indien werkwijze 1 en 2 niet van toepassing zijn, dan vraagt men op reguliere wijze een indicatie aan.

Bij het invullen van een indicatieaanvraag verschijnt een standaardindicatie. Deze standaardindicatie wordt niet altijd overgenomen in het indicatiebesluit. Daarom

controleert Eveen de indicatiebesluiten van het CIZ. De meerwaarde van een SIP is, dat er direct zorg geleverd kan worden door Eveen. Indien Eveen binnen redelijke normen blijft en afwijkende indicatie kunnen beargumenteren, geeft het CIZ het gevraagde indicatiebesluit af. De normen zijn soms lastig, bijvoorbeeld de functie behandeling algemeen.. Een verlening dient via de reguliere weg te worden aangevraagd.

Het CIZ controleert de SIP-aanvragen volgens een vaste procedure, namelijk achteraf en steekproefsgewijs. Bij een goede score gaat het controlepercentage omlaag. Het CIZ controleert via de zorgvrager door deze telefonisch te benaderen. Eveen heeft een goed score en sinds september 2005 zitten zij op het laagst mogelijke controlepercentage.

Amsterdams Werkmodel

Het Amsterdams Werkmodel biedt alle zorgaanbieders de mogelijkheid om direct te starten met het leveren van zorg, die een spoedeisend karakter hebben. Binnen 14 dagen dient dan de indicatie worden aangevraagd. Deze afspraak is gemaakt met het CIZ en het zorgkantoor. Aanleiding voor deze afspraak is de werkdruk bij het CIZ, waardoor in sommige situaties het wachten op het indicatiebesluit te lang duurt voor de zorgvrager. Buiten de regio, waar Eveen ook werkzaam is, kan een zorgaanbieder pas starten nadat het CIZ een indicatie heeft afgegeven.

Het Amsterdams Werkmodel is in conflict met de normen die het CIZ landelijk stelt. Eveen wil weleens een bepaalde zorg inzetten, waarvan het CIZ beoordeelt dat het een voorliggende functie is. Voorliggende functies en aanbepaalde voorzieningen houden in dat het voorzieningen zijn die eerst doorlopen moeten worden. Men moet daar eerst aanspraak op maken, voordat je aanspraak kan maken op de AWBZ. Een voorbeeld is het aanvragen van "boodschappen doen". Dat staat nog op het CIZ formulier regio Amsterdam staat. Die zorgvraag staat niet meer op het landelijke formulier. De landelijke norm is dat "boodschappen doen" een voorliggende functie is. Afhankelijk van de motivatie indiceert het CIZ Amsterdam deze functie.

Zorgvragers in Amsterdam hebben vaak minder mantelzorgers om zich heen. Bij reguliere aanvragen levert Eveen de indicatieaanvraag aan, samen met verslagen en rapporten die bij de indicatieaanvraag van belang zijn. Het CIZ geeft vrijwel altijd het gevraagde indicatiebesluit af. De aanvragen worden soms telefonisch

gecontroleerd, waarbij het CIZ de zorgvrager benadert. Het CIZ gaat altijd op huisbezoek bij een zorgvrager als de functie verblijf langdurig is aangevraagd.

Evean heeft een contactpersoon bij het CIZ. Eenmaal per week is er overleg over de indicatieaanvragen, die problemen oplevert bij het afgeven van het indicatiebesluit of uitzonderlijk zijn. Tevens ontvangt Evean tijdens het overleg rapportage over alle indicatieaanvragen en de steekproeven. Daarnaast heeft Evean overleg met het CIZ om nieuwe ontwikkelde zorgvormen te beoordelen of die in aanmerking komen voor een indicatie.

Zorgvragers wisselen frequent van zorgaanbieders. Door een breed zorgaanbod aan te bieden, wil Evean continuïteit bieden aan zorgvragers. Evean doet via een lidmaatschap aan klantenbinding. Lidmaatschap biedt zorgvragers voordeel, bijvoorbeeld gebruik kunnen maken van een kapper aan huis. Daarnaast adverteert Evean.

Evean werkt samen met andere AWBZ-zorgaanbieders met om zorgvragers te voorzien van zorg voor de functie verblijf langdurig. Er zijn namelijk wachtlijsten van twee jaar voor verpleeghuizen. Evean gaat in eerste instantie op zoek naar grote zorgaanbieders, omdat de kans van slagen groter is. Daarna worden ook kleinere zorgaanbieders benaderd. Vanuit het zorgkantoor wordt het ketenoverleg geïnitieerd met het doel de werkwijzen van de verschillende zorgaanbieders te stroomlijnen.

6.3 De samenwerking tussen het CIZ en de AWBZ-zorgaanbieders

In Amsterdam is een samenwerkingsverband voor onder andere AWBZ-zorgaanbieders. Dit samenwerkingsverband is verenigd in Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam (SIGRA). AWBZ-zorgaanbieders en andere instellingen in de gezondheidszorg kunnen op vrijwillige basis lid worden van de SIGRA. De SIGRA bestaat momenteel uit ongeveer 50 leden. Het doel van de SIGRA is de kwaliteit en efficiëntie van de gezondheidszorg in Amsterdam en Diemen te verbeteren. De AWBZ-zorgaanbieders, die betrokken zijn bij de interviews

zijn allen lid van de SIGRA. In het samenwerkingsverband worden onder andere de knelpunten bij de indicatiestelling besproken.⁵³

6.4 Het perspectief vanuit beleidsmakers

Het CIZ is een bestuursorgaan met de taak om onafhankelijk, objectief en intergraal indicatiebesluiten afgeven, die de toegang tot de AWBZ-zorg verlenen aan zorgvragers. Het CIZ houdt derhalve geen rekening met wachtlijsten van aanbieders of de positie van aanbieders. De zorgaanbieder wordt officieel niet betrokken bij de besluitvorming. Het formele besluit wordt door het CIZ afgegeven.

Naar aanleiding van enerzijds vereenvoudiging en anderzijds minder bureaucratie vanuit de politiek en brancheorganisaties heeft het CIZ een gestandaardiseerde werkwijze van indiceren ontwikkeld, namelijk de SIPs. SIPs zijn heel sterk geprotocolleerde zorgvragen, met name op het gebied van kortdurend verpleegtechnisch handelen, zoals wondverzorging, medicatie uitzetten, katheteriseren. De zorgvraag is ook relatief eenvoudig. Een zorgaanbieder kan de zorg direct inzetten, zodat de zorgvrager direct wordt geholpen. Het betreft zorg, waarop de zorgvrager ook niet lang kan wachten. Een SIP bestaat uit een aantal kernvragen, die doorlopen moeten worden. En de uitkomst bepaalt de zorg, die ingezet kan worden.

De AWBZ-zorgaanbieder bereidt het onderzoek en de aanvraag voor. Er is dus sprake van taakmandatering. Het CIZ geeft het indicatiebesluit af en kan derhalve ook een besluit intrekken, herzien of wijzigen.

Het CIZ toetst de SIPs achteraf, omdat de zorg direct ingezet kan worden. Het CIZ start met een controle van 20% van de indicatiebesluiten. Bij een goede score kan het controlepercentage worden verlaagd. Het CIZ neemt telefonisch contact op met de zorgvrager of de zorgaanbieder. Het CIZ onderzoekt of de daadwerkelijke zorgvraag conform het indicatiebesluit is, met andere woorden heeft een zorgaanbieder de juiste informatie aangeleverd. Indien het CIZ hierin een onrechtmatigheid vaststelt, corrigeert het CIZ het indicatiebesluit met ingang van

⁵³ In 2004 was dit een centraal thema van de overleggen. Zie ook jaarverslag SIGRA 2004, p. 16.

datum van controle. Deze afspraak is gemaakt met het CIZ, brancheorganisaties en VWS.

Eind 2005 zijn de SIPs zowel intern bij het CIZ als extern geëvalueerd. Het CIZ was erg tevreden over de SIPs. De SIPs werden klantvriendelijk, eenvoudig, makkelijk en snel gevonden. Uit de externe evaluatie is de wens naar voren gekomen om de geldigheidstermijnen te verruimen. Van een aantal chronische stabiele situaties gaat het CIZ ruimer indiceren. Daarnaast wordt de 20^{ste} SIP ontwikkeld en worden van een aantal SIPs variaties ontwikkeld.

De toetredingsbelemmeringen voor nieuwe zorgaanbieders in de AWBZ zijn onderzocht. En de SIPs zijn hierbij een mogelijke belemmering. De criteria voor AWBZ-zorgaanbieders om SIPs te kunnen gebruiken dienen objectief en niet-discriminerende criteria te zijn. En zolang die criteria in hun concrete uitwerking ook niet-discriminerend zijn, zijn de SIPs niet mededingingsverstoring. Vanuit de gedachte van marktwerking is bij de SIPs een risico van het creëren van opwaartse druk als een zorgaanbieder in zeker zin kan bepalen wat de zorgvragers nodig hebben.⁵⁴ Een SIP kan worden gezien als een beslismodel, waar weinig vrijheidsgraden in zitten. Theoretisch gezien doet het er dan niet toe wie het beslismodel afloopt, mits het toezicht erop goed is geregeld.

Het gegeven dat in de regio Amsterdam AWBZ-zorgaanbieders uiteenlopende werkwijzen bestaan ten aanzien van het indiceren, is niet mededingingsverstoring. Echter, de AWBZ zijn publieke middelen en vanuit dat oogpunt dient elke zorgvrager uniform te worden behandeld.

6.5 Conclusie

De regio Amsterdam lijkt af te wijken van de landelijke indicatieprocessen, omdat naast SIPs en reguliere wijzen van aanvragen, aanvragen ook via het Amsterdams Werkmodel verlopen. Afhankelijk van de definitie van de relevantie markt is dat mededingingsverstoring.

Zowel de samenwerking met het CIZ als het proces van indicatiestelling is bij de drie verschillende AWBZ-zorgaanbieders anders. De verschillen in samenwerking zijn

⁵⁴ Vanuit budgettaire beheerbaarheid kleven ook nog risico's aan het gebruik van SIPs.

met name te verklaren door de strategie van de verschillende AWBZ-zorgaanbieders. De verschillen tussen een indicatieaanvraag en een indicatiebesluit zijn aan de orde, indien een aanmelder besluit af te wijken van de normen van het CIZ. De normen van het CIZ zijn goed bekend bij de aanmelders. Soms meent een aanmelder, vanwege een afwijkende situatie van een zorgvrager, hiervan te moeten afwijken. Deze ruimte bestaat en het CIZ oordeelt hier uiteindelijk over.

Aanmelders, zoals de AWBZ-zorgaanbieders en ziekenhuizen, dienen op een aanvraag een voorkeursaanbieder aan te geven. Het CIZ neemt deze voorkeursaanbieder doorgaans over in haar besluit, waardoor aanmelders een grote rol hebben bij de toewijzing van een specifieke AWBZ-zorgaanbieder.

In dit onderzoek is de samenwerking tussen het CIZ en drie verschillende AWBZ-zorgaanbieders onderzocht. Het proces van indicatiestelling en de samenwerking is bij alle samenwerkingsrelaties anders. Dit kan worden verklaard door de historisch gegroeide banden tussen het CIZ en AWBZ-zorgaanbieders en door interpretatieverschillen van beleid en regels. De SIPs zijn een manier van indiceren, waarbij uniformiteit en objectiviteit het meest zijn gewaarborgd. Door de sterk geprotocolleerde wijze van onderzoek voor de indicatie, is er geen ruimte voor manipulatie van informatie. Bij reguliere aanvragen waar geen overeenstemming is over de indicatie tussen het CIZ en een AWBZ-zorgaanbieder, beslist het CIZ uiteindelijk op grond van een beoordeling van de individuele situatie van de zorgvrager.

Hoofdstuk 7. Conclusie, discussie en aanbevelingen

De centrale vraagstelling van deze scriptie luidt: hoe kan de samenwerking tussen het CIZ en zorgaanbieders zodanig vorm worden gegeven, dat deze samenwerking een goede marktwerking op de AWBZ-zorgmarkt niet belemmert? Aanleiding om de samenwerking nader te onderzoeken was de rol van het CIZ als indicator en adviseur van zorgvragers. Uit het onderzoek is gebleken dat het CIZ de taak om de wettelijke aanspraken op AWBZ-zorg te beoordelen in de enge zin uitvoert, de mogelijke rol als adviseur neemt zij niet op zich.

Standaard Indicatie Protocollen

De impliciete veronderstelling in paragraaf 2.1 is, dat door het gebruik van SIPs, AWBZ-zorgaanbieders in zekere zin de zorgvraag kunnen beïnvloeden. Deze veronderstelling is ongegrond gebleken althans met betrekking tot de SIPs. De SIPs zijn vragenlijsten. Indien de vragenlijst wordt afgenomen en leidt tot een preadvies, is er geen ander preadvies mogelijk op basis van dezelfde informatie. Het CIZ neemt het preadvies over en geeft een indicatiebesluit af, het CIZ controleert achteraf de juistheid van de informatie. Dus feitelijk geven de AWBZ-zorgaanbieders geen indicatiebesluiten af.

Echter, de invloed van AWBZ-zorgaanbieders en andere aanmelders, zit in het feit dat zowel bij een SIP als bij reguliere aanvragen een voorkeursaanbieder wordt gevraagd. Daarnaast zit de beïnvloeding van AWBZ-zorgaanbieders niet bij de SIPs, maar bij reguliere en met name complexe aanvragen, waar AWBZ-zorgaanbieders afwijken van de standaarden van het CIZ.

Concurrentie

De vraag werpt zich op of AWBZ-zorgaanbieders en andere zorgaanbieders overeenkomsten of onderling afgestemde gedragingen hebben of vertonen, waardoor de mededinging wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Dat is volgens dit beperkte onderzoek geenszins het geval, omdat:

- AWBZ-zorgaanbieders en andere aanmelders afwijken van de standaarden van het CIZ in het belang van de zorgvrager. De AWBZ-zorgaanbieders hebben daarbij geen belang, omdat zij juist te maken hebben met de

wachttijstproblematiek, wat blijkt uit het gegeven dat zij zelfs zorgvragers aan elkaar aanbieden;

- In dit onderzoek zijn geen expliciete afspraken naar voren gekomen tussen AWBZ-zorgaanbieders en andere aanmelders over de indicatieaanvragen;
- Andere aanmelders hebben belang bij een hoge kwaliteit van thuiszorg van de AWBZ-zorgaanbieders; de ketenzorg is zo sterk als de zwakste schakel. Aanmelders bewaken juist de kwaliteit van de extramurale zorg.

Amsterdam Werkmodel

Naast de SIPs en de reguliere indicatieaanvragen, vraagt men in de regio Amsterdam ook indicaties aan via het Amsterdams Werkmodel. Een AWBZ-zorgaanbieder kan dan de zorg direct starten zonder indicatiebesluit. Bij het Amsterdams Werkmodel is het opmerkelijk dat een zorgaanbieder in feite zorg kan leveren alvorens het CIZ een indicatiebesluit heeft afgegeven, in combinatie met het gegeven dat de zorgaanbieder verzekerd is van het indicatiebesluit en indirect dus de bekostiging van die zorg. Daarnaast zijn de AWBZ publieke middelen. Daarom is het gewenst dat het proces van indicatiestelling landelijk uniform is. Daarom dient het CIZ te streven naar een uniforme wijze van proces van indicatiestelling en een uniforme wijze van samenwerking met alle AWBZ-zorgaanbieders. De AWBZ-zorgmarkt wordt dan zoveel mogelijk een gelijk speelveld voor alle AWBZ-zorgaanbieders waar het concept marktwerking wordt geoptimaliseerd.

Model van drie markten

De AWBZ-zorgmarkt kan weergegeven worden in een model met drie markten: een zorgverleningsmarkt, een zorgverzekeringsmarkt en een zorginkoopmarkt. De vraag is welke positie het CIZ in dit model inneemt. De zorgvragers richten zich ofwel direct tot een AWBZ-zorgaanbieder of via een andere aanmelder. De positie van het CIZ is een filter tussen de zorgvrager (de koper) en de zorgverlener (verkoper), om te beoordelen of de zorgvrager een wettelijke aanspraak kan doen op de diensten of producten van de zorgverlener. Het prijsmechanisme, wat in markten in het algemeen het belangrijkste invloedsfactor is, ontbreekt grotendeels in de AWBZ-zorgmarkt. Via de eigen bijdrage is er enigszins een prijsmechanisme aanwezig, echter de eigen bijdrage staat niet in verhouding tot de kostprijs.

Daarnaast vertroebelen de schaarste aan capaciteit in de AWBZ-zorgmarkt en de paradox van de gereguleerde marktwerking het mechanisme van marktwerking in de AWBZ-zorgmarkt nog meer.

Het CIZ heeft de taak indicatiebesluiten op te stellen op een onafhankelijke en objectieve manier. De vraag die deze claim oproept is waarom het CIZ zich dan afhankelijk maakt van de zorgaanbieders op het gebied van de informatievoorziening over de zorgvragers? De AWBZ-zorgaanbieders en andere zorgaanbieders (zoals huisartsen en ziekenhuizen) nemen deze taak van het CIZ op zich en het CIZ controleert hen naderhand. De positie van de zorgaanbieders wordt vanuit economisch perspectief complexer, omdat:

1. de zorgaanbieders hebben ten opzichte van zowel de zorgvragers als het CIZ een informatievoorsprong. Het gevolg is dat de positie van de zorgaanbieders wordt versterkt;
2. De zorgaanbieders hebben expliciet meer verschillende rollen. Zij dienen enerzijds de belangen van de zorgvragers en anderzijds bewaken zij ook de samenwerkingsrelatie met het CIZ;
3. Het mechanisme van aanbod geïnduceerde vraag kan optreden, omdat de zorgaanbieders naast het behartigen van de belangen van de zorgvragers ook steeds meer de rol van ondernemer krijgen.

Het model met drie markten zoals geschetst in paragraaf 5.5 wordt hierdoor vertroebeld, waardoor de marktwerking niet goed functioneert. AWBZ-zorgaanbieders kunnen, middels samenwerkingsrelaties met huisartsen en ziekenhuizen, zorgvragers toegewezen krijgen. Er dient namelijk zowel bij een SIP als een reguliere aanvraag een voorkeursaanbieder worden ingevuld. De vraag is in hoeverre verwijzers zich laten leiden door niet-inhoudelijke argumenten. Uit dit onderzoek blijkt dat verwijzers om verschillende redenen naar AWBZ-aanbieders door verwijzen. Deze redenen zijn gewoonte, goede naam of een prettige samenwerking.

Naast een vertroebeling van het model met drie markten speelt de aanwezig schaarste een rol, waardoor het mechanisme van marktwerking in de AWBZ-zorg onvoldoende werkt. De wachtlijsten voor AWBZ-zorg, maar ook het overdragen van zorgvragers naar andere AWBZ-zorgaanbieders zijn hier uitingvormen van. Om de

marktwerking goed te laten werken in de AWBZ-zorgmarkt zal de rol van zorgaanbieders afgebakend moeten worden. Zorgaanbieders zijn in feite ondernemingen, waarbij door marktwerking de vraag naar zorg duidelijk wordt. De informatieverzameling, die het CIZ nu overdraagt aan zorgaanbieders, zal het CIZ zelf moeten gaan uitvoeren. Gesteld kan worden dat discrepanties in de informatieverzameling niet bij de SIPs aan de orde zijn, maar met name bij het regulier aanvragen van indicatie of via het Amsterdams Werkmodel. Bij de SIPs is door de sterke protocollering en de gesloten vragen geen ruimte voor manipulatie van de informatie. Juist de SIPs staan garant voor uniformiteit en objectiviteit van de indicatiebesluiten. Vanuit de marktwerkinggedachte zijn er geen argumenten om de informatieverzameling en het onderzoek te laten uitvoeren door zorgaanbieders. Juist om het mechanisme van marktwerking te optimaliseren, is het belangrijk dat het CIZ deze taak op zich neemt en uitvoert. Het CIZ valt niet onder de Mw en dus ook niet onder toezicht van de NMa/ZAio. Echter het CIZ is wel een bestuursorgaan en dient zich te houden aan de algemene beginselen voor behoorlijk bestuur. Dus het CIZ blijft verantwoordelijk voor een correcte aanvoer van informatie.

Literatuurlijst

Baarda & De Goede 2001

D.B. Baarda & M.P.M. de Goede, *Basisboek methoden en technieken, Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese 2001.

CIZ 2006

- a. CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). “*Informatie voor professionals: poortwachter*” [internet]. CIZ. [aangehaald op 01-02-2006]. bereikbaar op www.ciz.nl.
- b. CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). “*Handboek aanmeldmodule: bijlage 4b begeleidende brief bij overeenkomst*” [internet]. CIZ. [aangehaald op 07-02-2006]. bereikbaar op www.ciz.nl.

Creswell 2003

J.W. Creswell, *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. California: Sage Publications, Inc. 2003.

CTG/ZAio 2005

- a. CTG/ZAio (College Tarieven Gezondheidszorg/ ZorgAutoriteit in oprichting), *Visiedocument: Extramurale AWBZ-zorg. Analyse en aanbevelingen voor concurrentie*, Utrecht: CTG/ZAio 2005.
- b. CTG/ZAio (College Tarieven Gezondheidszorg/ ZorgAutoriteit in oprichting), *Consultatiedocument: Extramurale AWBZ-zorg. Analyse en aanbevelingen voor concurrentie in de extramurale AWBZ-zorg*, Utrecht: CTG/ZAio 2005.
- c. CTG/ZAio (College Tarieven Gezondheidszorg/ ZorgAutoriteit in oprichting), *Monitor extramurale AWBZ-zorg; analyse van de marktontwikkelingen in 2005 en 2006*, Utrecht: CTG/ZAio 2006.

Degen & Huijsman 1999

J.J.E.C. Degen & R. Huijsman, *Schakelen in de keten tussen vraag en aanbod. Regionale indicatie-organen in de ouderenzorg*, Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom 1999.

Dute & Hermans 2000

J.C.J. Dute & H.E.G.M. Hermans (red.), *Regulering van de gezondheidszorg*, Maarsen: Elsevier gezondheidszorg 2000.

Gerbrandy & Hessel 2004

A. Gerbrandy & B. Hessel, *Mededingingsrecht voor decentrale overheden. Europees recht voor decentrale overheden*, Deventer: Kluwer 2004.

Gregory Mankiw 2004

N. Gregory Mankiw, *Kernbegrippen van economie*, Den Haag: Academic service 2004.

Kenniscentrum voor Ordeningszaken

Kenniscentrum voor Ordeningszaken, *Toegankelijkheid van publieke diensten: over de borging van toegankelijkheid in geliberaliseerde markten*, Den Haag: Kenniscentrum voor Ordeningsvraagstukken 2005.

Lapré & van Montfoort 1999

R. Lapré & G. van Montfoort (red.), *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*, Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom 1999.

Lapré et al. 1999

R. Lapré et al., *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom 1999.

Ministerie van VWS 2001

Ministerie van VWS, *Vraag aan bod; hoofdlijnen van een vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag: SDU uitgevers 2001.

NMa

a. NMa(Nederlandse Mededingingsautoriteit), *Visiedocument: AWBZ-Zorgmarkten*, Den Haag: NMa 2004.

b. NMa, *Jaarverslag 2004 Nma en DTe*. Den Haag: NMa 2004.

c. NMa, *Mededingingswet: richtsnoeren samenwerking bedrijven*, Den Haag: NMa 2003.

SIGRA 2004

SIGRA. “*Jaarverslag 2004*” [internet]. SIGRA. [aangehaald op 30-05-2006].
bereikbaar op www.sigra.nl.

Slot & Swaak 2000

P.J. Slot & C.R.A. Swaak, *De Nederlandse Mededingingswet in perspectief*,
Deventer: Kluwer 2000.

Slot, Swaak & Lavrijssen 2000

P.J. Slot, Ch.R.A. Swaak & S.A.C.M. Lavrijssen, *Inleiding mededingingsrecht*, Den
Haag: Boom Juridische uitgevers 2000.

Sluis 2004

J.J.M. Sluis, *Gereguleerde marktwerking van sociale zekerheidsbelangen. Het
mededingingsrecht en vrij verkeer van diensten voor zorg- en pensioenbelangen*,
Deventer: Kluwer 2004.

Verheugt 2003

J.W.P. Verheugt, *Inleiding in het Nederlandse recht*, Den Haag: Boom Juridische
uitgevers 2003.

Zorgregistratie 2006

Zorgregistratie. “*Doelstelling*” [internet]. Zorgregistratie. [aangehaald op 17-05-2006].
bereikbaar op www.zorgregistratie.nl.

Kamerstukken

Kamerstukken II, 2005/06, 26 631, nr. 155

Kamerstukken II, 2005/06, 30 186, nr. 6

Kamerstukken II, 2004/05, 26 631, nr. 117

Kamerstukken II, 2003/04, 29 538, nr. 1

Bijlage 1. Lijst van afkortingen

AT	Amsterdam Thuiszorg
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede Zorg Registratie
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CVZ	College Voor Zorgverzekeringen
Mw	Mededingingswet
SIGRA	Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
VWS	Volksgesondheid Welzijn en Sport

Bijlage 2. Topiclijsten

AWBZ-zorgaanbieders

- 1.. Wat is het doel van de organisatie?
2. Wat is de missie van de organisatie?
4. Hoe zijn de SIPs tot stand gekomen?
5. Met welk doel zijn er SIPs opgesteld?
 Wat is de meerwaarde van SIPs vergeleken met het reguliere proces van indicatiestelling?
6. In hoeverre wordt deze doelstelling behaald?
 Zoja, wat betekent dat voor de SIPs?
 Worden het aantal SIPs in de toekomst uitgebreid?
7. Welke SIPs bestaan er?
8. Wie gebruiken de SIPs?
 Gebruikt uw instelling SIPs?
 Zoja, waarom gebruikt uw instelling SIPs?
 Zonee, waarom gebruikt uw instelling geen SIPs?
9. Waarom maken juist deze instellingen gebruik van SIPs?
10. Hoe frequent worden de SIPs gebruikt?
 Hoe frequent gebruikt uw instelling de SIPs?
11. Is er een mandaatbesluit aanwezig, waarin het CIZ de AWBZ-zorgaanbieder mandateert voor het opstellen van het preadvies?
12. Hoe vinden de steekproeven achteraf plaats?
 Op welke aspecten wordt gecontroleerd?
 Waarom wordt juist op die aspecten gecontroleerd?
13. Hoe frequent worden er steekproeven afgenomen?
 Waarom wordt er voor deze frequentie gekozen?
14. Wat zijn de resultaten van deze steekproeven?
 Zijn er bij de steekproeven naderhand onrechtmatige indicatiebesluiten gevonden?
 Zoja, wat zijn de gevolgen van onrechtmatige indicatiebesluiten?
 Zoja, waarom heeft het juist deze consequenties?

Zonee, waarom het geen consequenties?

15. Hoe waarborgt het CIZ dat een SIP volgens de regels van het algemene bestuur zijn genomen?

16. Hoe kunt u het contact tussen uw organisatie en het CIZ beschrijven? Er is sprake van een samenwerking tussen het CIZ en de zorgaanbieders?

 Zoja, op welke aspecten wordt er samengewerkt?

 Zoja, welke afspraken worden er gemaakt?

 Zonee, waarom wordt er niet samengewerkt?

17. Hoe kunt u het contact tussen uw organisatie en andere AWBZ-zorgaanbieders beschrijven? Er is sprake van een samenwerking?

 Zoja, op welke aspecten wordt er samengewerkt?

 Zoja, welke afspraken worden er gemaakt?

 Zonee, waarom wordt er niet samengewerkt?

18. Hoe draagt u er zorg voor dat het CIZ op de hoogte blijft van het actuele zorgaanbod van uw organisatie?

 Zoja, hoe houdt u het CIZ zich op de hoogte?

 Zonee, waarom houdt u het CIZ niet op de hoogte?

19. Wisselen zorgvragers van AWBZ-zorgaanbieders?

 Zoja, met welke frequentie wisselen zorgvragers?

 Zoja, waarom wisselen zorgvragers?

 Zonee, waarom wisselen zorgvragers niet?

CIZ

1. Wat is het doel van het CIZ?
2. Wat is de missie van het CIZ?
4. Hoe zijn de SIPs tot stand gekomen?
5. Met welk doel zijn er SIPs opgesteld?
 - Wat is de meerwaarde van SIPs vergeleken met het reguliere proces van indicatiestelling?
6. In hoeverre wordt deze doelstelling behaald?
 - Zoja, wat betekent dat voor de SIPs?
 - Worden het aantal SIPs in de toekomst uitgebreid?
7. Welke SIPs bestaan er?
8. Wie gebruiken de SIPs?
9. Waarom maken juist deze instellingen gebruik van SIPs?
10. Hoe frequent worden de SIPs gebruikt?
11. Hoe wordt de bevoegdheid tot het opstellen van SIPs gemandateerd?
12. Hoe vinden de steekproeven achteraf plaats?
 - Op welke aspecten wordt gecontroleerd?
 - Waarom wordt juist op die aspecten gecontroleerd?
13. Hoe frequent worden er steekproeven afgenomen?
 - Waarom wordt er voor deze frequentie gekozen?
14. Wat zijn de resultaten van deze steekproeven ?
 - Zijn er bij de steekproeven naderhand onrechtmatige indicatiebesluiten gevonden?
 - Zoja, wat zijn de gevolgen van onrechtmatige indicatiebesluiten?
 - Heeft dit consequenties voor de AWBZ-zorgaanbieder?
 - Zoja, waarom heeft het juist deze consequenties?
 - Zonee, waarom het geen consequenties?
15. Hoe waarborgt het CIZ dat een SIP volgens de algemene beginselen van behoorlijk bestuur zijn genomen?

16. Hoe kunt u het contact tussen het CIZ en zorgaanbieders beschrijven? Er is sprake van een samenwerking tussen het CIZ en de zorgaanbieders?

 Zoja, op welke aspecten wordt er samengewerkt?

 Zoja, welke afspraken worden er gemaakt?

 Zonee, waarom wordt er niet samengewerkt?

17. Werken AWBZ-zorgaanbieder samen om te kunnen voldoen aan een zorgvraag?

 Zoja, op welke aspecten wordt er samengewerkt?

 Zoja, welke afspraken worden er gemaakt?

 Zonee, waarom wordt er niet samengewerkt?

18. Houdt het CIZ zich op de hoogte van het zorgaanbod van AWBZ-zorgaanbieders?

 Zoja, hoe houdt het CIZ zich op de hoogte?

 Zonee, waarom houdt het CIZ zich niet op de hoogte?

19. Wisselen zorgvragers van AWBZ-zorgaanbieders?

 Zoja, met welke frequentie wisselen zorgvragers?

 Zoja, waarom wisselen zorgvragers?

 Zonee, waarom wisselen zorgvragers niet?

Ministerie van Economische Zaken

1. Wat is het doel van de organisatie?
2. Wat is de missie van de organisatie?
4. Hoe zijn de SIPs tot stand gekomen?
5. Met welk doel zijn er SIPs opgesteld?
 - Wat is de meerwaarde van SIPs vergeleken met het reguliere proces van indicatiestelling?
 - Wat zijn de risico's bij het gebruik van SIPs?
6. In hoeverre wordt deze doelstelling behaald?
 - Zoja, wat betekent dat voor de SIPs?
 - Worden het aantal SIPs in de toekomst uitgebreid?
7. Wie maken gebruik van de SIPs?
9. Waarom maken juist deze instellingen gebruik van SIPs?
10. Hoe frequent worden de SIPs gebruikt?
11. Hoe wordt de bevoegdheid tot het opstellen van SIPs gemandateerd?
12. Hoe vinden de steekproeven achteraf plaats?
 - Op welke aspecten wordt gecontroleerd?
 - Waarom wordt juist op die aspecten gecontroleerd?
13. Hoe frequent worden er steekproeven afgenomen?
 - Waarom wordt er voor deze frequentie gekozen?
14. Wat zijn de resultaten van deze steekproeven ?
 - Zijn er bij de steekproeven naderhand onrechtmatige indicatiebesluiten gevonden?
 - Zoja, wat zijn de gevolgen van onrechtmatige indicatiebesluiten?
 - Zoja, waarom heeft het juist deze consequenties?
 - Zonee, waarom het geen consequenties?
15. Hoe waarborgt het CIZ dat een SIP volgens de regels van het algemene bestuur zijn genomen?
16. Hoe kunt u het contact tussen AWBZ-zorgaanbieders en het CIZ beschrijven? Er is sprake van een samenwerking tussen het CIZ en de AWBZ-zorgaanbieders?
 - Zoja, op welke aspecten wordt er samengewerkt?
 - Zoja, welke afspraken worden er gemaakt?

- Zonee, waarom wordt er niet samengewerkt?
17. Hoe kunt u het contact tussen AWBZ-zorgaanbieders beschrijven? Er is sprake van een samenwerking?
- Zoja, op welke aspecten wordt er samengewerkt?
- Zoja, welke afspraken worden er gemaakt?
- Zonee, waarom wordt er niet samengewerkt?
19. Wisselen zorgvragers van AWBZ-zorgaanbieders?
- Zoja, met welke frequentie wisselen zorgvragers?
- Zoja, waarom wisselen zorgvragers?
- Zonee, waarom wisselen zorgvragers niet?
20. Hoe ziet u toe op naleving van de Mw bij de AWBZ-zorg?
21. Hoe is een eerlijke mededinging gewaarborgd bij de SIPs?
22. Hoe ziet u de SIPs in het kader van de Mw?
23. Valt de activiteit van het opstellen van een SIP door een gemandateerde zorgaanbieder onder de Mw?
24. Hoe verhoudt zich enerzijds samenwerking tussen zorgaanbieders ten bate van een zorgvrager tot de Mw in de gezondheidszorg?
25. Hoe ziet u uw rol ten opzichte van het CIZ?

Bijlage 3. Overzicht interviews en nadere informatie over de zorgaanbieders

Thuiszorg Diakonie

Interview op 2 mei 2006 te Amsterdam met mevrouw S. Verroemen (functie: zorgcoördinator en planner).

Amsterdam Thuiszorg

Interview op 8 mei 2006 te Amsterdam met mevrouw A. van der Kant (functie: hoofd intakeafdeling).

Evean

Interview op 24 mei 2006 te Amsterdam met Mw. G. van Tiemen en Dhr. K. Besouw (functie's: zorgbemiddelaars)

CIZ

Interview op 31 mei 2006 te Driebergen met mw. M. Hendriks (functie: beleidsmedewerker en projectleider). Mevrouw Hendriks is werkzaam bij het landelijke bureau van het CIZ.

Ministerie van Economische Zaken

Interview op 14 juli 2006 te Den Haag met mw. L. Soons en dhr. F. Hoogendijk. Beiden zijn werkzaam bij het ministerie van economische zaken, directie marktwerking. Mw. Soons is betrokken bij het project Zorg, binnen het project houdt zij zich bezig met toezicht, de Zorgautoriteit en de NMa. Dhr. Hoogendijk is ook betrokken bij het project Zorg en is daarbinnen projectleider op het gebied van de AWBZ.