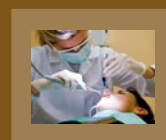




Nederlandse
Zorgautoriteit

Jaarverslag

2010



Jaarverslag 2010

Inhoud

Leeswijzer	5
Voorwoord	7
1. Voor de consument	9
1.1 Terugblik	10
1.1.1 Kabinet	10
1.1.2 Dienstverlening NZa	10
1.2 Keuzes in 2011	10
2. Transparantie op de zorgmarkt	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Richtsnoeren informatieverstrekking	13
2.3 Richtsnoeren zorggroepen	13
2.4 Good contracting practices	15
2.5 Kwaliteit en bekostiging	16
2.6 Zorgplicht en zorginkoop	18
3. Stand van de zorgmarkten	19
3.1 Eerstelijnszorgmarkt	19
3.1.1 Inleiding	19
3.1.2 Nieuwe prestaties apothekers	19
3.1.3 Tarieven mondzorg	19
3.1.4 Tandarts of orthodontist?	20
3.1.5 Apothekers en aanmerkelijke marktmacht	20
3.2 Tweedelijnszorgmarkt	21
3.2.1 Inleiding	21
3.2.2 Medisch specialisten – korting, budgettering	21
3.2.3 Marktmeester in de forensische GGZ	22
3.2.4 Contracteervrijheid	23
3.2.5 Kapitaallasten cure	24
3.3 AWBZ-zorg	24
3.3.1 Inleiding	24
3.3.2 Einde aan onterecht bijbetalen AWBZ	24
3.3.3 Service zorgkantoren beter	26
3.3.4 Meer tijd voor contractonderhandeling	26
3.3.5 ZZP's/integrale tarieven care	26
3.3.6 Steun – Vitras/CMD	27
Colofon	29

Leeswijzer

Voor u ligt het publieke jaarverslag 2010 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dit is een printuitvoering van het uitgebreidere verslag dat u op onze website vindt. Het verslag is opgedeeld in drie hoofdstukken: een inleidend hoofdstuk met een algemene terugblik op 2010, een hoofdstuk over transparantie en een overzicht van belangrijke ontwikkelingen per zorgmarkt. Ten slotte staan verspreid door het jaarverslag interviews met partijen waar de NZa mee heeft samengewerkt. Voor een overzicht met krantenartikelen uit 2010 verwijzen wij u naar de webversie van dit jaarverslag.

Voorwoord

De NZa doet haar werk in het belang van de consument. Daarin staat zij niet alleen. Op de zorgmarkt zijn veel andere spelers actief die werken aan kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en transparantie van zorg. Brancheverenigingen, verzekeraars, zorgaanbieders, patiënten- en consumentenorganisaties behartigen behalve de belangen van hun achterban ook die van de consument.

Dit verslag staat in het teken van de stakeholders waar wij mee samenwerken. Wij voeren bijna wekelijks overleg met ministeries en andere toezichthouders, brancheverenigingen, koepels van zorgaanbieders en patiënten- en consumentenorganisaties. Deze organisaties zijn belangrijk voor de NZa: zij geven ons signalen door vanuit het veld en zijn een belangrijk klankbord bij het ontwikkelen van beleid en beleidsregels voor onze regulerende taak. We zijn het niet altijd met elkaar eens. En dat hoeft ook niet. Bij iedere beslissing weegt de NZa alle belangen tegen elkaar af om zo tot een afgewogen oordeel te komen.

In dit jaarverslag over 2010 zult u lezen dat er door andere partijen is meegedacht over richtsnoeren of beleid. Bijvoorbeeld de Good Contracting Practices, waarbij zowel zorgaanbieders als verzekeraars met de NZa om tafel zaten om het verloop van het contracteerproces te bespreken. Of het opstellen van de nieuwe prestaties in de farmacie samen met apothekers en verzekeraars.

Wij laten onze stakeholders ook in persoon aan het woord en blikken terug op 2010 met onder andere verzekeraars, koepels en consumentenorganisaties. Hoe zien zij de rol van de NZa op de zorgmarkt? En welke ontwikkelingen zien zij in 2011? Want een ding is zeker: ook in 2011 zetten wij ons, samen met onze stakeholders, in voor de consument.

Wij wensen u veel leesplezier.

Theo Langejan
Cathy van Beek
Eitel Homan

1. Voor de consument

De NZa is sinds 2006 toezichthouder en marktmeester op de zorgmarkt. Ze bewaakt en ontwikkelt zorgmarkten en stelt waar nodig tarieven en prestaties vast. Ook adviseert zij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de marktontwikkelingen in de zorg en houdt zij toezicht op een rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).



De consument staat bij dit alles voorop. Bij ieder besluit vraagt de NZa zich af: wat betekent dit voor de consument? Met de introductie van marktwerking in de zorg hebben zorgaanbieders en verzekeraars meer vrijheden: prijs en regels worden losgelaten. Anderzijds hebben ze ook een verantwoordelijkheid om de consument keuzevrijheid en volledige, juiste en transparante keuze-informatie te bieden. Zo kan de consument zelf afwegen welke zorg hij tegen welke prijs wil kopen.

De missie van de NZa is:

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

De NZa is *marktmeester* in de zorg en heeft hiervoor verschillende instrumenten. Bijvoorbeeld het monitoren van de ontwikkeling van zorgmarkten en het bevorderen van de werking van zorgmarkten, het adviseren over zorgfusies en onderzoeken en ingrijpen op zorgmarkten en in overeenkomsten tussen partijen, als er sprake lijkt van marktmacht.

De NZa is ook *regelgever* en zorgt dat de zorg betaalbaar blijft. Dit doet de NZa door de tarieven, budgetten en prestaties in de zorg vast te stellen. De NZa onderzoekt of de consument beter af is wanneer de prijzen worden vrijgegeven of juist worden gereguleerd en adviseert de minister daarover.

De NZa houdt *toezicht* op de zorgmarkten, om na te gaan of de zorgmarkten goed werken en zorgaanbieders en zorgverzekeraars de wet en regelgeving naleven. Er zijn drie vormen van toezicht: nalevingstoezicht, markttoezicht en uitvoeringstoezicht.

Meer informatie over de taken van de NZa is te vinden op onze website www.nza.nl.

1.1 Terugblik

In 2010 werkte de NZa onder meer aan de invoering van prestatiebekostiging in ziekenhuizen, de budgettering en honoraria van medisch specialisten en Zorgzwaartepakketten in de AWBZ (ZZP's). Daarnaast verschenen er monitors over zorginkoop, farmacie en ziekenhuiszorg. Over deze onderwerpen leest u meer verderop in het jaarverslag. Hieronder blikken wij kort terug op andere ontwikkelingen.

1.1.1 Kabinet

De val van het kabinet in februari 2010 zorgt ervoor dat een aantal beslissingen van de minister wordt opgeschort. Zo worden besluiten over de invoering van prestatiebekostiging, het invoeren van DOT (de nieuwe bekostigingsstructuur voor ziekenhuizen) en het vrijgeven van de prijzen in de farmacie en mondzorg controversieel verklaard. Ook de ontwikkeling van een early warning systeem (EWS) voor zorgaanbieders in de financiële problemen, is nog niet doorgezet. Met het aantreden van het nieuwe kabinet en het regeer- en gedoogakkoord in september kan de NZa met de meeste projecten weer volop aan de slag.



1.1.2 Dienstverlening NZa

Wie vermoedt dat een zorgverzekeraar, zorgkantoor of zorgaanbieder de wet overtreedt, kan sinds april 2010 via een speciaal meldpunt per telefoon of e-mail een melding doorgeven aan de NZa. Melden kan ook anoniem. Met het meldpunt kan de NZa meldingen vanuit één herkenbaar punt opnemen en gebruiken in haar toezicht op zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren. In 2010 heeft de NZa via het meldpunt in totaal 686 meldingen ontvangen. Hiervan kwamen 393 meldingen per e-mail binnen, 124 per brief en 148 via het digitale meldingenformulier. In 2009 waren dit er 455 in totaal.

Daarnaast krijgt de NZa ook een groot aantal meldingen dat niet via het meldpunt is ingediend, maar rechtstreeks is gedaan bij haar medewerkers. Deze meldingen zijn afkomstig van consumentenorganisaties, de media, politiek en andere toezichthouders. Het totale aantal meldingen dat niet via het meldpunt wordt ingediend, is daarom niet exact bekend. De NZa streeft er wel naar de meldingen zoveel mogelijk centraal binnen te laten komen via haar meldpunt.

In januari 2010 krijgt de website van de NZa, mede op basis van vragen en inbreng van stakeholders, een nieuwe aanblik, een verbeterde indeling van de informatie én een nieuwe zoekfunctie. De nieuwe website maakt zoeken en vinden makkelijker en sneller.

1.2 Keuzes in 2011

De politieke wensen en ambities voor de zorg zijn groot in 2011. Tegelijkertijd heeft de NZa door forse taakstellingen minder capaciteit beschikbaar dan vorig jaar. Met een zorgsector die verandert naar een vraaggestuurde inrichting en met de ambitieuze politieke



agenda heeft de NZa voor 2011 keuzes moeten maken. Voor de reguliere taken van de NZa; het maken van beleidsregels, het afgeven van zienswijzen en toezicht en handhaving, betekent dit dat de focus komt te liggen op het uitvoeren van wettelijke taken. Daarnaast werkt de NZa aan het onderhoud van bekostigingssystemen in de cure en care, en aan datakwaliteit, monitoring en informatievoorziening. Goede data zijn nodig om tarieven en beleidsregels zorgvuldig te onderbouwen en geven een beeld van hoe veranderingen op de zorgmarkt zich voltrekken. Voor de introductie van marktwerking in de zorg is goede informatie van belang. De NZa monitort in 2011 bijvoorbeeld de samenwerking tussen zorgaanbieders, met als overkoepelend doel om te bekijken of het belang van de consument voldoende geborgd is.

In overleg met de minister van VWS werkt de NZa de komende tijd daarnaast aan een aantal grote transitieprojecten. De invoering van prestatiebekostiging in ziekenhuizen is naar voren gehaald van 2013 naar 2012. Dat betekent dat de NZa de voorbereidingen hiervoor in 2011 versneld uitvoert. Hetzelfde geldt voor de overheveling van de revalidatiezorg van de AWBZ naar de zorgverzekeringswet. Een ander transitietraject in 2011 is de invoering van vrije prijzen in 2012 bij apotheken. Ten slotte voert de NZa in 2012 integrale tarieven in de AWBZ. Voor deze, en nog een aantal andere grote projecten, zoals budgettering medisch specialisten, stelt VWS tijdelijk extra middelen beschikbaar aan de NZa.

2. Transparantie op de zorgmarkt

2.1 Inleiding

Transparantie staat hoog op de agenda bij de NZa. Consumenten moeten zorgaanbieders kunnen vergelijken en er op kunnen vertrouwen dat wat wordt beloofd, ook wordt geleverd. In verschillende projecten werkt de NZa samen met het veld aan meer transparantie in de zorg. Zo was de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV betrokken bij de richtsnoeren zorggroepen en is er met het veld een handreiking goed contracteren ontwikkeld (Good Contracting Practices). CZ nam in 2010 een stap richting selectieve inkoop. Chris Sonneveld (LHV), Wim van Meeren (CZ) en Wilna Wind (Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie) geven hun visie hierop.

2.2 Richtsnoeren informatieverstrekking

Welke informatie moeten zorgverzekeraars aan consumenten geven? En is de informatie die verzekeraars op hun website geven wel volledig en juist? In het richtsnoer informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars dat jaarlijks uitkomt, geeft de NZa aan welke informatie zorgverzekeraars hun verzekerden moeten geven. Dat varieert van hoe hoog de premie is, hoe een zorgverzekering op te zeggen is tot hoe een verzekerde de declaratieoverzichten van zijn eigen risico kan inzien en controleren. Zorgverzekeraars vullen jaarlijks een door de NZa opgesteld selfassessment in, waarmee zij kunnen controleren of zij aan het richtsnoer voldoen. De NZa voert hier ook controle op uit.



Ook voor zorgaanbieders is er sinds september 2010 voor het eerst een richtsnoer voor hun informatieverstrekking. In de richtsnoeren voor zorgaanbieders staat wat een aanbieder zijn cliënten moet vertellen over het zorgaanbod. Het is belangrijk om informatie te geven over wachttijden, prijzen en het aanbod. Wat is verzekerde zorg, en waar moet extra voor worden bijbetaald? Voor een goed werkende zorgmarkt is betrouwbare en vergelijkende informatie over het zorgaanbod essentieel. Op die manier kunnen consumenten een weloverwogen keuze maken.

2.3 Richtsnoeren zorggroepen

Samenwerken om patiënten betere zorg te leveren is een goede zaak, vinden de NZa en de NMa (Nederlandse Mededingingsautoriteit). Gezamenlijk publiceren de toezichthouders in september 2010 richtsnoeren voor zorggroepen, waarin zij het kader aangeven voor samenwerkingsafspraken. Een zorggroep neemt een coördinerende rol op zich bij de behandeling van een of meer chronische ziekten en bepaalt op welke manier verschillende aanbieders in een keten samenwerken. In het algemeen geldt dat samenwerkingsafspraken zijn toegestaan als de kwaliteit van zorg voor de patiënt daar beter van wordt. Afspraken die onnodig de onderlinge concurrentie beperken of leiden tot misbruik van marktmacht zijn verboden.

Iedere samenwerkingsvorm is uniek. De richtsnoeren schrijven dan ook niet voor welke organisatievormen mogelijk zijn en welke niet, maar geven het kader aan waarbinnen zorggroepen en de bij ketenzorg betrokken aanbieders afspraken kunnen maken. Zorggroepen en zorgaanbieders houden zelf de vrijheid om te bepalen hoe zij de zorg willen organiseren en hoe zij die binnen de zorgstandaard willen leveren.



Chris Sonneveld (LHV): 'Wees duidelijk over wat je doet en waarom'

Chris Sonneveld is hoofd Praktijkvoering van de LHV, en heeft van dichtbij het proces meegemaakt dat in augustus 2010 leidde tot publicatie van de 'Richtsnoeren Zorggroepen'. In deze richtsnoeren geven NMa en NZa gezamenlijk een toelichting op de toepassing van de mededingingsregels op de zorggroepen.

De komst van zorggroepen en het bijbehorende mededingingstoezicht betekende een omschakeling voor de LHV. "Zorggroepen zijn een idee van de huisartsen zelf, bedoeld om de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieke patiënten verder te verbeteren. In 2009 zijn de keten-dbc's geïntroduceerd. Wat ons betreft heeft de overheid het accent daarmee verschoven van kwaliteit naar financiering, waarbij de NZa de mededingingsregels benadrukte." Die waren nieuw voor de LHV, en dus moest de vereniging een inhaalslag maken. Door eigen analyses en gesprekken met specialisten heeft de LHV zich de materie eigen gemaakt. Sonneveld: "Ook voor de huisartsen kwam mededinging als een verrassing. Huisartsen zijn voorstander van ondernemerschap, maar zien elkaar niet als concurrent."

In het bewustwordingsproces rond mededinging heeft de LHV een dubbele rol. Aan de ene kant verduidelijkt ze voor haar leden de do's en don'ts van het mededingingskader. Aan de andere kant maakt ze aan de toezichthouders duidelijk hoe de huisarts in de praktijk werkt, en hoe de mededingingsregels daarin ingrijpen.

De NZa en de LHV hebben in de afgelopen periode moeten leren elkaars taal te spreken. "De NZa had voor zichzelf een duidelijk verhaal, maar het sloot niet aan bij de belevingswereld van de huisartsen. De LHV vraagt zich sterk af of het toepassen van het mededingingskader op de huisartsen wel past bij de intrinsieke aard van de huisartsenzorg waarin samenwerking voorop staat. Als het gebeurt moet duidelijk zijn hoe het kader uitpakt voor de huisartsen."

Mede met de inbreng van de LHV zijn de toezichthouders gebruik gaan maken van praktijkvoorbeelden. Ook de nuance is van belang: het belang van de patiënt staat centraal, niet de regels. Sonneveld heeft waardering voor het feit dat de NZa meedenkt met de huisartsen, en concrete suggesties doet hoe om te gaan met de regels. Wel vindt Sonneveld dat het lang duurde voordat de NZa inzag hoe de regels uitwerkten in de praktijk.

Wat moet de NZa komende tijd gaan doen volgens de LHV? "Van belang is dat de NZa en LHV elkaar in de toekomst blijven informeren. We moeten van elkaar weten hoe regels bedoeld zijn, maar vooral hoe deze uitwerken". De voorspelbaarheid van de NZa is daarbij volgens

Sonneveld cruciaal. "Geef tijdig duidelijkheid over wat je doet en waarom."

2.4 Good contracting practices

Met het document Good contracting practices speelt de NZa in december 2010 in op signalen van onder andere oefentherapeuten en apothekers over het contracteerproces. Zij hebben vaak moeite om goed te onderhandelen met verzekeraars. In de handreiking goed contracteren staan knelpunten, goede voorbeelden en een overzicht van onderwerpen waar zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren mee aan de slag kunnen om knelpunten in het contracteerproces op te lossen.



Het document is tot stand gekomen samen met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaars. Uit het overleg is duidelijk geworden dat aandacht van zowel zorgaanbieder als verzekeraar voor knelpunten nodig is, dat overleg loont en dat er veel geleerd kan worden uit de oplossingen die anderen hebben gevonden voor knelpunten bij het contracteren. Er zijn al brancheverenigingen en verzekeraars die met succes een knelpunt in het contracteerproces hebben opgelost.

Een voorbeeld van Good Contracting Practices is dat verzekeraars tijdig en laagdrempelig informatie beschikbaar stellen over nieuwe of gewijzigde criteria voor het contracteerproces. Een ander voorbeeld is het initiatief van een brancheorganisatie om een platform te creëren voor overleg met verzekeraars over de indicatoren voor kwaliteit van zorg. Het voordeel van deze aanpak is dat bestaande minimale datasets kunnen worden gebruikt bij de zorginkoop door zorgverzekeraars. Dit voorkomt extra tijd en kosten.

De Good Contracting Practices vormen een startpunt om het contracteerproces tussen zorgaanbieders en verzekeraars te verbeteren. Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen in 2011 zelf met de handreiking aan de slag om stappen te maken in het contracteerproces.



NPCF-directeur Wilna Wind: 'Emancipatie zorgconsument staat nog in de kinderschoenen'

De stem van de zorgconsument moet meer gehoord worden op de zorgmarkt. Daar is Wilna Wind, sinds november 2010 directeur van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), van overtuigd. "De verzekeraars en zorgaanbieders hebben hun plek op de zorgmarkt ingenomen. Maar er zijn drie partijen op de zorgmarkt. We moeten ook van de derde partij, de zorgconsument, gebruikmaken."

Ons huidige zorgstelsel dateert uit 2006. "De wisselwerking op de markt is nog jong, net als de macht van de consument. De emancipatie van de zorgconsument staat nog in de kinderschoenen", vindt Wind. Ze ziet het als taak van de NPCF om de consument zijn plek op de zorgmarkt te

laten innemen. "Wij willen een onafhankelijk platform zijn waar informatie en ervaringen uitgewisseld worden. Graag werken we met de NZa samen om de transparantie te verbeteren en consumenten keuzemogelijkheden te bieden."

Wind vindt zorginkoop op kwaliteit een goede ontwikkeling, net als de richtlijnen voor Heelkunde die eind januari 2011 uitkwamen. "Maar wat mij betreft kunnen deze normen nog worden aangescherpt. Hoe ervaart iemand de geleverde zorg? Wat zijn de ervaringen met een arts of behandelaar, en is de consument tevreden over het resultaat? Het toevoegen van onafhankelijke ervaringen van de patiënt komen de patiënt en iedere goede arts ten goede. Dit past ook bij een stelsel van vraagsturing." Ook zet de NPCF in 2011 in op het verkrijgen van een keurmerk, zodat zij (letterlijk) een stempel kunnen zetten op goede zorg.

"Ik ben voor concentratie en selectie in de ziekenhuiszorg. Goede zorg staat is belangrijk, en je kunt niet van ieder ziekenhuis verwachten dat het complexe zorg aanbiedt. Kwaliteit komt op de eerste plaats. Als dat met zich meebrengt dat een patiënt verder moet reizen zal hij dat accepteren. De voor- en nazorg voor zo'n operatie kan misschien wel weer dicht bij huis."

Naast kwaliteit is ook innovatie essentieel. Van het stimuleren van e-health tot slim samenwerken tussen zorgverleners. "Ik ben ervan overtuigd dat innovatie uiteindelijk de kwaliteit van zorg omhoog brengt, en de kosten omlaag. Ik ken voorbeelden dat patiënten eindeloos werden getest terwijl de diagnose al lang bekend en stabiel was. Dat kost tijd en geld, terwijl de patiënt er geen baat bij heeft. De NZa zou hier een rol in kunnen spelen, door meer ruimte te maken voor innovatie, buiten de bestaande structuren."

2.5 Kwaliteit en bekostiging

In april 2010 blijkt uit de monitor zorginkoop zorgverzekeraars dat de zorginkoop op kwaliteit nog onvoldoende van de grond komt. De NZa vindt het belangrijk voor de consument dat verzekeraars bij het sluiten van een contract aandacht besteden aan de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Hierbij speelt niet alleen de kwaliteit van de zorg zelf een belangrijke rol, maar ook de zorgvuldigheid van zorgverzekeraars bij de communicatie hierover. De discussie rondom kwaliteit speelde op toen verzekeraar CZ aankondigde borstkankerzorg op kwaliteit in te kopen.

De NZa is als marktmeester een voorstander van selectieve inkoop door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben in het zorgstelsel de verantwoordelijkheid om voor hun verzekerden goede zorg in te kopen. Dat kan door als zorgverzekeraar selectief, dus bij bepaalde zorgaanbieders wel en bij andere niet, in te kopen. Dit houdt zorgaanbieders scherp om goede kwaliteit zorg voor een redelijke prijs te blijven leveren en zich te specialiseren in waar ze goed in zijn.

Als regelgever heeft de NZa hierin een belangrijke rol, door de bekostiging zodanig in te richten dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars voldoende gemotiveerd zijn om op kwaliteit te sturen. De NZa trekt hierin samen op met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Het vorige kabinet kondigde de oprichting aan van een nationaal kwaliteitsinstituut voor de zorg. Dit moet zich bezig gaan houden met het samenhangende geheel van kwaliteit, doelmatigheid, innovatie en

transparantie van de gezondheidszorg en de koppeling aan de te declareren zorgproducten en het verzekerde pakket. De NZa ervaart inderdaad behoefte aan een 'doorzettingsmacht'. De NZa verlaat zich nu vaak op de IGZ, maar die heeft deze rol niet structureel in haar takenpakket. De huidige minister van VWS heeft aangekondigd dat het kwaliteitsinstituut ondergebracht zal worden binnen een bestaand overheidsorgaan.



Wim van der Meeren (CZ): 'Wij hebben onze nek uitgestoken'

Verzekeraars moeten hun rol pakken, zei NZa-bestuursvoorzitter Theo Langejan vorig jaar. Maar wat is nu precies die rol van verzekeraars? En wat zou de NZa moeten doen? Een gesprek met Wim van der Meeren, voorzitter van de Raad van Bestuur van CZ.

In 2010 startte CZ met het selectief inkopen van zorg. De lijst met borstkankerzorg deed veel stof opwaaien. "Wij schrokken van de haast agressieve reacties", vertelt Van der Meeren. "Toch vonden we dat we dit moesten doen. De complexiteit van een ziekenhuis is groot, dat weet ik als geen ander als oud-ziekenhuisdirecteur, maar je mag wel van ze vragen om over hun strategie na te denken, ook al is het stellen van prioriteiten al moeilijk."

"Wij hebben, terugkijkend op 2010, onze nek uitgestoken en de vinger op de zere plek gelegd. In het geval van borstkankerzorg hebben wij goed uitgezocht wat evidence based was. Het hanteren van de norm van 150 ingrepen per jaar wijst uit dat dit leidt tot een betere kwaliteit van zorgverlening. De patiëntenverenigingen steunen ons inkoopbeleid. Het is niet denkbaar dat dit initiatief wegebt, het is onderdeel geworden van een onomkeerbaar debat."

In 2011 zet CZ de lijn van de selectieve zorginkoop voort, bijvoorbeeld in samenwerking met urologen bij blaaskanker en samen met andere verzekeraars bij bariatrische chirurgie, bijvoorbeeld maagbandjes.

"Sommige zorg wordt met winst geleverd, andere met verlies. Dit ligt aan de hoogte van de tarieven die niet goed aansluiten bij de hoogte van de kosten. Hierdoor ontstaan niet altijd de goede prikkels om in datgene te investeren waar je goed in bent. Dit is een urgent probleem en er moet met voorrang aan gewerkt worden. Bij de DBC's is de band tussen prestatie en vergoeding vaak niet in balans. De regelgeving moet daartoe helder en niet ingewikkelder worden. Daarmee wordt de regelgeving ook beter handhaafbaar."

Eenvoudig is het niet om instellingen in beweging te krijgen naar een grotere doelmatigheid en betere kwaliteit van zorg. "Feit is dat de lat vaak te laag wordt gelegd, als resultaat van een algehele consensus van alle belanghebbenden. Zo hoop ik van harte dat het nieuwe kwaliteitsinstituut niet weer een polderorgaan wordt, maar dat de beslissingsbevoegdheid bij een paar gezaghebbende personen terecht komt."

De NZa zou in de markt beleidszekerheid moeten geven, vindt Van der Meeren. "Er moet qua beleid een rode lijn in de tijd te zien zijn. Tegelijkertijd moet de NZa ruimte bieden voor spelers in het veld om hun

rol op te pakken. De overheid kan niet langer van bovenaf zaken veranderen, de zorgverzekeraar kan meer impact hebben.”

2.6 Zorgplicht en zorginkoop

Op de zorgmarkt is een belangrijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars. Zij behartigen het belang van de consument door goede, tijdige en bereikbare zorg voor hun verzekerden in te kopen.

De NZa heeft in 2010 de zorginkoop door zorgverzekeraars vanuit twee invalshoeken aan de orde gesteld.

Ten eerste is bekeken hoe zorgverzekeraars de zorginkoop gebruiken om hun zorgplicht in te vullen. Ten tweede heeft de NZa een monitor uitgevoerd om in kaart te kunnen brengen welke prikkels er voor zorgverzekeraars bestaan om hun zorginkoop op peil te brengen en welke verbeteringen daarin nog nodig zijn.



Uit het thematisch onderzoek blijkt dat het inkopen van zorg in de afgelopen jaren een ontwikkeling heeft doorgemaakt. Verzekeraars hebben hun zorginkoopfunctie verbeterd. Zo maken ze bijvoorbeeld afspraken over inhoud, omvang, kwaliteit en bereikbaarheid bij het contracteren en controleren zij dit ook achteraf. Toch kunnen verzekeraars nog duidelijker voor ogen hebben wat zij voldoende gecontracteerde zorg vinden, en wat zij onder bereikbare en tijdige zorg verstaan. Op die manier kan een verzekeraar beter en sneller inspelen op de markt, bijvoorbeeld als een zorgaanbieder failliet dreigt te gaan. Bovendien moeten zorginkopers beter leren de taal van de professionals te spreken. Ook dit kan het inkoopproces ten goede komen. In 2011 verschijnt een toezichtskader waarin de NZa ingaat op wat zorgplicht inhoudt en hoe zij daar toezicht op houdt.

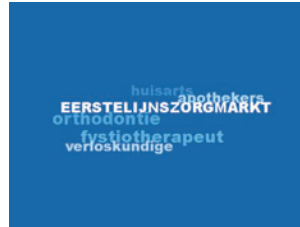
Zorgverzekeraars hebben op de meeste zorgmarkten nog te weinig prikkels om effectief zorg in te kopen. Dat blijkt uit de monitor zorginkoop die in april 2010 verscheen. Op bepaalde markten, zoals de curatieve GGZ, zijn in 2010 nog te weinig transparant om goed in te kopen op kwaliteit. Op andere markten, zoals de farmacie en het vrije deel van de ziekenhuiszorg, is meer sprake van prikkels voor een actieve zorginkoop. Een ander opvallend feit uit de monitor is dat zorgverzekeraars zich in 2010 nog nauwelijks richten op selectief contracteren. Zij kiezen er vaker voor om de verzekerde zelf te laten kiezen uit bijvoorbeeld voorkeursaanbieders. Verzekeraars schelden hun verzekerden soms ook het eigen risico kwijt als die voor een van hun voorkeursaanbieders kiezen. De NZa vindt deze initiatieven een positieve ontwikkeling als ze maar wel tot resultaat leiden: verzekerden zorg van goede kwaliteit bieden tegen een goede prijs. Ook is belangrijk dat bepaalde prikkels, zoals de transparantie van zorg en de risicodragendheid van verzekeraars, verbeterd worden. Daarvoor zou de ex post verevening bijvoorbeeld afgeschaft kunnen worden.

3. Stand van de zorgmarkten

3.1 Eerstelijnszorgmarkt

3.1.1 Inleiding

In de eerste lijn werkt de NZa onder andere aan een monitor en tarieven farmacie, de tarieven in de mondzorg en een onderzoek naar vermeend titelmisbruik van voormalig orthodontisten.



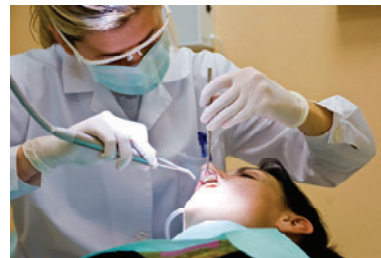
3.1.2 Nieuwe prestaties apothekers

Eind 2010 stelt de NZa de nieuwe prestatiebeschrijvingen voor apothekers vast. Na twee jaar nauwe samenwerking tussen koepels van apotheekhoudenden, zorgverzekeraars en consumenten- en patiëntenorganisaties is er in december 2010 een nieuwe lijst met prestatiebeschrijvingen vastgesteld. Naar verwachting wordt de nieuwe lijst per 1 januari 2012 ingevoerd, gelijk met het vrijgeven van de tarieven.

In 2011 gaan apothekers alvast proefdraaien met de nieuwe prestatiebeschrijvingen. Door de nieuwe prestaties kunnen zij beter aan zorgverzekeraars en consumenten duidelijk maken welke zorg wordt aangeboden tegen welke prijs. Ook wordt door de nieuwe prestaties duidelijker zichtbaar dat apothekers zorgverlener zijn in plaats van distributeur.

3.1.3 Tarieven mondzorg

De orthodontietarieven zijn 34% te hoog, zo blijkt in juli 2010 uit kostenonderzoek van de NZa. Orthodontie wordt in Nederland geboden door tandartsen en orthodontisten. De tarieven voor deze aanbieders zijn niet gelijk, wat niet transparant is voor consumenten. De NZa wil daarom naast een verlaging van de orthodontietarieven ook regelen dat voor een orthodontische behandeling één tarief geldt, of nu een tandarts of een orthodontist een beugel plaatst.



Om onderzoek te doen naar de effecten van een verlaging van de tandartstarieven op de toegankelijkheid voert de NZa een gevoeligheidsanalyse uit. Hierin wordt antwoord gezocht op vragen als: stoppen praktijken met het leveren van orthodontie? En is complexe orthodontische zorg dan nog toegankelijk? Om dit goed te bekijken, heeft de NZa gegevens over tandartspraktijken bij de tandartsenkoepel NMT opgevraagd. Omdat deze gegevens pas begin 2011, en niet zoals verwacht in 2010, beschikbaar kwamen via een rechtszaak, stelde de NZa in december de verlaging van de tarieven voor orthodontisten uit. De NZa is van plan om halverwege 2011 alsnog gelijke tarieven in te voeren. Overigens heeft de minister per brief laten weten dat zij vrije tarieven wil invoeren in 2012, als binnen de mondzorg in mei 2011 aan de door haar gestelde voorwaarden wordt voldaan.

3.1.4 Tandarts of orthodontist?

In juni stellen de NZa en IGZ een onderzoek in naar informatieverstrekking door tandartsen die voorheen als orthodontist stonden ingeschreven. Op dat moment noemt een aantal tandartsen zich nog orthodontist, terwijl zij niet meer zo in het register Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) staan ingeschreven. Daardoor is sprake van titelmisbruik en misleiding van consumenten. De NZa schrijft deze tandartsen in juni aan met de vraag om zich weer in te schrijven als orthodontist óf hun communicatie-uitingen aan te passen, zoals hun website, gevelreclame of vermelding in de telefoongids. Bij controle in het najaar blijkt dat nog vijftien van de aangeschreven tandartsen niet aan de regels voldoen. In december 2010 sluit de NZa het onderzoek, alle onderzochte tandartsen voldoen inmiddels aan de regels.

3.1.5 Apothekers en aanmerkelijke marktmacht

Met de Richtsnoeren Zorggroepen geven de NZa en NMa in augustus 2010 een kader aan waarbinnen zorgaanbieders samenwerkingsovereenkomsten kunnen maken. De NZa en NMa zijn een voorstander van het zoeken van samenwerking en staan dit toe als de kwaliteit van zorg voor de patiënt er beter van wordt. Wat niet mag, is de concurrentie beperken of misbruik maken van marktmacht. Bijvoorbeeld als er sprake is van samenwerking tussen zorgaanbieders binnen dezelfde discipline, kunnen er beperkingen rond mededinging zijn. De NZa kan optreden bij aanmerkelijke marktmacht (AMM), als een aanbieder zoveel macht heeft in de zorgmarkt, dat hij zich onafhankelijk van concurrenten of de wens van consumenten kan gedragen.



In 2010 doet de NZa nader onderzoek naar een apotheek in Zeeland die weigert een contract te sluiten met zorgverzekeraars die een preferentiebeleid voeren. De apotheek is het niet eens met dit beleid. Preferentiebeleid is een instrument voor de zorgverzekeraar om selectief in te kopen en daarmee de kosten voor geneesmiddelen te verlagen. De NZa vindt dat een zorgverzekeraar, in het belang van de consument, op iedere markt selectief moet kunnen inkopen. Omdat de apotheek in dit geval de enige is in de omgeving, kunnen zorgverzekeraars (en hun verzekerden) zich niet tot een andere apotheek wenden. Met het opleggen van de contracteerverplichting wil de NZa voorkomen dat de concurrentieverhouding in het gebied ernstig wordt verstoord en de betaalbaarheid van de zorg in het geding komt. In 2009 legde de NZa een contracteerverplichting op aan de apotheek. In 2010 onderzocht de NZa de zaak verder, in het eerste kwartaal van 2011 zal een definitief besluit worden genomen.

Een andere apotheek wil in 2010 toetreden tot een elektronisch samenwerkingsverband, waarin apothekers in zijn regio gegevens over medicijnen en patiënten uitwisselen. Zo'n samenwerkingsverband is toegestaan, maar moet dan wel voldoen aan de Regeling voorwaarden elektronische netwerken. Het samenwerkingsverband had als eis voor toetreding gesteld dat de apotheek mee moet doen aan de avond-nacht- en weekendregeling van het samenwerkingsverband. Dat zou betekenen dat de apotheek zijn huidige openingstijden moet beperken. Dit is niet in het belang van de patiënt: die heeft minder keuzemogelijkheden. De NZa heeft het samenwerkingsverband een

aanwijzing opgelegd. Op basis daarvan zijn inmiddels de toelatingscriteria aangepast.

3.2 Tweedelijnszorgmarkt

3.2.1 Inleiding

De kortingen op de medisch specialisten zijn in 2010 veelvuldig in het nieuws: de NZa berekende in opdracht van het ministerie van VWS kortingen op de tarieven van specialisten. Bart Heesen van de Orde van Medisch Specialisten blikt hier op terug. In 2010 zette de NZa stappen om in de toekomst marktmeester in de forensische GGZ te worden. Goof van Gemert van het ministerie van Justitie geeft aan waarom de NZa een rol zou moeten hebben op deze markt. Tot nu toe is deze zorgmarkt voor de NZa een uitzondering, omdat het ministerie van Justitie hier de zorg inkoopt en de rol van de NZa daar beperkter is.

3.2.2 Medisch specialisten – korting, budgettering

In opdracht van de minister heeft de NZa de tarieven voor de medisch specialisten in 2010 met € 512 miljoen gekort. De korting is gedifferentieerd per specialisme. Als een bepaald specialisme meer aan de overschrijding van het budgettair kader zorg heeft bijgedragen, dan worden die medisch specialisten ook meer gekort. In de tarieven 2011 voor de medisch specialisten is een bedrag van € 606 miljoen verwerkt.

Om in de toekomst tariefkortingen te voorkomen hebben VWS, de Orde van Medisch Specialisten een convenant opgesteld. Daarin staat welk bedrag jaarlijks macro beschikbaar is voor de honoraria van medisch specialisten. Dit convenant is de basis voor het beheersingsmodel honoraria medisch specialisten dat naar verwachting per 1 januari 2012 wordt ingevoerd. In 2011 treft de NZa de voorbereidingen hiervoor.



Bart Heesen: 'NZa moet meer de rol van marktmeester pakken'

Bart Heesen, directeur van de Orde van Medisch Specialisten, heeft veelvuldig contact met de NZa. Zeker ook het afgelopen jaar, waarin belangrijke dossiers speelden zoals de kortingsmaatregel, het beheersingsmodel voor medisch specialisten en DOT. Heesen vraagt zich daarbij wel eens af wat de NZa met de bijdrage van de Orde doet. Hij vindt dat de NZa haar rol beter kan pakken. Heesen: "De rol van de NZa als marktmeester in de zorg komt nog onvoldoende uit de verf."

In 2010 voerde de NZa in opdracht van de minister van VWS de kortingsmaatregel voor medisch specialisten uit. "Bij de kortingsmaatregel had de NZa zich kritischer kunnen opstellen voor de opdracht van VWS werd aangenomen." Zo vindt Heesen dat zorgverzekeraars niet langer buiten schot moeten blijven in het debat over het terughalen van overschrijdingen. "Zij zijn bij uitstek verantwoordelijk voor de kostenoverschrijdingen en zouden hiervoor eigenlijk de rekening moeten krijgen. Om de zorgmarkt goed te laten werken moet er echter wel meer concurrentie komen op de zorgverzekeringsmarkt. De NMa en NZa hebben hier een belangrijke rol."

Wat Heesen betreft kan de NZa nog meer informatie en kennis beschikbaar stellen voor de sector en nog meer in begrijpelijke taal uitleggen hoe de zorgmarkten werken en hoe de regels van de NZa in elkaar steken.

De mobiliteit van medisch specialisten is een speerpunt van de Orde voor 2011. "Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren is het van belang dat concentratie en deconcentratie plaatsvindt. Hiervoor is het essentieel dat specialisten op meerdere locaties kunnen werken. De NZa moet hier op toezien als een marktmeester."

3.2.3 Marktmeester in de forensische GGZ

In de zomer 2010 treft de NZa voorbereidingen om vanaf 2012 op te treden als onafhankelijk regulator in de forensische GGZ. Forensische GGZ is geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een strafrechterlijke titel. Tot nu toe heeft de NZa een adviserende rol aan het ministerie van Justitie, dat de forensische zorg inkoopt. De komende jaren gaat de NZa de rol van marktmeester in de forensische GGZ oppakken.

Zo brengt de NZa in 2010 advies uit over de gewenste marktordening van de forensische zorg. De NZa stelt voor om zelf als regelgever op te treden voor het vaststellen van prestaties en tarieven, het stellen van regels over informatieverstrekking door de diverse partijen in de forensische zorg en het handhaven van de regels. Hiermee sluit de rol van de NZa in de forensische GGZ aan bij de manier waarop het in de rest van de GGZ is geregeld.

De NZa werkt in 2010 ook aan verbetering van de productstructuur. Belangrijke mijlpaal is dat per 1 januari 2011 voor het eerst zorg ingekocht en gedeclareerd wordt via de Diagnosebehandeling- en Beveiligingscombinaties (DBBC's) in plaats van de oude AWBZ-budgetparameters.



Goof van Gemert (Ministerie van Justitie): 'NZa moet meekijken bij forensische GGZ'

Het is goed dat de NZa nu ook meekijkt in de forensische GGZ, vindt Goof van Gemert, directeur zorginkoop Forensische GGZ bij het ministerie van Justitie. In 2010

zette hij in het Programma vernieuwing Forensische Zorg, samen met het veld en de NZa stappen om de marktordening van de forensische GGZ te veranderen.

De forensische GGZ is een geval apart op de zorgmarkt. Het ministerie van Justitie is er monopolist: haar Directie Forensische Zorg koopt de zorg in, en is verantwoordelijk voor de plaatsing en uitvoering van de straf in een. De komende periode gaat NZa haar rol als marktmeester in deze sector oppakken. Hiermee ontstaat er een situatie waar toezicht gehouden wordt op de uitoefening van de rol van inkoper.

"De minister van Justitie kan persoonlijk worden aangesproken op de zorg voor individuele patiënten. Dat is anders dan in de rest van de gezondheidszorg, waar de minister van VWS die verantwoordelijkheid niet heeft. In beide situaties is de zorgprofessional overigens verantwoordelijk voor het eigen vak. Ook gaat het in de forensische zorg primair om de behandeling in dienst van de veiligheid van de

samenleving. Het gaat om het voorkomen van recidive. Een tbs-er die in de fout gaat kan een enorme impact hebben.”

Van Gemert ziet daarom toegevoegde waarde voor de NZa. “Bij het ministerie komen dus veel bevoegdheden samen. Dat kan achterdocht oproepen. Ik vind het prettig dat er een partij is die meekijkt of de rolverdeling in evenwicht is en kan adviseren.”

Inkopen op kwaliteit en marktwerking is ook bij de forensische GGZ relevant, vindt Van Gemert. “De keuzevrijheid voor een instelling is beperkt doordat wij mensen plaatsen, maar concurrentie tussen instellingen onderling is er wel. Wij kijken of instellingen aan kwaliteitseisen voldoen. Alleen als dat zo is, kunnen zij in 2011 in aanmerking komen voor groei.”

Toch is het lastig om instellingen met elkaar te vergelijken en zo selectief zorg in te kopen, vindt Van Gemert. De forensische GGZ is een klein veld, waar veel specialisatie aan de orde is. “De behandeling van een zwakbegaafde pedofiel en een drugsverslaafde met psychoses is heel anders. De resultaten van de een kunnen we niet vergelijken met de ander. Maar in alle gevallen moet er behandeling geboden worden waar de meeste evidentie voor is.”

Wel ziet Van Gemert kansen bij het kijken naar vermindering van recidive. “De instellingen zijn veel beter geworden in inschatten van de risico’s op incidenten en onttrekkingen. Daar willen we hen ook op gaan vergelijken. Daarvoor bekijken we de resultaten op termijn en hebben wij een langere periode nodig om dit soort aspecten bij de inkoop mee te wegen.”

3.2.4 Contracteervrijheid

Verzekeraars zijn niet verplicht om bij iedere aanbieder zorg in te kopen. Dat komt in 2010 naar voren aan de hand van een verzoek van een ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft de NZa gevraagd om een verzekeraar een verplichting op te leggen om bepaalde zorg bij het ziekenhuis in te kopen. De reden hiervoor is aanmerkelijke marktmacht bij de verzekeraar. Het ziekenhuis is met een nieuwe behandelmethode gestart, maar de verzekeraar wil deze niet inkopen. Aangezien de kwaliteit, betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg niet in het geding komen door de weigering – de behandeling is elders in de regio in voldoende mate beschikbaar en daar is volgens de verzekeraar sprake van hogere kwaliteit – mag de verzekeraar weigeren deze zorg in te kopen: er wordt in dit geval geen publiek belang geschaad.

3.2.5 Kapitaallasten cure

Vanaf 2010 wordt er in de tweedelijnszorg toegewerkt naar integrale tarieven.

Dit houdt in dat de kapitaallasten van zorginstellingen worden opgenomen in de tarieven. Instellingen moeten alle kosten die zij maken voor het leveren van zorg (van huisvestingskosten tot kosten van het verpleegkundig personeel) terugver-



dienen met de opbrengsten die zij voor de het declareren van zorgproducten bij de verzekeraar. De achterliggende gedachte is dat instellingen zelf de lusten en lasten van hun investeringsbeslissingen dragen. Bovendien hebben ze hierdoor een economische prikkel om beter in te spelen op de individuele zorgvraag van consumenten.

Door het volledig afschaffen van budgetbekostiging voor ziekenhuizen, naar verwachting in 2015, moeten de integrale tarieven versneld worden ingevoerd. De NZa heeft in 2010 beleidsregels opgesteld om de kapitaallastenproblematiek die daardoor ontstond aan te pakken.

3.3 AWBZ-zorg

3.3.1 Inleiding

De NZa kwam in actie toen bleek dat cliënten in de AWBZ voor een aantal diensten onterecht moesten bijbetalen. Adrie van Osch (ActiZ) kreeg hier veel vragen over, hij geeft in een interview zijn visie. De NZa nam in 2010 haar eigen processen binnen de sector care onder de loep en keek hoe zij die voor zorgaanbieders en verzekeraars eenvoudiger kon maken. Daarnaast gaf de NZa, na de invoering van ZZP's in 2009, advies over het verwerken van kapitaallasten in de tarieven in de AWBZ. In 2010 handelde de NZa een steunverzoek af, dat van Vitras/CMD.

3.3.2 Einde aan onterecht bijbetalen AWBZ

Bewoners van verzorgingshuizen en andere AWBZ-zorginstellingen melden zich in 2010 bij de NZa omdat zij moeten bijbetalen voor diensten die gewoon in het verzekerde pakket zitten: bijvoorbeeld voor reguliere voetverzorging, voor voeding of voor verzorgingsproducten als toiletpapier en handschoenen. Voor dit soort diensten mogen zorgaanbieders geen extra



geld vragen bovenop de door de NZa vastgestelde tarieven.

Voor diensten die niet in het verzekerde pakket zitten en geen zorgverlening zijn volgens de Wmg, mogen zorginstellingen wel extra geld vragen, maar dan moet voor de bewoners vooraf wel helder zijn voor welke extra diensten ze betalen. En dat mag alleen op vrijwillige basis. Zorgkantoren hebben hier een belangrijke rol. Het zorgkantoor kan eisen dat instellingen transparant zijn over in rekening gebrachte kosten en dat geen kosten worden berekend voor diensten die uit de AWBZ moeten worden bekostigd. Ook kan het zorgkantoor nagaan of het betalingsbeleid in overleg met cliëntenraden tot stand is gekomen.

De NZa heeft de meldingen van bewoners met de zorgkantoren besproken en afspraken gemaakt om dit op te lossen. Ook de landelijke organisatie cliëntenraden LOC en de Nederlandse Patiënten en

Consumenten Federatie (NPCF) komen in actie: zij ondersteunen cliëntenraden bij het maken van afspraken over het bijbetalen voor extra diensten. De NZa werkt ook samen met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) om precies te omschrijven waar cliënten wel en niet voor bij hoeven te betalen. Dit lijkt te werken, aan het einde van 2010 komen er nog nauwelijks meldingen binnen. In 2011 blijven de NZa en de zorgkantoren de gang van zaken rond bijbetalingen nauwlettend volgen.



Adrie van Osch (ActiZ): 'Meer vrijheden voor aanbieder en cliënt'

Zorgaanbieders en cliënten moeten meer verantwoordelijkheden en vrijheden krijgen om samen afspraken te maken. Dat vindt Adrie van Osch, bestuurder bij Brabant Zorg en vice-voorzitter van ActiZ, brancheorganisatie van ondernemers in de verpleeg- en verzorgingshuiszorg, thuiszorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. "De sector is klaar om eigen verantwoordelijkheid te gaan nemen."

Van Osch kent de verpleging en verzorging door en door met zijn 31 jaar ervaring. Zijn uitgangspunt: weet wat je klant belangrijk vindt en organiseer je werk goed en efficiënt. Daar hoort ook een lage regeldruk bij. Van Osch hoopt dan ook dat de AWBZ in de toekomst eenvoudiger wordt en wordt ontdaan van de vele regelsystemen. "Dan denk ik aan een soort grofmazig pgb-systeem, met meer eigen verantwoordelijkheden en vrijheden voor zorgaanbieders en cliënten om samen afspraken te maken. Zelfredzaamheid van de klant aangevuld met 'samenredzaamheid' van wijken en buurten zijn daarbij uitgangspunt."

In die koers past geen dichtgeregeld ZZP-systeem, vindt van Osch. "Het scheiden van wonen en zorg past hier wel prima in. De extramuralisering van zorg vergroot de keuzemogelijkheden van cliënten en maakt het mogelijk om naast zorg ook extra diensten naar wens te kunnen inkopen."

Een kwaliteitssysteem moet volgens Van Osch waarborgen dat die vrijheden ook goed worden benut. "ActiZ en de sector hebben al grote stappen gezet in het ontwikkelen van een eigen kwaliteitsomgeving, onder andere met de normen 'verantwoorde zorg'. De sector is daarmee klaar om eigen verantwoordelijkheid te gaan nemen."

Voor de NZa ziet Van Osch vooral een rol als onafhankelijk tussenpersoon. "De NZa benadert dossiers vanuit deskundigheid en is steeds meer in staat dat te doen vanuit haar eigen zelfstandige rol. In het vastgoed dossier bijvoorbeeld heeft de NZa een goed en onafhankelijk advies neergelegd." De NZa moet die onafhankelijke rol, los van politieke wind of koers, ook vasthouden, vindt hij.

Soms gaat het ook wel eens mis, aldus Van Osch, bijvoorbeeld bij de publiciteit rondom de bijbetalingen voor cliënten in de AWBZ. "Er is voorafgaand aan de publiciteit geen contact gezocht met ActiZ. De NZa zette het beeld neer dat er sprake zou zijn van grootscheepse overtredingen. De werkelijkheid ligt een stuk genuanceerder. De rechten van de cliënt zijn niet allemaal even duidelijk omschreven."

Hoewel Van Osch over het algemeen een positieve indruk heeft van de NZa vindt hij wel dat de NZa beter aan de maatschappij duidelijk kan maken wat haar rol is. Daarbij zou de kleine 'a' in NZa meer gewicht mogen hebben. "De NZa is tenslotte de enige partij die echt kennis heeft van de zorg als markt en zou haar autoriteit op dat gebied meer kunnen laten blijken."

3.3.3 Service zorgkantoren beter

In de afgelopen vijf jaar is de service van zorgkantoren verbeterd, concludeert de NZa in haar onderzoek naar de prestaties van zorgkantoren. Cliënten worden bijvoorbeeld beter geïnformeerd over hun rechten, het zorgaanbod en het persoonsgebonden budget (PGB). Ook zetten zorgkantoren de landelijke uniforme wachtlijstregistratie steeds vaker in bij zorgbemiddeling. Aan de andere kant is er in de communicatie met cliënten nog veel te verbeteren.

De websites van zorgkantoren moeten betere informatie geven over het zorgaanbod en de kwaliteit van zorg. De overheid wil in de toekomst de verzekeraars de uitvoering van de AWBZ zelf voor hun verzekerden laten uitvoeren. Het toezicht van de NZa wordt hierop toegesneden.



3.3.4 Meer tijd voor contractonderhandeling

De NZa publiceerde afgelopen jaar de beleidsregels care eerder dan voorgaande jaren. De meeste beleidsregels voor 2011 zijn al per 1 juli bekendgemaakt. Dit geeft zorgaanbieders meer tijd voor de contractonderhandelingen met het zorgkantoor. Het eerder uitbrengen van de regels is een van de resultaten van een project waarin de NZa haar interne werkwijze bij de directie Zorgmarkten Care onder de loep neemt. Zo is er een telefoonnummer gekomen om vragen te stellen, zodat stakeholders die de NZa bellen niet afhankelijk zijn van een contactpersoon.

Bovendien is het aantal beleidsregels de afgelopen jaren met meer dan de helft afgenomen: van 94 in 2008 naar 44 in 2011. Deze vereenvoudiging zorgt voor minder administratieve lasten voor zorgaanbieders. Wel zijn er voor specifieke doelgroepen beleidsregels gekomen om rekening te houden met een grote of andere zorgbehoefte. Bijvoorbeeld: voor ongeveer 1.000 cliënten met Huntington, epilepsie of ademhalingsondersteuning is een zorgtoeslag vastgesteld.

3.3.5 ZZP's/integrale tarieven care

Om het zorgaanbod beter af te stemmen op de zorgvraag van de cliënt is in de afgelopen jaren stap voor stap toegewerkt naar een 'cliëntvolgende bekostiging' of zorgzwaartebekostiging in de AWBZ. Het is een grofmazig systeem met bijvoorbeeld slechts tien zorgzwaartepakketten voor de ouderenzorg. In dit systeem wordt de hoogte van het budget van een zorgaanbieder bepaald aan de hand van de zorgzwaarte van de cliënten en niet meer op basis van bijvoorbeeld het aantal bedden. De zorgzwaarte is beschreven in zorgzwaartepakketten (ZZP's), die in 2009 zijn ingevoerd.

In 2010 adviseerde de NZa het ministerie over de invoering van zogenaamde integrale tarieven in de AWBZ. Dit houdt in dat ook de kapitaallasten van zorginstellingen, dus de huisvesting, worden opgenomen in de ZZP-tarieven. Instellingen moeten de volledige kosten

die zij maken voor het leveren van zorg (van huisvestingskosten tot kosten van het verpleegkundig personeel) terugverdienen. Dat doen zij met de opbrengsten die zij voor de geleverde zorg ontvangen, via het declareren van zorgproducten bij het zorgkantoor. De achterliggende gedachte is dat instellingen zelf de lusten en lasten van hun investeringsbeslissingen dragen. Bovendien hebben ze hierdoor een economische prikkel om beter in te spelen op de individuele zorgvraag en op het leveren van goede zorg in een gepaste omgeving. Het zijn immers de consumenten die voor een aanbieder kiezen. Als zij voor een andere aanbieder kiezen dan voelt men dat in de portemonnee.

In 2011 bereidt de NZa de invoering van de integrale tarieven per 1 januari 2012 verder voor. De NZa werkt aan een overgangsregeling en invoeringsmodel, inclusief het vaststellen van beleidsregels, aanpassen van rekenstaten en voorlichting aan veldpartijen. De NZa is daarvoor nog wel afhankelijk van verdere besluitvorming van het rijk.

3.3.6 Steun – Vitras/CMD

In januari 2010 besluit de NZa geen steun te verlenen aan Vitras/CMD. Vitras/CMD is een instelling voor V&V (verzorging en verpleging) in de regio Utrecht en biedt vooral thuiszorg aan. Uit onderzoek van het zorgkantoor blijkt dat er alternatieven zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen. De NZa komt tot deze conclusie na zorgvuldig onderzoek. Daarbij is informatie ingewonnen bij de steunvragende instelling zelf en bij het zorgkantoor Agis.

Het borgen van de continuïteit van zorg aan patiënten in de regio is één van de belangrijkste criteria voor steunverlening. Uit de informatie van het zorgkantoor blijkt dat diverse zorgaanbieders hebben aangegeven een rol te kunnen spelen in de overname van (delen van) de zorg van Vitras/CMD als dat nodig is. Daarnaast heeft het zorgkantoor een draaiboek om bij eventuele problemen de continuïteit van zorg te borgen. Hieruit concludeert de NZa dat de continuïteit van zorg niet in gevaar is.

Eind 2010 heeft de NZa het proces steunverlening vastgelegd om steunaanvragen in de toekomst zo consequent en zorgvuldig mogelijk af te kunnen handelen binnen de wettelijke termijnen. Ook is de laatste hand gelegd aan een nieuwe beleidsregel steunverlening. Zorgverzekeraars zijn niet langer verplicht een steunverzoek mee te ondertekenen en de zorgaanbieder moet meer inspanningen verrichten om aan te tonen dat de continuïteit van zorg in gevaar komt bij een eventueel faillissement.

Colofon

Vormgeving webversie

Optima Forma BV, Voorburg

Ontwikkeling website

7U, Rotterdam

Druk

Drukkerij Opmeer BV, Den Haag

Fotografie

Anje Romein

FreeDigitalPhotos

Marjon Zijlstra

Mireille Coebergh

Rob ter Bekke

Shutterstock

Redactie

Bart Keuper

Hanneke Miedema

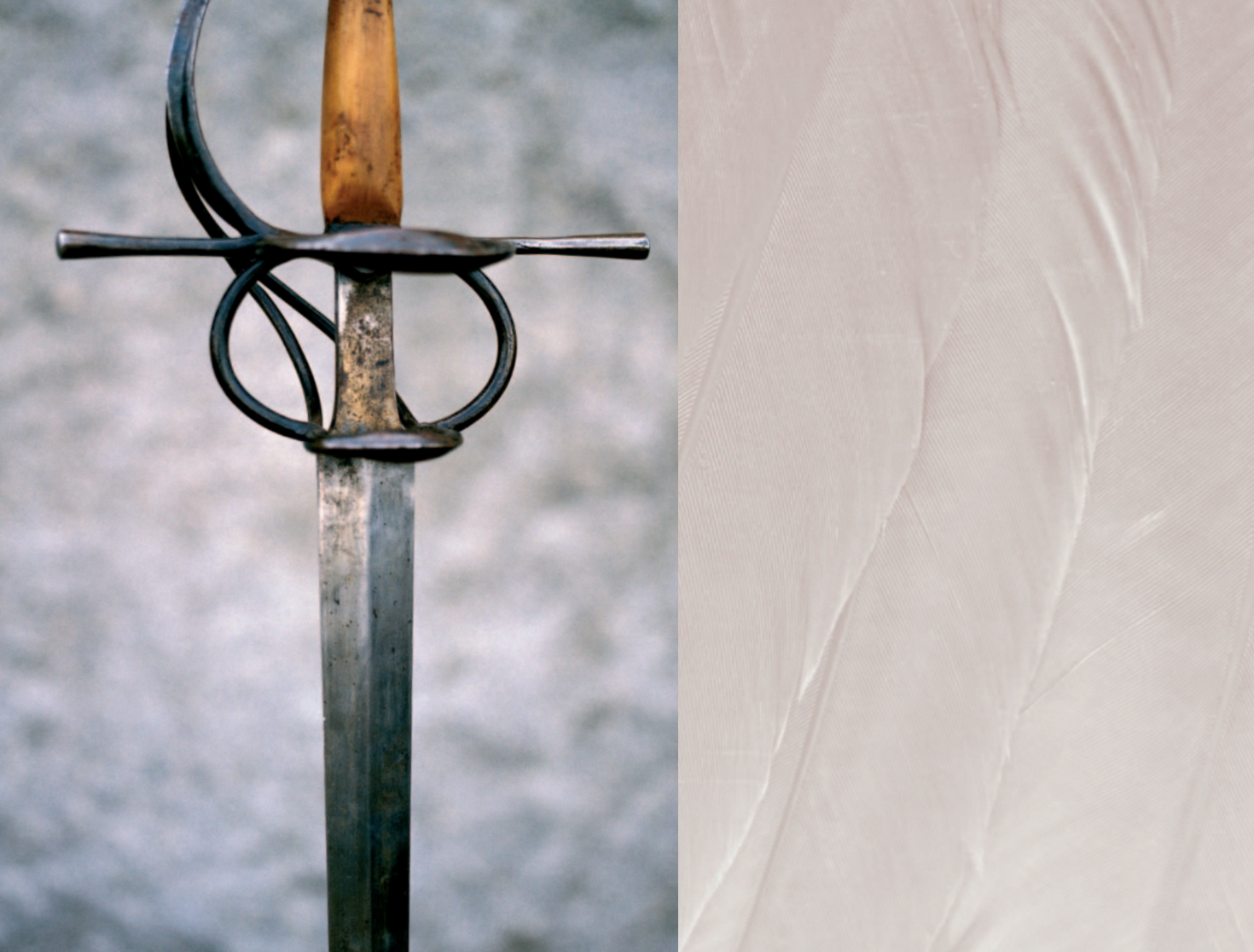
Judith de Boer

Michiel Veersma

Projectleiding

Esther Pieris

Hanneke Miedema



Postbus 3017
3502 GA Utrecht

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

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) maakt en bewaakt goed werkende zorgmarkten. De belangen van de consument staan daarbij centraal. Efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg en de kwaliteit zijn gewaarborgd. De consument krijgt zo de beste waar en waarde voor zijn zorgeuro.

De NZa is marktmeester in de zorg en heeft hiervoor verschillende instrumenten. Bijvoorbeeld het monitoren van de ontwikkeling van zorgmarkten en het bevorderen van de werking van zorgmarkten, het adviseren over zorgfusies en onderzoeken en ingrijpen op zorgmarkten en in overeenkomsten tussen partijen, als er sprake lijkt van marktmacht.

De NZa is ook regelgever en zorgt dat de zorg betaalbaar blijft. Dit doet de NZa door de tarieven, budgetten en prestaties in de zorg vast te stellen. De NZa onderzoekt of de consument beter af is wanneer de prijzen worden vrijgegeven of juist worden gereguleerd en adviseert de minister daarover.

De NZa houdt toezicht op de zorgmarkten, om na te gaan of de zorgmarkten goed werken en zorgaanbieders en zorgverzekeraars de wet en regelgeving naleven. Er zijn drie vormen van toezicht: nalevingstoezicht, markttoezicht en uitvoeringstoezicht.