



# Jaarverslag 2009

**Jaarverslag 2009**  
**Nederlandse Zorgautoriteit**



## Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1. Nederlandse Zorgautoriteit</b>	<b>7</b>
1.1 Inleiding	7
1.2 Missie en consumentenbelang	7
1.3 Toezicht en Handhaving	8
1.3.1 Toezicht op de zorgverzekeringswet	8
1.3.2 Toezicht op de AWBZ	9
1.3.3 Signaaltoezicht	9
1.3.4 Privacytoezicht	10
1.3.5 AMM-toezicht	10
1.3.6 Handhaving	10
1.4 Relatie VWS en andere toezichthouders	10
1.5 Evaluatie NZa	11
1.6 Evaluatie Wmg	11
<b>2. In het belang van de consument</b>	<b>13</b>
2.1 Inleiding	13
2.2 Een sterke consument	13
2.3 Transparantie	13
2.4 Zorgverzekeringsmarkt	14
2.5 Innovatie	15
2.6 Steunverlening	15
2.7 Fusies in de zorg	15
<b>3 Stand van de Zorgmarkten</b>	<b>17</b>
3.1 Eerstelijnszorgmarkt	17
3.1.1 Inleiding	17
3.1.2 Farmacie	17
3.1.3 Geboortezorg	18
3.1.4 Huisartsen	19
3.1.5 Ketenzorg	20
3.1.6 Mondzorg	21
3.1.7 Medisch specialistische verpleging	22
3.2 Tweedelijnszorgmarkt	22
3.2.1 Inleiding	22
3.2.2 Ziekenhuiszorg	22
3.2.3 Medisch specialistische zorg	25
3.2.4 Curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	25
3.3 AWBZ-zorg	26
3.3.1 Inleiding	26
3.3.2 Zorgzwaartepakketten	26
3.3.3 Pakketmaatregelen	27
3.3.4 Kosten en tarieven	27
3.3.5 Zorgkantoren	27
3.3.6 Zorggroep Skewiel	28
3.3.7 TZG en HWW	28

## **Leeswijzer**

Dit is de printuitvoering van het eerste digitale jaarverslag van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De hoofdstukken 'Nederlandse Zorgautoriteit', 'In het belang van de consument' en 'Stand van de Zorgmarkten' vormen samen een compleet beeld van de NZa en de zorg in 2009. In deze pdf-versie zult u zo nu en dan dezelfde of soortgelijke informatie tegenkomen. Dit wordt veroorzaakt door het digitale karakter van het verslag, te lezen op [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

## Voorwoord

In dit verslag staan we nadrukkelijk stil bij de positie van de consument als meest belangrijke, maar ook meest kwetsbare marktpartij. Het verslag biedt u daarnaast een 'stand van de zorgmarkten'. In deze 'barometer' kunt u lezen wat er op de verschillende markten in de zorg in 2009 is gebeurd en hoe zij ervoor staan.

Hoe gaat het bijvoorbeeld met het invoeren van gereguleerde marktwerking op de markten die in transitie zijn naar vrij prijzen? Hoe gaan de diverse marktpartijen op een markt met elkaar om? En is daarbij het consumentenbelang geborgd? Zijn tarieven gestegen, is de kwaliteit inzichtelijk en kunnen voldoende consumenten gebruik maken van de zorg die zij nodig hebben? Het toezicht van de NZa, dat zijn beslag heeft gekregen in een nieuwe directie Toezicht en Handhaving (T&H,) komt eveneens uitgebreid aan bod. 2009 is het jaar waarin de zorgautoriteit voor het eerst is geëvalueerd. Na drie jaar van bouwen aan een nieuwe organisatie met verschillende nieuwe rollen en taken, geeft het kabinet voor het eerst een oordeel over hetgeen de NZa tot dan toe heeft bereikt. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw), waar de bevoegdheden van de NZa op zijn gebaseerd, worden eveneens aan een kritisch oog onderworpen. De evaluatie geeft een positief beeld: 'De NZa heeft een uitzonderlijk zware opdracht op indrukwekkende wijze gestalte gegeven'.

Uiteraard valt er nog het nodige te verbeteren. De evaluatie biedt daarvoor de handvaten. Mede door de opbouwende kritiek van de diverse stakeholders is de NZa in staat haar werkzaamheden verder te verbeteren. Wij willen hen daarvoor hartelijk danken!

Wat de NZa in 2009 heeft bereikt, leest u in dit verslag.

Wij wensen u veel leesplezier!

Theo Langejan  
Cathy van Beek  
Eitel Homan



## 1. Nederlandse Zorgautoriteit

### 1.1 Inleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is inmiddels ruim drie jaar marktmeester op alle zorgmarkten. Zij begeeft zich op zowel markten voor curatieve zorg als op de markten voor langdurige zorg en houdt daarbij toezicht op drie onderdelen van de markt:

- de zorgverzekeringsmarkt – tussen de zorgverzekeraar en de consument;
- de zorginkoopmacht – tussen zorgverzekeraar en aanbieder;
- de zorgverleningsmarkt – tussen zorgaanbieder en consument.

### 1.2 Missie en consumentenbelang

De missie van de NZa luidt:

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

Het consumentenbelang is onlosmakelijk verbonden met deze missie. Evenals de kernwaarden van de NZa. De consument is immers degene voor wie het nieuwe zorgstelsel in het leven is geroepen. Deze moet niet alleen nu, maar ook in de toekomst, toegang hebben tot zorg die kwalitatief goed en voor iedereen betaalbaar is. Bij ieder advies, bij elke beleidsverandering, bij al haar toezicht stelt de NZa zichzelf dan ook de vraag: 'Wat levert dit op voor de consument?'. In het nieuwe zorgstelsel heeft de consument de rol van kritische inkoper. In geval van verzekerde zorg vervult de zorgverzekeraar deze rol vaak voor de consument. Maar bij zorg die niet vanuit de basisverzekering wordt vergoed, is dit in sommige gevallen ook de consument zelf. Een van de voorwaarden om kritisch in te kunnen kopen, is voldoende transparantie. Als er helderheid is over de prijs en kwaliteit van een product en de relatie tussen die twee, is de consument in staat om zelfstandig keuzes te maken. En kan hij met 'de voeten te stemmen' als de zorg van een aanbieder of de diensten van een zorgverzekeraar niet aan de wensen voldoen. Voldoende keuzevrijheid is daarbij eveneens essentieel. De NZa bewaakt beiden in het belang van de consument. De NZa beschouwt het als haar taak om de positie van de consument waar nodig te versterken.

De NZa opereert op een markt in transitie, waarvan het eindbeeld nog niet vast staat. De Nederlandse gezondheidszorg is aan grote veranderingen onderhevig. Op verschillende zorgmarkten wordt het systeem veranderd. Niet meer het aanbod van zorg staat centraal, maar de vraag van de consument en diens wensen en behoeften.

De NZa heeft als marktmeester meerdere rollen. Zo adviseert zij de minister over het introduceren van meer vrijheidsgraden op een zorgmarkt. Het doel van het introduceren van meer marktwerking op zorgmarkten is kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor de consument. De NZa adviseert dan ook alleen om marktwerking te introduceren, wanneer dat voordelen oplevert voor de consument. Naast het adviseren over dit soort complexe liberalisatievraagstukken, adviseert de NZa over bekostigingssystemen op markten die deels of geheel gereguleerd zijn. De NZa stelt regels, budgetten en tarieven vast voor die delen van de zorg die gereguleerd blijven in het belang van de



consument. Zowel op markten met (deels) vrije prijzen als markten die gereguleerd zijn, gelden regels. Want ook wanneer de prijzen op een zorgmarkt vrij zijn, blijft de zorg zelf – de prestatie, DBC of ZZP – vast omschreven. Er zullen altijd regels nodig zijn om de publieke belangen en de meest kwetsbare groepen te beschermen. De NZa ziet daarom ook toe op de naleving van de bestaande wet- en regelgeving door alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook kijkt de NZa continue naar een manier om de lastendruk te verlichten.

### **1.3 Toezicht en Handhaving**

Toezicht houden op een markt in verandering betekent balanceren tussen bestaande gestelde kaders en vrijheid voor partijen, tussen reguleren en vrijgeven, tussen stimuleren en handhaven. Bij de introductie van gereguleerde marktwerking worden belangrijke beslissingen, waar kan, overgelaten aan marktpartijen zelf. Bij vraagsturing staan de consument en diens wensen centraal. Beslissingsbevoegdheden worden verlegd van de overheid naar zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de consument. Een belangrijk uitgangspunt van het markttoezicht van de NZa is dat marktpartijen vanuit vertrouwen zelf verantwoordelijk zijn voor juist marktgedrag. De consument maakt als marktpartij zelf keuzes en zet met zijn zorgvraag zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan tot verhoogde efficiëntie en daarmee tot betere kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De consument heeft daarvoor wel voldoende transparante keuze-informatie nodig. Is er tussen de partijen onvoldoende 'balance of power', dan treedt de NZa op.

In 2009 richt de NZa haar nieuwe directie Toezicht en Handhaving op om al haar toezicht te bundelen. Ook publiceert zij het visiedocument Zicht op Toezicht waarin zij het markttoezicht van de NZa beschrijft. Dit toezicht bestaat uit drie vormen. De NZa doet onderzoek naar de werking van zorgmarkten; het markttoezicht. Daarbij kijkt zij zowel naar sectorbrede thema's als naar het gedrag van individuele partijen. Een andere vorm van toezicht is nalevingtoezicht. De NZa stelt daarbij vast of zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoen aan hun verplichtingen uit wet- en regelgeving. Via het uitvoeringstoezicht bewaakt de NZa vast of deze partijen, maar ook bijvoorbeeld het Centraal Administratie Kantoor (CAK) de taken die zij op grond van de wet uitvoeren op de juiste manier vervullen en of het doel van deze wetten wordt bereikt.

#### **1.3.1 Toezicht op de zorgverzekeringwet**

De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringwet (Zvw) door de zorgverzekeraars. Daarbij ziet de NZa erop toe dat de zorgverzekeraars zich houden aan de publieke randvoorwaarden: de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. De NZa heeft in 2008 en de eerste helft van 2009 verschillende keren geïntervenieerd bij zorgverzekeraars om hen te corrigeren en ervoor te zorgen dat zij aan hun wettelijke verplichtingen voldoen.

In 2009 onderzoekt de NZa de uitvoering van de Zvw in 2008. Het blijkt dat de zorgverzekeraars de Zvw in 2008 in voldoende mate hebben uitgevoerd en dat de zorgverzekering in 2008 voldoende toegankelijk was. De NZa geeft een aantal zorgverzekeraars een aanwijzing omdat zij de acceptatieplicht niet volledig naleefden. Bij de beoordeling van de verantwoordingsinformatie over 2009 schenkt de NZa extra aandacht aan mogelijke overtredingen van de acceptatieplicht.

In 2008 blijkt ook de toegang tot de zorg voldoende geborgd. De NZa treedt een aantal keer op tegen verzekeraars die onjuiste informatie verstrekken over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Verzekerden kregen ten onrechte niets vergoed, terwijl zij volgens de polisvoorwaarden wel recht hadden op vergoeding. In 2010 onderzoekt de NZa

ook de naleving van de zorgplicht. Om de zorg betaalbaar te houden mogen zorgverzekeraars geen kosten voor de zorgverzekering opvoeren die buiten het basispakket vallen. De NZa heeft geen indicaties dat zorgverzekeraars dit in 2008 hebben gedaan. Bij haar toezicht op de uitvoering van de compensatieregeling, waarbij chronisch zieken een deel van hun eigen bijdrage terug krijgen, is gebleken dat bij een klein deel vertraging is opgetreden in de uitbetaling. De zorgverzekeraars en andere betrokken partijen hebben voldoende acties ondernomen om de vertraging te verhelpen.

De informatieverstrekking aan verzekerden kent nog een aantal tekortkomingen. Dit betreft onder andere de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg. Zo is de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod op de websites van zorgverzekeraars vaak niet actueel, doordat zij nog bezig zijn om contracten af te sluiten met zorgaanbieders. De NZa heeft de zorgverzekeraars gewezen op de benodigde verbeteringen.

### 1.3.2 Toezicht op de AWBZ

De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere ziektekosten (AWBZ) door de zorgkantoren, de AWBZ-verzekeraars en het CAK. In 2009 heeft de NZa de uitvoering van de AWBZ in 2008 beoordeeld. De zorgkantoren, AWBZ-verzekeraars en het CAK hebben redelijk gepresteerd in 2008. Wel moet het inkoopproces verbeterd worden. Zo moeten zorgkantoren in 2009 onder meer zorgaanbieders tijdig op de hoogte stellen van het totale budget van de zorgkantorregio en moeten zij verzekerden actief benaderen als wachttijden onaanvaardbaar lang zijn. De NZa zal de naleving van de AWBZ-regelingen op onder meer deze punten in 2010 zorgvuldig monitoren. Zo moeten zorgkantoren de zorgconsument beter informeren en verzekerden actief benaderen als wachttijden onaanvaardbaar lang zijn. De NZa scherpt het toetsingskader 2010 verder aan.

Uit de beoordeling van de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven van AWBZ-verzekeraars over 2008 blijken geen onrechtmatigheden. Het CAK heeft haar werkzaamheden in 2008 in zijn totaliteit voldoende uitgevoerd. Wel is door de turbulente omgeving de uitvoering van de eigen bijdragen processen en de klachtenbehandeling onder druk komen te staan. Het CAK zet een verbetertraject op met het Ministerie van VWS.

### 1.3.3 Signaaltoezicht

De NZa ontvangt met regelmaat meldingen van consumenten, zorgaanbieder en zorgverzekeraars over vermoedens van ongewenste situaties in de zorg. Deze ongewenste situaties hebben onder andere te maken met het niet naleven van wet- en regelgeving en het niet juist, onduidelijk verstrekken van informatie. Een ongewenste situatie kan nadelige effecten hebben voor consumenten, organisaties en/of instellingen of de werking van de markt. Daarom houdt de NZa toezicht op een goede uitvoering en naleving van deze wetten en markttoezicht.

Voor de NZa zijn meldingen van consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars van groot belang. In haar toezicht ziet zij niet alles en is daarom mede afhankelijk van de meldingen die van consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf komen.

De NZa ontvangt in 2009 455 meldingen via haar meldpunt. Daarnaast krijgt zij ook een groot aantal meldingen rechtstreeks ingediend bij haar medewerkers. Van deze meldingen zijn 419 daadwerkelijk een signaal. De meeste signalen hebben betrekking op overtredingen van tarief en prestaties door zorgaanbieders, mogelijk misbruik van AMM posities door zorgverzekeraars en op het verstrekken van onjuiste, onvolledige, onduidelijke en/of misleidende informatieverstrekking door zorgverzekeraars. Daarnaast ontvangt de NZa in 2009 veel signalen over misbruik van het persoonsgebonden budget

(PGB). De NZa heeft geen bevoegdheden om deze vorm van misbruik zelf aan te pakken. Zij bespreekt deze signalen met het Openbaar Ministerie en de FIOD-ECD. Bij een groot aantal signalen grijpt de NZa in bij een zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar.

#### **1.3.4 Privacytoezicht**

In 2007/2008 deed de NZa een nulmeting naar de verwerking van persoonsgegevens door zorgverzekeraars. Hiermee kan de NZa vaststellen of zorgverzekeraars kunnen waarborgen dat zij de medische persoonsgegevens van hun verzekerden zorgvuldig verwerken en de wet naleven. Uit de nulmeting bleek dat zorgverzekeraars een aantal verbeteringen moesten doorvoeren. In 2009 onderzoekt de NZa of de zorgverzekeraars de verbeterpunten hebben opgevolgd. Het blijkt dat alle zorgverzekeraars er druk mee bezig zijn, maar dat zij allen of nog verbeterpunten hebben openstaan of de ingezette verbeteracties nog niet geheel hebben afgerond.

#### **1.3.5 AMM-toezicht**

Als een marktpartij zich onafhankelijk van de markt kan gedragen, zal de NZa in het belang van de consument ingrijpen. Bijvoorbeeld als aanbieders geen toegang hebben tot een zorgketen of wanneer een ziekenhuis enkel geliberaliseerde zorg wil leveren aan een zorgverzekeraar als deze alle zorg exclusief bij hem afneemt.

In 2009 zet de NZa haar instrument voor Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) voor het eerst in. De NZa verplicht een apotheek, die weigerde een contract aan te gaan met zorgverzekeraars omdat hij het niet eens is met het door hen gevoerde preferentiebeleid, alsnog in te gaan op deze contractvoorwaarde.

#### **1.3.6 Handhaving**

Bij haar toezicht verzamelt en analyseert de NZa informatie om te beoordelen of marktpartijen zich houden aan de wet- en regelgeving en of zorgmarkten goed werken. Wanneer de NZa daarbij een overtreding van een norm of regel constateert, treedt zij handhavend op. Als eerste stap worden meestal informele maatregelen getroffen. Bijvoorbeeld via normoverdragende gesprekken of het versturen van brieven. Dit is vaak voldoende om het gedrag van een marktpartij positief te beïnvloeden. Is dit niet het geval, dan neemt de NZa formele maatregelen. Zij heeft daarvoor meerdere handhavingsinstrumenten. De manier waarop de NZa handhaaft, is afhankelijk van de specifieke omstandigheden. Zij zet een instrument in dat in verhouding staat tot de overtreding en dat het meest effectief is.

### **1.4 Relatie VWS en andere toezichthouders**

De NZa is een onafhankelijke toezichthouder op de zorgmarkt waar in 2009 269 mensen werken, waaronder artsen, juristen, economen, gezondheidswetenschappers. Zij wordt aangestuurd door een Raad van Bestuur bestaande uit drie personen. De NZa had in 2009 een door de Minister vastgestelde begroting van € 32.888.000 miljoen. De basis voor de werkzaamheden van de NZa ligt vast in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan. Dit betekent dat de NZa onafhankelijk opereert van de politiek. Dit is belangrijk in de nieuwe verhoudingen tussen overheid en zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgconsumenten. Een toezichthouder op afstand van de politiek leidt tot een stabilisering van de spelregels. De wet bepaalt het speelveld en de spelregels waarbinnen de NZa beslissingen neemt. Deze beslissingen kunnen bij de rechter worden getoetst.

Dit laat onverlet dat de minister politiek verantwoordelijk is voor de het wettelijk kader

waarbinnen de NZa functioneert. De minister heeft de wet opgesteld en kan deze aanpassen wanneer noodzakelijk. De minister stelt bovendien de begroting vast en kan algemene aanwijzingen geven. De minister bepaalt daarnaast uiteraard in welke mate op deelmarkten marktwerking aan de orde is.

De NZa werkt op verschillende niveaus samen met zowel marktpartijen en consumentenorganisaties als andere toezichthoudende instanties. De NZa vindt het belangrijk om de inzichten en feiten van belanghebbenden te kennen bij de totstandkoming van haar adviezen, beleidswijzigingen en toezichtoordelen. Om die reden legt de NZa voorgenomen wijzigingen en visies in een consultatie aan marktpartijen voor. De samenwerking met andere toezichthoudende instanties ligt officieel vast in samenwerkingsprotocollen. In 2009 ondertekenen de samenwerkende toezichthouders een intentieverklaring. De inzet is de vermindering van de toezichtlasten.

## 1.5 Evaluatie NZa

Bij de start van de NZa is vastgelegd dat het kabinet het functioneren van de toezichthouder na drie jaar zou evalueren. De belangrijkste conclusie van het kabinet is dat de NZa in de afgelopen jaren goed werk heeft verricht in woelige tijden. Terwijl het nieuwe zorgstelsel nog in ontwikkeling was, twee organisaties moesten worden samengevoegd en de verschillende partijen in de zorg hun eigen rol nog moesten invullen, ging het werk gewoon door. Het kabinet stelt ook dat zowel de taken met betrekking tot regulering als de toezichthoudende rol van de NZa belangrijk zijn naar de toekomst. Op korte termijn vraagt het voorgenomen beleid vooral veel werk van de NZa op het gebied van regulering. Daarnaast moet de NZa stapsgewijs toe te groeien naar een proactieve toezichthouder. Met dit proces is enige tijd gemoeid. In dit jaarverslag komen zowel de elementen regulering als toezicht nadrukkelijk terug.

Met het in dit voorjaar gepubliceerde visiedocument Zicht op Toezicht en de oprichting van een directie Toezicht en Handhaving binnen de NZa geeft de NZa invulling aan het belang van haar toezichtstaak. De komende periode zal het markttoezicht verder worden ontwikkeld.

Het kabinet noemde in de evaluatie ook een aantal verbeterpunten. Zo ervaren stakeholders nog onduidelijkheden over de rolverdeling tussen de NMa, IGZ en de NZa. De NZa en de NMa vernieuwen in 2010 hun samenwerkingsprotocol om zo de samenwerking te optimaliseren. Eind 2009 hebben de NMa en de NZa gezamenlijk een consultatiedocument over zorggroepen gepubliceerd. In het document wordt door beide toezichthouders aangegeven hoe zij, gegeven beide wettelijke taken en bevoegdheden hun toezicht op zorggroepen zullen vormgeven. De NZa heeft daarnaast het ministerie van VWS in een brief laten weten dat er met betrekking tot de taken en bevoegdheden met de NMa een verbetering in de wettelijke afbakening kan worden aangebracht.

## 1.6 Evaluatie Wmg

In de evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) constateert het kabinet dat de kwaliteit van zorg nog onvoldoende transparant is. Transparantie is één van de belangrijkste voorwaarden van goedwerkende zorgmarkten. De NZa constateert in de Consumentenrapportage 2009 dat, hoewel er belangrijke vorderingen zijn gemaakt op het gebied van transparantie, keuze-informatie voor de consument sneller beschikbaar moet komen dan nu het geval is. De NZa heeft het stimuleren van transparantie van keuze-informatie, waaronder informatie over kwaliteit benoemd tot een van haar speerpunten voor de komende jaren.

Tenslotte stelt het kabinet terecht dat om te kunnen monitoren en te kunnen handhaven het beheren en op juiste wijze interpreteren van informatie een randvoorwaarde is. De NZa heeft hier al veel verbetering gerealiseerd maar de informatievoorziening moet nog verder op orde worden gebracht. De NZa onderschrijft het belang van een goede informatievoorziening voor alle taken van de NZa en zal ook de komende jaren investeren in het verder professionaliseren ervan. Beide aspecten zijn randvoorwaardelijk voor de wijze waarop de NZa haar functie kan invullen.

## 2. In het belang van de consument

### 2.1 Inleiding

In het zorgstelsel speelt vraagsturing een belangrijke rol. Om die redenen worden een aantal bestaande bekostigingssystemen in de zorg aangepast. Bij de nieuwe vraaggestuurde bekostiging wordt zorg op maat gefinancierd en kan de consument zelf bepalen welke aanbieder bij hem of haar past. Aanbieders worden door deze vorm van bekostiging geprikkeld tot het leveren van doelmatige en kwalitatief goede zorg. Binnen dit systeem van vraaggestuurde bekostiging is ook een belangrijke rol voor de zorgverzekeraar weggelegd. De verzekeraar is immers vertegenwoordiger van de consument op het gebied van de zorginkoop.

### 2.2 Een sterke consument

Het succes van het invoeren van gereuleerde marktwerking hangt onder meer af van de mate waarin consumenten, zorgaanbieders en zorginkopers de eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden op de verschillende markten oppakken. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen de veranderingen in de markt zo goed mogelijk moeten benutten, in het belang van de consument. De consument zal de markt meer dan voorheen moeten gaan sturen door middel van zijn zorgvraag.

Bijvoorbeeld door bewuster de keuze te maken en over te stappen naar een andere zorgaanbieder of zorgverzekeraar als hij niet tevreden is over de zorg of dienstverlening die hem is geboden. Hierbij is transparante keuze-informatie van groot belang. Duidelijke omschrijvingen van kenmerken van het zorgaanbod, zoals de kwaliteit, de prijs en bijvoorbeeld de wachttijden, zijn voor consumenten nodig om zorg te kunnen vergelijken en een beredeneerde keuze te kunnen maken voor een zorgaanbieder/zorgverzekeraar. Het aanbieden van transparante keuze-informatie is in beginsel de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf. Ook moet de consument beschikken over een goede rechtspositie. De NZa zet zich in om deze rechtspositie te borgen.

### 2.3 Transparantie

De NZa zet zich in om transparante keuze-informatie en keuze ruimte voor de consument te borgen. Hoewel al veel is bereikt, werken de zorgmarkten op dit moment nog niet optimaal. De keuzeruimte van consumenten is nog beperkt, de bekostiging is nog niet overall prestatiegericht en de consument heeft nog altijd onvoldoende inzicht in de kwaliteit. Het bevorderen van transparante keuze-informatie is, net als het versterken van de rechtspositie van de consument, een van de speerpunten van de NZa in de komende jaren.

De informatieverstrekking aan consumenten over de door zorgverzekeraars ingekochte zorg kan minder globaal en meer begrijpelijk zijn. De NZa wijst de zorgaanbieders en zorgverzekeraars in 2009 op deze verantwoordelijkheid en maakt met hen afspraken over welke keuze-informatie minimaal openbaar moet zijn. In 2009 legt de NZa de afspraken vast in het richtsnoer informatieverstrekking zorgverzekeraars. In 2010 volgt eenzelfde richtsnoer voor zorgaanbieders.

In 2009 stelt de NZa ook een regeling vast die belemmeringen bij de uitwisseling van patiëntgegevens en informatie over wachtlijsten wegneemt. De regeling bevordert concurrentie en transparantie. Omdat de regeling ook bepaalt wie onder welke

voorwaarden toegang heeft tot die gegevens, voorkomt deze dat zorgaanbieders elkaar de toegang kunnen belemmeren.

## 2.4 Zorgverzekeringsmarkt

Op de zorgverzekeringsmarkt bieden zorgverzekeraars in onderlinge concurrentie zorgverzekeringen aan consumenten aan, al dan niet via collectiviteiten. Vanuit het perspectief van de consument biedt de zorgverzekeringsmarkt in 2009 een tamelijk stabiel en positief beeld.

De premie voor de basisverzekering stijgt licht in 2009, maar daar staat een goede dienstverlening tegenover. De helft van de zorgverzekeraars maakt in 2009 gebruik van het verplicht eigen risico om verzekerden te stimuleren zorg bij zorgaanbieders af te nemen, die de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd. Het betreft voornamelijk zorg uit het vrije deel van de ziekenhuiszorg (B-segment). De verwachting is dat zorgverzekeraars dit sturingsinstrument de komende jaren steeds meer weten in te zetten.

De toegankelijkheid en transparantie van de zorgverzekeringsmarkt zijn over het algemeen voldoende. De kwaliteit van de informatievoorziening door zorgverzekeraars en vergelijkingssites is over het algemeen voldoende. Verzekerden zijn tevreden over de dienstverlening. De administratieve afhandeling van het overstappen verloopt goed. Wel is er weinig dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt. Dit komt voornamelijk doordat zorgverzekeringen inhoudelijk nauwelijks verschillen. De concurrentie blijft beperkt tot de premies. Vernieuwing van het aanbod van zorgverzekeringen ontbreekt grotendeels en zorgverzekeraars profileren zich nog te weinig als inkopers van goede zorg.

De NZa beoordeelt ieder jaar vergelijkingssites over zorgverzekeringen. In 2009 scoren negen van tien beoordeelde sites maximaal op juistheid en volledigheid van de informatie. Daarnaast stelt de NZa jaarlijks een richtsnoer informatieverstrekking vast voor zorgverzekeraars. Hierin staat welke informatie aan consumenten dient te worden verstrekt en hoe dit het beste kan. Al in 2008 sprak de NZa zorgverzekeraars die zich niet aan het richtsnoer hielden, succesvol aan op hun gedrag. Vanaf 2009 moeten zorgverzekeraars de informatie die zij verstrekken over de door hen ingekochte zorg minder globaal en meer begrijpelijk aanbieden. Lastig hierbij is dat de kwaliteit van zorg moeilijk te meten is.

Zorgverzekeraars proberen hun verzekerden in toenemende mate te ondersteunen in hun keuze voor een zorgaanbieder. Het is voor verzekerden echter nog onvoldoende inzichtelijk welk (kwaliteits-)voordeel zij kunnen behalen bij het volgen van die keuzesuggestie, zij vertrouwen daarnaast niet altijd op de goede intenties van de zorgverzekeraar.

Vanwege het belang van een goede zorginkoop onderzoekt de NZa de prikkels en randvoorwaarden voor een effectieve zorginkoop op de verschillende zorgmarkten. De NZa gaat meer aandacht besteden aan de invloed van het risicovereveningssysteem. Door het vergroten van het individuele risico dat een zorgverzekeraar loopt, kan deze worden aangezet tot een betere zorginkoop. Ook kijkt de NZa bij de beoordeling van vormen van samenwerking en verticale integratie of er voldoende concurrentie is. De NZa houdt de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt voortdurend in het oog. Eind 2009 geeft de NZa in haar monitor zorgverzekeringsmarkt aan hoe zij de toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt, vormen van verticale integratie en de koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering beoordeelt.

## 2.5 Innovatie

Op markten in transitie is het van belang om mee te bewegen met die markten en openstaan voor nieuwe vormen van zorg. Juist vanuit nieuwe initiatieven ontstaan impulsen voor verbetering die weer ten goede komen aan de consument. De NZa stimuleert innovatie die voordelen voor de consument opleveren in de vorm van betere kwaliteit of betaalbaarheid, door prikkels voor innovatief gedrag te versterken.

In 2009 onderzoekt de NZa hoe zij de ruimte voor innovatie in de zorg zelf verder kan bevorderen, en belemmeringen kan wegnemen. Zij doet dit door bestaande en nieuwe beleidsregels en prestatiebeschrijvingen innovatie-'proof' te maken. Door middel van de aangepaste beleidsregel Innovatie biedt de NZa zorgaanbieders in de cure en care en zorgverzekeraars de ruimte om samen te experimenteren met innovatieve behandelmethoden die 'evidence based' zijn. Ook werkt zij voortdurend aan het verbeteren van de toegang tot de zorgmarkt voor nieuwe zorgaanbieders.

Daarnaast stelt de NZa in 2009 voor zes vormen van innovatieve mondzorg een declarabele prestatie vast. Hierdoor kunnen tandartsen en orthodontisten de kosten hiervoor vanaf 2010 vergoed krijgen. Consumenten krijgen hierdoor meer keuzevrijheid bij het kiezen van een beugel. Het gaat om gebruiksvriendelijke varianten en beugels die niet prominent zichtbaar zijn, zoals een doorzichtige beugel.

In de zomer van 2009 gaat de ZorgInnovatieWijzer officieel van start. De ZorgInnovatieWijzer is een gezamenlijk initiatief van de NZa, het College voor zorgverzekeringen en ZonMw. De overheid heeft talloze regelingen om innovaties in de zorg te stimuleren en bevorderen. De ZorgInnovatieWijzer vervult een gidsfunctie en heeft als doel innovatoren inzicht te geven in de verschillende fases van het innovatieproces en de regelingen, voorwaarden en termijnen die daarbij van belang zijn.

## 2.6 Steunverlening

In 2009 kwam een aantal zorginstellingen in acute financiële problemen. Als dit ertoe leidt dat de continuïteit van zorg, en daarmee de beschikbaarheid, in gevaar komt kan de NZa steun verlenen. De NZa ziet financiële steun als laatste redmiddel. Alleen zorg die cruciaal én in gevaar is, moet in aanmerking komen voor overheidssteun. De overheid moet de continuïteit van deze zorg waarborgen en niet die van zorgaanbieders. In het advies 'Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel' wordt dit nader toegelicht. De NZa adviseert de minister wettelijk vast te leggen welke zorg cruciaal is en daar concrete normen voor vast te stellen.

Een proactieve houding van zorgaanbieders en hun interne toezichthouders is nodig om overheidssteun tot een minimum te beperken. Zo kunnen dreigende problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en kan tijdig worden ingegrepen. In 2009 adviseert de NZa de minister over de inrichting van een Early Warning System voor zorginstellingen. Met dit instrument voor zelfdiagnose kunnen zorgaanbieders risico's op een aantal (financiële) gebieden tijdig inschatten. Zij worden verplicht deze risico's in een vroeg stadium te melden om later in aanmerking te kunnen komen voor steun. In 2009 verleent de NZa meerdere malen steun aan zorginstellingen in acute financiële problemen.

## 2.7 Fusies in de zorg

Wanneer instellingen in de zorg boven een bepaalde omzetrempel uitkomen, is voorafgaand aan een voorgenomen fusie goedkeuring nodig van de Nederlandse



Mededingingsautoriteit. Om zorgspecifieke argumenten mee te kunnen wegen, geeft de NZa als zorgspecifieke toezichthouder haar zienswijze op de voorgenomen fusie. De NZa neemt daarin het oordeel over de gevolgen voor de kwaliteit van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) mee.

In 2009 stelt de minister in haar brief 'Ruimte en Rekenschap in zorg en ondersteuning' een zorgspecifieke fusietoets voor. De NZa staat hier positief tegenover en pleit voor een getrapte fusietoets waarbij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de NZa eerst samen oordelen of een fusie geen belemmeringen oplevert voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Pas wanneer zij groen licht geven voor de fusie, voert de NMa vanuit mededingingsperspectief een tweede toets uit. In 2009 geeft de NZa meerdere zienswijzen over fusievoornemens af aan de NMa.

## 3. Stand van de Zorgmarkten

### 3.1 Eerstelijnszorgmarkt

#### 3.1.1 Inleiding

Sinds 2006 adviseert de NZa aan de minister of op markten voor vrije beroepsbeoefenaren meer vrijheidsgraden kunnen worden geïntroduceerd. De NZa kijkt daarbij naar of een markt aan de randvoorwaarden voor vrije prijzen voldoet en of de introductie van (een vorm van) vrije prijzen ook daadwerkelijk voordelen oplevert voor de consument.

Op een aantal markten voor vrije beroepsbeoefenaren zijn in 2009 belangrijke stappen gezet op weg naar meer vrijheidsgraden. Zo krijgen apothekers en zorgverzekeraars in 2009 binnen hun nog gereguleerde tarief voor het eerst onderhandelingsruimte. Dit maakt het mogelijk om individuele afspraken te maken over de vergoeding van kwaliteit en innovatie. Met de koepels van tandartsen en orthodontisten is, in de aanloop naar een mogelijk experiment met vrije prijzen in de mondzorg per 2011, gewerkt aan nieuwe, transparante prestaties. Deze zijn nodig voor de consument om de zorg te kunnen vergelijken op prijs en kwaliteit.

Op 1 januari 2009 geeft de minister, op advies van de NZa, ook de tarieven voor dieetadvies vrij. Na een uitgebreide marktanalyse en consultatie van het veld, concludeert de NZa in november 2009 ook dat de markten voor kraamzorg en eerstelijns geboortezorg klaar zijn voor de introductie van vrije prijzen. Het tegelijkertijd introduceren van vrije prijzen in deze sectoren biedt meer ruimte voor innovatie en moet leiden tot betere kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van deze zorg. De minister moet hierover nog een standpunt innemen.

In 2009 wordt tot slot ketenzorg voor niet-complex chronisch zieken in de eerste lijn vormgegeven en gekeken naar de wijze van bekostiging daarvan. Dit leidt tot het besluit integrale bekostiging in te voeren voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement per 1 januari 2010.

#### 3.1.2 Farmacie

Op 1 januari 2009 krijgen apothekers en zorgverzekeraars te maken met een nieuw apothekerstarief dat voor het eerst ruimte biedt voor het maken van afspraken over de individuele beloning van kwaliteit en innovatie. Dit hangt samen met het advies 'lange termijn visie farmacie' van de NZa uit 2008. Daarin adviseert zij de tarieven te liberaliseren per 2011, op voorwaarde dat er voldoende onderling vertrouwen is bij de betrokken marktpartijen. Dit vertrouwen was laag na de introductie van preferentiebeleid door een aantal zorgverzekeraars. Preferentiebeleid is een instrument voor de zorgverzekeraar om selectief in te kunnen kopen en daarmee de kosten voor geneesmiddelen te verlagen. Zorgverzekeraars die preferentiebeleid voeren, vergoeden aan hun verzekerden slechts één middel uit een groep van middelen met dezelfde werkzame stof. Het preferentiebeleid zorgde voor een forse daling van de inkoopvoordelen die apothekers bij de inkoop van medicijnen ontvangen.

De eerste ervaringen met het bandbreedtetarief voor farmaceutische zorg zijn in kaart gebracht met de monitor Contractering Farmacie 2009. Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars en apotheekhoudenden in de eerste drie maanden van 2009 de eerste aanvullende contractafspraken hebben gemaakt over de inhoud en kwaliteit van farmaceutische zorg. Gezien de late bekendmaking van het bandbreedtetarief en de korte periode tussen de

bekendmaking ervan en de invoering, kwalificeert de NZa de bewegingen op de markt als positief.

Begin 2009 wijst de rechter in een voorlopige voorziening een verzoek van de KNMP af om in te grijpen in de hoogte van het flexibele tarief. De apothekers waren van mening dat zij in het tarief onvoldoende werden gecompenseerd voor het verlies aan inkoopvoordelen door het preferentiebeleid. De NZa onderzocht dit later dat jaar in een aanvullend onderzoek naar de gevolgen van het preferentiebeleid op de inkoopvoordelen en praktijkkosten van apotheekehoudenden. Hieruit bleek dat het tarief voor 2009 niet hoefde te worden aangepast. Wel bleek het op basis van de gegevens nodig om het tarief voor 2010 met 9% aan te passen om ervoor te zorgen dat de gemiddelde apotheek ook in 2010 een kostendeekkende bedrijfsvoering kan voeren.

In november is voor de eerste keer op een zorgmarkt een AMM-aanwijzing opgelegd. Hoewel de NZa in de monitor de eerste aanvullende contracten tussen apothekers en zorgverzekeraars tot stand zag komen, voelt zij zich later in het jaar genooddaakt in te grijpen in de contractonderhandelingen tussen een apotheker en een zorgverzekeraar. In het belang van de betaalbaarheid van de zorg, legt de NZa in november aan een apotheek de verplichting op om in te gaan op een redelijke voorwaarde in het contract met de zorgverzekeraar. Deze voorwaarde betrof het uitvoeren van het door de zorgverzekeraar gevoerde preferentiebeleid. De apotheker weigerde het contract te tekenen omdat hij geen uitvoering wilde geven aan dit beleid. De NZa is van mening dat een zorgverzekeraar, in het belang van de consument, het preferentiebeleid op elke plek moet kunnen inzetten. Omdat de apotheek in dit specifieke geval de enige is in de omgeving, kan de zorgverzekeraar zich niet tot een andere apotheek wenden. Met het inzetten van het instrument voor aanmerkelijke marktmacht en het opleggen van de contracteer- verplichting, 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 ontvangt de NZa in toenemende mate signalen dat het onderhandelen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld fysiotherapeuten of apothekers, moeizaam verloopt. De NZa ziet de noodzaak tot heldere spelregels en kondigt in juli aan dat zij in 2010, na overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders, spelregels op zal stellen voor contracteren, de zogenaamde 'good contracting practices'. In deze spelregels komen gezamenlijke afspraken te staan over hoe marktpartijen met elkaar om zouden moeten gaan tijdens het onderhandelen over een contract. De NZa ziet inkoopmacht bij de zorgverzekeraar niet als een probleem, zolang de voordelen ervan maar worden doorvertaald naar de consument. Wel mag inkoopmacht er niet voor zorgen dat de kwaliteit van zorg onder de maat is. De IGZ ziet hierop toe.

Een tweede voorwaarde voor het vrijgeven van de prijzen in 2011 is een nieuwe onderhandelingstaal in de vorm van eenduidige prestaties. Gedurende 2009 hebben verschillende zorgaanbieders, zorgverzekeraars en consumenten- en patiënten-organisaties, onder regie van de NZa, hard gewerkt aan het opstellen van nieuwe, functioneel omschreven prestaties voor farmaceutische zorg. Met deze prestaties zal proefgedraaid worden in 2010, en gaan in per 1 januari 2011.

Omdat apothekers een belangrijke schakel vormen in de ketenzorg voor chronisch zieken, adviseert de NZa eind 2009 farmacie ook op te nemen in de integrale bekostiging van ketenzorg.

### 3.1.3 Geboortezorg

Vooruitlopend op een kostenonderzoek worden de tarieven voor eerstelijns verloskundige zorg aan het begin van het jaar met 9% verhoogd. Verloskundigen werkzaam in achterstandwijken krijgen er 23% bij. In een hoorzitting over deze tariefsverhogingen geven de verloskundigen aan dat dit nog onvoldoende is. Tegelijkertijd demonstreren ruim honderd verloskundigen voor het kantoor van de NZa.

Omdat de NZa een eventuele verdere stijging van het tarief niet kan verantwoorden zonder onderbouwing uit het kostenonderzoek, verklaart de NZa de bezwaren die de brancheorganisatie KNOV en 721 verloskundigen inbrengen tegen het tarief op dat moment ongegrond. In oktober wijzen de resultaten van het kostenonderzoek uit dat het tarief inderdaad te laag is. Een verhoging van 26% is het gevolg. De NZa brengt het tarief tussen 2009 en 2012 in drie stappen naar het gewenste niveau. De eerste stap is een tariefsverhoging per 1 januari 2010.

Eind november brengt de NZa een advies uit aan de minister waarin zij concludeert dat de markt voor geboortezorg (verloskunde en kraamzorg) klaar is voor vrije prijzen per 1 januari 2011. Uit de marktanalyse en gesprekken met betrokken veldpartijen blijkt dat vrije prijzen innovatie zal stimuleren en de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg zal verbeteren. De markten kunnen bovendien het beste samen worden vrijgegeven omdat ze nauw met elkaar verbonden zijn. Mocht de minister besluiten de stapsgewijze verhoging van het verloskundetarief en de implementatie van het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte eerst te willen afronden, dan adviseert de NZa de tarieven per 2013 vrij te geven. De minister heeft het advies overgenomen door aan de Tweede Kamer te melden dat hij in 2012 zal bezien of vrije tarieven ingevoerd kunnen worden per 1 januari 2013.

### 3.1.4 Huisartsen

De huisartsenmarkt is onvoldoende toegankelijk blijkt uit de Monitor Huisartsenzorg 2008 die de NZa in maart uitbrengt. Nieuwe spelers kunnen nauwelijks toetreden en de NZa voorziet een tekort aan huisartsen in de toekomst. Hoewel er op dit moment voldoende huisartsen zijn, kan die situatie snel veranderen door de uittreding van fulltime huisartsen en de toetreding van jonge huisartsen die parttime werken. In combinatie met de vergrijzing kan dit de komende jaren leiden tot een tekort aan huisartsenzorg.

Omdat op dit moment alleen een huisarts alle vormen van huisartsenzorg mag bieden, kunnen zorgverzekeraars huisartsenzorg niet selectief inkopen bij andere zorgaanbieders die delen van deze zorg ook kunnen leveren. De NZa adviseert de regelgeving hieromtrent aan te passen en dit in de toekomst wel mogelijk te maken. Ook pleit de NZa voor het vergroten van het aantal opleidingsplaatsen en het inzetten van de zogeheten 'verborgen capaciteit', zoals huisartsen zonder praktijk of gepensioneerden. Ook sportartsen en bedrijfsartsen zouden vooreen deel van de huisartsenzorg kunnen worden ingezet.

Uit de monitor blijkt ook dat er nog altijd geen kwaliteitsinformatie beschikbaar is op individueel huisartsniveau. Minder dan 10% van de huisartsen is NHG-geaccrediteerd en levert daarmee gegarandeerd de zorgstandaard die het Nederlands Huisartsen Genootschap zelf heeft opgesteld.

Als gevolg van een kostenonderzoek verlaagt de NZa de tarieven voor huisartsen per 1 januari 2010 met in totaal 60 miljoen euro. Uit het onderzoek blijkt dat een huisartsenpraktijk in 2006 gemiddeld op jaarbasis ruim € 50.000 overhield boven het norminkomen van de huisarts. Een belangrijke oorzaak hiervoor zijn de relatief hoge opbrengsten uit inschrijftarieven, consulten en innovatie.

Huisartsen spelen een belangrijke rol in de ketenzorg voor chronisch zieken. Veel huisartsen houden zich in 2009 dan ook intensief bezig met de opzet en uitwerking daarvan, en de introductie van integrale bekostiging voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomangement per 1 januari 2010.

### 3.1.5 Ketenzorg

Bij ketenzorg werken zorgaanbieders in de eerste lijn met elkaar samen om de zorg optimaal te organiseren rond de patiënt. Voor ketenzorg is 2009 een belangrijk jaar. De NZa adviseert de minister in april integrale bekostiging in te voeren voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomangement (CVR). Door integraal te bekostigen – in plaats van los per zorgaanbieder – zijn er meer mogelijkheden voor samenwerking tussen zorgaanbieders. Meer proactieve zorgverlening, integraal georganiseerd en dicht bij de patiënt leidt tot hogere kwaliteit. Effectieve ketenzorg vermindert bovendien de druk op specialistische ziekenhuiszorg in de toekomst.

Het maakt het voor zorgaanbieders eenvoudiger om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag van de patiënt met een chronische aandoening. Een meer proactieve, goed op elkaar afgestemde zorgverlening dicht bij de patiënt leidt tot hogere kwaliteit. Daarnaast vermindert effectieve ketenzorg de druk op de veel duurdere specialistische ziekenhuiszorg in de toekomst.

Begin november stelt de NZa, op aanwijzing van de minister, nieuwe prestaties (zogenoeten 'keten-dbc's) vast voor diabeteszorg en CVR. Op grond hiervan kunnen zorgaanbieders vanaf 1 januari 2010 een integraal tarief declareren voor diabetespatiënten en patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Met de nieuwe bekostigingsvorm voor ketenzorg wordt één zorgaanbieder hoofdcontractant, waarmee andere zorgaanbieders in de keten contracten kunnen afsluiten en zodoende kosten kunnen declareren. De nieuwe bekostigingsvorm voor ketenzorg stimuleert daarmee samenwerking tussen verschillende zorgverleners die zich bezighouden met preventie, behandeling en het volgen van de patiënt en diens ziektebeeld.

De invoering van integrale bekostiging en de introductie van ketenzorg is in het voordeel van de consument. Het biedt zorgaanbieders bovendien veel ruimte om de zorg op een eigen manier in te vullen. Wel stelt de NZa eisen aan de inhoud van zorg en het inzichtelijk maken daarvan om de kwaliteit van zorg te borgen. Zo moet de zorg- en dienstverlening voldoen aan de bestaande zorgstandaarden en aan voorschriften met betrekking tot transparantie en administratie.

Meer samenwerking in de eerstelijnszorg moet niet leiden tot mededingingsproblemen. Zowel de NMa als de NZa krijgen regelmatig signalen dat het voor veldpartijen onduidelijk is wat vanuit een mededingingsrechtelijk kader wel en niet is toegestaan bij de samenwerking van overwegend eerstelijnszorgaanbieders. De toezichthouders hebben daarom eind 2009 in gezamenlijkheid een document gepubliceerd waarin zij toelichting geven op de wijze waarop de mededingingsregels zoals opgenomen in de Mededingingswet (Mw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) van toepassing zijn op aanbieders van ketenzorg. Het document wordt ter consultatie voorgelegd aan belanghebbenden, om zorgaanbieders, verzekeraars en belangenorganisaties de gelegenheid te geven hun ervaringen, wensen en vragen in te brengen. In 2010 zal dit proces leiden tot een definitief document met richtlijnen voor veldpartijen.

In de tweede helft van 2009 is onderzocht in hoeverre het mogelijk is de integrale bekostiging van ketenzorg voor diabetes en verhoogd risico op hart- en vaatziekten uit te breiden. Geadviseerd wordt deze onder voorwaarden uit te breiden met farmacie (exclusief geneesmiddelen) en diagnostiek per 2011. Integrale bekostiging kan onder voorwaarden nog worden ingevoerd voor zorg aan patiënten met hartfalen en COPD in 2010. De NZa adviseert om deze vorm van bekostiging voorlopig niet voor andere ziektebeelden in te voeren.

### 3.1.6 Mondzorg

Ook op de markt voor mondzorg is in 2009 bekeken of de consument gebaat is bij het aanpassen van de bekostigingsstructuur en het eventueel vrijgeven van de prijzen. Op dit moment is de mondzorg nog geheel gereguleerd. Slechts een deel van de mondzorg valt in de basisverzekering en hoewel consumenten zich aanvullend kunnen verzekeren, moeten zij ook dan nog vaak een deel zelf betalen. De koepelorganisaties geven in een consultatie begin 2009 aan dat het huidige gereguleerde systeem de introductie van innovaties op de markt bemoeilijkt.

In maart komt de NZa met haar visiedocument mondzorg. Hierin concludeert zij dat het vrijgeven van de prijzen per 2011 mogelijk is en zal leiden tot een betere prijs-/kwaliteit-verhouding. Er zijn voldoende aanbieders op de markt en voldoende mogelijkheden voor nieuwe toetreders om een goede concurrentie op gang te brengen. Omdat mondzorg niet in alle gevallen wordt vergoed, zal de consument juist op deze markt in staat zijn de rol van kritische inkoper te vervullen en te sturen met zijn zorgvraag. Op voorwaarde dat de kwaliteit en prijs transparant zijn en de consument daarmee aanbieders kan vergelijken. Bovendien bieden vrije prijzen ruimte voor individuele afspraken over het gebruik en de vergoeding van innovatieve behandelingen tussen de zorgverzekeraars en bijvoorbeeld een tandarts of orthodontist. De NZa adviseert de minister de prijzen vrij te geven in de vorm van een 5-jarig experiment. Hierdoor kan de overheid vinger aan de pols houden en, indien nodig, bijsturen als er ongewenste effecten voor de consument optreden.

Uit door de NZa verricht consumentenonderzoek komt naar voren dat er behoefte is aan meer transparantie binnen de mondzorg. De NZa stelt inzicht in prijs en kwaliteit en een heldere lijst met zorgprestaties als randvoorwaarde voor de start van het experiment. In 2009 werkt de NZa samen met betrokken veldpartijen hard aan de ontwikkeling van nieuwe prestaties die zijn geschreven in een voor de consument begrijpelijke taal. In april 2010 neemt de minister een besluit over het al dan niet invoeren van vrije prijzen in de mondzorg en het moment van invoering.

Om innovatie in de sector te stimuleren, besluit de NZa in december 2009 zes varianten van innovatieve beugels voortaan te vergoeden. Het gaat om gebruiksvriendelijke varianten en beugels die niet prominent zichtbaar zijn, zoals een doorzichtige beugel of een beugel met plaatjes aan de achterkant van de tanden. Ook een beugel die helpt tegen slaapapneu valt hieronder. De beugels waren tot op heden erg kostbaar, omdat de kosten hiervoor niet konden worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Nu dat wel het geval is, zullen meer consumenten kiezen voor deze beugels. Dat gebeurt vaak om esthetische redenen en omdat de beugels gebruiksvriendelijker zijn.

Sinds 2007 probeert de NZa de gereguleerde tarieven voor orthodontisten stapsgewijs te verlagen. Orthodontisten zijn door de jaren heen steeds efficiënter gaan werken, onder meer met behulp van assistenten. Deze efficiëntieslag moet volgens de NZa tot uitdrukking komen in een lager tarief voor de consument. Op 1 juli 2009 draait de NZa een eerder doorgevoerde verlaging van de orthodontietarieven deels terug na uitspraak van de rechter eind 2008. Deze oordeelde dat de NZa de orthodontisten onvoldoende heeft voorbereid op een nieuwe manier van berekenen van de tarieven. Met de tijdelijke terugdraaiing van de verlaging van het tarief komt de NZa gedeeltelijk tegemoet aan de

bezwaren van de orthodontisten. Omdat de NZa niet beschikt over de meest recente gegevens over praktijkkosten van orthodontisten, draait zij de verlaging niet geheel terug. Hiermee bewaakt zij de belangen van de consument. De gegevens van het kostenonderzoek orthodontie dat de NZa in 2010 doet, moeten deze gegevens wel opleveren en zorgen voor een marktconform kostendekkend tarief voor orthodontisten.

### **3.1.7 Medisch specialistische verpleging**

De overheid stimuleert, indien mogelijk, de verplaatsing van zorg van de, vaak duurdere, tweede lijn naar de eerste lijn. Door een tarief voor medisch specialistische verpleging in de thuissituatie vast te stellen, stimuleert de NZa dat consumenten sneller naar huis kunnen en kunnen worden verzorgd in de eigen vertrouwde omgeving. Het tarief maakt het voor zorgkantoren mogelijk om overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders die deze vorm van verpleging leveren. Medisch specialistische verpleging valt onder de aanspraak van de zorgverzekeringswet.

## **3.2 Tweedelijnszorgmarkt**

### **3.2.1 Inleiding**

De tweedelijnszorg bevindt zich net als een aantal zorgmarkten in de eerste lijn in een transitieperiode. In 2009 is marktwerking in de ziekenhuiszorg verder uitgebreid. Dit zorgt voor een minder harde stijging van de prijzen in het deel van de prijzen dat vrij is. Ook neemt de aandacht voor kwaliteit zichtbaar toe en worden de eerste stappen op weg naar volledige prestatiebekostiging gezet. Hierbij krijgt de aanbieder van de zorg een vergoeding voor de zorg die hij aanbiedt en de kwaliteit die hij daarbij levert. Het stelt zorgverzekeraars in staat de beste zorg in te kopen tegen de laagste prijs en is daarom in het belang van de consument.

De vraag naar ziekenhuiszorg stijgt in 2009 licht, de behandelduur neemt net als in voorgaande jaren verder af. Steeds meer patiënten kunnen nog dezelfde dag naar huis. De IJsselmeerziekenhuizen in Flevoland krijgen in 2008 te maken met een dreigend faillissement en vragen de NZa om steun. Ook in Zeeland dreigt een probleem, doordat de twee aanwezige ziekenhuizen ieder afzonderlijk te maken hebben met continuïteitsproblemen van de basiszorg. Een fusie is het gevolg. Het honorarium van de medisch specialisten wordt met 375 miljoen euro gekort op aanwijzing van de minister van VWS. De minister acht een dergelijke maatregel noodzakelijk om binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) te blijven. Voor de consument betekent de korting dat de tarieven met gemiddeld 7% dalen. In de curatieve GGZ werken instellingen en vrijgevestigden voor het eerst met een nieuwe manier van bekostigen met DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties). De kosten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vallen 200 miljoen euro hoger uit dan was voorzien. Om een deel van deze overschrijding terug te halen, besluit de minister de sector een korting op te leggen van 119 miljoen euro.

### **3.2.2 Ziekenhuiszorg**

In 2009 is het deel van de ziekenhuiszorg waarvoor vrije prijzen gelden – het B-segment – verder uitgebreid van 20% naar 34%. Individuele ziekenhuizen mogen met zorgverzekeraars vrij onderhandelen over de prijs van deze zorg. Onder het B-segment vallen de relatief eenvoudige en planbare ingrepen. Acute zorg en spoedeisende zorg vallen hier niet onder. Uit de monitor ziekenhuiszorg blijkt dat de uitbreiding met vrije prijzen een positief effect heeft op de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg. In de periode 2005-2008 is de prijsstijging in het vrije B-segment namelijk structureel lager dan in het A-segment met vaste, gereguleerde prijzen. Deze trend zet zich in 2009 voort.

#### *Contractonderhandelingen*

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars blijken tijd nodig te hebben om te wennen aan de uitbreiding van het vrije segment en het verrekenen van de kapitaallasten in de tarieven. Uit de monitor ziekenhuiszorg 2009 blijkt dat de onderhandelingen in 2009 traag op gang komen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars moeten voor het eerst over zo'n groot deel van zorg onderhandelen en kunnen de effecten daarvan moeilijk inschatten. Op 1 januari 2009 zijn er nog geen contracten afgesloten, waardoor consumenten bij het afsluiten van een zorgverzekering niet precies weten met welke zorgaanbieders de verzekeraar een contract heeft afgesloten.

#### *Kapitaallasten*

Het ministerie van VWS heeft het bouwregime per 1 januari 2008 afgeschaft. Het bouwregime verplichtte zorginstellingen een vergunning aan te vragen wanneer zij wilden bouwen (nieuw, uitbreiding, vervanging), huren of een zorggebouw in gebruik wilden nemen. Deze vergunning leidde tot vergoeding van afschrijvingen en rentekosten van de bouw (de kapitaallasten). Met de afschaffing van het bouwregime per 1 januari 2008 en de invoering van integrale tarieven lopen ziekenhuizen risico op de dekking van een deel van de zogenoemde gebouwgebonden kapitaallasten. De onzekerheden over de vergoeding van kapitaallasten heeft ertoe geleid dat sommige ziekenhuizen geen financiering kunnen krijgen voor hun (ver-)nieuwbouwplannen. In 2009 besluit de NZa tot de overgangsregeling kapitaallasten. De regeling is bedoeld voor ziekenhuizen met boekwaarde- en/of exploitatieproblemen die zijn ontstaan door investeringen die zijn goedgekeurd ten tijde van het bouwregime. Voorwaarde voor een goed werkende overgangsregeling is de ontwikkeling van een objectief meetinstrument om de boekwaardeproblemen van ziekenhuizen op uniforme wijze vast te stellen. Met deze oplossingsrichtingen wil de NZa als marktmeester zoveel mogelijk duidelijkheid te geven aan ziekenhuizen over de te verwachten oplossing.

#### *Toegankelijkheid en kwaliteit*

Wachttijdinformatie is een graadmeter voor de toegankelijkheid van de zorg. Voor de zorg in het vrije segment maakt maar liefst 83% afspraken met ziekenhuizen over de wachttijden. In het nog gebudgetteerde segment ligt dit met 33% een stuk lager. Door de invoering van een nieuw systeem voor wachttijdregistratie in het najaar van 2008, kan de NZa in 2009 voor het eerst geen onderzoek doen naar wachttijden. De NZa ontvangt echter geen signalen dat de wachttijden zijn toegenomen.

Hoewel zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg steeds meer kijken naar de kwaliteit van ziekenhuizen, is deze nog altijd niet voldoende transparant. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars werken samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren binnen het programma Zichtbare Zorg.

#### *Prestatiebekostiging*

De NZa adviseert de minister in 2009 om het budgetsysteem voor ziekenhuis te beëindigen per 2011 en met een zorgvuldige overgangperiode van drie jaar over te stappen op volledige prestatiebekostiging. Deze overgangperiode voorkomt in de eerste drie jaren te grote schommelingen in de bedrijfsvoering van instellingen en laat voldoende vrijheid bestaan om het vrije onderhandelingsproces niet te verstoren.

De NZa vindt prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg wenselijk, omdat het verzekeraars beter in staat zal stellen de beste zorg in te kopen voor de laagste prijs. Dit is in het belang van consument. Ook kunnen ziekenhuizen hun bedrijfsvoering en productie beter afstemmen op de werkelijke vraag naar zorg en de kwaliteit die daarbij gewenst wordt. De minister besluit begin 2010 prestatiebekostiging in te voeren voor de ziekenhuizen, met een overgangperiode van 1 jaar.



#### *IJsselmeerziekenhuizen*

In 2008 dreigen de IJsselmeerziekenhuizen in Flevoland failliet te gaan. Het ziekenhuis dient in maart een verzoek om steun in van 29,5 miljoen euro. De NZa vraagt om een beter onderbouwd verzoek, omdat het businessplan van het ziekenhuis onvoldoende onderbouwd is. De NZa constateert wel een directe dreiging voor de continuïteit van zorg. Een nieuwe, verbeterde aanvraag volgt voor een bedrag van 18 miljoen euro. Omdat de onderbouwing nu wel op orde is, besluit de NZa de steun te verlenen in het belang van de consument. Zij doet dit onder een aantal strikte voorwaarden. De steun wordt uitgekeerd in 3 tranches van 6 miljoen euro. Vanwege de precaire financiële situatie kent de NZa de eerste tranche per direct toe. Voor de toekenning van de tweede tranche vindt na 2,5 jaar plaats, de derde na 5 jaar. Bij de toekenning van de 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> tranche toetst de NZa opnieuw of aan de voorwaarden van balanssteun is voldaan. Blijken de ziekenhuizen in staat het negatieve eigen vermogen sneller weg te werken, dan kunnen de 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> tranche lager uitvallen.

#### *Zeeuwse Oosterscheldeziekenhuizen*

Ook de Zeeuwse Oosterscheldeziekenhuizen en het ziekenhuis Walcheren worden in hun voortbestaan bedreigd vanwege continuïteitsproblemen in de basiszorg. Om dit te voorkomen willen zij fuseren. De NZa geeft hierover haar zienswijze aan de NMa zoals vastgelegd in het samenwerkingsprotocol. De NZa adviseert de NMa de fusie alleen onder strenge voorwaarden goed te keuren. Omdat het om een fusie gaat van de twee enige in de regio aanwezige ziekenhuizen, ontstaat door de fusie een monopolie voor de basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland. Hierdoor hebben consumenten in die regio geen alternatief voor die ziekenhuiszorg. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) geeft aan dat de fusie, in het belang van de kwaliteit van zorg, moet doorgaan. Om die reden adviseert de NZa positief, mits er door de NMa strikte voorwaarden worden gesteld.

#### *Voorgenomen fusie AMC en VZA*

In juli adviseert de NZa de NMa om een voorgenomen fusie tussen het Academisch Medisch Centrum Amsterdam en Verenigd Ziekenvervoer Amsterdam (VZA) nader te onderzoeken. De NZa acht de kans groot dat de fusie nadelige gevolgen heeft voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de acute zorg in de regio omdat VZA de enige ziekenvervoerder in de omgeving is. De NZa hecht er groot belang aan dat de keuze voor het ziekenhuis waar de ambulance patiënten in levensbedreigende situaties naartoe brengt niet wordt beïnvloed door financiële belangen. Op basis van het nadere onderzoek heeft de NMa de fusie uiteindelijk goedgekeurd.

#### *Betaalde wachtlijstbemiddeling*

Begin 2009 doet de NZa onderzoek naar afspraken tussen een ziekenhuis en een bemiddelingsbureau over wachtlijstbemiddeling. In ruil voor snelle behandeling van een patiënt, ontvangt het ziekenhuis in kwestie van het bureau een vergoeding van maximaal € 900 per patiënt. Het bureau berekent de kosten voor bemiddeling op haar beurt door aan haar opdrachtgevers, onder meer werkgevers en sportclubs. De NZa concludeert na onderzoek bij het ziekenhuis dat deze vorm van zorgbemiddeling in strijd is met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en verzoekt het ziekenhuis hiermee te stoppen. De NZa is geen tegenstander van zorgbemiddeling zolang die plaatsvindt binnen de bestaande wet- en regelgeving. Zorgbemiddeling waarbij de consument sneller en goed wordt geholpen en de capaciteit van zorgaanbieders optimaal wordt benut, levert voordelen voor de consument op, doordat hij sneller terugkeert in de maatschappij en leidt tot afname van wachtlijsten.

### 3.2.3 Medisch specialistische zorg

In 2009 maakt de NZa een analyse van marktimperfecties in de medisch specialistische zorg. Zij constateert dat de onderhandelingspositie van specialisten vaak sterker is dan die van de besturen van ziekenhuizen. Oorzaak hiervan is onder meer dat in delen van de ziekenhuiszorg schaarste is aan medisch specialisten, wat negatieve gevolgen kan hebben voor de consument. Onvoldoende aanbod van zorg kan bijvoorbeeld leiden tot wachtlijsten en hoge werkdruk bij specialisten waardoor makkelijker fouten worden gemaakt. De NZa legt de bevindingen en voorgenomen adviezen ter consultatie voor aan stakeholders. De reacties uit de consultatie worden meegenomen in een advies over hoe de medisch specialistische zorg kan worden verbeterd. Het advies komt in het voorjaar van 2010 uit. Bij het vaststellen van de DBC-tarieven voor 2010 voert de NZa op aanwijzing van de minister een korting van 375 miljoen euro door op het honorarium van medisch specialisten. De maatregel is nodig om binnen het Budgettair Kader Zorg te kunnen blijven. Bij de introductie van het DBC-systeem zijn de specialisten gecompenseerd voor een terugval aan inkomsten. Inmiddels is het systeem verbeterd waardoor de toeslag onevenredig hoog uitvalt. De korting bestaat uit een generieke korting van 11% op de honorariumomzet van de vrijgevestigde specialisten en een verlaging van de toeslag voor ondersteuners met in totaal 150 miljoen euro.

### 3.2.4 Curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

In de afgelopen jaren is hard gewerkt aan de verbetering van de financiering en bekostiging van de GGZ in het algemeen en de curatieve GGZ (gericht op genezing) in het bijzonder. Een belangrijke stap daarbij was de overheveling in 2008 van de curatieve GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierdoor valt alle curatieve zorg onder hetzelfde verzekerings-systeem en kan er eenvoudiger worden samengewerkt tussen de somatische zorg en de GGZ.

Tegelijk met de overheveling is in 2008 een bijbehorend bekostigingssysteem ingevoerd waarin, net als in de rest van de curatieve sector, wordt gewerkt met DBC's. In 2009 draaien de GGZ-instellingen in de curatieve GGZ schaduw met het nieuwe systeem. De bekostiging verloopt nog via de oude budgetparameters. Nieuwe toetreders na 1 januari 2008 en vrije beroepsbeoefenaren in de GGZ werken in 2009 al wel met DBC's.

Omdat ook de kosten voor behandelingen in de curatieve GGZ hoger zijn uitgevallen dan voorzien, kort de NZa op aanwijzing van de minister het budget van de curatieve GGZ-instellingen met 3,5%. Hiermee wordt 119 miljoen euro van de totale overschrijding van 200 miljoen euro teruggehaald. De NZa kiest ervoor om de nieuwe toetreders en vrijgevestigden buiten de korting te houden. Reden is dat de hoogte van de DBC's is vastgesteld op basis van recente kostprijscijfers. Een korting daarop zou betekenen dat onder de kostprijs moet worden gewerkt. Dit is niet in het belang van de consument.

De minister van VWS heeft aangegeven ook in de curatieve GGZ op termijn toe te willen naar prestatiebekostiging, zodat de bekostiging zo goed mogelijk aansluit op die van de ziekenhuissector. Uiteindelijk is hierbij het perspectief om voor (een deel van) de curatieve GGZ ook integrale vrije prijzen in te voeren.

Hoewel de NZa in 2010 hierover een volledig advies geeft aan de minister, laat zij in 2009 weten dat de ambulante curatieve GGZ (behandeling zonder verblijf) wat de NZa betreft klaar is voor prestatiebekostiging op basis van DBC's per 2010. Hierdoor ontstaat een gelijk speelveld voor nieuwe toetreders en vrijgevestigden in de GGZ die al een DBC

bekostiging hebben. Dit leidt weer tot meer concurrentie, innovatie, meer keuze en kwalitatief betere zorg voor de consument. De NZa acht ook de forensische zorg in een strafrechtelijk kader klaar voor de invoering van prestatiebekostiging per 2010. In haar advies forensische zorg constateert de NZa dat dit zal leiden tot een betere samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen. Patiënten krijgen dan meer dan nu een behandeling op maat, waardoor de kans op recidive afneemt.

### **3.3 AWBZ-zorg**

#### **3.3.1 Inleiding**

Aanbieders in de verpleging en verzorging (V&V), de gehandicaptenzorg (GHZ) en de langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bieden zorg die wordt betaald uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ is een verplichte, collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare risico's. De AWBZ is in de afgelopen jaren steeds verder uitgebreid. Onder andere de ontwikkelingen in medische technologie en de vergrijzing, zorgen ervoor dat de uitgaven in de AWBZ verder zijn gestegen. Nederlanders met een modaal jaarinkomen betalen nu € 320 per maand aan AWBZ-premie. Als er niets verandert in de AWBZ zouden deze kosten verder kunnen gaan oplopen. Daarom moet de AWBZ toekomstbestendig worden gemaakt. Vanaf 2009 is daarom begonnen met een aantal aanpassingen. De NZa voert deze aanpassingen uit. De veranderingen zijn niet alleen bedoeld om de betaalbaarheid te verbeteren, maar ook de kwaliteit van zorg, om de wensen en behoeften van de cliënt centraal te stellen.

#### **3.3.2 Zorgzwaartepakketten**

Om het zorgaanbod beter af te stemmen op de zorgvraag van de cliënt wordt stap voor stap toegewerkt naar een 'cliëntvolgende bekostiging' of zorgzwaartebekostiging. In dit systeem is de hoogte van het budget van een zorgaanbieder afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënten. Mensen met behoefte aan een veilige leefomgeving met beperkte begeleiding hebben een kleine zorgvraag. Deze mensen krijgen daarom een goedkoper pakket geïndiceerd dan mensen die volledige verzorging en begeleiding nodig hebben. Het tarief dat de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder met elkaar afstemmen is afgestemd op deze indicatie. Voor de beschrijving van deze zorgzwaarte zijn zorgzwaartepakketten (ZZP's) gemaakt. In 2009 zijn de ZZP's voor verblijf in een instelling ingevoerd. Daarmee krijgt de instelling niet meer betaald naar het aantal plekken dat zij heeft voor cliënten, maar naar het 'pakket zorg' dat de individuele cliënt nodig heeft. Het zorgaanbod volgt zo de zorgvraag, en niet andersom. Oftewel, de cliënt staat centraal.

De invoering van ZZP's brengt grote veranderingen met zich mee. In 2009 maakt de NZa de financiële herverdeling (herallocatie) van de zorgzwaartepakketten voor de sector verpleging en verzorging (V&V) en de gehandicaptenzorg (GHZ) bekend. Hierdoor kunnen instellingen die vanwege de nieuwe manier van indiceren meer geld nodig hebben, in 2009 al voor het overgrote deel in de zorg voorzien. De rest komt in 2010 beschikbaar. Instellingen die fors moeten afbouwen in hun budget krijgen hiervoor maximaal drie jaar de tijd.

44 zorgaanbieders worden geconfronteerd met een achteruitgang in hun budget van meer dan 13%. 28 van hen dienen uiteindelijk een verzoek om een regeling op maat in. De NZa komt aan deze verzoeken tegemoet.

Uit de voortgangsrapportage invoering ZZP's blijkt dat de invoering van de ZZP's goed verloopt, maar dat de informatievoorziening bij zorgkantoren en zorgaanbieders nog niet

op orde is. Zorginstellingen en zorgkantoren moeten cliënten beter voorlichten over welke ZZP door welke zorgaanbieder worden geboden. Alleen met juiste en volledige informatie kunnen cliënten zelf keuzes maken.

Op de markt voor AWBZ-zorg is de informatie over het aanbod aan ZZP's nog onvoldoende. De NZa constateert dat zorginstellingen cliënten beter moeten voorlichten over welke ZZP door welke zorgaanbieder worden aangeboden. Alleen wanneer cliënten over alle informatie beschikken, kunnen zij uit het diverse zorgaanbod een beredeneerde keuze maken.

In 2009 wordt aangekondigd dat het systeem van ZZP's jaarlijks onderhoud behoeft om de kwaliteit steeds te verbeteren. Ook moet een goede balans worden gevonden tussen de flexibiliteit en de stabiliteit van het systeem. Op dit moment ligt de verantwoordelijkheid voor het onderhoud bij VWS. De brancheorganisaties en andere veldpartijen adviseren unaniem positief over een centrale, coördinerende rol van de NZa in het onderhoud van de ZZP's. Als de minister deze taak bij de NZa belegt, kan de eerste onderhoudscyclus starten in juli 2010.

### **3.3.3 Pakketmaatregelen**

In de loop der jaren zijn steeds meer mensen gebruik gaan maken van de AWBZ en zijn de kosten aanzienlijk gestegen. Om de AWBZ betaalbaar en toekomstbestendig te maken, vindt de Staatssecretaris het nodig om terug te gaan naar de kern: het leveren van zorg aan kwetsbare mensen die dit langdurig – soms levenslang – nodig hebben. Zoals gehandicapten, psychiatrische patiënten en ouderen. De NZa voert in 2009 op aanwijzing van de staatssecretaris van VWS de pakketmaatregelen begeleiding door. De aanspraak op begeleiding wordt beperkt door alleen te indiceren als er sprake is van matig of ernstig regieverlies of invaliderende aandoening.

Daarnaast is het aantal uren dat iemand gemiddeld per week voor begeleiding ontvangt verminderd. Ook is de 'grondslag psychosociaal' weggenomen uit de AWBZ. De middelen die samenhangen met hulp voor deze groep zijn overgeheveld naar de gemeenten en ondergebracht in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).

### **3.3.4 Kosten en tarieven**

De tarieven van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) bevatten op dit moment nog geen component voor huisvesting. De NZa adviseert het normatieve huisvestingscomponent (NHC)-model te gebruiken voor het vaststellen van het integraal tarief. Uitgangspunt bij de berekening is dat de toekomstige vergoeding voor kapitaallasten voor een nieuwe zorgaanbieder voldoende moet zijn om nieuwbouw te realiseren die voldoet aan de huidige kwaliteitsnormen.

Het kabinet wil investeren in bouwactiviteiten en stelt daarvoor in 2009 320 miljoen euro ter beschikking. Hiervan is 160 miljoen euro bedoeld voor het wegwerken van drie- of meerbedskamers in de verpleeghuizen en voor het vervangen van als rode of oranje aangemerkte gebouwen in de gehandicaptenzorg. Het doel van de investeringsimpuls is het stimuleren van bouw die vertraagd is, omdat externe financiers zich terughoudend opstellen.

### **3.3.5 Zorgkantoren**

In de AWBZ krijgen zorgkantoren jaarlijks de beschikking over een budget per regio. Binnen deze financiële contracteerruimte maakt een zorgkantoor haar productieafspraken met de zorgaanbieders in de regio. In totaal is voor de reguliere productieafspraken AWBZ in de eerste budgetronde van 2009 een bedrag van € 16,8 miljard beschikbaar. De NZa

bepaalt de contracteerruimte per regio. Regio's met een sterk groeiende vraag naar AWBZ-zorg krijgen in 2009 extra geld.

De NZa houdt ook toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Hiertoe voert de NZa bij alle zorgkantoren jaarlijks systematisch onderzoek uit op basis van een vooraf vastgesteld normen- en beoordelingskader. De uitkomsten worden samengevat in een rapport per zorgkantoor.

### **3.3.6 Zorggroep Skewiel**

In juni kent de NZa Zorggroep Skewiel in Friesland 650.000 euro steun toe. Dankzij de steun kan Zorggroep Tellens de in financiële problemen geraakte instelling overnemen en is de continuïteit van zorg voor de patiënten in de regio veilig gesteld. Normaal gesproken verleent de NZa geen steun aan thuiszorg instellingen. Het betreft hier echter een bijzondere situatie waarin de NZa in het belang van de continuïteit van zorg toch besloten heeft tot een financiële impuls.

Zorggroep Skewiel heeft een bijzonder concept ontwikkeld. De instelling verleent zorg aan verpleeg- en verzorgingshuiscliënten (intramurale zorg) maar Skewiel beschikt niet over een eigen gebouw. In dit concept is het mogelijk gemaakt dat haar cliënten thuis blijven wonen en daar de zorg ontvangen waar zij recht op hebben. Dankzij de nauwe betrokkenheid van de lokale gemeenschap (mantelzorgers, welzijnswerkers, vrijwilligers en een aantal zorgcoördinatoren) kan Skewiel ook voor de zwaardere categorie patiënten met een ZZP-indicatie voldoende zorg in de thuissituatie leveren.

### **3.3.7 TZG en HWW**

In november ontvangen Thuiszorg Groningen (TZG) en de Haagse Wijk- en Woonzorg (HWW) respectievelijk 15 en 22 miljoen steun. Het verlenen van steun aan de organisaties die zijn ontstaan uit het failliete Meavita is noodzakelijk om patiënten in beide regio's van zorg te kunnen blijven voorzien. Ook aan deze steunverlening stelt de NZa strenge criteria. Zo moet er een gedegen businessplan liggen dat laat zien hoe de stichtingen de continuïteit van zorg denken te borgen.



Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11  
E [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)  
I [www.nza.nl](http://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 voor zijn zorgeuro.

**De NZa houdt toezicht op** het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars en kijkt of zij de wet naleven. **De NZa reguleert:** zij stelt regels, budgetten en tarieven vast voor dat deel van de zorg dat gereguleerd is en stelt condities voor marktwerking vast voor markten die geheel of gedeeltelijk geliberaliseerd zijn. De NZa is onafhankelijk waar dat kan, uitvoerder waar het moet. **De NZa adviseert** gevraagd en ongevraagd aan de Minister van VWS over liberaliseringsvraagstukken.