

Onderhandelen over zorgproducten

Deze uitgave is tot stand gekomen door de bijzondere medewerking van Rianne Berndsén, Nienke Nauta, Karin de Booij, Willem Rutgers, Lennart Roest, Yvonne Krabbe, Wendy Gouw en Ruben van Zelm.

Onderhandelen over zorgproducten

Joost Zuurbier

Lilian Manschot

Coen van Lisdonk

© Reed Business, Amsterdam 2015

Omslagontwerp: Mariël Lam BNO, 's-Hertogenbosch

Reed Business Information is onderdeel van Reed Business bv, Postbus 152, 1000 AD Amsterdam.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was, is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

ISBN 978 90 352 4830 4
NUR 786, 801

Inhoud

Hoofdstuk 1 Bekostiging en financiering 7

- 1.1 Het zorglandschap 7
- 1.2 Het wetgevend kader 13
- 1.3 Onderhandelen over zorgproducten 22

Hoofdstuk 2 De transactiekosten 25

- 2.1 Inleiding 25
- 2.2 De agentschapstheorie als basis 26
- 2.3 Een modelmatige benadering 33
- 2.4 Factoren uit de transactiekostentheorie 35
- 2.5 Betekenis voor het onderhandelproces 37
- 2.6 Specifieke factoren van invloed in de gezondheidszorg 43

Hoofdstuk 3 Het onderhandelingsproces 45

- 3.1 Inleiding 45
- 3.2 Fasering 49
- 3.3 Vanuit de inkoper 58
- 3.4 Onderhandelingsstactiek 61
- 3.5 Ten slotte 64

Hoofdstuk 4 De prijs 67

- 4.1 Inleiding 67
- 4.2 Analyse van passantenprijzen 69
- 4.3 Target costing 71
- 4.4 Analyse van kosten 72
- 4.5 Productiecentramethodiek 74
- 4.6 Time-driven activity-based costing 76
- 4.7 Verschillen analyse 77
- 4.8 Van kostprijs naar verkoopprijs in ziekenhuizen 80

Hoofdstuk 5 De kwaliteit 89

- 5.1 Inleiding 89
- 5.2 Kwaliteit: definitie, domeinen en niveaus 89
- 5.3 Het aantoonbaar maken van kwaliteit 93
- 5.4 Externe verantwoording: kwaliteit en zorginkoop 94
- 5.5 Zelfinzicht en stuurinformatie 96

Hoofdstuk 6 Het volume 101

- 6.1 Inleiding 101
- 6.2 Volumeontwikkeling 102
- 6.3 De relatie tussen volume en kwaliteit 103
- 6.4 Volumeontwikkeling en schadelastprognose 106
- 6.5 Uitgangspunten schadelastprognose 107
- 6.6 Voorspelling zorgproductcode met statische en dynamische fractietabel 109
- 6.7 Correctie voor zorgtype-21-trajecten en achterblijvende registratie 111
- 6.8 Extrapolatie o.b.v. seizoenspatroon en marktaandeel per zorgverzekeraar 112
- 6.9 Toets betrouwbaarheid schadelastprognose 113

Hoofdstuk 7 De casuïstiek 115

- 7.1 Ziekenhuis A 115
- 7.2 Ziekenhuis B 120
- 7.3 Ziekenhuis C 124
- 7.4 Ziekenhuis D 129
- 7.5 Ziekenhuis E 132
- 7.6 Case Wlz, Wmo en jeugdzorg: Opella (december 2014) 136
- 7.7 Case Wlz: WVO Zorg 139
- 7.8 Samenvatting Rapportage AWBZ/Wlz Zorgcontractering 140
- 7.9 Samenvatting Rapportage Wmo Zorgcontractering 143

Bijlage 1 Rapport Monitor sociaal domein Meting 3 – januari 2015 147

Bijlage 2 Rapportage ledenonderzoek VGN AWBZ/Wlz Zorgcontractering 2015 169

Literatuur 207

Hoofdstuk 1 Bekostiging en financiering

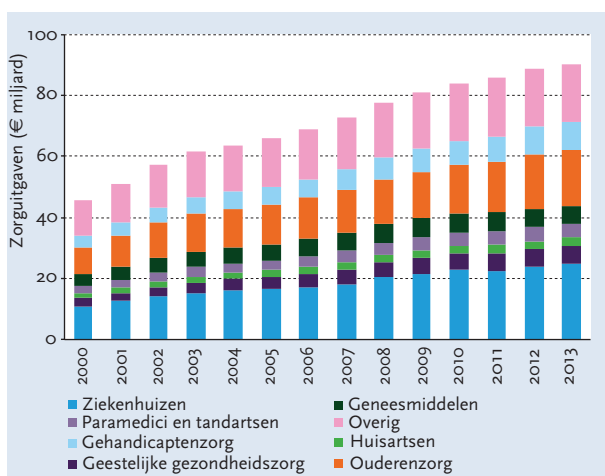
Joost Zuurbier en Yvonne Krabbe

1.1 HET ZORGLANDSCHAP

De zorg neemt een steeds grotere plaats in als onderdeel van onze economie. Dit komt door de stijgende kosten van implantaten, personeel en medicatie enerzijds en de stijgende zorgvraag als gevolg van de vergrijzing en de medische technologie anderzijds. Dat zorgt voor toenemende spanningen, omdat Nederland het Verdrag van Maastricht heeft getekend in 1991. Hierin worden de kosten voor zorg geschaard onder de sociale lasten en afgesproken is dat de sociale kosten nooit meer dan een vastgesteld percentagedeel mogen uitmaken van het bruto nationaal product. De gedachte is dat dit de economische groei in andere dan zorgsectoren moet waarborgen. Met andere woorden: de minister van Financiën heeft de plicht de zorguitgaven te beperken en dat doet hij dus ook.

Er zijn slechts enkele opties om de stijgende zorguitgaven structureel te beperken, namelijk pakketverkleining in de Zorgverzekeringswet (Zvw), verhoging van het eigen risico en het uitkleden van de AWBZ tot de Rompwet die zij ooit was. Moeilijke politieke keuzes zijn onvermijdelijk en deze zullen dan ook gemaakt worden in de nabije toekomst. De introductie van marktwerking in de curatief somatische zorg en de thuiszorg maakt onderdeel uit van de politieke noodzaak om de kosten te beheersen. Geconcludeerd moet worden dat dit macro te weinig oplevert om aan onze budgetrestricties te kunnen voldoen, waardoor aanvullende maatregelen, zoals een toenemend eigen risico, pakketverkleining en stijgende premies, onvermijdelijk zijn.

De instellingen zelf doen het ondertussen buitengewoon goed als het gaat om kostenbeheersing binnen de budgettaire kaders. In tabel 1.1 zien we het gemiddelde exploitatieresultaat in de jaren 2012 en 2013 over de sectoren heen. In die jaren is het financiële resultaat iets verslechterd. Dat zien we terug in een toename van het aantal deelnemers



Figuur 1.1 Uitgaven per zorgsector (in miljard euro) 2000-2013

Bron: Zorgbalans 2014, p. 242

Tabel 1.1 Exploitatieresultaat per deelsector

Sector	2012	2013	Verandering in procentpunt
Ziekenhuizen (alg. en cat.)	2,2%	2,1%	-0,1
GGZ	1,1%	0,8%	-0,3
Ouderenzorg	2,5%	1,7%	-0,8
Gehandicaptenzorg	2,9%	1,5%	-1,4
Totaal (gewogen gemiddeld)	2,3%	1,8%	-0,5

Bron: Waarborgfonds voor de Zorgsector 2014

aan het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) met een negatief exploitatieresultaat. In 2013 had 9,3% van de deelnemers een negatief resultaat, in 2012 was dit 5,8%.

WFZ-deelnemers hebben over 2013 gemiddeld een exploitatieresultaat van 1,8% behaald. De exploitatieresultaten laten uitschieters van -24% tot +18% zien, maar liggen voor het overgrote deel in een bandbreedte van 1% tot 3%. Dit beeld is al een groot aantal jaren hetzelfde. In tabel 1.2 zien we het rendement van de WFZ-deelnemers in de jaren 2004 en 2005 en dit ligt op hetzelfde niveau. De rendementen lagen toen en nu tussen de 1,5% en 2% en dat impliceert dat de eigen vermogens ook al jaren stabiel groeien, ondanks alle kortingsmaatregelen, stijgende zorgvraag en makrokortingen. Qua kostenbeheersing en productiviteitsverbetering doet de zorgsector het dus erg goed.

Tabel 1.2 Exploitatieresultaat per deelsector 2004 en 2005

	2004	2005
Ziekenhuizen	1,4%	1,3%
Revalidatie	2,0%	0,6%
Verpleeghuizen	1,7%	1,9%
Psychiatrie	1,8%	1,8%
Gehandicapten	1,6%	1,6%
GVT/KDV/DVO	2,1%	2,3%
Verzorgingshuizen	2,0%	2,2%
Totaal	1,7%	1,8%

Bron: Waarborgfonds voor de Zorgsector 2006

Wanneer we specifiek inzoomen op de deelsector ziekenhuizen dan blijkt bijvoorbeeld dat het exploitatieresultaat of de resultaatratio op peil is gebleven, ondanks de macrokortingen die opliepen tot € 380 miljoen in 2011. Dat houdt in dat de eigen vermogens hebben kunnen groeien. Dit kan voor een groot deel worden verklaard uit hogere opbrengsten, die gerealiseerd zijn met een nagenoeg gelijk gebleven

Tabel 1.3 Resultaatratio ziekenhuizen

Ratio (gemiddelde)	2012	2011	2010
Resultaat (× € 1 miljoen)	2,9	2,6	2,2
Totale opbrengsten (× € 1 miljoen)	138,0	134,0	138,2
Resultaat in procenten van de opbrengsten	2,1%	1,9%	1,6%
Opbrengst uit hoofde van transitie (× € 1 miljoen)	0,8	n.v.t.	n.v.t.
Vermogensniveau	17,1%	15,3%	13,2%
Solvabiliteit	15,6%	13,6%	12,9%
Liquiditeit (current-ratio)	0,89	0,83	0,74
Leverage (VV t.o.v. MVA)	64%	63%	54%
DSCR	1,82%	1,67%	2,77%
Personeelskosten in procenten van de opbrengsten	56,2%	57,8%	55,2%
Opbrengsten per fte (× € 1.000)	105,3	98,3	99,4
Personeelskosten per fte (× € 1.000)	59,2	56,8	54,2
Gemiddeld aantal fte's	1.310	1.363	1.374
Aantal instellingen	51	54	54

Bron: EY 2013

personele inzet. Met andere woorden: de arbeidsproductiviteit is gestegen als gevolg van efficiencymaatregelen en -ombuigingen.

Overigens moet opgemerkt worden dat het exploitatieresultaat weliswaar stabiel is, maar ook klein. Dat betekent dat een negatief resultaat als gevolg van kostenstijgingen, productiedaling of gebrekkige managementcontrol snel kan ontstaan. Vele voorbeelden tonen dit ook aan.

Overigens is ook reeds jaren zichtbaar dat kleinere instellingen een iets beter rendement kennen dan grotere instellingen. Tabel 1.5 maakt dit duidelijk. De oorzaken hiervan zijn niet voldoende onderzocht. Dit kan te maken hebben met de managementcontrolstructuur, de zorgzwaarte, de kapitaalintensiteit of de arbeidsproductiviteit.

De solvabiliteit in de sector neemt gestaag toe. In tabel 1.6 wordt de solvabiliteit weergegeven als eigen vermogen als percentage van de som van de bedrijfsopbrengsten

Tabel 1.4 Exploitatieresultaat per deelsector

Exploitatieresultaat	2012	2013	Verandering in procentpunt
< -/- 5%	0,7%	1,6%	0,9
-/- 5 - 0%	5,1%	7,7%	2,6
0 - 5%	78,5%	80,8%	2,3
5 - 10%	11,9%	9,0%	-2,9
10 - 15%	3,5%	0,6%	-2,9
≥ 15%	0,3%	0,3%	0,0
Totaal (gewogen gemiddeld)	100,0%	100,0%	

Bron: Waarborgfonds voor de Zorgsector 2014

Tabel 1.5 Rentabiliteit naar grootte

Omzetklasse	Aantal instellingen 2010	2010	2009	Mutatie
Omzet > 500 miljoen	10	0,7%	1,4%	-0,7%
500 miljoen < omzet > 250 miljoen	25	2,0%	1,6%	0,4%
250 miljoen < omzet > 100 miljoen	112	1,8%	1,6%	0,2%
100 miljoen < omzet > 50 miljoen	113	2,2%	2,6%	-0,3%
Omzet < 50 miljoen	81	2,1%	2,5%	-0,4%
Totaal	341	1,7%	1,8%	-0,1%

Bron: PWC 2011

Tabel 1.6 Weerstandsvermogen per deelsector

Sector	2012	2013	Verandering in procentpunt
Ziekenhuizen (alg. en cat.)	19,8%	21,3%	1,5
GGZ	19,1%	19,6%	0,5
Ouderenzorg	25,9%	27,3%	1,4
Gehandicaptenzorg	22,3%	23,8%	1,5
Totaal (gewogen gemiddeld)	21,8%	23,1%	1,3

Bron: Waarborgfonds voor de Zorgsector 2014

(budgetratio). Het weerstandsvermogen in 2013 bedraagt 23,1%, hetgeen een toename is ten opzichte van 2012.

Als we in ogenschouw nemen dat de tarieven steeds meer variabel worden terwijl de kosten voor een groot deel semivast (personeel) en vast (afschrijvingen) zijn, wordt duidelijk dat de grootte van het weerstandsvermogen, gezien de toenemende risico's, relatief klein is over de sectoren heen. Er is sprake van ingrijpende systeemwijzigingen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de introductie van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) in de AWBZ en de kapitaallasten als onderdeel van de DBC-prijzen in de Zvw. In het algemeen is er een trend naar extramuralisering. De productie-ontwikkeling en daarmee de bezetting staat hierdoor in elke sector onder druk. De GGZ heeft te maken met een forse beddenreductie. In de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg speelt het scheiden van wonen en zorg een rol. In de ziekenhuiszorg gaat de selectieve inkoop door zorgverzekeraars zorgen voor een verdere functiedifferentiatie tussen instellingen. Zorgcontractering en grotendeels vaste budgetten zijn geen vanzelfsprekendheid meer. Daarnaast speelt in deze markt de substitutie naar de eerste lijn een rol, alsmede de verhoging van het eigen risico. De omzet is grotendeels variabel geworden. Banken en het WFZ eisen daarom een hogere solvabiliteit om over te kunnen gaan tot financiering dan wel borging van leningen. Dat is een belangrijk gegeven, omdat private kapitaalverschaffers zoals pensioenfondsen ontbreken in de zorgsector. De financieringsbehoefte is groot gezien de kapitaalintensiteit (gebouwen en medische apparatuur) en dus moeten instellingen rekening houden met deze solvabiliteitseisen. Met name in de verpleging, verzorging en thuiszorg kan de normatieve vergoeding (NHC) voor kapitaallasten (rente en afschrijving) zorgen voor belangrijke risico's inzake de solvabiliteit. Dit komt doordat de waardering van het materieel vast actief op een andere grondslag zal moeten plaatsvinden, waardoor omvangrijke afwaarderingen (*impairment*) niet kunnen worden uitgesloten. Als gevolg van de gewijzigde bekostiging kan het vastgoed niet langer op basis van de beleidsregels van de NZa in de jaarrekening worden verwerkt, maar zullen in de jaarrekening de bedrijfseconomische grondslagen en de

hiervoor geldende algemene verslaggevingsregels het uitgangspunt zijn. De nacalculatie is hiermee verleden tijd geworden. Voor een deel van de boekwaardeproblemen in de sector wordt een compensatie geboden. Verder geldt een overgangsregeling waarbij de vergoeding in de jaren 2012 tot 2018 in afnemende mate is gebaseerd op nacalculatie en in toenemende mate op NHC's. Echter, samen met alle andere veranderingen in de care zal dit niet in alle gevallen voldoende compensatie kunnen bieden. Dit vraagt om een herijking van de vastgoedstrategie in relatie tot de zorgstrategie, het portfolio. Feitelijk gaat het hierbij om drie vragen, de drie B's: bezetting, boekwaarde en businesscase.

- Wat is de bezetting op mijn gebouwen?
- Wat is nu de resterende boekwaarde en in hoeverre is deze te hoog? Tot welke afwaardering leidt dit?
- Hoe ziet de businesscase (kosten versus opbrengsten) er per gebouwdeel uit?

Te verwachten is dat de NHC bij oudere gebouwen vaak een hoger budget oplevert dan de werkelijke kosten. Mogelijk is dat toereikend om de hogere afschrijvingen, inclusief de inhaalafschrijvingen, te kunnen dekken. Daarvoor is wel nodig dat in de resterende exploitatieperiode daadwerkelijk een volledige NHC-opbrengst kan worden gerealiseerd. Dat betekent dat de bezetting op peil moet zijn. Door het uitkleden van de AWBZ in de komende kabinetten is het mogelijk dat dit onder druk komt te staan, bijvoorbeeld doordat de betreffende zorg in de toekomst niet meer onder de AWBZ valt (jeugd naar gemeenten), doordat de prijs onder druk komt te staan (vanaf 2018 onderhandelbaar NHC-tarief) of door het versneld invoeren van de scheiding tussen wonen en zorg. Voor grotere zorginstellingen zijn zowel positieve als negatieve effecten van de NHC te verwachten. Dit zal hoe dan ook onderzocht moeten worden uit oogpunt van financieel risicobeheer.

Naast rentabiliteit is ook liquiditeit van toenemend belang in instellingen, gezien de fluctuaties in de omzet als gevolg van toenemende marktwerking. Een belangrijke bron van liquiditeit in de sector is het verschil tussen het afgesproken budget en de financiering als gevolg van declaraties. Dit wordt aangeduid als financieringstekort dan wel financieringsoverschot en wordt als kortlopende schuld dan wel vlottend actief verantwoord op de balans. Het financieringsoverschot is de afgelopen jaren sterk teruggelopen door met name de terugbetalingen in de ziekenhuissector. De verschillende sectoren laten een wisselend beeld zien. Opvallend is de omslag van een financieringsoverschot naar een financieringstekort bij de UMC's. Ook bij de topklinische ziekenhuizen zien we een sterke afname van het financieringsoverschot. Als de zorgverzekeraars deze kortlopende schulden blijven terugvorderen, dan heeft dit grote impact op de liquiditeitsbehoefte van de instellingen. De vraag naar financiering door banken zal toenemen waardoor naar verwachting de financieringskosten van de totale sector stijgen. Banken geven overigens aan hiertoe niet

genegen te zijn. Dat impliceert dat bevoorschotting van onderhanden werk door zorgverzekeraars een absolute noodzaak is. Een tegengestelde tendens is overigens waarneembaar in de geestelijke gezondheidszorg waar de financieringsoverschotten juist zijn toegenomen.

Aan de zorgverzekeraarskant zien we een sterke concentratie in de afgelopen twintig jaar. De onderhandelingsmacht van de zorgverzekeraars is dus sterk toegenomen. De overgebleven concerns worden geconfronteerd met aangescherpte kapitaaleisen (Basel III) en de afschaffing van de ex post nacalculaties. Deze vorm van risicoverevening beperkte in het verleden het risico op de schadelast. Doordat de ex post nacalculaties gefaseerd worden afgeschaft, moeten zorgverzekeraars veel scherper sturen op hun verwachte schadelast, waardoor zij veel scherper zullen onderhandelen, zowel in de AWBZ, waar de zorgkantoren afgeschaft zijn, als in de Zvw. Er zijn namelijk maar beperkte mogelijkheden om de toenemende schadelast door te vertalen naar de zorgconsument door middel van premiestijgingen.

Resumerend kunnen we stellen dat de solvabiliteit in de sector stijgt maar nog steeds relatief beperkt van omvang is. Er zal een strakke budgetdiscipline vereist zijn om dit verder te laten groeien in een situatie van afnemende groei, stijgende kosten en hogere zorgzwaarte. De rentabiliteit van instellingen is erg beperkt. Kleinere instellingen doen het hierbij iets beter dan grotere instellingen. Een beperkte rentabiliteit betekent dat een negatief bedrijfsresultaat snel kan ontstaan en een relatief groot effect heeft op het eigen vermogen. Daarnaast nemen de financieringsoverschotten af, hetgeen toenemende druk geeft op de liquiditeit omdat zorgverzekeraars nooit meer zullen willen bevoorschotten dan de uitstaande onderhandenwerkpositie. Sturing op liquiditeit (cashflow) en kosten is dus in toenemende mate belangrijk. Daarnaast zal de afwaardering van vastgoed kunnen leiden tot belangrijke aanslagen op de rentabiliteit in het jaar van afwaardering en dus ook op het weerstandsvermogen. De bezetting, de boekwaarde en de businesscase worden in toenemende mate belangrijk. Dat stelt nieuwe eisen aan de managementcontrolstructuur. De introductie van resultaatverantwoordelijke eenheden past bij deze tendens in de markt. Deze overgang is te plaatsen in een bredere sociale dynamiek, waarin we binnen de maatschappij een tendens zien naar decentralisatie, marktwerking en transparantie. Niet alleen binnen de gezondheidszorg, maar ook in sectoren als de energiesector en de spoorwegen.

1.2 HET WETGEVEND KADER

1.2.1 De economische institutionele context

De gezondheidszorg bestaat uit een samenstel van instituten en organisaties, die via een ingewikkeld netwerk van beleidsregels met elkaar samenwerken. Samen

vormen ze een sociale structuur met als doel het waarborgen van een kwalitatief adequate, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg. De basis van iedere organisatie wordt gevormd door drie pijlers: een regulatieve pijler, een normatieve pijler en een cognitieve pijler (Scott 2001). De inhoud van iedere pijler kan per organisatie verschillen. Samengevoegd vormen de pijlers de wijze waarop actoren (medewerkers, toezichthouders, patiënten, artsen, banken, verzekeraars, enzovoort) in een bepaalde organisatie met elkaar samenwerken als een sociaal netwerk met een bepaald maatschappelijk doel.

De regulatieve pijler omvat de beleidsregels, wetten, contracten en interne procedures (zoals de tekenbevoegdheid of de planning & control-cyclus) die van toepassing zijn. Deze verschaffen de organisatie de noodzakelijke legitimiteit om haar missie te vervullen (Scott 2001). Simons beschrijft dit als een *boundary system* (Simons 1995). Dit bepaalt het speelveld voor alle betrokkenen. De normatieve pijler omvat de waarden en normen van de actoren in de organisatie. Simons verwijst hiernaar als een *beliefs system*. Dit zijn de uitgangspunten die de betrokkenen in de organisatie geacht worden te hanteren als basis voor hun handelen. 'The primary purpose of a belief system is to inspire and guide organizational search and discovery. When problems arise in implementing strategy, a belief system helps participants to determine the types of problems to tackle and the solutions to search for. More important, in the absence of problems, beliefs systems motivate individuals to search for new ways of creating value' (Simons 1995). De cognitieve pijler omvat de wijze waarop de actoren met elkaar communiceren in het netwerk van de organisatie, de documenten die zij daarbij gebruiken (zoals een budget, een rekenstaat, een strategisch plan, een medisch beleidsplan, de managementrapportage, enzovoort) en de betekenis die daaraan wordt toegekend in de sociale interactie. Simons beschrijft dit als het *interactive control system* en het *diagnostic control system* (Simons 1995).

De drie pijlers kunnen functioneren omdat organisaties bestaan uit betrokkenen (actoren), die met elkaar interacteren. Dit wordt het uitoefenen van agentschap genoemd. 'Agency refers to an actor's ability to have some effort on the social world, altering the rules or the distribution of resource. (...) All actors, both individual and collective, possess some degree of agency, but the amount of agency varies greatly among actors as well as among types of social structures' (Scott 2001). Daarnaast hebben de actoren verschillende middelen tot hun beschikking om te kunnen samenwerken. Scott verwijst hiernaar als *carriers* (draggers van interactie). Hij noemt onder andere het gebruik van symbolen, relationele systemen (zoals de planning & control-cyclus) en routines (zoals medische protocollen). In deze paragraaf wordt ingegaan op de regulatieve pijler: de relevante wetgeving.

Marktwerking, vraagsturing, transparantie en prestatiebekostiging zijn de leidende kernthema's in het overheidsbeleid van de afgelopen jaren. Deze uitgangspunten hebben als belangrijk doel om vraag en aanbod van zorg zo goed en zo economisch mogelijk op elkaar af te stemmen. Om dit mogelijk te maken hebben de vigerende wetten in een groot en omvangrijk traject van stelselherziening plaatsgemaakt voor nieuwe wetgeving. Hermans en Van Donk (2004) beschrijven de wet- en regelgeving die betrekking heeft op de contractrelatie tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en consumenten.

1.2.2 Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet is op 1 januari 2006 in werking getreden. Deze wet vervangt de Ziekenfondswet uit 1966. In zekere zin is de introductie van de Zorgverzekeringswet een terugkeer naar de situatie van voor de Tweede Wereldoorlog. Tot 1941 kende men in Nederland een situatie waarin arbeiders- of doktersfondsen een verzekering vormden voor de aangesloten leden in geval van ziekte of ongeval. Deze fondsen waren zelfstandig en opereerden per regio. De fondsdirectie vroeg aan de aangesloten gezinnen een jaarlijks vastgestelde inleg. Aanmelding vooraf was een vereiste en risicoselectie door keuring was onderdeel van het systeem. Het Ziekenfondsbesluit van de Duitse bezettingsmacht uit 1941 maakt aan deze situatie langdurig een eind door een sociale maatregel te treffen. In dit besluit werd de loongrens ingevoerd. Alle werknemers beneden een bepaalde loongrens konden zich inschrijven bij het ziekenfonds om aanspraak te kunnen maken op een verstrekkingenpakket. De premie werd landelijk vastgesteld en de ziekenfondsen zelf werden getransformeerd tot wettelijke uitvoeringsorganen. In dit proces ging men terug van circa zeshonderd naar ongeveer tweehonderd ziekenfondsen. Omdat ziekenfondsen echter ook gerechtigd waren om een particuliere verzekering aan te bieden voor werknemers en zelfstandigen boven de loongrens, werd in zekere zin toegewerkt naar de huidige situatie. Het besluit uit 1941 is in 1966 vervangen door de Ziekenfondswet, waarbij de uitgangspunten gehandhaafd bleven. De sociale structuur van deze wet kon de grote kostenstijgingen van de jaren zeventig niet tegengaan. Deze taak was toebedacht aan de Ziekenfondsraad waarin werkgeversorganisaties, vakorganisaties, aanbieders en ziekenfondsen verenigd zijn met als doel toe te zien op de doelmatigheid van de ziekenfondsen. Vanwege het ontbreken van de juiste prikkels en *countervailing powers* lukte het echter niet om in dit overlegorgaan kostenbesparende keuzes te maken. Vandaar dat de beoordeling van de overeenkomsten tussen aanbieders en ziekenfondsen, alsmede het vaststellen van de instellingstarieven, werd uitbesteed aan het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ), later Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en weer later CTG (College Tarieven Gezondheidszorg). Een echte beheersing van de kosten werd pas een feit toen in 1983 door toenmalig staatssecretaris Van der Reijden de budgettering werd ingevoerd op basis van

het uitgangspunt: kostenniveau 1983 + prijscompensatie = budget 1984 min 2%. Dat dit vrij geruisloos werd geaccepteerd door de sector komt waarschijnlijk doordat de instellingsdirecties hierdoor waren verlost van de fijnmazige normeringen per zorguitgave zoals vastgesteld door het COZ. Feitelijk konden de instellingsdirecties nu binnen het uitgavenplafond zelf de bestedingen bepalen, waardoor er veel meer beleidsvrijheid werd verkregen. In 1989 is de budgettering definitief geworden met de introductie van de functiegerichte budgettering (FB). Dit zeer succesvolle systeem van kostenbeheersing stelde de overheid echter voor steeds moeilijkere dilemma's omdat de aard en de complexiteit van de keuzes steeds toenemen. Vandaar dat in de jaren tachtig van de vorige eeuw via de commissie-Dekker de gedachte postvatte om marktwerking te introduceren en onderling concurrerende zorgverzekeraars de regie te laten voeren op een regionale afstemming van vraag en aanbod. Als vervolgens staatssecretaris Simons in 1991 de particuliere verzekeraar OHRA toestemming verleent om een landelijk werkend ziekenfonds op te richten, vervaagt het onderscheid tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen en wordt de weg vrijgemaakt voor de introductie van de Zorgverzekeringswet, waarmee een einde komt aan 65 jaar ziekenfonds als basis voor de gezondheidszorg.

Door de introductie van de Zorgverzekeringswet vervalt het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering en ook de publiekrechtelijke regeling voor ambtenaren. Alle Nederlanders hebben verzekeringsplicht behalve militairen in werkelijke dienst, vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven en gemoedsbezwaarden. Binnen de Zorgverzekeringswet voeren privaatrechtelijke zorgverzekeraars de zorgverzekering uit binnen een vastgesteld kader. Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht voor wat betreft de basisverzekering (standaardverzekering). Een risicovereveningssysteem maakt de acceptatieplicht mogelijk, omdat zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage ontvangen waarvan de hoogte afhankelijk is van hun verzekerdenkenmerken. Naast een acceptatieplicht hebben de zorgverzekeraars een zorgplicht voor hun verzekerden. Door het afsluiten van contracten met zorgaanbieders kunnen zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. Door middel van restitutie of door zorg in natura kan inhoud worden gegeven aan de zorgplicht. De inhoud van de basisverzekering is voor iedereen hetzelfde. Bepaalde zorgkosten die niet binnen de basisverzekering vallen, kunnen eventueel worden gedekt door een aanvullende verzekering. Hierop is de Zorgverzekeringswet echter niet van toepassing. De premie van de basisverzekering bestaat uit twee delen, waaronder een inkomensafhankelijke bijdrage van de werkgever en een nominale premie voor de verzekerden. De hoogte van de nominale premie kan per zorgverzekeraar verschillend zijn en is mede afhankelijk van de onderhandelingskwaliteiten om scherpe prijsafspraken te maken met de zorgaanbieder. Premiedifferentiatie voor verzekerden van een zorgverzekeraar is echter verboden. Toezichthouders op de Zorgverzekeringswet zijn de Nederlandse Mededingingsautoriteit, de Nederlandse Zorgautoriteit en De Nederlandsche Bank.

Een belangrijk kenmerk van de Zorgverzekeringswet is dat deze wordt uitgevoerd door privaatrechtelijke instellingen. Daarmee heeft Nederland een van de meest geliberaliseerde zorgstelsels ter wereld. Immers, er zijn nauwelijks overheidsbijdragen meer. De burgers betalen zorgpremie en daarmee betalen de zorgverzekeraars de zorgaanbieders. De zorg wordt in die zin dus bijna volledig aan de markt overgelaten, zij het dat die markt sterk gereguleerd is. In de Zorgverzekeringswet wordt een regierol voor de zorgverzekeraars beoogd. Daarmee beoogt de wetgever de oude aanbodregulering te verlaten en de vraagsturing te introduceren. Om dit mogelijk te maken is er een volledige contracteervrijheid geschapen. Zorgverzekeraars zijn niet langer verplicht met iedere, conform de WTZi toegelaten instelling een contract te sluiten. Anderzijds zijn aanbieders ook niet verplicht tot het sluiten van een contract met iedere zorgverzekeraar (afschaffing omgekeerde contracteerplicht). Voorts mogen de zorgverzekeraars uit oogpunt van doelmatigheid of wachttijden ook zorg inkopen in het buitenland, mits deze zorg wordt verleend in het kader van een in dat land vigerend stelsel van sociale zekerheid.

Een voorwaarde voor gereguleerde marktwerking is een bekostigingssystematiek, waarin een zorgaanbieder een reële prijs voor de geleverde prestatie ontvangt. De WTG ExPres (een wijziging van de WTG) maakt het mogelijk om landelijk bindende DBC-omschrijvingen vast te stellen, waarbij de prijs wordt vastgesteld in de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen door deze wet meer ruimte en verantwoordelijkheid. Door de invoering van de WMG komt het reguleren van prestaties en tarieven onder deze wet te vallen. Hierdoor verdwijnt de WTG.

1.2.3 Wet tarieven gezondheidszorg ExPres

Naast de afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht in de Zorgverzekeringswet, is het creëren van een systeem van prestatiebekostiging een andere belangrijke voorwaarde voor vraagsturing en marktwerking. Hiervoor is de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) aangepast naar WTG ExPres. Dat houdt in dat de WTG nu experimenten (Ex) en prestatiebekostiging (Pres) mogelijk maakt. De WTG gaat van oudsher uit van vaste tarieven voor het verlenen van zorgprestaties. De tarieven en de prestaties (verrichtingen, verpleegdagen, polikliniekbezoeken, dagopnamen, opnamen) worden landelijk vastgesteld. Daarnaast wordt uitgegaan van een landelijk geldende budgetsystematiek, die per instelling bepaalt wat de wettelijk aanvaardbare kosten voor een gegeven jaar zijn. Dit wordt jaarlijks vastgesteld in overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarna de NZa dit moet goedkeuren. Deze wettelijk aanvaardbare kosten (het budget) komen op deze wijze ook in de jaarrekening van de zorgaanbieders, omdat ze feitelijk de jaaromzet van een instelling vormen. Het declareren van de vastgestelde prestaties conform de landelijke tarieven is in deze situatie niets meer dan vulling van het budget en het creëren van cashflow.

Het te veel gedeclareerde moet in het volgende boekjaar worden terugbetaald aan de zorgverzekeraars. Dit bedrag wordt in de jaarrekening verantwoord onder de noemer financieringsoverschot (dan wel financieringstekort omdat ook de omgekeerde situatie kan voorkomen). Deze verrekening vindt in de praktijk plaats door middel van een procentuele correctie per zorgaanbieder op de landelijk vastgestelde tarieven.

In de WTG ExPres is het, met het oog op marktwerking, mogelijk gemaakt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf afspraken maken over prijs, volume en kwaliteit van zorgprestaties, zoals DBC's. De DBC's die daarvoor in aanmerking komen, worden landelijk vastgesteld. Dit wordt aangeduid als het B-segment. De toelichting op de wet stelt dat zorgaanbieders deze prestaties moeten benaderen als kostendragers, dat zij moeten zorgen voor een scherpe prijsstelling (hetgeen de markt wellicht ook zal afdwingen), dat zij een cultuuromslag moeten maken van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd en dat zij hun eigen vermogen dienen te versterken om omzetfluctuaties op te vangen. Daarnaast maakt de WTG ExPres het mogelijk om in bepaalde deelmarkten afgebakende experimenten uit te voeren met vormen van bekostiging. Dit kan zelfs beperkt blijven tot één zorgaanbieder. Daarvan wordt ook gebruikgemaakt. Zo is bijvoorbeeld afgesproken dat één specifieke curatieve zorgaanbieder voor 100% van zijn productie prijsafspraken mag maken met zorgverzekeraars. Op deze wijze wordt landelijk ervaring opgedaan met de effecten van marktwerking, zonder dat dit wordt uitgerold over de gehele sector.

1.2.4 **Wet toelating zorginstellingen (WTZi)**

De WTZi is per 1 januari 2005 van kracht. De verantwoordelijkheid voor het zorgaanbod komt door middel van deze wet bij de veldpartijen te liggen in plaats van bij de overheid. De wet stelt regels ten aanzien van de toelating van zorginstellingen die via de Zorgverzekeringswet of de AWBZ de verleende zorg krijgen vergoed. Deze instellingen vallen daarmee binnen de budgetsystematiek van de WTG ExPres. Het toetsingskader voor de beoordeling van toelatingen is een tweejaarlijks beleidskader van de minister van VWS. Belangrijke input hiervoor vormen de regiovisies, die worden opgesteld door de provincies. Er worden in de WTZi onder meer eisen gesteld aan de bereikbaarheid van de acute zorg en de transparantie van de bedrijfsvoering. Naast toelatingseisen stelt de wet ook eisen aan bouw en verbouw van een instelling. In tegenstelling tot de oude Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) hebben ziekenhuizen geen bouwvergunning meer nodig en lopen zij risico op hun investeringsbeslissingen. Ten slotte geeft de WTZi aan welke zorginstellingen winst uit mogen keren. Voor instellingen geldt binnen de WTZi een verbod op winstuitkering.

1.2.5 **Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)**

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is per 1 oktober 2006 van kracht. De Wmg stelt regels inzake de ontwikkeling en de ordening van markten op het

gebied van de gezondheidszorg en het toezicht daarop, mede met het oog op een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg en de beheersing van de kostenontwikkeling van de zorg. Daarnaast beoogt de wet, in verband met de informatieachterstand van de consument en het machtsverschil tussen partijen in de zorg, de positie van de consument te beschermen en te bevorderen. In deze wet worden de taken en bevoegdheden van de Nederlandse Zorgautoriteit omschreven. De NZa houdt toezicht op:

- de zorgverlenings-, zorginkoop- en zorgverzekeringsmarkt;
- de rechtmatige uitvoering van de standaardverzekering voor de curatieve zorg;
- de rechtmatige uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

De NZa heeft als taak om marktwerking te bevorderen en factoren die de markt verstoren tegen te gaan. Daarnaast heeft de NZa als taak om de beschikbaarheid van transparante consumenteninformatie ten aanzien van de markt te bevorderen.

1.2.6 Wetten en hervormingen langdurige zorg

De langdurige zorg in Nederland is per 1 januari 2015 anders ingericht. Ouderen en mensen met een beperking willen het liefst zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen. De hervormingen in de zorg zijn ook noodzakelijk, omdat bij de huidige uitgavengroei het stelsel financieel onhoudbaar is. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) groeide drie keer sneller dan het Nederlands bruto nationaal product. Door de hervormingen wordt deze groei afgevlakt en blijft de zorg beter betaalbaar voor toekomstige generaties. Tot 31 december 2014 was de AWBZ overkoepelend voor alle soorten langdurige zorg in Nederland. De AWBZ zorgde ervoor dat iedereen in Nederland verzekerd was voor zorg bij een (bijzondere) langdurige en/of zware zorgvraag. Mensen konden een beroep doen op de AWBZ wanneer zij niet meer voldoende voor henzelf, de partner, ouder of kind konden zorgen. Dit was bijvoorbeeld het geval als er door een aandoening of een lichamelijke, geestelijke of verstandelijke beperking hulp en zorg nodig waren. De AWBZ zorgde dan voor de financiering voor deze zorg.

Om toegang te krijgen tot de AWBZ was een indicatie nodig. Deze werd afgegeven door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Er bestonden twee typen indicaties: een verblijfsindicatie (een zorgzwaartepakket: ZZP) en een extramurale indicatie. Met een verblijfsindicatie kreeg de cliënt toegang tot zorg bij een zorgaanbieder en was de cliënt hier ook woonachtig (intramuraal). Bij een extramurale indicatie bleef de cliënt thuis wonen en kwam de zorg aan huis en/of kwam de cliënt naar de zorgaanbieder toe om zorg te ontvangen. De AWBZ die Nederland sinds 1968 gekend heeft, is per 1 januari 2015 verdeeld over verschillende wetten: Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet en Jeugdwet.

De Wlz is net als de AWBZ een publiekrechtelijke sociale verzekering. Dit betekent dat mensen van rechtswege verzekerd zijn en de verzekering niet voortvloeit uit een overeenkomst tussen verzekerde en verzekeraar. De Wlz regelt zorg voor mensen die 24 uurszorg of toezicht in de nabijheid nodig hebben, zoals kwetsbare ouderen of mensen met een beperking. De Wlz geeft recht op een integraal pakket. Het pakket bestaat uit: verblijf, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. Het CIZ blijft, net als in de AWBZ, de toegangspoort tot de Wlz en geeft hiervoor een indicatiebesluit af. In het indicatiebesluit stelt het CIZ vast of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet. Daarnaast stelt het CIZ vast in welk inhoudelijk zorgprofiel de cliënt het best past. Het indiceren in uren zoals gebruikelijk in de AWBZ is komen te vervallen, net als het werken met ZZP's. De regering wil hiermee dat de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt meer centraal staan en de professional in de zorg meer ruimte krijgt om maatwerk te leveren.

Met het indicatiebesluit kan de cliënt zorg afnemen bij de aanbieder van zijn eigen voorkeur. De zorg kan afgenomen worden bij de aanbieder op locatie (intramuraal), of in de thuissituatie door middel van een persoonsgebonden budget (pgb), volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt).

In de Zvw worden de extramurale aanspraken verpleging en persoonlijke verzorging uit de AWBZ ondergebracht onder een nieuwe aanspraak: wijkverpleging. Mensen krijgen verpleging en verzorging als ze geneeskundige zorg nodig hebben of als hun risico daarop hoog is. De professionele beoordeling die voor dit type zorg gemaakt moet worden, wordt vanaf 2015 niet door het CIZ uitgevoerd, maar door de wijkverpleegkundige. Die geeft onafhankelijk advies op basis van professionele autonomie, waarbij het opstellen van een zorgplan de indicatie is. In het zorgplan worden in ieder geval de aard, omvang en de duur van de beoogde zorg opgenomen. De zorg is gericht op genezing of behoud van lichamelijke en geestelijke functies. De zorg wordt vergoed uit de basisverzekering van de cliënt.

Gemeenten hebben per 1 januari 2015 via de Wmo meer verantwoordelijkheden voor het organiseren van passende ondersteuning aan huis voor mensen die niet op eigen kracht kunnen deelnemen aan de samenleving. Het doel van de wet is het mogelijk maken voor mensen om langer thuis te wonen en te (blijven) participeren in de samenleving. De extramurale aanspraak begeleiding valt vanaf 1 januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de activiteiten op het gebied van ondersteuning en begeleiding, gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid. De gemeente bekijkt samen met de cliënt en zijn of haar omgeving welke hulp nodig is. Eerst kijkt de gemeente wat de cliënt zelf nog kan. Dan kijkt de gemeente hoe de omgeving kan helpen. Is deze hulp niet genoeg, dan kan de gemeente hulp bieden via een voorziening.

Per 1 januari 2015 zijn de gemeenten ook verantwoordelijk voor het leveren van alle jeugdhulp: ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen en stoornissen. Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen, jeugdreclassering en advisering/verwerking van meldingen inzake huiselijk geweld en kindermishandeling. De nieuwe Jeugdwet heeft tot doel het jeugdstelsel te vereenvoudigen en het stelsel efficiënter en effectiever te maken. Een voorbeeld hiervan is '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur'. Als in een gezin meerdere problemen voorkomen, dan pakt een hulpverlener, ondersteuner of begeleider deze problemen zo veel mogelijk in samenhang aan. Samen met het gezin stelt deze hulpverlener een plan van aanpak op. De hulpverlener is vaak lid van het wijkteam en is de contactpersoon voor het hele gezin. Zo is er dus voor 1 gezin, 1 plan met 1 regisseur. De zorg kan hierdoor dichterbij de jeugdige geleverd worden. De verwachting is dat gemeenten door intensivering van de preventie en ambulante jeugdhulp complexere hulp kunnen voorkomen. Gemeenten hebben de taak om de toegang laagdrempelig en op een herkenbare manier te organiseren. Dit kan bijvoorbeeld via een sociaal wijkteam of een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG).

1.2.7 Toezichthouders

In de zorgmarkt spelen een groot aantal toezichthouders een rol. Zij leggen eisen op aan instellingen ten aanzien van de vastlegging en verstrekking van gegevens en bepalen ook de reikwijdte van het gedrag van instellingen.

- De Nederlandsche Bank (DNB) houdt toezicht op de zorgverzekeraars als financiële instituten. Deze rol vervult zij vanuit de Wet toezicht verzekeringsbedrijf (Wtv), het Besluit solvabiliteitsmarge verzekeringsbedrijf 1994, het Besluit staten verzekeringsbedrijf 1994 en het Besluit technische voorzieningen verzekeringsbedrijf 1994. De DNB richt zich op het zogenaamde prudentieel toezicht, hetgeen betrekking heeft op het kunnen nakomen van de aangegane financiële verplichtingen.
- De Autoriteit Financiële Markten (AFM) is verantwoordelijk voor gedragstoezicht. Zij richt zich op de vraag of deelnemers aan financiële markten correct behandeld en juist geïnformeerd worden.
- De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) is verantwoordelijk voor de handhaving van de Mededingingswet en, gezien de liberalisering op de zorgmarkt, dus ook voor het adequaat functioneren van de zorgmarkt. Hierbij werkt zij nauw samen met de NZa.
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de rechtsopvolger van het CTG (voorheen COTG en daarvoor COZ) en het CTZ (College Toezicht Zorgverzekeringen) en is verantwoordelijk voor de handhaving van de Wmg. Daarnaast stelt zij de budgetten en tarieven vast voor die delen van de zorg waar geen marktwerking van toepassing is. Het markttoezicht zoals uitgeoefend door de NZa bestaat

uit toezicht op aanmerkelijke marktmacht, marktonderzoek (zijn er toetredingsbelemmeringen en is er voldoende concurrentie), toezicht op transparante informatieverstrekking door marktpartijen, zienswijzen bij (voorgenomen) fusies en het opstellen van generieke regelingen ter bevordering van de concurrentie en/of het vergroten van de transparantie in de markt.

- Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is zowel een advies- als uitvoeringsorganisatie voor de wettelijke ziektekostenverzekeringen: de Zvw en de AWBZ. Zijn taak omvat het op peil houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Dat betekent dat het CVZ zich richt op de inhoud van het basispakket verzekerde zorg in de Zvw, het verdelen van premiegeld onder zorgverzekeraars en het uitvoeren van specifieke regelingen zoals voor gepensioneerden of uitkeringsgerechtigden die in het buitenland wonen. Een belangrijke taak voor het CVZ is derhalve het verdelen van premiegelden en daarmee het invullen van de ex ante risicovereeniging tussen zorgverzekeraars. Kosten voor verleende zorg worden gedekt door de gezamenlijke premies die verzekerden betalen: de nominale (vaste) premies en de procentuele premies. De zorgverzekeraars innen de nominale premies zelf. Werkgevers en uitkeringsinstanties houden de procentuele premies op het inkomen van de verzekerde in en storten die in twee fondsen: het Zorgverzekeringsfonds en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Het CVZ gaat over de verdeling van deze gelden over de zorgverzekeraars.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) richt zich op de kwaliteit van zorg, op de kwaliteit van preventie en op de kwaliteit van medische producten.

Uit deze opsomming wordt duidelijk dat het totale toezicht in de Nederlandse gezondheidszorg vele duizenden fte's omvat. Daardoor draagt het totale toezicht in belangrijke mate bij aan de administratieve lasten en dus de transactiekosten bij instellingen. Dit komt doordat alle toezichthouders vragen om verantwoording door instellingen en daarbij uitgaan van verschillende formats. De vraag dringt zich op in hoeverre de eventuele positieve effecten van marktwerking zoals kostenverlaging worden tenietgedaan door de kosten van het toezicht en andere transactiekosten. Deze transactiekosten vormen het onderwerp van hoofdstuk 2.

1.3 ONDERHANDELEN OVER ZORGPRODUCTEN

De zorgmarkt is de afgelopen tien jaar drastisch veranderd. Het speelveld is gewijzigd omdat de bekostiging van zorginstellingen in de thuiszorg, de curatieve GGZ en in de curatief somatische zorg grotendeels variabel is geworden op het gebied van prijs, volume en kwaliteit. Daarnaast zijn de belangen van de onderhandelingspartners (gemeenten en verzekeraars) veel groter geworden. Zij lopen op hun beurt een inkooprisico, terwijl zorgverzekeraars voordien een ex post nacalculatie kenden. Instellingen moeten tegenwoordig onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit

van zorgproducten, terwijl in de curatieve zorg alleen onderhandeld werd over het volume van budgetparameters in een rekenstaat en met het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen over een vergunning om te kunnen bouwen.

Patiëntenstromen lijken parallel hieraan iets dynamischer te zijn. Zowel patiëntenverenigingen als cliëntenraden zijn veel beter geïnformeerd. Dat betekent dat de variabiliteit aan de inkomstenkant groter wordt. De uitgangspositie om te onderhandelen met een zorgverzekeraar of gemeente, die voor die doelgroep moet inkopen, is minder zeker dan in een stelsel van een gereguleerd aanbod, waar de instellingen vandaan komen. De bezetting kan dus zomaar wegvallen als gevolg van de contractering. Bepaalde kwaliteitsindicatoren kunnen niet gehaald worden, waardoor in de selectieve contractering zorgproducten niet worden gecontracteerd of omdat een aanbesteding niet wordt gegund. Dit zijn reële en terugkerende risico's.

Liquiditeit is door de huidige onderhandelingen een groot issue geworden, omdat men pas kan factureren als de onderhandeling is afgerond. Dit financiële risico is dominant geworden bij veel instellingen, omdat de banken niet genegen zijn om werkkapitaal te financieren bij instellingen. Instellingen komen uit de situatie dat banken gezien de budgetbekostiging geen moeite hadden met de financiering van werkkapitaal, terwijl de instelling zelf kon rekenen op een constante factuurstroom, omdat de prijzen landelijk werden vastgesteld door het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg). Er werd alleen onderhandeld over de volumina in de rekenstaat, om de hoogte van het budget (wettelijk budget voor aanvaardbare kosten). Nu bevinden de instellingen zich aan het andere uiteinde van het spectrum, omdat de onderhandelingen ertoe kunnen leiden dat er lange tijd helemaal niet gefactureerd kan worden, terwijl tegelijkertijd banken niet genegen zijn dit liquiditeitsgat tijdelijk te vullen.

Onderhandelen over zorgproducten is als gevolg van deze risico's voor zorginstellingen een nieuw vakgebied geworden binnen de instellingen. De transactiekosten die hiermee gepaard gaan, worden behandeld in hoofdstuk 2 van dit boek. Het proces van onderhandelen en de inrichting van dit nieuwe vakgebied worden behandeld in hoofdstuk 3. In de hoofdstukken 4, 5 en 6 wordt vervolgens ingegaan op de drie aspecten van het onderhandelen: prijs, kwaliteit en volume. Ten slotte wordt in hoofdstuk 7 concrete casuïstiek behandeld om een beeld te verkrijgen van dit nieuwe en zichzelf snel ontwikkelende vakgebied. Hieruit blijkt dat de zorgcontractering in veel gevallen problematisch verloopt met grote financiële risico's voor de instellingen als gevolg.