

Andersson Elffers Felix

Ordering en toezicht in de zorg

Evaluatie van de
Wet Marktordering Gezondheidszorg (WMG)
en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

In samenwerking met

Radicand  Economics



Inhoud

1	Managementsamenvatting	4
1.1	Aanleiding en beleidscontext	4
1.2	Vraagstelling en methodologie	4
1.3	Beantwoording deelvragen	5
1.4	Conclusies en beantwoording hoofdvragen	17
1.5	Aanbevelingen	18
1.6	Tot slot	21
2	Inleiding	22
2.1	Aanleiding voor het evaluatieonderzoek	22
2.2	Wet Marktordening Gezondheidszorg en Nederlandse Zorgautoriteit	22
2.3	Vraagstelling	25
2.4	Methodologie en onderzoeksverantwoording	26
2.5	Leeswijzer	27
3	Tarief- en prestatieregulering	28
3.1	Inleiding	28
3.2	Aansluiting bij doelen van WMG en algemeen consumentenbelang	29
3.3	Instrument begrenzing	46
3.4	Innovatie	51
3.5	Multidisciplinaire samenwerking	57
3.6	Aanvullend pakket	60
3.7	Fraude	63
3.8	Verbods- gebodsstelsel	65
3.9	Tussenconclusies tarief- en prestatieregulering	68
4	Markttoezicht	71
4.1	Inleiding	71
4.2	Aanmerkelijke marktmacht	72
4.3	Verhouding AMM en mededingingsinstrumentarium	80
4.4	Marktmaken en fusietoezicht	81
4.5	Transparantie	86
4.6	Artikel 45 WMG	89
4.7	Tussenconclusies markttoezicht	92
5	Uitvoeringstoezicht op Zorgverzekeringswet	94
5.1	Inleiding	94
5.2	Zorginkoop	98
5.3	Algemeen consumentenbelang	104
5.4	Prikkelwerking richting zorgverzekeraars	109
5.5	Fraude	115
5.6	Tussenconclusies uitvoeringstoezicht Zvw	120

6	Uitvoeringstoezicht op Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	122
6.1	Inleiding	122
6.2	Fraude	124
6.3	Zorgkantoren	129
6.4	Handhavingsinstrumentarium	131
6.5	Algemeen consumentenbelang	133
6.6	Tussenconclusies uitvoeringstoezicht AWBZ	135
7	Functioneren van Nederlandse Zorgautoriteit	137
7.1	Inleiding	137
7.2	Uitkomsten evaluatie functioneren NZa 2009	138
7.3	Aandachtsgebied sturing en governance	139
7.4	Aandachtsgebied organisatie en werkprocessen	147
7.5	Aandachtsgebied financiën en planning & control	152
7.6	Aandachtsgebied HRM	156
7.7	Aandachtsgebied informatievoorziening en ICT	162
7.8	Aandachtsgebied externe communicatie en samenwerking	168
7.9	Tussenconclusies functioneren NZa	171
8	Conclusies en aanbevelingen	173
8.1	Conclusies	173
8.2	Aanbevelingen	180
	Bijlage 1. Lijst met afkortingen	184
	Bijlage 2. Referenties	185
	Bijlage 3. Lijst met gesprekspartners	197
	Bijlage 4. Overzicht van deelvragen	200

1 Managementsamenvatting

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) een evaluatie uitgevoerd van de werking van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) en het functioneren van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). AEF heeft voor dit onderzoek samengewerkt met Radicand Economics en Tilburg Law & Economics Center (TILEC).

1.1 Aanleiding en beleidscontext

De inwerkingtreding van de WMG, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de oprichting van de NZa maakten in 2006 deel uit van de introductie van een nieuw zorgstelsel in Nederland. Met dit nieuwe stelsel werd de omslag in gang gezet van een systeem met centrale aanbodsturing door de overheid naar vraagsturing en marktwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zorgaanbieders en patiënten/cliënten, en zorgverzekeraars en consumenten.

In 2009 zijn de WMG en de NZa voor het eerst geëvalueerd. Sindsdien is er in het Nederlandse zorgstelsel het nodige veranderd. De meest nadrukkelijke verandering betreft de verdere ontwikkeling naar prestatiebekostiging in de curatieve en langdurige zorg. In de medisch-specialistische zorg zijn zorgverzekeraars meer risicodragend geworden en is een vereenvoudigd bekostigingssysteem (DOT) ingevoerd. Binnen de GGZ is gestreefd naar een betere aansluiting met eerstelijnszorg, en is eveneens een systeem van prestatiebekostiging geïntroduceerd voor curatieve GGZ op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Ook in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een nieuw bekostigingssysteem geïntroduceerd, in de vorm van Zorgzwaartepakketten (ZZP's). In een aantal 'deelmarkten' in de zorg zijn tussen het ministerie en het veld bestuurlijke akkoorden gesloten over een gemaximeerde uitgavengroei. Voor drie deelmarkten is een macrobeheersinstrument (MBI) ontworpen, bedoeld om kostenoverschrijdingen te kunnen verrekenen. Ook kreeg de NZa in de afgelopen jaren een formele rol in de goedkeuring van zorgfusies. En ten slotte is van belang dat fraude en onrechtmatigheid binnen de zorg een grote rol zijn gaan spelen in het publieke en politieke debat.

Bovenstaande schets van ontwikkelingen vormen de context en aanleiding voor een nieuwe evaluatie van de WMG en de NZa. Daarnaast wordt met deze evaluatie voldaan aan de verplichting in de Kaderwet Zelfstandige Bestuursorganen (ZBO's) om een periodieke evaluatie naar het functioneren uit te voeren.

1.2 Vraagstelling en methodologie

In 2009 zijn de WMG en de NZa voor het eerst geëvalueerd, destijds in afzonderlijke trajecten. Bij aanbidding van beide evaluaties aan de Tweede Kamer in 2009 gaf de minister van VWS aan dat hij de WMG en NZa in 2014 wederom zou evalueren. Het ministerie van VWS heeft er nu voor gekozen beide evaluaties te integreren in één project, teneinde parallellen te kunnen trekken tussen de werking van de wet en het functioneren van het Zelfstandig Bestuursorgaan (ZBO) dat de wet uitvoert. De Zvw wordt apart geëvalueerd en valt buiten de reikwijdte deze rapportage.

De centrale onderzoeksvragen van deze evaluatie zijn door het ministerie van VWS als volgt geformuleerd:

- 1 *Hoe wordt de WMG in de praktijk toegepast en welke eventuele knelpunten en problemen doen zich daarbij voor? Geven deze bevindingen in het licht van de doelstelling van de WMG aanleiding de wet of het beleid te wijzigen?*
- 2 *Op welke wijze functioneert de NZa en welke conclusies en aanbevelingen volgen hieruit?*

Deze onderzoeksvragen worden beantwoord aan de hand van vijf thema's en een groot aantal deelvragen, die onderdeel waren van de vraagstelling van het ministerie. De evaluatie is uitgevoerd op basis van literatuurstudie van openbare en niet-openbare documenten, data-analyse en een groot aantal gesprekken met medewerkers van het ministerie van VWS, de NZa, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenverenigingen en andere publieke of private organisaties met een rol in de zorgsector. Deelvragen, brondocumenten en gesprekspartners zijn opgenomen in de bijlagen bij deze rapportage.

Parallel aan dit evaluatieonderzoek over de WMG en de NZa heeft KPMG Plexus een evaluatie van de Zorgverzekeringswet uitgevoerd. Met de opdrachtgever en de uitvoerders van deze evaluatie heeft afstemming plaatsgevonden om zorg te dragen voor een heldere afbakening tussen beide onderzoeken.

Gedurende de periode waarin het onderzoek werd uitgevoerd is naar aanleiding van publicaties in NRC Handelsblad een onafhankelijk onderzoek gestart naar het intern functioneren van de NZa, uitgevoerd door de 'commissie Borstlap'. Om overlap tussen beide onderzoeken te voorkomen zijn de thema's 'kwaliteit van informatiebeveiliging' en 'personeel en cultuur' in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Met het secretariaat van de commissie heeft afstemming plaatsgevonden over de afbakening van de onderzoeksthema's. Voor zover relevant heeft AEF daarbij hoofdlijnen van de bevindingen van dit onderzoek gedeeld met de commissie.

In deze evaluatie geldt als belangrijk (methodologisch) voorbehoud dat er in de periode die deze evaluatie omvat – tussen 2009 en heden – diverse aanpassingen hebben plaatsgevonden in het beleidskader dat op het stelsel van toepassing is. Als gevolg daarvan is het niet mogelijk om het stelsel te evalueren aan de hand van een duidelijk referentiepunt en (voldoende) constante data. Causale verbanden tussen het beleid en de uitkomsten van het stelsel zijn moeilijk vast te stellen, zeker in gevallen waarin de verbanden niet los zijn te zien van aanpalende ontwikkelingen.

Binnen bovenstaande context en methodologische grenzen heeft AEF haar onderzoek op een professioneel verantwoorde en onafhankelijke wijze kunnen uitvoeren.

1.3 Beantwoording deelvragen

1.3.1 Tarief- en prestatieregulering

Eén van de centrale gedachten achter het Nederlandse zorgstelsel is dat zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders aan de hand van door NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen. In sommige sectoren zijn aan deze prestatiebeschrijvingen door NZa gereguleerde tarieven gekoppeld. In hoofdstuk 3 van dit rapport beantwoorden we de deelvragen bij dit thema. Samengevat zijn onze bevindingen per deelvraag als volgt.

- 1 *In hoeverre levert tarief- en prestatieregulering een noodzakelijke bijdrage aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg? Is tarief- en prestatieregulering effectief en doelmatig in het bereiken van deze doelen?*
- 2 *Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met algemeen consumentenbelang?*

Deze eerste twee deelvragen zijn in verregaande mate aan elkaar gerelateerd en worden daarom gezamenlijk beantwoord. Die is met de nodige onzekerheid omgeven. De deelmarkten in de zorg verschillen teveel van elkaar om een algemeen beeld te kunnen schetsen en algemeen consumentenbelang is een erg algemeen en complex begrip.

Uit ons onderzoek komt allereerst naar voren dat de rol van tarief- en prestatieregulering bij contractering van zorg in verschillende deelmarkten sterk verschilt. Prestatiebekostiging is binnen de langdurige zorg beter tot haar recht gekomen dan binnen de curatieve zorg. Vooral bij medisch-specialistische zorg wordt in beperkte mate gecontracteerd aan de hand van prestatiebeschrijvingen zoals het stelsel dat heeft beoogt. In plaats daarvan contracteren zorgverzekeraars grotendeels op basis van aanneemsommen met zorgaanbieders.

Daarnaast stellen we vast dat het mogelijke effect op betaalbaarheid van zorg van tarief- en prestatieregulering beïnvloed wordt door de bestuurlijke akkoorden die zijn gesloten voor de medisch-specialistische zorg, GGZ en eerste lijn. De groeiplafonds uit deze akkoorden worden als leidend beschouwd, wat de facto betekent dat er budgettering plaatsvindt in een vraaggestuurd zorgstelsel. Tenslotte nemen we waar dat de tarief- en prestatieregulering zich in haar huidige vorm moeizaam verhoudt tot de belangen van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, met name omdat in het stelsel de nadruk ligt op het belang van betaalbaarheid.

- 3 *Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met het instrument begrenzing voor macrokostenbeheersing?*

Het onderzoek toont een spanning tussen het functioneren van prestatiebekostiging en het bestaan van het instrument begrenzing in de vorm van het macrobeheersinstrument (MBI). Binnen het huidige zorgstelsel is het MBI een remmende factor om de beoogde prestatiebekostiging en vrij onderhandelbare tarieven tot wasdom te brengen: de facto is er dan namelijk nog steeds sprake van budgettering.

- 4 *Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met dynamiek en innovatie in de zorgverleningsmarkt?*

AEF concludeert dat tarief- en prestatieregulering een gemengd effect heeft op dynamiek en innovatie binnen de sector. Binnen sectoren met brede prestatiebeschrijvingen, zoals medisch-specialistische zorg en AWBZ-zorg, kan innovatie goeddeels binnen de bestaande prestatiebeschrijvingen plaatsvinden. Over het algemeen belemmeren of bespoedigen prestatiebeschrijvingen innovatie hier niet. In de eerstelijnszorg zijn verschillende vormen van facultatieve prestaties beschikbaar, die vanwege uiteenlopende redenen relatief weinig gebruikt worden door zorgverzekeraars en zorgaanbieders om zelfstandig zorgprestaties overeen te komen.

Experimentele zorgprestaties die tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden overeengekomen en worden gefaciliteerd door de NZa dragen vooral bij aan

procesinnovatie en het ontwikkelen van integrale zorgtrajecten waarin verschillende disciplines met elkaar gecombineerd worden. In de uitvoering doet zich echter een aantal problemen voor bij deze innovatieve zorgprestaties. Deze problemen hebben met name betrekking op het administratieve proces van het honoreren of afwijzen van ingediende zorgprestaties en de overgang van innovatieve naar reguliere zorgprestaties.

In twee gevallen hebben zorgaanbieders geprobeerd buiten bestaande prestatiebeschrijvingen om de zorgaanbodmarkt te betreden met innovatieve zorgverlening. In beide gevallen is deze toetreding verzand in bureaucratie, en aanzienlijk vertraagd.

5 *Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met multidisciplinaire samenwerking?*

Ketenzorg, waarin door multidisciplinaire samenwerking substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn beoogd wordt, vormt in feite een *live experiment* in samenwerking tussen zorgaanbieders. Op basis van het onderzoek is het op dit moment niet mogelijk definitieve conclusies te verbinden aan het functioneren van ketenzorg. Dit heeft vooral te maken met de grote variëteit bij de invulling van ketenzorg, waardoor een eenduidig beeld over de sector als geheel vooralsnog ontbreekt. Het is daarom niet mogelijk om op dit moment een eenduidig beeld te geven over in hoeverre integrale bekostiging van ketenzorg ook tot integrale zorg geleid heeft en of de beoogde substitutie vanuit de tweede lijn daadwerkelijk plaatsvindt.

6 *Is tarief- en prestatieregulering nodig binnen aanvullende pakketten?*

AEF concludeert dat door de NZa vastgestelde tarief- en/of prestatieregulering voor aanvullende zorg niet noodzakelijk is. Binnen verschillende vormen van aanvullende zorg declareren zorgaanbieders niet aan de hand van door NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen bij zorgverzekeraars, zonder dat hierdoor problemen ontstaan. Hoewel dit volgens de WMG verboden is, treedt de NZa niet handhavend op.

Uit deze constatering volgt overigens niet automatisch dat prestatiebeschrijvingen *an sich* binnen het aanvullende pakket niet langer noodzakelijk zijn. Een uniforme declaratietaal is nog steeds waardevol in het kader van transparante zorginkoop; het is alleen de vraag of de NZa deze prestatiebeschrijvingen nog moet vaststellen.

7 *Hoe fraudebestendig is tarief- en prestatieregulering?*

Over de fraudebestendigheid van tarief- en prestatieregulering kunnen wij geen definitieve uitspraken doen. Hoewel het onduidelijk is in welke vorm en hoe vaak declaratiefraude precies voorkomt, is wel duidelijk dat fraudebestendigheid over het algemeen geen rol van betekenis heeft gespeeld in het ontwikkelen van prestatieregulering. Bij het (door)-ontwikkelen van prestatieregulering wordt fraudebestendigheid tegenwoordig echter wel nadrukkelijk meegenomen in de overwegingen, bijvoorbeeld in de vorm van een fraudebestendigheidstoets voor nieuwe beleidsregels. Eveneens laat de NZa in haar handhaving zien fraude serieus aan te willen pakken.

- 8 *Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met het verbodsstelsel? In hoeverre dient een verbodsstelsel de doelen van de WMG? In hoeverre is er een alternatief voor het verbodsstelsel?*

Momenteel is het onder de WMG verboden voor zorgaanbieders om zorg te declareren die niet overeenkomt met door NZa vastgestelde tarieven of prestatiebeschrijvingen. AEF concludeert dat dit ‘verbodsstelsel’ de doelen van de WMG slechts in beperkte mate ondersteunt. Er lijkt voldoende reden te zijn om de verbodsbepalingen uit artikel 35 WMG te heroverwegen en vrije vormen van prestaties mogelijk te maken als aanvulling op vrije tarieven.

Een noodzakelijke voorwaarde voor een ‘gebodsstelsel’ is dat bij het wegvallen van prestatieregulering in deelmarkten sterker wordt ingezet op markttoezicht, om zo het evenwicht op de zorgmarkten te bewaken. Met name transparantieverplichtingen zijn in dit verband belangrijk. Daarnaast spelen de prestatiebeschrijvingen op dit moment een rol bij de risicoverevening en pakketafbakening. Voor deze vormen van afgeleid gebruik van prestatiebeschrijvingen moeten alternatieven aangedragen kunnen worden.

Hoofdvraag tarief- en prestatieregulering: *In hoeverre draagt tarief- en prestatieregulering bij aan het functioneren van het zorgstelsel?*

AEF concludeert dat tarief- en prestatieregulering in haar huidige vorm in beperkte mate bijdraagt aan het functioneren van het zorgstelsel. Dit gaat met name op voor curatieve zorg. Hoewel tariefregulering stelselmatig is afgebouwd, ligt er mede door toedoen van de bestuurlijke akkoorden in het stelsel nog altijd veel nadruk op de betaalbaarheid die afgedwongen wordt door de overheid. De rol van zorgverzekeraars als centrale spil van het zorgstelsel komt onvoldoende tot uitdrukking.

Met name in de medisch-specialistische zorg spelen prestatiebeschrijvingen een te geringe rol bij de zorginkoop en/of -declaraties. Dat gegeven is een pregnant signaal dat de toegevoegde waarde van de huidige inrichting van prestatieregulering binnen dit deel van het zorgstelsel gering is.

1.3.2 Markttoezicht

Het markttoezichtsinstrumentarium uit de WMG stelt de NZa in staat om zorgmarkten te ‘maken en bewaken.’ Om beoogde de stap te kunnen zetten van aanbodsturing naar vraagsturing in de zorg is het doel om markten waar nodig op gang te brengen en vervolgens te zorgen dat eerlijke concurrentie op de zorgmarkten gehandhaafd blijft. Hiertoe is het mogelijk verplichtingen op te leggen in geval van aanmerkelijke marktmacht (AMM), zorgfusies procedureel te toetsen en van zienswijzen aan de Autoriteit Consument en Markt (ACM) te voorzien, transparantieverplichtingen te handhaven en voorwaarden aan overeenkomsten te stellen op grond van artikel 45 WMG. Dit thema bestaat uit een aantal deelvragen, die wij uitgebreid beantwoorden in hoofdstuk 4 van het rapport.

- 1 *Is het AMM-instrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de met het instrument beoogde doelen te behalen?*

AEF concludeert dat het AMM-instrumentarium op papier voldoende slagvaardig is om met tijdelijke verplichtingen de negatieve effecten van AMM tegen te gaan. Wanneer AMM geconstateerd wordt, beschikt de NZa over een scala aan verplichtingen om op te leggen aan marktpartijen.

Uit de casuïstiek blijkt dat het merendeel van de AMM-procedures niet tot een constatering van AMM geleid heeft. Dit kan wijzen op een gebrek aan noodzaak om het AMM-instrumentarium toe te passen, of op een gebrek aan (juridische) toepasbaarheid, in de gevallen dat daar wel een noodzaak toe is. Er zijn aanwijzingen dat de NZa het AMM-instrumentarium niet voldoende toepasbaar acht om toetsing van de bestuursrechter te doorstaan. Dit verklaart het lage aantal AMM-procedures en de keuze om met name in te gaan op zaken waarin bijzonder hoge marktaandelen aan de orde zijn.

NZa beredeneert dat marktmacht van zorgaanbieders ('verkoopmacht') schadelijker is voor consumenten dan marktmacht van zorgverzekeraars ('inkoopmacht'), met name omdat inkoopmacht van zorgverzekeraars ten goede komt aan de consument. Om die reden besteedt de NZa daarom meer aandacht aan verkoopmacht. Dit beleidsuitgangspunt is gestoeld op aannames die naar ons oordeel op dit moment niet allemaal meer van toepassing zijn. Gezien de ingrijpendheid van het AMM-instrumentarium is de NZa naar de sector toe verplicht haar beleidsuitgangspunten voortdurend te blijven motiveren, en bij te stellen wanneer wetgeving of marktontwikkelingen veranderen. AEF is van oordeel dat daar op dit moment redenen toe zijn.

2 *Is het AMM-instrumentarium en de toepassing daarvan door de NZa nodig naast het mededingingsinstrumentarium en de toepassing daarvan door de ACM?*

In beginsel is sectorspecifiek AMM-toezicht door de NZa een waardevolle aanvulling op mededingingstoezicht door ACM. Zolang 'markt maken' in de zorgsector nog noodzakelijk wordt geacht, is er naar ons oordeel ook sectorspecifiek markttoezicht nodig.

Overigens betekent dit niet automatisch dat de NZa dit sectorspecifieke toezicht ook moet uitvoeren en handhaven. Gezien de ervaring die de NZa sinds 2006 heeft opgebouwd heeft met zorgmarkten, is het naar ons oordeel echter wel aan te bevelen deze taak bij de NZa te blijven beleggen.

3 *In hoeverre draagt markttoezicht en met name het fusietoezicht door de NZa bij aan het op gang brengen van de markt?*

De procedurele zorgspecifieke fusietoets is pas in 2014 ingevoerd. In hoeverre deze toets van toegevoegde waarde kan zijn kan op dit moment nog niet vastgesteld worden. De eerste ervaringen duiden erop dat de toetsing een waardevolle bijdrage kan leveren in het beter onderbouwen van met name bestuurlijke fusies.

Naast de zorgspecifieke fusietoets kan NZa zienswijzen indienen op voorgenomen fusies bij de ACM, die de fusies inhoudelijk toetst. Vanuit de sector en de wetenschap wordt de nodige kritiek geuit op de fusietoetsing door ACM. De zienswijzen van de NZa worden in beperkte mate meegewogen door de ACM, ondanks inspanningen van NZa om bij ziekenhuisfusies beter aan te sluiten bij de econometrische methodologie van ACM. De NZa zou effectiever kunnen optreden in het op gang brengen van markten door haar econometrische capaciteit voor deze activiteit te verleggen naar AMM-toezicht.

- 4 *Is het transparantie-instrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de met het instrument beoogde doelen te behalen?*

Inzichtelijkheid in de kwaliteit van zorg is van cruciaal belang voor het functioneren van de zorginkoopmarkt. AEF concludeert dat de NZa voldoende instrumenten paraat heeft om transparantie binnen de zorgmarkten slagvaardig na te streven. In de toepassing van dit instrumentarium heeft de NZa in de evaluatieperiode slechts beperkt uitvoering gegeven aan haar mandaat. Recent heeft de NZa stappen gezet in de richting van het verbeteren van kwaliteitstransparantie.

- 5 *Is het art. 45-instrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de met het instrument beoogde doelen te behalen?*

Via artikel 45 WMG kan de NZa eisen stellen aan de totstandkoming van de (voorwaarden voor) overeenkomsten met betrekking tot zorg en tarieven. De NZa heeft weinig belemmeringen dit artikel slagvaardig toe te passen, maar gaat terughoudend om met toepassing van dit artikel. De belangrijkste reden daarvoor is dat het opleggen van contractvoorwaarden een ingrijpend instrument is, wat niet lichtzinnig ingezet zou moeten worden door een publieke instantie.

De NZa heeft tot taak om zorgvuldig af te wegen in hoeverre contractvoorwaarden noodzakelijk zijn bij het contracteerproces bij de zorginkoop en binnen welke deelmarkten deze voorwaarden om aandacht vragen. Met name onder vrije beroepsbeoefenaars wordt stelselmatig aandacht gevraagd voor de inkoopmacht van verzekeraars. Hiervoor is al gesteld dat het de vraag is of alle aannames onder het algemene beleidsuitgangspunt ten aanzien van inkoopmacht van zorgverzekeraars nog geldig zijn. Dit geeft aanleiding voor een bredere discussie over nut en noodzaak van regulering om (sommige vormen van) inkoopmacht tegen te gaan.

Hoofdvraag markttoezicht: *Is het markttoezichtsinstrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

AEF concludeert dat het instrumentarium van de NZa vanuit de WMG over het algemeen slagvaardig is. De praktische toepassing van dit instrumentarium is gedurende de evaluatieperiode echter beperkt geweest. In een deel van de gevallen kan dit verklaard worden vanuit een terughoudendheid van de NZa.

1.3.3 Uitvoeringstoezicht Zvw

De WMG schrijft de NZa voor om toe te zien op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Het onderzoek evalueert hoe deze vorm van uitvoeringstoezicht zich ontwikkeld heeft sinds 2009 aan de hand van een aantal deelvragen die in detail in hoofdstuk 5 besproken worden.

- 1 *In welke mate dragen de NZa en WMG bij aan een goede zorginkoop door zorgverzekeraars?*

De NZa heeft in de wet een beperkte rol bij de zorginkoop, die wordt beschouwd als een proces dat afgehandeld moet worden tussen private spelers. De NZa ziet in het Zvw-domein alleen toe op rechtmatige uitvoering van de Zvw, en niet op doelmatige uitvoering daarvan. De terughoudendheid van de NZa om zich te mengen in de zorginkoop past bij de rol van

de NZa als controlerende toezichthouder: de NZa heeft niet als doel om te controleren of verzekeraars ‘goede’, of ‘de beste’ zorg inkopen.

Bij het bevorderen van ‘goede zorginkoop’ beperkt de NZa zich tot een voorwaarden-scheppende rol. De acties die de NZa onderneemt, zoals het vervroegen van de eigen deadlines en het uitbrengen van de leidraad *good contracting practices*, zijn vooral faciliterend van aard.

- 2 *In hoeverre dragen WMG en de NZa bij aan de bescherming van het algemeen consumentenbelang, waaronder de beschikbaarheid van keuze-informatie en transparantie?*

De NZa beschermt het algemeen consumentenbelang via haar rechtmatigheidstoezicht op zorgverzekeraars op een indirecte manier. In het uitvoeren van haar taak als beschermer van het algemeen consumentenbelang richt de NZa zich vooral op het functioneren van het systeem als geheel.

Betaalbaarheid lijkt daarbij het dominante thema; de aandacht van de NZa is de afgelopen jaren steeds meer komen te liggen op fraudebestrijding, gepast gebruik en de bestrijding van oneigenlijk gebruik en misbruik. De oorspronkelijke ‘kroonjuwelen’ van de wet – de zorgplicht, acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie – worden wel zoals gebruikelijk gemonitord, maar krijgen relatief minder aandacht dan de betaalbaarheid van zorg. De pijlers toegankelijkheid en (inzichtelijkheid van) kwaliteit van zorg hebben sinds 2009 relatief minder gewicht gekregen dan de betaalbaarheid.

- 3 *In hoeverre draagt het rechtmatigheidstoezicht van de NZa eraan bij dat zorgverzekeraars (formele en materiële) controles uitvoeren zodat fraude door zorgaanbieders wordt voorkomen dan wel aangepakt?*

Het toezicht van de NZa op zorgverzekeraars is sterk geïntensiveerd; er is ingezet op een stevige prikkel vanuit het toezicht naar de zorgverzekeraars. Sinds de evaluatie in 2009 is de aandacht voor fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik binnen de NZa toegenomen en is er extra capaciteit ingezet op dit terrein. Het rechtmatigheidstoezicht van de NZa draagt er daarmee in zekere mate aan bij dat verzekeraars materiële en formele controles uitvoeren.

Met de nadrukkelijke aandacht voor zorgfraude is echter een bureaucratisering gepaard gegaan die er toe heeft geleid dat het rechtmatigheidstoezicht een regulerend karakter heeft gekregen in relatie tot de middelen van verzekeraars. Daarmee is het huidige toezicht ingrijpender dan oorspronkelijk met de WMG beoogd, en staat het op gespannen voet met de in de WMG beoogde rol van verzekeraars als private spelers.

- 4 *Is het rechtmatigheidstoezicht van de NZa effectief ter bestrijding van fraude?*

Het is niet mogelijk om een feitelijk onderbouwde uitspraak te doen over de vraag of de NZa met haar uitvoeringstoezicht op een effectieve manier fraude bestrijdt. Er is simpelweg niet genoeg informatie beschikbaar over de omvang van het fenomeen ‘fraude’ (dan wel misbruik, onrechtmatigheid, oneigenlijk gebruik en/of foutieve declaraties). Wel kan gesteld worden is dat de NZa effect heeft gesorteerd op het gebied van bewustwording: er is veel aandacht voor de bestrijding van onrechtmatig gebruik van zorggelden en de controles door verzekeraars.

Om aansluiting te vinden bij de manier waarop de verantwoordelijkheden in het in 2006 ontworpen zorgstelsel verdeeld zijn, zou de verantwoordelijkheid om fraude op te sporen meer bij verzekeraars moeten liggen. Zij zijn immers verantwoordelijk voor de gelden die omgaan in het Zvw-domein en zouden financieel geprikkeld moeten zijn om ondoelmatig gebruik ervan tegen te gaan. Dat het uitvoeringstoezicht van de NZa wordt gezien als een belangrijk middel ten behoeve van fraudebestrijding wijst op significante imperfecties in het zorgstelsel.

Hoofdvraag uitvoeringstoezicht Zvw: *Is het instrumentarium voor uitvoeringstoezicht op de Zvw voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

Er zijn geen tekenen dat het instrumentarium van de NZa onvoldoende toepasbaar of van onvoldoende gewicht is.

Of de beoogde doelen worden bereikt hangt af van hoe die gedefinieerd worden. Ten aanzien van de ‘kroonjuwelen’ lijkt de NZa effectief, maar ten opzichte van de financieel georiënteerde controles minder. In het algemeen kan gezegd worden dat het uitvoeringstoezicht zich moeizamer is gaan verhouden tot de in het stelsel beoogde rolverdeling tussen NZa en verzekeraars. De focus in het uitvoeringstoezicht van de NZa is steeds meer komen te liggen op de rechtmatige inzet van de beschikbare middelen. Het was niet de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever dat de NZa zich in het Zvw-domein zo intensief zou (hoeven) bezighouden met deze zaken.

De manier waarop de NZa invulling geeft aan het toezicht kan in het veld op weinig draagvlak rekenen. Er is met name kritiek op de protocollering en de manier waarop de NZa die handhaaft.

1.3.4 Uitvoeringstoezicht AWBZ

Op basis van de WMG is de NZa ook belast met het toezien op de rechtmatige en de doelmatige uitvoering van de AWBZ. De hieronder opgenoemde deelvragen corresponderen met hoofdstuk 6 van dit rapport.

1 *In welke mate draagt het doel- en rechtmatigheidstoezicht van de NZa bij aan de bestrijding van fraude?*

Het stelsel in de AWBZ bevat geen financiële prikkels voor fraudebestrijding door AWBZ-uitvoerders. Wel voelen AWBZ-uitvoerders een reputatieprikkel. De sturing op controles en de versterkte inzet van de NZa op reputatieprikkels heeft het systeem van fraudebestrijding versterkt.

De manier waarop de NZa toezicht houdt op controles wordt tot nu toe door AWBZ-uitvoerders niet als effectief ervaren. Het toezicht is duidelijk en wordt consequent toegepast, maar wordt gezien als te weinig *outcome*-gericht. Dat de NZa activiteiten onderneemt om hier vanaf 2014 verandering in te brengen wordt gewaardeerd door veldspelers.

De vraag of het uitvoeringstoezicht van de NZa bijdraagt aan de bestrijding van fraude binnen de AWBZ is niet eenduidig te beantwoorden. De omvang van daadwerkelijke of vermeden fraude in de AWBZ is dusdanig onbekend dat we geen algemene conclusie kunnen trekken over de effectiviteit van het toezicht van de NZa.

- 2 *Zijn de wijze waarop de NZa de prestaties van concessiehouders meet en de keuze voor aandachtsgebieden, zoals Zorg in natura, Klachtenbehandeling, Contracteerproces, materiële controle en bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik, effectief?*

De NZa wordt als toezichthouder in het AWBZ-domein serieus genomen. De keuze van aandachtsgebieden die de NZa hanteert wordt door het veld overgenomen. Concessiehouders en zorgkantoren geven echter aan dat de manier waarop de NZa de prestaties meet niet altijd aansluit bij hun werkwijzen. De combinatie van selectief toezicht en het feit dat handhaving minstens een jaar na dato plaatsvindt leidt tot onbegrip in het veld.

Veldspelers geven aan dat de NZa te weinig stelling neemt tegen de veranderlijke politiek-bestuurlijke eisen; zowel verzekeraars als aanbieders zeggen dat de NZa een waardevolle rol zou kunnen spelen als 'buffer' tussen de politiek en het veld. Die rol wordt in hun ogen nu te weinig opgepakt.

- 3 *Beschikt de NZa over een afdoende handhavingsinstrumentarium?*

De handhavingsinstrumenten van de NZa in het AWBZ-domein zijn in de afgelopen periode intensiever ingezet. De NZa heeft vooral in het begin van 2014 veel meer gebruik gemaakt van haar instrumentarium dan in de voorgaande jaren. Veldpartijen en de NZa geven aan het handhavingsinstrumentarium voldoende effectief te vinden.

De NZa ziet wel beperkingen in haar mogelijkheden om direct tegen zorgkantoren handhavend op te treden. Hierbij wordt vooral de praktische inzetbaarheid van het instrumentarium als suboptimaal beschouwd, vanwege de administratieve lasten van het indirect aanspreken van zorgkantoren. Binnen de huidige juridische structuur lijkt het instrumentarium van de NZa echter afdoende en voldoende praktisch inzetbaar

- 4 *In welke mate dragen het doel- en rechtmatigheidstoezicht van de NZa en het instrumentarium van de WMG bij aan de bescherming van het algemeen consumentenbelang?*

Het huidige uitvoeringstoezicht in de AWBZ draagt op een indirecte manier bij aan het algemeen consumentenbelang. De NZa heeft beperkt invloed op de betaalbaarheid op macroniveau. Het is haar rol om de doelmatigheid in de het AWBZ-domein te waarborgen en dit doet zij voornamelijk middels haar protocollen voor zorgkantoren aangaande de formele en materiële controles.

De NZa stelt zich vooral op als stelselbewaker, niet als belangenbehartiger van de consument. Het zorgveld geeft het signaal af dat de NZa de regels te rigide hanteert. De NZa, aldus betrokkenen in het veld, besteedt wel aandacht aan consumentenbelangen en is betrokken, maar kan deze houding tot nu toe niet vertalen naar een op de praktijk gerichte vorm van toezicht.

Hoofdvraag uitvoeringstoezicht AWBZ: *Is het instrumentarium voor het uitvoeringstoezicht op de doel- en rechtmatige uitvoering van de AWBZ door Zorgkantoren, AWBZ-verzekeraars en CAK voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

Er is geen aanleiding om te constateren dat het handhavingsinstrumentarium voor de AWBZ te weinig toepasbaar of slagvaardig is. Wel geeft de NZa aan dat ze zorgkantoren directer

zou willen kunnen aanspreken. De juridische structuur van de AWBZ lijkt niet tot problemen te leiden in de uitvoering van het toezicht van de NZa. Wel wordt deze structuur al jaren als overmatig ingewikkeld beschouwd, vooral vanwege de positie van zorgkantoren, en gaan soms hoge administratieve lasten gepaard met het handhavende werk aan de kant van de NZa.

De NZa onderneemt in de AWBZ stappen om in samenwerking met het veld te komen tot een meer outcome-gerichte en *principle based* stijl van toezicht houden. Uitgaand van de beelden die onder de uitvoerders van de AWBZ leven, slaagt zij daar nog niet voldoende in.

1.3.5 Functioneren NZa

Het laatste thema van de evaluatie betreft het functioneren van de NZa. Binnen dit thema heeft het ministerie op voorhand geen uitgewerkte deelvragen geformuleerd. Wel zijn de volgende aandachtspunten voor de evaluatie benoemd:

- de (effectieve) inzet van het beschikbare instrumentarium en de kruisbestuiving tussen regulering- en (markt)toezichtstaken. Belangrijk aandachtspunt hierbij is het belang van fraudebestrijding. Bij de evaluatie van de inzet van de NZa op het gebied van markttoezicht dient de werkwijze van de ACM betrokken te worden inclusief de consequenties daarvan voor de NZa
- het bedrijfsmatig-organisatorisch functioneren van de NZa, waarbij specifieke aandacht wordt gevraagd voor de stand van zaken m.b.t. automatisering van de primaire werkzaamheden, de kwaliteit van de informatie die daar uit voortvloeit voor intern en extern gebruik, of die op orde is en gewaarborgd. Dit mede met het oog op tijdige gegevensaanlevering voor het budgettaire besluitvormingsproces bij VWS
- de relatie die de NZa met de minister/staatssecretaris c.q. het ministerie van VWS onderhoudt, waarbij specifieke aandacht wordt gevraagd voor de scheiding beleid en uitvoering
- de relaties die de NZa met stakeholders onderhoudt. Het gaat daarbij om collega-zbo's (artikel 17 WMG), zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en patiëntenorganisaties
- de bedrijfsmatig-organisatorische criteria die worden gehanteerd bij de beoordeling van het jaarlijks functioneren van de NZa met ingang van het jaarverslag 2011. Het gaat daarbij om de volgende criteria: kwaliteit verantwoordingsinformatie, toestand financiën, kwaliteit bedrijfsvoering, doeltreffendheid en doelmatigheid en goed bestuur (governance).

Hieronder vatten we onze bevindingen ten aanzien van het functioneren samen. Een meer uitgebreide beschrijving is opgenomen in hoofdstuk 7 van deze rapportage.

Het overkoepelende beeld van AEF uit de evaluatie is dat de NZa zich in de afgelopen jaren verder ontwikkeld heeft tot een professionele inhoudelijk kundige organisatie, gericht op het leveren van een betekenisvolle bijdrage aan de ontwikkeling van het zorgstelsel. Deze ontwikkeling heeft plaatsgevonden in een turbulente werkomgeving en een complex en bij tijd en wijle ook wispelturig politiek-bestuurlijk krachtenveld. Voor de NZa betekende dit dat de organisatie vrijwel structureel 'alle zeilen bij heeft moeten zetten' om aan de verwachtingen te voldoen. De resultaten die de NZa heeft neergezet zijn dan ook voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de kundigheid, gedrevenheid en betrokkenheid van haar medewerkers.

In relatie tot de voorgaande evaluatie is de NZa er echter slechts gedeeltelijk in geslaagd om zich te ontwikkelen tot 'een instituut dat, zonder zich al te veel aan te trekken van de waan van de dag, het optimaal functioneren van zorgmarkten bewaakt en bevordert'.¹ Het beeld van AEF is dat de NZa nog te weinig in staat is gesteld en geweest een eigen, onafhankelijke positie te verwerven en daarmee los te komen van de waan van de dag.

Aan deze situatie liggen verschillende oorzaken ten grondslag, die niet alle binnen de beïnvloedingssfeer van de NZa liggen. Belangrijke oorzaken zijn de rol die de WMG aan het ministerie van VWS toedicht, de beleidsgevoelige taakopdracht van de NZa en de transitie van het zorgstelsel. Binnen de eigen beïnvloedingssfeer ontbreekt het de NZa aan een eigen strategische agenda en maakt de organisatie in haar optreden naar de buitenwereld onvoldoende een scheiding tussen haar rollen als controleur, bewaker en regulator.

Deze oorzaken hebben tot gevolg dat in de relatie tussen het ministerie van VWS en de NZa, met name op het vlak van regulering, sprake is van een onduidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering. Hierbij is het beeld dat de NZa zich vooral (moet) richt(en) op de beleidsdoelen van het ministerie van VWS op korte termijn, waardoor de doelstellingen van de WMG, die meer gericht zijn op de lange termijn, enigszins op de achtergrond geraken. Deze focus wordt versterkt door het feit dat de exploitatiebijdrage die de NZa van het ministerie van VWS ontvangt gestoeld is op de betreffende beleidsdoelen. Hierdoor ontbreekt het vanuit het ministerie van VWS aan een scherp afgebakende, consistente taakopdracht voor de NZa.

Gegeven de beschreven context heeft de NZa zich de afgelopen jaren vooral sterk gericht op de complexe vraagstellingen die op de organisatie afkwamen. Deze gerichtheid past bij de inhoudelijke gedrevenheid van de organisatie. Op het gebied van de bedrijfsvoering zijn de afgelopen jaren weliswaar stappen voorwaarts gezet, tegelijk is er nog ruimte voor verdere verbetering.

Ten aanzien van deze bedrijfsvoering is de NZa in een groot aantal opzichten *in control*: de primaire en ondersteunende werkprocessen worden conform de geldende richtlijnen uitgevoerd, de interne en externe informatievoorziening is grotendeels op orde, de interne sturing is over het algemeen adequaat en de externe verantwoording over de geleverde prestaties in de richting van het ministerie van VWS is professioneel en transparant.

Op een aantal punten is de bedrijfsvoering van de NZa tegelijk ook kwetsbaar:

- de topstructuur is weinig integratief in de zin dat de samenhang in de activiteiten en de afstemming tussen de directies verbetering behoeft;²
- de interne *checks & balances* zijn relatief zwak ontwikkeld, waardoor er tussen de beleids- en stafdirecties onvoldoende 'tegenkracht' georganiseerd is om in de besluitvorming te zorgen voor een integrale afweging van belangen;
- het ontbreekt binnen de NZa aan een interne auditfunctie, die het functioneren van de organisatie in brede zin monitort en op basis van de resultaten hiervan adviezen geeft aan de Raad van Bestuur;

¹ Boer & Croon, Evaluatie CVZ en NZa (2009)

² Met de recente introductie van een Gemeenschappelijk Management Team is hier een eerste stap in gemaakt.

- een kritisch deel van de exploitatiebijdrage van het ministerie van VWS aan de NZa bestaat al langere tijd uit incidentele middelen, wat maakt dat de NZa geen structurele invulling kan geven aan de activiteiten die met deze middelen uit te voeren zijn;
- het ontbreekt de NZa aan een organisatiebrede aanpak voor de omgang met het (vooral als gevolg van de incidentele middelen) grote aantal tijdelijke medewerkers, waardoor voor een aantal bedrijfsonderdelen sprake is van een continuïteitsrisico;
- de benadering van de informatievoorziening en ICT is nogal instrumenteel, waarbij het strategisch belang van deze onderwerpen in brede zin binnen de organisatie wordt onderschat;
- de ontwikkelingen op het gebied van ICT vinden op te grote afstand van de primaire processen plaats, waardoor het risico bestaat dat applicaties niet voldoen aan de behoeften van toekomstige gebruikers.³

De partijen die opereren in het zorgstelsel typeren de NZa als een sterke inhoudelijke organisatie met kundige, gedreven en betrokken medewerkers. Het beeld van deze partijen is tegelijk wel, dat de NZa zich de afgelopen jaren steeds meer is gaan richten op de formele procedures en minder sensitief is geworden voor signalen uit de omgeving.

Hoofdvraag functioneren NZa: Draagt de NZa met de door haar geleverde prestaties in bedrijfsmatige zin bij aan het realiseren van de bedoelingen van de wetgever en realiseert de NZa haar prestaties tegen zo laag mogelijke kosten en met een zo hoog mogelijke kwaliteit?

Deze deelvraag valt uiteen in een beoordeling van de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de organisatie.

Voor de doeltreffendheid geldt dat de NZa in de afgelopen periode een betekenisvolle bijdrage heeft geleverd aan het verbeteren van de werking van het zorgstelsel. De wijze waarop dit gebeurd is, kenmerkt zich door een sterke inhoudelijke focus, een grote gedrevenheid en betrokkenheid van medewerkers en een sterke gerichtheid op het bereiken van tastbare resultaten met betrekking tot het naleven van wetten, regels en procedures. Er zijn echter ook factoren aan te wijzen die de NZa in haar doeltreffendheid belemmeren. Voor een deel liggen deze buiten de eigen invloedssfeer van de organisatie. Zo heeft het vanuit het ministerie van VWS, onder meer door de beleidsgevoeligheid van de activiteiten van de NZa, ontbroken aan een strak omliggende taakopdracht. Het beeld hierbij is dat de meer op korte termijn gerichte beleidsprioriteiten in de aansturing van de NZa een belangrijkere rol spelen dan de langetermijndoelen van de WMG. Vooral op het gebied van regulering heeft dit geleid tot een voor de buitenwereld diffuse sturingsrelatie tussen het ministerie van VWS en de NZa en een onduidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering. Binnen de eigen invloedssfeer van de NZa is vooral het ontbreken van een eigen strategische agenda (afgeleid van de langetermijndoelen van de WMG) een belemmering om koersvast te opereren. Daarnaast is de voor de buitenwereld onduidelijk ingevulde scheiding tussen de verschillende rollen die de NZa vervult een handicap in het functioneren. Partijen weten onvoldoende of ze te maken hebben met de NZa als controleur van uitgaven, bewaker van marktverhoudingen of reguleerder van tarieven dan wel prestaties. Tot slot heeft het strikt

³ Door de introductie van een alignmentstructuur zijn op dit punt in de afgelopen periode verbeteringen in gang gezet.

willen voldoen aan de geldende wetten, regels en procedures, onder meer op het gebied van het uitvoeringstoezicht op de Zvw geleid tot een verstarring in het opereren van de organisatie, waardoor de relaties met externe partijen onder druk zijn komen te staan.

Voor de doelmatigheid geldt dat de NZa de afgelopen jaren vrijwel structureel ‘alle zeilen moest bijzetten’ om aan alle verwachtingen te voldoen. Dit als gevolg van de transitie van het zorgstelsel en de politiek-bestuurlijke dynamiek die daarmee samenhangt. Hierdoor heeft het accent in de activiteiten sterk gelegen op de inhoud van het werk en minder op de bedrijfsvoering. De sturing op doelmatigheid van de organisatie is hierdoor enigszins op de achtergrond geraakt. Dit neemt niet weg dat er de afgelopen jaren wel verbeteringen in de bedrijfsvoering zijn doorgevoerd, onder meer daar waar het gaat om het verbeteren van de operationele informatievoorziening en het efficiënter inrichten van het proces van budgettering binnen de directie Zorgmarkten Care. Tegelijk is de bedrijfsvoering van de NZa op een aantal punten kwetsbaar. De belangrijkste van deze punten zijn de beperkte interne samenwerking tussen vooral de beleidsdirecties, de zwak functionerende interne *checks and balances* tussen beleids- en stafdirecties (onder meer door het ontbreken van een audit functie), de afhankelijkheid van incidentele middelen voor een aantal kritische activiteiten, het (als afgeleide hiervan) relatief grote aantal tijdelijke medewerkers en de weinig strategische benadering van de interne informatievoorziening en ICT.

Overall heeft de NZa in haar functioneren de afgelopen jaren een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt. Deze ontwikkeling heeft zich echter vooral voorgedaan op inhoudelijk terrein. Gezien de transitie van het zorgstelsel, de nauwe relatie met het ministerie van VWS en de interne drive binnen van de organisatie is dit verklaarbaar. De ontwikkeling van de bedrijfsvoering is hierbij op een aantal fronten achtergebleven en verdient de komende periode op een aantal punten extra aandacht. Het bijtrekken van dit ‘tweede been’ is nodig om de NZa in staat te stellen haar gezaghebbende rol als toezichthouder in de toekomst in stand te houden en verder te ontwikkelen.

1.4 Conclusies en beantwoording hoofdvragen

Op grond van het onderzoek komt AEF tot de volgende conclusies, die nader worden besproken in paragraaf 8.1.

- 1 *Hoe wordt de WMG in de praktijk toegepast en welke eventuele knelpunten en problemen doen zich daarbij voor? Geven deze bevindingen in het licht van de doelstelling van de WMG aanleiding de wet of het beleid te wijzigen?*

AEF concludeert dat de WMG op een aantal gebieden goed functioneert en op andere gebieden minder goed aansluit bij ontwikkelingen in het Nederlandse zorgstelsel. Op het gebied van tarief- en prestatieregulering functioneert de WMG naar ons oordeel niet optimaal: er is een te grote nadruk op (macro)betaalbaarheid ontstaan, en hierdoor raken de andere doelen van tarief- en prestatieregulering – met name kwaliteit van zorg – in de verdrukking. Ook blijkt dat het met de WMG beoogde systeem van prestatiebeschrijvingen in de curatieve zorg in beperkte mate wordt toegepast bij zorginkoop.

In haar markttoezicht gaat de NZa, in het licht van haar brede mandaat, terughoudend te werk. Die terughoudendheid is deels te begrijpen, maar wrekt zich bij het aanzetten tot kwaliteitstransparantie onder zorgaanbieders. Zonder inzicht in kwaliteit kan zorginkoop niet optimaal plaatsvinden en wordt de dynamiek in de zorgmarkt die het stelsel beoogt, belemmerd.

Daarnaast komt op meerdere plekken in het onderzoek terug dat er structureel weinig aandacht besteed wordt aan inkoopmacht van zorgverzekeraars ten opzichte van met name kleine aanbieders. De NZa zou in ons oordeel uitvoeriger moeten motiveren in hoeverre de inkoopmacht van zorgverzekeraar ten goede komt aan de consument.

Wat betreft het fusietoezicht is de reikwijdte van de WMG beperkt: de zorgspecifieke fusietoets van de NZa is procedureel van aard en zienswijzen aan de ACM zijn niet bindend.

Het uitvoeringstoezicht kan op basis van de WMG goed uitgevoerd worden. Het huidige takenpakket van de NZa op dit gebied gaat echter, mede onder externe druk, verder dan de oorspronkelijke intentie van de wetgever. Door de grote politieke en publieke aandacht voor fraude, gepast gebruik en incorrect declareren heeft het uitvoeringstoezicht zich ontwikkeld van een *low profile* administratief controlemechanisme tot een vorm van quasi-regulering. Hiermee lijkt het uitvoeringstoezicht in zijn huidige vorm haar doel vanuit de WMG voorbijgeschoten.

2 *Op welke wijze functioneert de NZa en welke conclusies en aanbevelingen volgen hieruit?*

AEF concludeert dat de NZa zich in de afgelopen jaren vooral heeft gericht op de beleidsmatige vraagstellingen die vanuit het ministerie van VWS op de organisatie afkwamen. Deze vraagstellingen lagen niet per definitie in het logische verlengde van de langetermijndoelen van de WMG lagen. Door de directe invloed van het ministerie van VWS op activiteiten van de NZa (vooral daar waar het gaat om regulering) en de afwezigheid van een eigen strategische agenda, is door de NZa onvoldoende nadrukkelijk op deze langetermijndoelen gestuurd.

Het beroep dat met de beleidsmatige vraagstellingen op de organisatie werd gedaan en ook de gedrevenheid van de NZa om met deze vraagstelling aan de slag te gaan, maakten dat de focus de afgelopen jaren in mindere mate op de interne bedrijfsvoering heeft gelegen. Ondanks dat in deze bedrijfsvoering wel stappen voorwaarts zijn gemaakt, is sprake van een aantal kwetsbaarheden. Deze kwetsbaarheden hangen samen met onder meer de te beperkte interne samenhang en afstemming, de zwak ontwikkelde interne checks and balances, de afhankelijkheid van een relatief grote groep tijdelijke medewerkers en de weinig strategische benadering van de informatievoorziening en de ICT. Het beeld van AEF is dat deze punten een risico vormen voor het functioneren van de organisatie op lange termijn en daarmee voor de kwaliteit van uitvoering van de regulerings- en toezichtstaken.

1.5 **Aanbevelingen**

Op basis van ons onderzoek komen wij tot een aantal concrete aanbevelingen, gegroepeerd aan de hand van de vijf onderzoeksthema's die deze evaluatie hebben gestructureerd. Deze aanbevelingen worden in meer detail besproken in hoofdstuk 8.2.

1.5.1 **Tarief en prestatieregulering**

- **Breng meer evenwicht tussen de doelstellingen van tarief- en prestatieregulering.** Door de bestuurlijke nadruk op betaalbaarheid zijn toegankelijkheid en kwaliteit van zorg ondergesneeuwd in het zorginkoopproces. De bestuurlijke akkoorden en het MBI hebben budgettering geïntroduceerd in de zorg. Hierdoor wordt, met name binnen de medisch-specialistische zorg, vooral onderhandeld op basis van prijs en volume en zijn zorgverzekeraars minder geprikkeld om in te kopen op basis van kwaliteit. Om werkelijke prestatiebekostiging tot stand te laten komen, zal het belang van door de overheid afgedwongen budgettering teruggeschaald moeten worden. Als er meer evenwicht is tussen

betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg kan prestatiebekostiging beter tot wasdom komen. De DBC-zorgproducten (DOT's) in de medisch-specialistische zorg kunnen op die manier een functionele rol spelen in een zorginkoopproces waarin naast prijs en volume ook kwaliteit een prominente rol speelt.

- **Besteed meer aandacht aan de monitoring van ketenzorg.** Op dit moment is onduidelijk of integrale bekostiging van ketenzorg ook tot integrale zorg geleid heeft en of de beoogde, op preventie gerichte substitutie vanuit de tweede lijn plaatsvindt.
- **Overweeg om de verbodsbepaling uit artikel 35 WMG los te laten.** Er is, onder een aantal noodzakelijke voorwaarden, gelegenheid om op grotere schaal zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf zorgprestaties overeen te laten komen, waarbij de NZa toeziet op transparantie en vergelijkbaarheid van deze vrije zorgprestaties.

1.5.2 Markttoezicht

- **Motiveer de prioritering van inkoopmacht en verkoopmacht beter.** NZa motiveert haar prioritering van het tegengaan van verkoopmacht boven het tegengaan van inkoopmacht vanuit de aanname dat in een concurrerende zorgverzekeringsmarkt inkoopmacht van zorgverzekeraars de consument ten goede komt, terwijl verkoopmacht van zorgaanbieders negatieve gevolgen voor consumenten heeft. De aannames die ten grondslag liggen aan deze prioritering zijn echter veranderd, met name op het gebied van risicodragendheid van zorgverzekeraars en de mogelijkheid tot selectief contracteren. Daarnaast bestaat er onder zorgaanbieders veel onvrede over vermeende inkoopmacht van zorgverzekeraars, en worden *soft law* instrumenten als *good contracting practices* als ontoereikend gezien om tegenwicht te bieden. Het is daarom zaak dat NZa beter motiveert waarom verkoopmacht anno 2014 meer aandacht verdient dan inkoopmacht, en haar markttoezicht aldus beter toelicht.
- **Besteed meer aandacht aan het stimuleren van kwaliteitstransparantie van zorgaanbieders.** Zorginkoop op basis van kwaliteitscriteria vindt op te beperkte schaal plaats. Zoals hierboven aangegeven heeft dit deels te maken met de huidige inrichting van tarief- en prestatieregulering. Tegelijkertijd is er in het markttoezicht van de NZa te weinig aandacht geweest voor het stimuleren van kwaliteitstransparantie onder zorgaanbieders.
- **Verleg binnen de NZa economische onderzoekscapaciteit van zorgfusies naar AMM-toezicht.** Wij raden aan dat de NZa in haar zienswijzen uniformer aandacht besteedt aan effecten op zowel betaalbaarheid, toegankelijk en kwaliteit van zorg. De rekenkracht van de voor fusies gebruikte econometrische modellen kan vervolgens goed van pas komen binnen AMM-toezicht.

1.5.3 Uitvoeringstoezicht Zvw

- **Stuur de inrichting van uitvoeringstoezicht op de Zvw bij.** De invulling van het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars is doorgeschoten richting de bestrijding van fraude, incorrect declareren, ongepast gebruik en misbruik. Het toezicht is steeds meer gericht op macrobetaalbaarheid en is bureaucratisch van aard geworden. Hierdoor bestaat er een spanning tussen de oorspronkelijke opzet van het Zvw-domein als een privaatrechtelijk stelsel en de verantwoordelijkheden van de NZa als toezichthouder op de besteding van middelen in de zorg. Deze situatie maakt een heroverweging van de reikwijdte en aard van het uitvoeringstoezicht noodzakelijk.

1.5.4 Uitvoeringstoezicht AWBZ

- **Beweeg in het uitvoeringstoezicht op de AWBZ van rule-based naar principle-based toezicht.** Over het algemeen is het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door AWBZ verzekeraars, zorgkantoren en het CAK voldoende slagvaardig en toepasbaar. Bij de inrichting van deze vorm van uitvoeringstoezicht heeft de NZa zich

echter te veel gericht op het in detail naleven van regels en wij raden aan meer aandacht te besteden aan toezicht op principe-niveau, waarbinnen zorgkantoren meer speelruimte krijgen.

1.5.5 Functioneren NZa

- **Herijk de sturingsrelatie tussen het ministerie van VWS en de NZa.** Binnen deze sturingsrelatie kan meer dan nu een onderscheid gemaakt worden tussen de uiteenlopende inhoudelijke rollen van de NZa (controleur, bewaker en regulator) en de opdrachtgevers- en eigendomsrelatie.⁴ Voor een gezaghebbende rolinvulling door de NZa is in de toekomst behoefte aan voldoende onafhankelijkheid ten opzichte van het departement.
- **Ontwikkel als NZa een eigen strategische agenda gericht op de toekomstige ontwikkeling van de organisatie.** Hiervoor dient vanuit de langetermijndoelen van de WMG een vertaling te worden gemaakt naar de primaire werkprocessen en van daaruit naar de bedrijfsvoering. Onderdeel van de agenda is het herijken van de verhouding tussen regulering en toezicht. Het onderzoek laat zien dat er ruimte is om de regulerende rol van de NZa verder af te bouwen en meer ruimte te geven aan het veld. Deregulering vraagt wel om een sterke en gezaghebbende toezichthouder die het algemeen belang bewaakt en ingrijpt waar dat nodig is. In het licht van dit ontwikkelingsperspectief is er – althans op dit moment – geen reden om te tornen aan het samengaan van regulering en toezicht binnen één toezichthouder.
- **Verbeter binnen de NZa de samenwerking tussen de directies.** Hierbij is het onder meer van belang de interne verantwoordelijkheden zodanig in te richten, dat in de aansturing het functioneren van de NZa als één organisatie centraal staat.
- **Intensiveer het toezicht op het functioneren van de NZa door het installeren van een externe, onafhankelijke auditcommissie.** Deze auditcommissie dient zich primair te richten op het monitoren van de (langetermijn)bedrijfsvoering binnen de NZa en het op basis hiervan geven van adviezen aan de Raad van Bestuur.
- **Versterk de interne *checks & balances* binnen de NZa.** Hiervoor dienen de stafdirecties (vooral daar waar het gaat om de informatievoorziening, de ICT en de HRM) beter in positie gebracht en de interne controlefunctie versterkt te worden.
- **Verken vanuit de NZa de mogelijkheden om op het terrein van de ondersteunende werkprocessen nader samen te werken met gelieerde partijen.** Gezien de schaalgrootte van de NZa is het aan te bevelen te onderzoeken op welke gebieden samenwerking met partijen zoals de IGZ, het Zorginstituut, andere toezichthouders en het ministerie van VWS toegevoegde waarde heeft.
- **Voer een integrale audit uit op het terrein van informatievoorziening en ICT.** Er hebben op een aantal deelterreinen van ICT al audits plaatsgevonden. In aanvulling hierop is er behoefte aan een integrale audit met een strategische, lange termijn perspectief. De resultaten van deze audit zijn te benutten voor een herijking van het Informatieplan 2014-2018, de integratie van DBC-O en de selectie van een nieuwe ICT-partner.
- **Vergroot de stabiliteit en continuïteit in de financiering van de NZa door de exploitatiebijdrage los te koppelen van het jaarlijkse werkprogramma.** Door de exploitatiebijdrage te relateren aan de op te stellen strategische agenda en het functiegebouw van de NZa, zijn meer garanties in te bouwen voor de continuïteit van de organisatie. Om de flexibiliteit in de organisatie, die nodig is om tussentijdse opdrachten

⁴ De scheiding tussen de opdrachtgevers- en eigendomsrelatie is binnen het ministerie van VWS reeds in voorbereiding.

van VWS op te vangen, te waarborgen, is een deel van de exploitatiebijdrage te reserveren voor nieuwe, onvoorziene werkzaamheden.

- **Gebruik de begroting als kader voor het jaarlijkse werkprogramma.** Aan de hand van de prioriteiten in de strategische agenda is te bepalen welke processen en projecten binnen de budgettaire ruimte uit te voeren zijn. Hiermee worden de geldende kaders leidend voor de **Richt het interne mobiliteitsbeleid op de doorstroming van medewerkers op alle niveaus binnen de organisatie.** De uitgangspunten hiervoor dient te zijn een evenwichtige opbouw van de organisatie, voldoende doorgroeimogelijkheden voor de medewerkers en een geleidelijke, maar continue vernieuwing van de organisatie.
- **Ga op een meer strategische en systematische manier om met de flexibele schil aan medewerkers en inhuur van externe expertise.** Hierbij is uit te gaan van de incidentele behoeften van de organisatie aan specifieke expertise en de tijdelijke karakter van een deel van de financiering vanuit het ministerie van VWS.
- **Versterk het strategisch relatiemanagement met de belangrijkste stakeholders.** Naast een plan voor de benadering van deze stakeholders gaat het om het vergroten van de sensitiviteit van de organisatie in relatie tot ontwikkelingen in het werkveld. Dit betekent niet dat alle signalen tot actie hoeven te leiden, maar wel dat beargumenteerde terugkoppeling plaatsvindt.
- **Concretiseer de criteria die gebruikt worden voor de jaarlijkse beoordeling van de NZa.** Hierbij dient te worden aangesloten op de aandachtspunten die voortvloeien uit de voorliggende evaluatie, zodat de voortgang op deze punten periodiek gemonitord wordt.

1.6 Tot slot

De conclusies en aanbevelingen hebben met elkaar gemeen dat ze erop gericht zijn om het door de WMG beoogde zorgstelsel beter tot zijn recht te laten komen. De evaluatie laat zien dat binnen de contouren van het huidige stelsel er nog de nodige ruimte is voor verbetering.

Het stelsel als geheel is gebaat bij een sterkere rol en positie voor de eindgebruikers van de zorg. De Zorgautoriteit kan haar gezag versterken door zich in haar optreden nadrukkelijker als belangenbehartiger van de patiënt/consument op te stellen, waar nodig onafhankelijk van het departement.

De ontwikkeling van de NZa als organisatie vraagt ten slotte om een consistente en voorspelbare lijn vanuit het departement, en – gezien de recente ontwikkelingen – ruimte om invulling te geven aan de taakopdracht voor de langere termijn.

2 Inleiding

2.1 Aanleiding voor het evaluatieonderzoek

De Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) is in werking getreden op 1 oktober 2006.⁵ Op basis van deze wet is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) opgericht. In 2009 heeft een eerste evaluatie van de WMG plaatsgevonden,⁶ alsmede een (separate) eerste evaluatie van de NZa als zelfstandig bestuursorgaan (ZBO).⁷ Bij het aanbieden van de beide evaluaties aan de Tweede Kamer in 2009 gaf de minister van VWS aan dat hij de WMG en NZa in 2014 opnieuw zou evalueren.⁸

Deze rapportage bevat de bevindingen van de evaluatie van zowel de WMG als het functioneren van de NZa. Deze evaluatie is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitgevoerd in de periode van maart tot september 2014.

Omdat de evaluaties van 2009 relatief kort volgden op de inwerkingtreding van de WMG, lag de focus destijds op het functioneren van de instrumenten die de WMG aan de NZa geeft. Nu er acht jaren sinds de inwerkingtreding verstreken zijn, kan de huidige evaluatie ook aandacht besteden aan de toepassing van de instrumenten uit de WMG in de praktijk en het functioneren van de NZa binnen een verder ontwikkeld zorgstelsel.

Anders dan in 2009 zijn de beide evaluaties nu samengevoegd in één traject. Dit heeft het mogelijk gemaakt om de toepasbaarheid van de WMG en het functioneren van de organisatie die deze wet grotendeels uitvoert met elkaar in verband te brengen.

2.2 Wet Marktordening Gezondheidszorg en Nederlandse Zorgautoriteit

De totstandkoming van de WMG in 2006 was onderdeel van één van de omvangrijkste stelselwijzigingen in de Nederlandse zorgsector. Samen met de Zorgverzekeringswet (Zvw) vormde de WMG het hart van een nieuw zorgstelsel waarin de omslag gemaakt werd van aanbodsturing door de overheid naar vraagsturing en concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zorgaanbieders en patiënten, en zorgverzekeraars en consumenten.

Het nieuwe zorgstelsel van de WMG en Zvw bestaat uit drie 'deelmarkten' (zie figuur 1):

- de zorgverleningsmarkt waar zorgaanbieders en patiënten elkaar ontmoeten
- de zorgverzekeringsmarkt waarop verzekerden en zorgverzekeraars interacteren
- de zorginkoopmarkt waar zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgverleners.

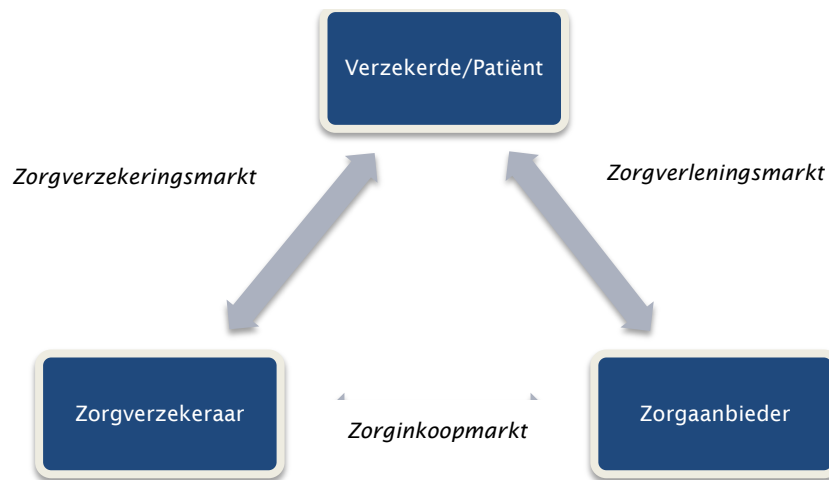
⁵ Kamerstukken II, 2005-2006, 30 186, nr. 1

⁶ ZonMw, Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg, 2009.

⁷ Boer & Croon, Evaluatie CVZ en NZa, 2009

⁸ Kamerstukken II, 2009-2010, 29 689 en 32 123 XVI, nr. 282

Figuur 1 - De drie zorgmarkten van de WMG en Zvw (bron: Ministerie van VWS)



Concurrentie⁹ op de zorgmarkten wordt gezien als een voorwaarde voor het slagen van het nieuwe zorgstelsel. Om te komen tot een systeem waarin naast deze marktwerking publieke belangen zijn geborgd, is de WMG in het leven geroepen, met als doelstellingen:

- concurrentie op gang te brengen en te houden
- waar nodig tarieven en prestaties van zorgaanbieders te reguleren
- informatievoorziening voor verzekerden en patiënten te bevorderen
- samenhang te creëren in het reguleren van de drie zorgmarkten.

Om deze doelen te realiseren voorziet de WMG in:

- het oprichten van de NZa;
- het vastleggen van de taken, bevoegdheden en (handhavings)instrumenten van de NZa;
- het definiëren van de verhouding tussen NZa en het ministerie van VWS en andere regulerings- en toezichthoudende instanties.

Artikel 3, vierde lid WMG stelt dat de NZa bij de uitoefening van al haar taken het 'algemeen consumentenbelang' voorop moet stellen. De memorie van toelichting van de WMG definieert het algemeen consumentenbelang als volgt:

De opdracht aan de zorgautoriteit rekening te houden met de belangen van de consument betekent niet dat het consumentenbelang altijd de doorslag moet geven. Het betekent wel dat de zorgautoriteit, in een systeem dat beoogt de consument beter aan zijn trekken te laten komen,

⁹ Wij hanteren hier en in de rest van dit rapport de termen 'concurrentie' of 'competitie' in plaats van de in beleidsstukken gebruikelijke term 'marktwerking.' Marktwerking is een relatief ambigu begrip, dat geen basis heeft in economische wetenschap en moeilijker af te bakenen is. Het gebruik van deze termen impliceert geen stellingname vooraf over de wenselijkheid ervan.

nadrukkelijk stilstaat bij de vraag in hoeverre een beslissing een bijdrage kan of zal leveren aan de consumentenbelangen.¹⁰

Specifiek valt het algemeen consumentenbelang uiteen in de publieke belangen van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, met de NZa als hoeder van deze belangen.¹¹ Betaalbaarheid van zorg heeft vooral betrekking op micro-betaalbaarheid voor consumenten, aangezien macro-betaalbaarheid van het zorgstelsel ten algemene geborgd wordt binnen het budgettaire kader zorg (BKZ). Tegelijkertijd zijn micro- en macro-betaalbaarheid niet precies van elkaar te scheiden: veranderingen in macro-betaalbaarheid hebben namelijk via zorgpremies en eigen bijdragen ook een effect op micro-betaalbaarheid. Toegankelijkheid van zorg wordt geïnterpreteerd in termen van tijdige beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg voor patiënten/cliënten. Kwaliteit van zorg wordt door de NZa meer indirect nagestreefd. Immers: het bewaken van de kwaliteit van zorgverlening in Nederland is belegd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), terwijl het Zorginstituut kwaliteitsindicatoren formuleert voor zorg. De NZa heeft echter wel nadrukkelijk een taak bij het inzichtelijk en vergelijkbaar maken van kwaliteit van zorg, en streeft hiermee kwaliteit van zorg na. In het vervolg van dit rapport zal de term 'algemeen consumentenbelang' een nadrukkelijke rol spelen en in een aantal deelvragen terugkomen.

De voorgaande evaluatie in 2009 richtte zich noodgedwongen op de werking van instrumenten uit de WMG, gezien de relatief korte tijd die verstreken was sinds de invoering van de wet. Geconcludeerd werd dat de WMG relatief geruisloos in werking getreden was, en dat er voor de verdere ontwikkeling van het zorgstelsel een aantal knelpunten lagen, bijvoorbeeld in de informele manier waarop de NZa toezicht hield en het achterblijven van kwaliteitstransparantie. Het evaluatierapport over het functioneren van de NZa in 2009 concludeerde dat de NZa zich te midden van een snel veranderend zorgstelsel en een wisselende politieke koers nog in een opbouwfase bevond. Gezien deze ontwikkelingen was de conclusie dat de NZa haar taken voortvarend had opgepakt.

Sinds 2009 heeft een aantal majeure veranderingen plaatsgevonden bij de inrichting van de WMG en het zorgstelsel ten algemene, waardoor er op dit moment wederom aanleiding is om de WMG en NZa te evalueren. We stippen deze ontwikkelingen hier kort aan.

De meest nadrukkelijke verandering betreft de verdere *ontwikkeling naar prestatie-bekostiging* in de curatieve en langdurige zorg. In de medisch-specialistische zorg werden zorgverzekeraars meer risicodragend en werd een vereenvoudigd bekostigingssysteem (DBC's op weg naar Transparantie, DOT's¹²) ingevoerd als vervanging van de bestaande systematiek van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Binnen de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) werd de koppeling met eerstelijnszorg gezocht en voor de curatieve GGZ werd prestatiebekostiging geïntroduceerd aan de hand van DBC's. Ook

¹⁰ Kamerstukken II, 2005-2006, 30 186, nr. 3 (MvT), p. 52

¹¹ MvT WMG, p. 4. Zie ook Sauter, *Marktwerking in de zorg - Toezicht: met oog op de consument*, 2009, p. 25-30

¹² De NZa hanteert de term 'DBC-zorgproducten'; om onderscheid te maken tussen DBC's pre en post het DOT traject, gebruiken wij in het vervolg van het rapport de term DOT of DOT's voor DBC zorgproducten die onder de DOT structuur vallen.

binnen AWBZ-zorg werd een nieuw bekostigingssysteem geïntroduceerd voor intramurale zorg, in de vorm van Zorgzwaartepakketten (ZZP's) waarmee integrale bekostiging werd nagestreefd.

In een aantal deelmarkten zijn tussen de minister van VWS en veldpartijen bestuurlijke akkoorden gesloten over gemaximeerde uitgavengroei. Ook werd een macrobeheers-instrument (MBI) voor zorgaanbieders in drie deelmarkten ontworpen om kostenoverschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) te kunnen verrekenen. Daarnaast kreeg de NZa een formele procedurele rol in de goedkeuring van zorgfusies in aanvulling op de mededingingstoetsing van Autoriteit Consument en Markt (ACM).

In de afgelopen jaren is fraude binnen de zorg een grote rol gaan spelen in het publieke en politieke debat. Zorgfraude is in de publieke opinie een breed gedefinieerd begrip geworden, dat betrekking heeft op alle vormen van onrechtmatige en oneigenlijke toepassing van de WMG, Zvw en verwante wetten. Daarmee gaat zorgfraude verder dan fraude in strafrechtelijke zin, en omvat naast doelbewust frauduleus handelen ook bijvoorbeeld niet-gepast gebruik van zorg en incorrect declareren van zorg door zorgaanbieders bij zorgverzekeraars.¹³ Gezien de nadrukkelijke publieke en politieke discussie over fraude in de zorg¹⁴ is dit thema in een aantal deelvragen verwerkt.

2.3 Vraagstelling

De centrale onderzoeksvraag van deze evaluatie bestaat uit twee onderdelen, en is geformuleerd door het ministerie van VWS:

- 1 *Hoe wordt de WMG in de praktijk toegepast en welke eventuele knelpunten en problemen doen zich daarbij voor? Geven deze bevindingen in het licht van de doelstelling van de WMG aanleiding de wet of het beleid te wijzigen?*
- 2 *Op welke wijze functioneert de NZa en welke conclusies en aanbevelingen volgen hieruit?*

Deze onderzoeksvragen zijn door de opdrachtgever onderscheiden naar deelvragen, die te vinden zijn in bijlage 4 van dit rapport en in de komende hoofdstukken afzonderlijk beantwoord worden. Deze deelvragen zijn gegroepeerd aan de hand van een vijftal thema's aan de hand waarvan het evaluatieonderzoek geordend is. Het gaat om de volgende thema's:

- **Tarief- en prestatieregulering (hoofdstuk 3)** – Dit betreft het geheel aan regulering uitgevoerd door de NZa op grond van de WMG van tarieven en/of prestaties van zorgaanbieders. De hoofdvraag van dit thema luidt: *In hoeverre draagt tarief- en prestatieregulering bij aan het functioneren van het zorgstelsel?*
- **Markttoezicht (hoofdstuk 4)** – Het markttoezichtsinstrumentarium uit de WMG stelt de NZa in staat om zorgmarkten te 'maken en bewaken.' Om de stap te kunnen zetten van aanbodsturing naar vraagsturing in de zorg, is het van belang om markten waar nodig op gang te brengen en vervolgens te zorgen dat eerlijke concurrentie op de zorgmarkten gehandhaafd blijft. Hiertoe is het mogelijk verplichtingen op te leggen in geval van

¹³ AEF (2014) Verkenning opsporingsfunctie in de zorg

¹⁴ Zie bijvoorbeeld Plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg, Kamerstukken II 2013-2014, 28828 nr. 50

aanmerkelijke marktmacht (AMM); zorgfusies procedureel te toetsen en van zienswijzen aan ACM te voorzien; transparantieverplichtingen te handhaven en voorwaarden aan overeenkomsten te stellen op grond van artikel 45 WMG. De hoofdvraag van dit thema is: *Is het markttoezichtsinstrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

- **Uitvoeringstoezicht Zvw (hoofdstuk 5)** – De WMG maakt het mogelijk voor de NZa om toe te zien op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. De hoofdvraag van dit thema luidt: *Is het instrumentarium voor uitvoeringstoezicht op de Zvw voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*
- **Uitvoeringstoezicht AWBZ (hoofdstuk 6)** – Op basis van de WMG is de NZa ook belast met het toezien op de rechtmatige en de doelmatige uitvoering van de AWBZ door AWBZ-zorgverzekeraars, zorgkantoren, en het Centraal Administratiekantoor (CAK). De hoofdvraag hierbij is: *Is het instrumentarium voor het uitvoeringstoezicht op de doel- en rechtmatige uitvoering van de AWBZ door Zorgkantoren, AWBZ-verzekeraars en CAK voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*
- **Functioneren NZa (hoofdstuk 7)** – Wat betreft het functioneren van de NZa gaat het om de beoordeling van de doelmatigheid en doeltreffendheid van de organisatie. De vraag is of de organisatie haar prestaties tegen zo laag mogelijke kosten en met een zo hoog mogelijke kwaliteit realiseert. De hoofdvraag van dit thema luidt: *Draagt de NZa met de door haar geleverde prestaties in bedrijfsmatige zin bij aan het realiseren van de bedoelingen van de wetgever en realiseert de NZa haar prestaties tegen zo laag mogelijke kosten en met een zo hoog mogelijke kwaliteit?*

2.4 Methodologie en onderzoeksverantwoording

De evaluatie is uitgevoerd op basis van literatuurstudie van openbare en niet-openbare documenten, data-analyse en gesprekken met medewerkers van het ministerie van VWS, de NZa, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenverenigingen en andere publieke of private organisaties met een rol in de zorgsector. Overzichten van brondocumenten en gesprekspartners zijn opgenomen als bijlagen bij deze rapportage.

De bevindingen van de evaluatie presenteren we in de voorliggende rapportage met enig voorbehoud. In de periode die deze evaluatie omvat, hebben namelijk continu aanpassingen plaatsgevonden in het vigerende beleidskader. Daarnaast zijn de causale verbanden tussen beleid en marktontwikkelingen moeilijk vast te stellen, zeker indien deze niet geïsoleerd kunnen worden van andere ontwikkelingen binnen de zorgmarkten.

Het evaluatieonderzoek is in opdracht van het Ministerie van VWS uitgevoerd door organisatieadviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) in samenwerking met Radicand Economics en Tilburg Law & Economics Center (TILEC).

De bevindingen, conclusies en aanbevelingen die uit dit onderzoek volgen, zijn tot stand gekomen op basis van onafhankelijk onderzoek. Tijdens het onderzoek heeft meermaals afstemming plaatsgevonden met belanghebbenden. Het gaat hier om:

- Afstemming met het Ministerie van VWS – Het ministerie is als opdrachtgever op de hoogte gehouden van stand van zaken van het onderzoek, heeft medewerkers ter beschikking gesteld ter begeleiding van het onderzoek en is betrokken geweest bij de praktische organisatie. Binnen het departement is een begeleidingscommissie ingesteld die meermaals de gelegenheid heeft gekregen om aanbevelingen en suggesties te doen, in diverse stadia van het onderzoek. Met de minister en staatssecretaris van VWS zijn wel gesprekken gevoerd, maar deze hebben geen input geleverd voor het onderzoek.

- Afstemming met de NZa – De NZa is op de hoogte gehouden van stand van zaken van het onderzoek en heeft eveneens medewerkers ter beschikking gesteld ter begeleiding van het onderzoek.
- Afstemming met de evaluatie Zvw – Parallel aan dit evaluatieonderzoek over de WMG en de NZa heeft KPMG Plexus een evaluatie van de Zorgverzekeringswet uitgevoerd. Met de opdrachtgever en de uitvoerders van deze evaluatie heeft afstemming plaatsgevonden om zorg te dragen voor heldere afbakening tussen beide onderzoeken.
- Afstemming met Commissie Borstlap - Eveneens parallel aan deze evaluatie heeft naar aanleiding van publicaties in NRC Handelsblad een onafhankelijk onderzoek plaatsgevonden naar het intern functioneren van de NZa ('commissie Borstlap'). Om overlap tussen beide onderzoeken te voorkomen zijn de thema's 'kwaliteit van informatie-beveiliging' en 'personeel en cultuur' in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Met het secretariaat van de commissie heeft afstemming plaatsgevonden over de afbakening van onderzoeksthema's. Voor zover relevant heeft AEF daarbij de hoofdlijnen van de bevindingen van dit onderzoek gedeeld met de commissie.

Binnen bovenstaande context en methodologische grenzen heeft AEF een professioneel verantwoorde en onafhankelijke evaluatie kunnen uitvoeren.

2.5 Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit 8 hoofdstukken. Na de managementsamenvatting (hoofdstuk 1) en deze inleiding (hoofdstuk 2) volgen inhoudelijke hoofdstukken over de vijf beschreven thema's: tarief- en prestatieregulering (hoofdstuk 3), markttoezicht (hoofdstuk 4), uitvoeringstoezicht Zvw (hoofdstuk 5), uitvoeringstoezicht AWBZ (hoofdstuk 6) en het functioneren van de NZa (hoofdstuk 7).

Hoofdstuk 8 bevat de conclusies per thema en een beantwoording van de hoofdvragen van de evaluatie. In het tweede deel van dit hoofdstuk formuleert AEF, wederom per thema, een aantal aanbevelingen die voortvloeien uit de eerdere conclusies.

3 Tarief- en prestatieregulering

3.1 Inleiding

De betaalbaarheid van zorg vormt een van de centrale doelstellingen van de WMG, naast het borgen van toegankelijkheid en kwaliteit. Zorguitgaven hebben een exponentiële groei gekend in de laatste 60 jaar.¹⁵ Ook na de komst van de Zvw en WMG zijn de collectieve uitgaven voor zorg blijven stijgen,¹⁶ waardoor het totaal aan zorguitgaven in 2012 neerkwam op meer dan 92 miljard euro.¹⁷ Het financieren van deze uitgaven vindt plaats op basis van premiebetalingen voor Zvw- en AWBZ-zorg, particuliere zorgpremies, eigen betalingen van patiënten en cliënten en bijdragen van de rijksoverheid en decentrale overheden.

Om de groei en omvang van de zorguitgaven te beheersen bestaat er in Nederland sinds 1994 een Budgettair Kader Zorg (BKZ)¹⁸ waarin met het oog op een sluitende rijksbegroting wordt vastgesteld hoe hoog de collectief gefinancierde zorguitgaven jaarlijks mogen zijn. Onder collectieve zorguitgaven wordt daarbij verstaan: uitgaven in de vorm van (inkomensafhankelijke) premies, eigen bijdragen en rijksbijdragen voor (basis) Zvw- en AWBZ zorg, uitgaven vanuit het gemeentefonds in het kader van de Wet Maatschappelijke Ontwikkeling (WMO) en enkele andere begrotingsgefinancierde posten.¹⁹ Overige zorguitgaven vallen buiten het BKZ. De omvang en inhoud van het BKZ is overigens veranderlijk: sinds de mondzorg grotendeels naar het aanvullende pakket is overgeheveld, vallen uitgaven hiervoor bijvoorbeeld niet meer onder het BKZ.

Binnen het BKZ werd in 2012 67 miljard euro besteed, waarvan rond de 80% afkomstig is uit zorgpremies en (inkomensafhankelijke) bijdragen op basis van de Zvw en AWBZ. De resterende 20% bestaat uit eigen bijdragen en rijksbijdragen voor zorg voor kinderen onder de 18 jaar, aanvullingen op het Zvw- en AWBZ-budget en toeslagen.²⁰

Er zijn verschillende manieren om de zorguitgaven die onder het BKZ vallen te beheersen:

- reguleren van prijzen en volumes
- opstellen van omzetplafonds voor (deel)markten of afzonderlijke zorgaanbieders
- verminderen van collectieve zorguitgaven, bijvoorbeeld door het basispakket te verkleinen of eigen betalingen van patiënten te verhogen.

¹⁵ De Kam en Donders, "zonder zorg vaart niemand wel", in: *Een economisch gezonde gezondheidszorg. KVS Preadviezen* (2012), p. 21

¹⁶ CPB policy brief 2011/11

¹⁷ CBS statline, Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering

¹⁸ Wet beperking contracteerplicht en invoering maximumtarieven, Stb. 1991, 584

¹⁹ Binnen het BKZ kan onderscheid gemaakt worden tussen een netto en bruto variant, waarbij het bruto BKZ alle collectieve zorguitgaven omvat en het netto BKZ alle collectieve uitgaven minus eigen betalingen omvat.

²⁰ RIVM, Zorgbalans 2012

Met name de eerste twee punten komen in dit deel van het onderzoek aan bod; het derde punt bespreken we zijdelings in paragraaf 3.6 (aanvullend pakket). Het BKZ vormt het referentiekader voor tarief- en prestatieregulering: het geheel van tarieven en prestaties moet immers binnen het kader van het BKZ vallen, en het BKZ moet ruimte bieden voor de tarieven en prestaties die de NZa vaststelt.

De NZa is in het zorgstelsel belast met het vaststellen van tarieven en prestaties binnen die (deel)markten van de zorginkoopmarkt waar geen vrije tarieven gelden. De NZa is eveneens belast met het vaststellen van prestaties in die deelmarkten die onder de reikwijdte van de WMG vallen en waar tarieven wel vrij onderhandelbaar zijn.²¹ Daarnaast verzorgt de NZa de uitvoering van ingrepen op last van de minister ten behoeve van de macrokosten-beheersing, een onderwerp dat we bespreken in paragraaf 3.3.

In de paragrafen hierna gaan we aan de hand van verschillende deelvragen in op de tarief- en prestatieregulering onder de WMG. Op basis van deze deelvragen kunnen wij de overkoepelende hoofdvraag van dit thema beantwoorden: *In hoeverre draagt tarief- en prestatieregulering bij aan het functioneren van het zorgstelsel?*

3.2 Aansluiting bij doelen van WMG en algemeen consumentenbelang

3.2.1 Context en vraagstelling

De WMG maakt het mogelijk om tarieven en prestaties te reguleren voor zorg die valt onder de Zvw, AWBZ of artikel 1, eerste lid van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG).

Deze taak is toebedeeld aan de overheid.²² In de praktijk is de rolverdeling als volgt. De minister heeft het primaat om te bepalen of er sprake moet zijn van tarief- en prestatieregulering en in welke vorm. Op basis van art. 2, WMG kan bij algemene maatregel van bestuur een aantal deelmarkten of vormen van zorg worden uitgezonderd van tarief- en prestatieregulering. Deze uitzonderingen zijn opgenomen in artikel 3 en 4, besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG (hierna: BUB). Op grond van art. 7, eerste lid, onder b, WMG kan de minister een aanwijzing geven over de beleidsregels die de NZa moet opstellen om tarieven en/of prestaties te reguleren. Art. 59 WMG legt vervolgens vast in welke gevallen de NZa alleen op aanwijzing van de minister een beleidsregel op mag stellen: bij het vaststellen of wijzigen van een tariefsoort, het vaststellen of wijzigen van een grens (zie paragraaf 3.3), het vaststellen van een beschikbaarheidsbijdrage of vereffening, of het instellen van een experiment.

Artikel 57 WMG bepaalt dat de NZa beleidsregels dient op te stellen. In deze beleidsregels legt de NZa op basis van aanwijzingen vast of er in een deelmarkt sprake is van vrije tarieven, vaste tarieven, minimum- of maximumtarieven en aan welke prestatiebeschrijvingen deze tarieven worden gekoppeld (artikel 50, eerste lid WMG). De procedure en voorwaarden aan de hand waarvan de NZa tarieven en prestaties vaststelt, zijn gebundeld in artikelen 50 tot en met 56 WMG. Het vaststellen van vrije tarieven doet de

²¹ Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG, Stb. 2006, 431, art. 3

²² Wet Marktordening Gezondheidszorg, kst 2005-30186, nr. 3 (MvT) p. 4

NZa ambtshalve (artikel 51), terwijl het vaststellen van vaste, bandbreedte-, minimum- of maximumtarieven ook op aanvraag van ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders kan plaatsvinden (artikelen 52 en 54 WMG). Op grond van art. 53 kan de NZa prestatiebeschrijvingen opstellen, ook als deze niet zijn gekoppeld aan gereguleerde tarieven.

De afwijzingsgronden en afwijzingsprocedure bij het vaststellen van tarieven en prestaties zijn gebundeld in artikelen 55 en 56 WMG. Op grond van artikel 37 WMG kan de NZa tenslotte na aanwijzing van de minister van VWS vaststellen tussen welke partijen de vastgestelde tarieven worden verrekend, wanneer meerdere partijen samen zorg aanbieden.

De NZa reguleert momenteel tarieven in 15 deelmarkten. Tabel 1 geeft daarvan een overzicht.

Tabel 1 - Overzicht van markten waarin tariefregulering van toepassing is. (Peildatum: juni 2014)

Zorgverzekeringswet	AWBZ
- Basis-GGZ	- Langdurige intramurale GGZ
- Gespecialiseerde GGZ	- Gehandicaptenzorg
- Revalidatiezorg	- Verpleging en verzorging
- Huisartsenzorg	- Forensische zorg op basis van besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG (deze taak wordt aangepast en opgenomen in de toekomstige Wet Forensische Zorg (WFZ) ²³
- Verloskundige zorg	
- Logopedie	
- Kraamzorg	
- Mondzorg	
- Kaakchirurgie	
- Ambulancezorg	
- Medisch-specialistische zorg (gereguleerde en vast segment)	

De gereguleerde tarieven in deze deelmarkten zijn aan prestaties gekoppeld. Daarnaast bestaat een breed scala aan prestatiebeschrijvingen die niet gekoppeld zijn aan gereguleerde tarieven. Hier gaat het bijvoorbeeld om:

- Medisch-specialistische zorg (vrije segment, met uitzondering van honorariumtarieven)
- Farmaceutische zorg
- Dieetadvisering
- Fysiotherapie
- Oefentherapie.

De tarief- en prestatiereregulering voor bepaalde vormen van curatieve en langdurige zorg is ondergebracht in respectievelijk Diagnose-Behandelcombinaties (DBC's, voor medisch-specialistische zorg en GGZ) of Zorgzwaartepakketten (ZZP's, voor AWBZ-zorg).

²³ Forensische zorg met strafrechtelijke titel ontleent bekostigingstitels aan de AWBZ in de vorm van DBBC's (Diagnose-behandel- en -beveiligingscombinaties). De financiering van forensische zorg valt buiten het BKZ en wordt aangestuurd door de minister van Veiligheid en Justitie. Derhalve valt forensische zorg buiten de reikwijdte van deze evaluatie.

De DBC-systematiek voor medisch-specialistische zorg stamt uit 2005 en legt per aandoening vast welke medische handelingen gemiddeld gebruikelijk zijn vanaf diagnose tot en met behandeling. Alle verrichtingen worden verwerkt in één bedrag. Zorgaanbieders kunnen aan de hand van DBC's onderhandelen over prijzen. Het DBC-systeem is bedoeld om bij te dragen aan de geleidelijke overgang van de oorspronkelijke budgetbekostiging naar prestatiebekostiging van ziekenhuizen, naast andere maatregelen hiertoe op het gebied van bijvoorbeeld transitie-modellen en overgangsregelingen voor kapitaallasten.

Vanaf 2008 is met de gedeeltelijke overheveling van de GGZ van de AWBZ naar de Zvw een DBC-systeem ingericht voor curatieve GGZ aan de hand van gemiddelde tijdseenheden. Het doel van deze transitie was om meer grip te krijgen op prijs en prestatie van GGZ-zorg en deze verhouding beter inzichtelijk te maken voor patiënten en verzekeren.²⁴ Het DBC-systeem binnen de GGZ verschilt daarmee van DBC's in de medisch-specialistische zorg: waar GGZ-DBC's zijn georganiseerd rond gemiddelde tijdseenheden, zijn DBC's in de medisch-specialistische zorg ingericht aan de hand van gemiddelde uitgevoerde zorgactiviteiten.

Met het bestuurlijk akkoord over de toekomst van GGZ werd in 2012 een nieuw onderscheid afgesproken tussen generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ.²⁵ Basis-GGZ wordt sinds 2014 bekostigd aan de hand van vier patiëntgerichte zorgvraagzwaarteprestaties, gepaard aan maximumtarieven. Binnen de gespecialiseerde GGZ gelden DBC's. De langdurige GGZ valt vervolgens onder AWBZ zorg en wordt bekostigd aan de hand van ZZP's.

Het systeem van Zorgzwaartepakketten (ZZP's) geldt voor intramurale AWBZ-zorg en is tussen 2009 en 2011 gefaseerd ingevoerd. In deze periode werd de omslag gemaakt van (aanbodgestuurde) budgetbekostiging naar (vraaggestuurde) prestatiebekostiging voor verpleging en verzorging (ouderenzorg), gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg aan de hand van ZZP's. Intramurale zorg wordt in ZZP-categorieën ingedeeld met bijbehorende tarieven, op basis waarvan deze zorg wordt bekostigd.²⁶

De ZZP's vallen binnen het kader van de contracteerruimte tussen zorgkantoren en zorgaanbieders, die per zorgkantoorregio op macroniveau wordt vastgesteld. De contracteerruimte per zorgkantoor komt daarmee neer op een regionaal budgettair kader waarbinnen productie gecontracteerd wordt.

De invoering van DBC's en ZZP's vormde een integraal onderdeel van de gewenste overgang van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd zorgstelsel. Met name bij de curatieve

²⁴ Invoering diagnosebehandelcombinaties in GGZ, kst 2008-II, 29248 nr. 71 (Brief)

²⁵ Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 kamerstukken 2012-II 25424 nr. 183

²⁶ Nza, Beleidsregel CA-392, Invoering zorgzwaartepakketten (2009); Nza, Beleidsregel CA-393, Herallocatie ZZP-invoering (2009); Nza, Beleidsregel CA-437, Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten (2009).

zorg ontstond na de evaluatie van de WMG in 2009 het besef dat de trage ontwikkeling van de bekostigingssystematiek de ontwikkeling naar een werkelijk vraaggestuurd stelsel in de weg stond. Een deel van de curatieve zorg werd al op basis van prestaties bekostigd, terwijl een groot gedeelte nog middels budgetbekostiging was ingericht. Daarnaast waren zorgverzekeraars nu weliswaar verantwoordelijk voor zorginkoop, maar slechts in beperkte mate risicodragend. Hiermee ontstond de constatering dat curatieve zorg ‘*stuck in the middle*’ was tussen vraag- een aanbodsturing in, waardoor de sterke stijging van uitgaven in de curatieve zorg in haar geheel minder goed beheersbaar was.²⁷

De minister concludeerde vanwege bovenstaande ontwikkelingen in 2011 dat de overgang van budget- naar prestatiebekostiging niet voorspoedig genoeg verliep. Ze sprak de wens uit om per 2012 over te stappen op een algeheel systeem van prestatiebekostiging in de medisch-specialistische zorg. Met deze vorm van prestatiebekostiging declareren zorgaanbieders op basis van geleverde prestaties en integrale tarieven bij zorgverzekeraars.²⁸

De overgang naar prestatiebekostiging ging gepaard met het progressief schrappen van budgetbekostiging en het voornemen om tot werkelijk integrale tarieven te komen: in de medisch-specialistische zorg was (en is) namelijk sprake van een gescheiden kosten- en honorariumcomponent binnen een tarief, waardoor van integraliteit geen sprake is. Daarnaast werd het DOT-traject ingevoerd binnen de medisch-specialistische zorg (DBC's Op weg naar Transparantie), waarmee per 1 januari 2012 het aantal DBC's werd teruggebracht van 30.000 naar 4.400, teneinde de bekostiging van ziekenhuiszorg inzichtelijker te maken. DOT-zorgproducten zijn onderling homogeen geformuleerd op basis van feitelijke behandeling, in tegenstelling tot de oorspronkelijke DBC zorgproducten. Dit zou contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders transparanter en efficiënter moeten maken.²⁹ Ook werd het B-segment van vrije tariefvorming uitgebreid tot 70% van de ziekenhuiszorg, met uitzondering van het honorarium van medisch-specialisten, zoals hieronder beschreven.³⁰

²⁷ Inspectie der Rijksfinanciën, Curatieve zorg 2.0: Rapport brede heroverwegingen. Bijlage bij kamerstukken II, 2009-2010, 32 359, nr.

1.

²⁸ Een integraal tarief houdt in dat alle kosten voor een ziekenhuis inclusief honoraria verdisconteerd zijn in één tarief. Tot op heden is het honorarium van medisch-specialisten echter niet integraal opgenomen in een DOT-tarief, maar wordt separaat verrekend.

²⁹ “Zorg die loont”, Kamerstukken 2011-II, 32620, nr. 6, p. 8 (brief).

³⁰ Eveneens sprak de Minister de ambitie binnen somatische zorg zorgverzekeraars volledig risicodragend te maken en nieuwe maatregelen voor macrobeheersing van uitgaven mogelijk te maken. Risicodragendheid van zorgverzekeraars valt buiten de reikwijdte van deze evaluatie, terwijl macrobeheersing behandeld wordt in paragraaf 3.3.

Met de overgang naar prestatiebekostiging van medisch-specialistische zorg werd beoogd tot drie segmenten van bekostiging te komen:

- een vrij segment, waarin prijzen en volumes vrij onderhandelbaar zijn tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit segment kwam overeen met wat voorheen het B-segment was en werd verder uitgebreid tot 70% van alle medisch-specialistische zorg. Hier dient wel vermeld te worden dat de gereguleerde honoraria (het gaat hier de facto om tarieven) van medisch-specialisten buiten het vrije segment vallen. Alle kosten minus de honoraria zijn dus vrij onderhandelbaar.³¹
- een gereguleerd segment, waarin gedeclareerd wordt op basis van zorgprestaties en maximumtarieven. Het gaat hier om medisch-specialistische zorg waar sprake is van concentratie en toetredingsdrempels waardoor vrije tarieven tot marktfalen kunnen leiden, zoals zorg die onder de Wet op bijzondere medische verrichtingen valt; of zorg die niet goed in de DBC systematiek verrekend kan worden, zoals IC-zorg en dure geneesmiddelen. De maximumtarieven worden vastgesteld door de NZa.
- een vast segment, waarin bekostiging plaatsvindt op basis van (gedeeltelijk) productie-onafhankelijke normen, betaald aan zorgaanbieders rechtstreeks uit het zorgverzekeringsfonds. Het gaat hier om vormen van zorg die zich niet lenen voor declarabele prestaties, waarvan de minister via AMvB heeft bepaald dat die beschikbaar moet zijn, zoals donor-uitnameteams en traumahelikopters. Daarnaast omvat het vaste segment vormen van zorg die slechts gedeeltelijk in een DBC kunnen worden uitgedrukt, zoals spoedeisende hulp, traumazorg en brandwondenzorg. Voor zover de beschikbaarheid van deze zorg niet afgedekt kan worden via DBC's, wordt een beschikbaarheidsbijdrage vastgesteld.³²

Het vaststellen van en overhevelen tussen deze drie segmenten vindt plaats op aanwijzing van de minister van VWS. De minister beslist hiermee over de verdere mate van (de)regulering in de zorg. Praktisch gezien werd de overgang naar prestatiebekostiging begeleid aan de hand van een transitie-model om zorg te dragen voor een geleidelijke overgang en de financiële risico's voor zorgaanbieders en macrokostenoverschrijding zo veel mogelijk te beperken.³³

Tot slot is het belangrijk te vermelden dat tarief- en prestatieregulering niet in isolatie plaatsvindt. Er zijn meer ontwikkelingen die invloed hebben gehad op betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

³¹ Per 2015 is er geen onderscheid meer tussen het kostendeel en het honorariadeel bij de bekostiging van medisch-specialistische zorg, maar wordt er gedeclareerd op basis van integrale tarieven.

³² Zorg die loont, bijlage 1

³³ NZa (2011) Verantwoordingsdocument Invoering prestatiebekostiging medisch-specialistische zorg: Uitwerking van implementatie per 2012, 21-29

Met name noemen wij hier de onderhandelakkoorden van de minister van VWS met medisch specialisten (2010)³⁴ en NVZ, NFU, ZKN en ZN (2011),³⁵ en de in 2013 gesloten bestuurlijke akkoorden tussen de minister van VWS en de medisch-specialistische zorg, eerste lijn en GGZ over de beperking van uitgavengroei.³⁶

De wijze waarop het instrumentarium van tarief- en prestatieregulering is ingezet, is ingrijpend veranderd sinds de laatste evaluatie van de WMG in 2009. Deze verandering lijkt ingevoerd vanuit de gedachte dat de doelen van de WMG in een gemengd stelsel van budget- en prestatiebekostiging onvoldoende bereikt kunnen worden.³⁷ Hierdoor is het van belang om gezien deze versnelde transitie naar vraaggestuurde zorg de volgende deelvraag te stellen: *In hoeverre levert tarief- en prestatieregulering een noodzakelijke bijdrage aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg? Is tarief- en prestatieregulering effectief en doelmatig in het bereiken van deze doelen?*

Het effect van tarieven en prestaties op *betaalbaarheid* van zorg is intuïtief het beste te volgen: door zorg in prestatiebeschrijvingen te ordenen en hier vrije, vaste, gemaximeerde of bandbreedtetarieven aan te koppelen kan de betaalbaarheid van prestaties op macroniveau beïnvloed worden. Hiermee heeft prestatieregulering ook een effect op *toegankelijkheid* van zorg: contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders leidt tot een bepaalde toegankelijkheid van het zorgaanbod voor patiënten en consumenten in termen van tijd en afstand. De relatie tussen prestatieregulering en *kwaliteit* van zorg, ten derde, heeft een normatiever karakter: het idee is dat prestatieregulering tot betere kwaliteit van zorg *zou moeten* leiden. Door een systeem van vergelijkbare en transparante zorgprestaties is het de bedoeling dat zorgverzekeraars kunnen contracteren met de zorgaanbieder die de beste kwaliteit van zorg levert. Hierbij dient vermeld te worden dat zorgprestaties zelf geen informatie over kwaliteit bevatten, maar alleen over verrichtingen al dan niet in combinatie met tijdseenheden. Het opstellen van kwaliteitsindicatoren is belegd bij het Zorginstituut, en de IGZ ziet toe op kwaliteit van zorgverlening.

Zoals aangegeven in de algemene inleiding van dit rapport wordt de combinatie van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg gedefinieerd als het algemeen consumentenbelang. In wat volgt gaan wij eerst specifieker in op het algemeen consumentenbelang in relatie tot tarief- en prestatieregulering, waarna we overgaan tot het presenteren van de onderzoeksbevindingen.

³⁴ Onderhandelingsresultaat Hoofdlijnen bekostiging vrij gevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014

³⁵ Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

³⁶ Zie Onderhandelaarsresultaat medisch-specialistische zorg 2014 tot en met 2017; Onderhandelaarsresultaat GGZ 2014 tot en met 2017; Onderhandelaarsresultaat Eerste Lijn 2014 tot en met 2017

³⁷ Inspectie Rijksfinanciën, Curatieve zorg 2.0, p. 19

Algemeen Consumentenbelang

Betaalbaarheid van zorg wordt in het kader van tarief- en prestatieregulering vaak benaderd vanuit een macroperspectief: in hoeverre drukken collectief gefinancierde zorgkosten op de rijksbegroting? Tarief- en prestatieregulering heeft echter ook een effect op microniveau waar het patiënten en consumenten op de zorgverleningsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt betreft.

De NZa stelt dat zij er met tariefregulering voor zorgt dat “de consument nooit te veel betaalt voor zijn zorg.”³⁸ Deze betaalbaarheid van zorg op het niveau van individuele consumenten is in de inrichting van tariefregulering in de WMG echter niet te traceren: in artikelen 50 tot 57 WMG ligt de nadruk op de verhouding tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt.³⁹

Dit neemt niet weg dat ook in de WMG het patiënten- en consumentenperspectief betrokken wordt bij tarief- en prestatieregulering. Immers, onder artikel 3, vierde lid, WMG dient de NZa bij de uitoefening van al haar taken het algemeen consumentenbelang voorop te stellen. Artikel 38 WMG verplicht zorgaanbieders patiënten in te lichten over prestaties en daarbij horende tarieven. Dit artikel geeft de NZa de mogelijkheid om nadere regels te stellen omtrent het bekendmaken en specificeren van zorgnota's, op een manier die voor consumenten vergelijking met andere zorgaanbieders mogelijk maakt. De NZa formuleerde op grond van artikel 38 WMG meerdere regelingen omtrent de inzichtelijkheid van tarieven en prestaties voor patiënten en consumenten, onder andere in de mondzorg, GGZ, medisch-specialistische zorg, fysiotherapie en farmaceutische zorg.

Dergelijke transparantieverplichtingen zijn echter een afgeleide van tarieven en prestaties. De voorliggende deelvraag is gericht op hoe de tarief- en prestatieregulering op zichzelf bijdraagt aan het algemeen consumentenbelang. Het is hierom dat de bijbehorende vraag luidt: *hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met algemeen consumentenbelang?*

Hierna staan we stil bij bevindingen over hoe tarief- en prestatieregulering de doelen van de WMG (betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid) stimuleert en hoe tarief- en prestatieregulering het algemeen consumentenbelang dient.

3.2.2 Bevindingen

Het is niet eenvoudig vast te stellen of tarief- en prestatieregulering al dan niet doelmatig en effectief bijdraagt aan de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Als gevolg van een aantal oorzaken is de impact van tarief- en prestatieregulering als geheel op het zorgstelsel niet te isoleren. Allereerst verschilt de wijze waarop tarieven en/of prestaties gereguleerd worden sterk per deelmarkt. Daarnaast bestaat er geen referentiepunt op basis waarvan de impact van tarief- en prestatieregulering vergeleken kan worden, zoals een vergelijkbaar land waar geen tarief- en prestatieregulering is ingevoerd, waarmee een methodologisch zuivere vergelijking gemaakt zou kunnen worden. Ook heeft de periode van deze evaluatie een aanzienlijk aantal wijzigingen op het gebied van tarief-

³⁸ NZa, Visiedocument “(In) het belang van de consument” (2007) p. 19

³⁹ MvT WMG, p.16. Overigens vindt in het geval van niet-verzekerde zorg wel zorginkoop plaats door consumenten.

en prestatieregulering gekend, waardoor een integraal beeld over effectiviteit en doelmatigheid ook binnen afzonderlijke deelmarkten moeilijk vast te stellen is. En ten slotte is het ingewikkeld om causaliteit te verbinden aan de vermeende effecten van tarief- en prestatieregulering. Of een effect op bijvoorbeeld betaalbaarheid van zorg ook daadwerkelijk veroorzaakt wordt door een bepaalde vorm van prestatieregulering is niet vast te stellen.

Rekening houdend met bovenstaande voorbehouden, gaan we hierna in op de gevolgen van tarief- en prestatieregulering in de periode die dit onderzoek omvat. Het gaat hier om de *output* van tarief en prestatieregulering – het geheel aan producten van de NZa dat voortvloeit uit het beleid en het stelsel op het gebied van tarief- en prestatieregulering – en de mogelijke effecten hiervan in de praktijk. Wij bespreken output en effecten aan de hand van enkele sectoren in de (verzekerde) zorg, te weten: medisch-specialistische zorg, GGZ, eerstelijnszorg en AWBZ.

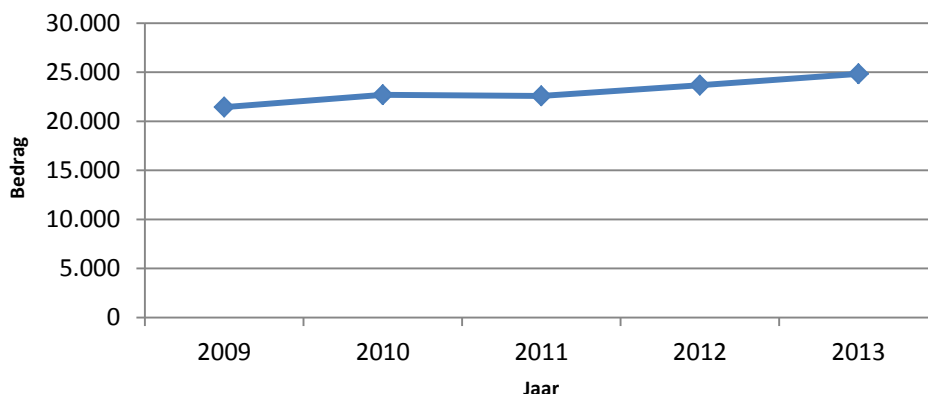
Medisch-specialistische zorg

In de medisch-specialistische zorg geldt zoals al eerder besproken een hybride systeem van door de NZa vastgestelde tarieven en prestaties voor het gereguleerde segment en vastgestelde prestaties voor het vrije segment. Dit alles geschiedt in termen van DOT-zorgprestaties en vóór 2012 in de vorm van DBC's.

BETAALBAARHEID

De collectieve uitgaven aan medisch-specialistische zorg zijn vanaf 2009 gemiddeld met zo'n 5% toegenomen.⁴⁰ Het is niet mogelijk hier een causaal verband met de introductie van prestatiebekostiging, de DOT-systematiek of uitbreiding van het B-segment aan te verbinden. Bovendien vonden deze stelselwijzigingen pas vanaf 2012 plaats, waardoor effecten op betaalbaarheid van zorg op dit moment hooguit prematuur zijn. Hoe het ook zij, na een daling van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg met minder dan een procent in 2011 ten opzichte van 2010, vond er vanaf 2012 weer een stijging van gemiddeld 5% plaats. Tussen 2009 en 2011 stegen deze uitgaven echter gemiddeld met 6%. In Figuur 2 is de ontwikkeling van de uitgaven in deze sector weergegeven.

Figuur 2 - Collectieve uitgaven medisch-specialistische zorg in mln €. (Bron: CBS Statline)



⁴⁰ CBS statline. Voor 2013 zijn de collectieve uitgaven voor medisch-specialistische zorg door het ministerie van VWS overigens nog niet definitief vastgesteld.

Uit vraaggesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars komt het beeld naar voren dat vooral het bestuurlijk akkoord voor medisch-specialistische zorg uit 2013 een zichtbaar effect gehad heeft op betaalbaarheid van zorg. In dit akkoord is een gemaximeerde groei afgesproken, waaraan verzekeraars en aanbieders zich hebben gecommitteerd.

Met het afspreken van groeiplafonds lijkt het effect van DOT's op betaalbaarheid binnen een systeem van prestatiebekostiging af te nemen. Dit uit zich in het afsluiten van zorginkoopovereenkomsten op basis van aanneemsommen of omzetplafonds tussen zorgverzekeraars en aanbieders van medisch-specialistische zorg. Hiermee is een systematiek ontstaan waarbij DOT's op dit moment niet fungeren als onderhandeleenheid voor de zorginkoop maar als categorisatie-systeem nadat de inkoop al heeft plaatsgevonden.

TOEGANKELIJKHEID

De overgang naar prestatiebekostiging zou tot meer toegankelijkheid van zorg moeten leiden, vooral in termen van tijd. Immers: budgetbekostiging leidt tot wachtlijsten wanneer het budget uitgeput is, en daarmee tot verminderde tijdige toegankelijkheid van zorg voor patiënten. Hoewel vanaf 2012 de versnelde overgang naar prestatiebekostiging is ingezet en budgetbekostiging in principe tot het verleden zou moeten gaan behoren, heeft het bestuurlijke akkoord voor de medisch-specialistische zorg tot nieuwe vormen van budgetbekostiging geleid door zorgverzekeraars.

De invoering van prestatiebekostiging in de medisch-specialistische zorg zou in theorie ook een negatief effect op de toegankelijkheid van zorg kunnen hebben. Wanneer verzekeraars scherper onderhandelen en selectief contracteren is het aannemelijk dat zij met minder instellingen een contract afsluiten en zorg voor sommige consumenten minder goed bereikbaar wordt.⁴¹ In hoeverre een dergelijk verlies van toegankelijkheid heeft plaatsgevonden valt op dit moment niet met zekerheid te zeggen. Tot 2015 hebben tarieven in het vrije segment nog een gereguleerde honorariumcomponent, waardoor nog geen sprake is van volledige prestatiebekostiging. Uit het uitvoeringstoezicht van NZa blijkt bovendien niet dat de zorgverzekeraars verzaken in hun zorgplicht.⁴² De toegankelijkheid van medisch-specialistische zorg die zich niet, of beperkt, in prestatiebeschrijvingen laat vertalen wordt bovendien aangevuld met een beschikbaarheidsbijdrage.

KWALITEIT

De invoering van prestatiebekostiging in medisch-specialistische zorg is doorgevoerd om verzekeraars meer inzicht te kunnen geven in kwaliteit van zorg en vervolgens op basis daarvan selectief te kunnen inkopen.⁴³ Hiermee wordt beoogd dat naast prijsconcurrentie tussen zorgaanbieders ook concurrentie op basis van kwaliteit zal ontstaan.⁴⁴ Er is geen

⁴¹ Uiteraard binnen de kaders van de zorgplicht, zie paragraaf 5.2

⁴² Dit bespreken wij uitgebreid in paragraaf 5.2.

⁴³ NZa, Consultatiedocument: Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg, uitwerking van implementatie per 2012 (2011), p. 19; NZa, Monitor Zorginkoop (2014), p. 11-12

⁴⁴ Halbersma, van Manen en Sauter, "De verzekeraars als motor van het zorgstelsel" *Zorg en Financiering*, 10(11) (2011), p. 10-23

aanleiding om te stellen dat de zorgverlening in Nederland kwalitatief niet in orde is, maar een eenzijdige focus op prijsconcurrentie zou mogelijk wel tot kwalitatief mindere zorg kunnen leiden.

Inkoop op basis van kwaliteit is op dit moment moeilijk te objectiveren. Kwaliteitskenmerken zijn immers niet in een prestatiebeschrijving opgenomen. Het is echter wel mogelijk om op basis van vraaggesprekken in beeld te brengen in hoeverre zorgverzekeraars daadwerkelijk inkopen op basis van kwaliteit. Uit de interviews met zorgaanbieders, brancheverenigingen en zorgverzekeraars blijkt dat zorginkoop met name langs de assen van prijs en volume plaatsvindt en kwaliteit van zorg in mindere mate een factor is bij zorginkoop.

Vooralsnog lijkt er overigens geen aanleiding te zijn om te veronderstellen dat deze focus op prijs tot een verminderde kwaliteit van zorg heeft geleid. Het is wel degelijk zo dat één van de doelstellingen van tarief- en prestatieregulering, namelijk selectieve inkoop op basis van kwaliteit, in beperkte mate heeft plaatsgevonden in de periode die deze evaluatie omvat.⁴⁵ Overigens zijn er volgens de NZa wel degelijk signalen dat zorginkoop op basis van kwaliteit licht toeneemt, wat bijvoorbeeld blijkt uit het vaker voorkomen van volumenormenten voor bepaalde vormen van operaties.⁴⁶

Hiermee ontstaat de vraag of het geconstateerde uitblijven van selectieve inkoop op basis van kwaliteit verband houdt met tarief- en prestatieregulering in de medisch-specialistische zorg, of dat er andere oorzaken aan ten grondslag liggen. Uit de vraaggesprekken is daarover geen eenduidig beeld naar voren gekomen. Enerzijds is het mogelijk dat DOT's, gekoppeld aan gereguleerde of vrije tarieven, onvoldoende inzicht geven in de verhouding tussen prijs en kwaliteit van zorg: prestatiebeschrijvingen geven aan hoe gemiddelde zorgtrajecten van diagnose tot en met behandeling er uit zien en hieruit valt kwaliteit moeilijk af te leiden. De mogelijkheid om aan de hand van DOT's kwaliteit inzichtelijk te maken hangt daarmee af van de vermeende correlatie tussen volume en kwaliteit van zorg. Recent onderzoek toont aan dat deze correlatie voor een aantal behandelingen vastgesteld kan worden, maar tegelijkertijd voor veel behandelingen nooit onderzocht of aangetoond is.⁴⁷

Anderzijds kan het zijn dat artikel 13 van de Zorgverzekeringswet een beperking vormde van selectief contracteren op basis van kwalitatieve criteria. Daarnaast is het mogelijk dat het onderhandelakkoord voor de medisch-specialistische zorg er toe bijdraagt dat prijs en volume dominant zijn bij de zorginkoop en kwaliteit in mindere mate een rol speelt. Het afgesproken maximale groeipercentage uit dit onderhandelakkoord kan als dominant gezien worden: alle andere maatregelen uit het onderhandelakkoord, zoals verbeterde informatievoorziening en de versnelling van de contracteercyclus, moeten plaatsvinden

⁴⁵ Van Kleef, Schut en Van de Ven (IBMG), Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd? (2014), p. 54. Zie ook NZa, Monitor Zorginkoop (2014), p. 31

⁴⁶ NZa, Monitor Zorginkoop (2014), p. 32

⁴⁷ Consortium onderzoek kwaliteit van zorg, *De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg: Tijd voor een brede benadering* (2012)

binnen de kaders van gemaximeerde groei. Hoewel het onderhandelakkoord ook aandacht besteedt aan kwaliteit en doelmatigheid,⁴⁸ gaat het hier minder om de rol van kwaliteit van zorg bij zorginkoop, maar om kwaliteits- en doelmatigheidstransparantie voor consumenten.⁴⁹

ALGEMEEN CONSUMENTENBELANG

Hoe verhouden bovenstaande bevindingen op het gebied van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg zich tot het algemeen consumentenbelang in de medisch-specialistische zorg? Op basis van de bovenstaande bevindingen kan op zijn best een gemengd beeld geschetst worden. Vanuit het perspectief van betaalbaarheid kan het effect op het algemeen consumentenbelang momenteel niet vastgesteld worden; hetzelfde geldt voor toegankelijkheid. Daarnaast is onze constatering dat de inzichtelijkheid van kwaliteit van zorg onvoldoende gewaarborgd wordt door tarief- en prestatieregulering, omdat prijzen en volumes de belangrijkste parameters lijken te zijn bij de zorginkoop.

Het is echter voorstelbaar dat er sprake is van communicerende vaten: wanneer selectief contracteren op basis van kwaliteit wel goed uit de verf zou komen, zou dit een effect op zowel kwaliteit als betaalbaarheid van zorg kunnen hebben. Bovendien kan er in geval van selectief contracteren ook sprake zijn van tegengestelde effecten wat betreft micro- en macro-betaalbaarheid: collectieve uitgaven voor zorg kunnen dalen wanneer zorgverzekeraars niet langer alle zorgaanbieders hoeven te vergoeden, maar in individuele gevallen kan dit tot meer eigen betalingen voor patiënten leiden. Ook is het voorstelbaar dat patiënten verder zullen moeten gaan reizen voor gecontracteerde zorg. Ten aanzien van het algemeen consumentenbelang als geheel kunnen dus zowel verbeteringen als verslechtingen plaatsvinden.

GGZ

De GGZ wordt zowel vanuit de Zvw als vanuit de AWBZ bekostigd en vanuit beide wetten zijn er de nodige veranderingen opgetreden voor de GGZ als sector. In de periode die deze evaluatie omvat zijn in de GGZ zowel DBC's als ZZP's ingevoerd. Daarnaast bestaan er voor generalistische basis-GGZ sinds 2014 zorgvraagzwaarte-prestaties. Ook is prestatiebekostiging binnen de GGZ gefaseerd ingevoerd: voor vrijgevestigden vanaf 2008 en voor instellingen vanaf 2013. Deze hybride situatie maakt het beperkt mogelijk om een algemeen beeld te geven van de effecten en effectiviteit van beide bekostigingssystemen op de sector als geheel.

BETAALBAARHEID

Binnen GGZ als geheel zijn de collectieve uitgaven na een aanzienlijke stijging in 2009 (~7%) vanaf 2011 minder hard gaan stijgen, naar 1,1% in 2013 ten opzichte van 2012.⁵⁰ Hierbij dient opgemerkt te worden dat de beperkte mogelijkheid tot selectief contracteren

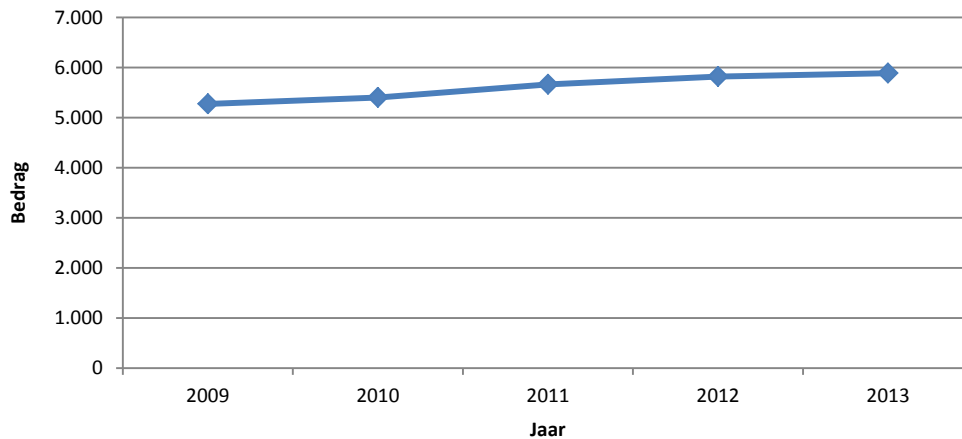
⁴⁸ Zie ook de uit het onderhandelakkoord voortgekomen "kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch specialistische zorg: Verbinden, verbeteren, borgen" van NPCF, de orde van medisch specialisten, NVZ, NFU, ZKN, ZN en VWS (2014)

⁴⁹ Onderhandelakkoord Medisch-specialistische zorg (2013), p. 3-5

⁵⁰ CBS statline. Zie ook RIVM, Kostenontwikkeling GGZ (2012)

het verzekeraars bemoeilijkt om de betaalbaarheid van GGZ in toom te houden.⁵¹ Bovendien zijn verzekeraars wat curatieve GGZ betreft nog beperkt risicodragend.

Figuur 3 - Collectieve uitgaven GGZ (mln €). (Bron: CBS Statline)



Zoals gezegd heeft de GGZ momenteel zowel betrekking op Zvw- als AWBZ-zorg. In gevallen van samenhang tussen deze wetten binnen één behandeltraject treden er mogelijk op macro-niveau bekostigingsproblemen op. Dit kan zich bijvoorbeeld manifesteren bij 'ambulantisering,' waarbij binnen de GGZ substitutie beoogd wordt van de langdurige GGZ in een instelling naar ambulante behandeling binnen basis- of gespecialiseerde GGZ.⁵² Hierbij wordt een langdurig zorgtraject curatief, maar ontstaat ook een verschuiving van collectieve uitgaven vanuit de AWBZ naar de Zvw. Gezien de gemaximeerde groei voor curatieve GGZ op basis van het betreffende bestuurlijke akkoord is een verschuiving van kosten naar basis- en gespecialiseerde GGZ echter onwenselijk voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Binnen de kaders van het bestuurlijk akkoord blijven wordt door veldpartijen als relevanter ervaren dan binnen de AWBZ contracteerruimte blijven: de politiek bestuurlijke druk die van het bestuurlijk akkoord GGZ uitgaat is groter dan bij de contracteerruimte.

TOEGANKELIJKHEID

De GGZ is een deelmarkt waarbinnen zowel instellingen als zelfstandige beroepsbeoefenaren actief zijn, met veel dynamiek en verloop.⁵³ Zoals aangegeven worden zorgverzekeraars momenteel beperkt geprikkeld om selectief te contracteren binnen de GGZ, wat een positief effect op toegankelijkheid voor consumenten kan hebben: bij het uitblijven van selectief contracteren is er namelijk meer aanbod.

Op basis van vraaggesprekken blijkt dat met name onder zelfstandige beroepsbeoefenaren binnen de GGZ de vrees bestaat dat wanneer het voor verzekeraars mogelijk wordt om niet-gecontracteerde zorg niet te vergoeden, de GGZ minder toegankelijk zal worden voor

⁵¹ Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017, p. 7

⁵² Trimbo's Instituut, Trendrapportage GGZ: ambulantisering, (2012)

⁵³ NZa (2014) Monitor zorginkoop, p. 39

patiënten⁵⁴.

Daarnaast blijkt uit de interviews dat de overgang van curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zvw en de komst van prestatiebekostiging en DBC's hebben geleid tot meer keuzevrijheid voor patiënten en een grotere zichtbaarheid van de sector binnen de curatieve zorg. Met de overheveling naar de Zvw van curatieve GGZ is een nieuwe markt ontstaan, met als gevolg dat er naast 'overgehevelde' zorgaanbieders ook veel nieuwe toetreders tot de markt voor curatieve GGZ zijn gekomen. Wachtlijsten naar aanleiding van budgetplafonds zijn verdwenen, wat geïnterpreteerd kan worden als toegenomen toegankelijkheid van de GGZ voor meer Nederlanders.

KWALITEIT

Bij het in kaart brengen van de effecten op kwaliteit van tarief- en prestatieregulering binnen de GGZ spelen dezelfde methodologische problemen die we voorheen beschreven in relatie tot medisch-specialistische zorg. Op basis van vraagg gesprekken met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en brancheverenigingen kunnen wij in aanvulling hierop een aantal observaties doen.

Binnen de GGZ leeft de indruk dat de introductie van DBC's geleid heeft tot interne professionalisering, vanuit het besef dat curatieve GGZ een volwaardige vorm van geneeskundige zorg is. Of DBC's als onderhandelingstaal in de curatieve GGZ bijdragen aan de kwaliteit van zorg, wordt binnen de sector betwijfeld. Binnen de GGZ zijn diagnose en behandeling notoir slecht van elkaar te onderscheiden en zijn behandeltrajecten zeer heterogeen. Dit maakt dat DBC's te generiek zijn om representatief te zijn. In de langdurige GGZ speelt deze problematiek sector minder: de uitgangspunten van een maanddeclaratie en vaste bedragen hebben er toe geleid dat een ingewikkelde doelgroep met heterogene zorgvraag toch binnen een prestatiebeschrijving past.

ALGEMEEN CONSUMENTENBELANG

Ook binnen de GGZ lijkt het effect van tarief- en prestatieregulering op het algemeen consumentenbelang ambigu te zijn: veranderingen in betaalbaarheid hebben mogelijk ook een effect op toegankelijkheid en andersom. Bovendien leiden positieve effecten op macro-betaalbaarheid die gepaard gaan met selectief contracteren mogelijk tot negatieve effecten op het gebied van micro-betaalbaarheid. Hiernaast is het moeilijk te onderscheiden in hoeverre de vermeende verbetering in toegankelijkheid en kwaliteit van zorg binnen de GGZ te danken is aan de komst van DBC's en prestatiebekostiging, of aan de overheveling van AWBZ naar Zvw.

Eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is een heterogeen geheel qua regulering van tarieven en prestaties. In de huisartsenzorg,⁵⁵ verloskunde, kraamzorg, basis-GGZ en mondzorg worden tarieven en prestaties gereguleerd, terwijl paramedici, diëtisten en apothekers werken met vrije

⁵⁴ In hoofdstuk 3 (markttoezicht) zal meer aandacht besteed worden aan het vermeende probleem van inkoopmacht door verzekeraars ten opzichte van zelfstandige beroepsbeoefenaars binnen de GGZ.

⁵⁵ met uitzondering van M&I verrichtingen, zie paragraaf 3.4 en ketenzorg, zie paragraaf 3.5

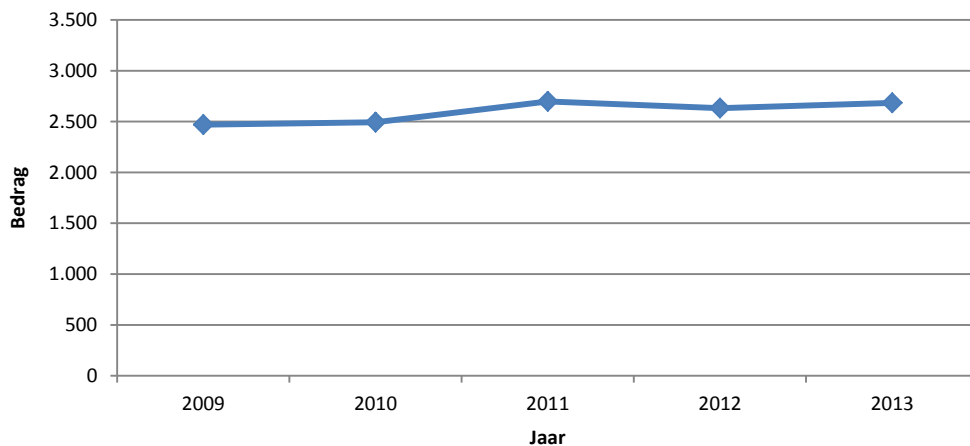
tarieven. Daarnaast is het in alle sectoren met vrije tarieven mogelijk om facultatieve prestaties overeen te komen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het is daarom dat wat betreft de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van eerstelijnszorg aandacht besteed zal worden aan de meest relevante voorbeelden en knelpunten uit de afzonderlijke sectoren, zonder te pogen een algemeen beeld hieruit te destilleren. Met name gaan wij in op huisartsenzorg.

BETAALBAARHEID

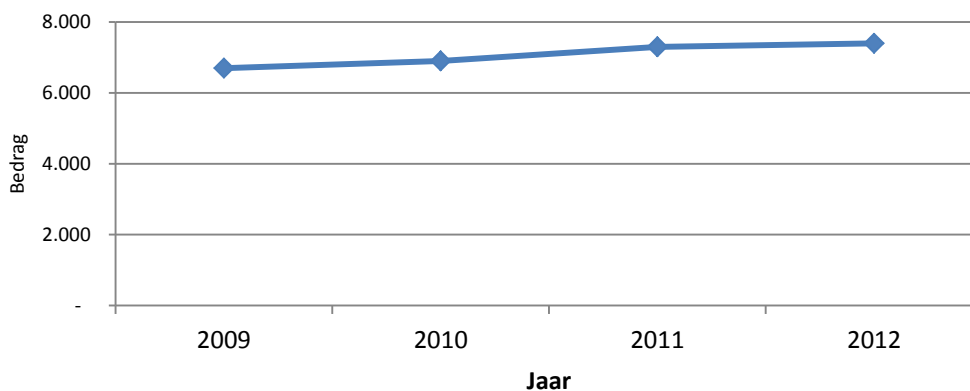
De collectieve uitgaven aan huisartsenzorg, mondzorg en paramedische zorg gecombineerd zijn tussen 2009 en 2013 gemiddeld met ~3% gestegen. De collectieve uitgaven aan huisartsenzorg laat tussen 2009 en 2013 de grootste schommelingen zien, met een flinke stijging van ~8% in 2011 en sindsdien een redelijk constant niveau. De collectieve uitgaven voor paramedici en tandartsen zijn niet representatief, aangezien een gedeelte van deze vormen van zorg niet binnen het basispakket vallen. Dit maakt dat de effecten op betaalbaarheid van zorg binnen de eerste lijn als geheel bijzonder moeilijk in te schatten zijn.

Figuur 4 - Collectieve uitgaven huisartsenpraktijken, tandartspraktijken en paramedische praktijken (mln €).

(Bron: CBS Statline)



Figuur 5 - Collectieve uitgaven huisartsengeneeskunde (mln €). (Bron: CBS Statline)



Net als bij medisch-specialistische zorg en GGZ is het ingewikkeld het effect van tarief- en prestatieregulering op betaalbaarheid te scheiden van het effect van het bestuurlijk akkoord voor de eerste lijn. Dit speelt met name bij huisartsenzorg: zowel de gemaximeerde groei als de substitutie vanuit de tweede lijn hebben een invloed op de betaalbaarheid van huisartsenzorg, die niet los gezien kan worden van de impact die gereguleerde tarieven hebben.

Wat andere deelmarkten betreft komt een gemengd beeld naar voren over betaalbaarheid: binnen de mondzorg heeft het vrijgeven van tarieven bijvoorbeeld tot prijsstijgingen geleid, maar binnen paramedische sectoren niet.

TOEGANKELIJKHEID

Op basis van het onderhandelakkoord is de huisarts een centralere rol gaan spelen in de 'verlengde' eerste lijn en is een aantal taken uit de tweede lijn nu bij huisartsen belegd. De tarief- en prestatiebeschikkingen voor huisartsenzorg weerspiegelen deze ontwikkeling, alsmede de diverse M&I-modules die besproken zullen worden in paragraaf 3.4. Op basis van deze ontwikkeling zou de toegankelijkheid van (tweedelijns)zorg in de toekomst kunnen toenemen. Volgens dezelfde redenering kan echter ook betoogd worden dat de toegankelijkheid van eerstelijnszorg zal afnemen door de verlengde eerste lijn: oorspronkelijke tweedelijnszorg wordt dichterbij de patiënt of cliënt belegd, en hierdoor wordt reguliere eerstelijnszorg mogelijk minder toegankelijk.

Binnen mondzorg en paramedische zorg speelt toegankelijkheid op basis van tarief- en/of prestatieregulering op een ander niveau dan binnen huisartsenzorg, aangezien een gedeelte van deze deelmarkten buiten het basispakket valt. Toegankelijkheid van aanvullende zorg is in mindere mate een taak voor de overheid. Er zijn geen aanwijzingen dat de mond- en paramedische zorg die onder de basisverzekering valt door tarief- en prestatieregulering meer of minder toegankelijk zijn geworden.

KWALITEIT

Op basis van vraaggesprekken blijkt dat ook wat betreft eerstelijnszorg in twijfel wordt getrokken in hoeverre zorginkoop op basis van kwaliteit van zorg daadwerkelijk plaatsvindt. Markscans van NZa geven aan dat er ruimte is voor verbetering op dit gebied, maar noemen wel signalen die wijzen op meer zorginkoop aan de hand van kwaliteitscriteria.⁵⁶ Deze afweging is overigens minder relevant binnen mondzorg, aangezien de contracteergraad (de mate waarin aanbieders overeenkomsten hebben gesloten met zorgverzekeraars) hier relatief laag is.

Vervolgens dient de vraag zich aan of het systeem van tarief- en prestatieregulering bij huisartsenzorg, paramedische zorg en geboortezorg debet is aan het vermeende ontbreken van inkoop op basis van kwaliteit, of dat externe factoren hieraan bijdragen. Uit onze vraaggesprekken is hierover geen eenduidig beeld naar voren gekomen.

⁵⁶ NZa, Marktscan Huisartsenzorg (2012), p. 33-34; NZa, Marktscan eerstelijns bewegingszorg (2013), p. 25; NZa, Marktscan Zorg rondom zwangerschap en geboorte (2012).

ALGEMEEN CONSUMENTENBELANG

De verhouding tussen tarief- en prestatieregulering binnen de eerste lijn en het algemeen consumentenbelang is moeilijk vast te stellen. De sector is heterogeen in wijze van bekostiging en er bestaat geen representatief beeld van collectieve uitgaven. Dit speelt zowel binnen de betaalbaarheid, als toegankelijkheid en kwaliteit van eerstelijnszorg.

AWBZ-zorg

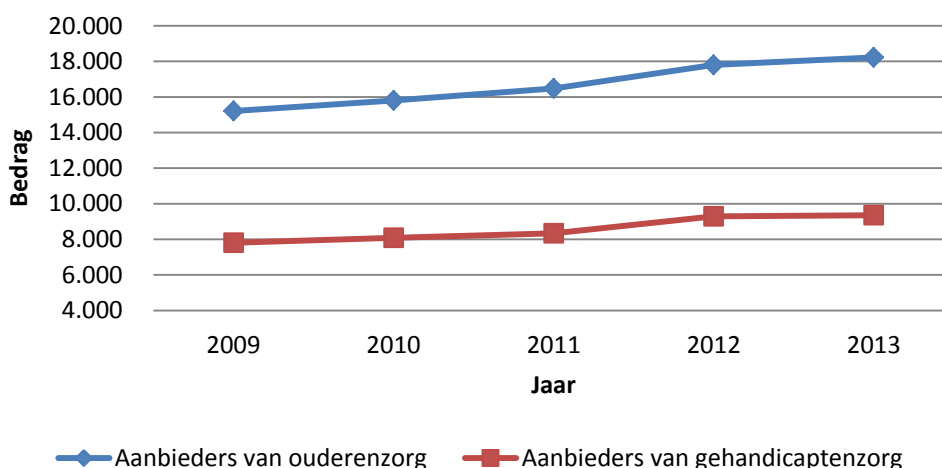
In de evaluatie van de WMG van 2009 werd een aantal problemen in de bekostiging van AWBZ-zorg gesignaleerd. Sindsdien is er het nodige veranderd. ZZP's zijn ingevoerd en een aanzienlijk gedeelte van de AWBZ-zorg wordt per 2015 overgeheveld naar Zvw of WMO. Sinds 2012 maakt de normatieve huisvestingscomponent (NHC) onderdeel uit van ZZP,⁵⁷ met een overgangsmoedel naar tarieven waarin de NHC integraal verwerkt is. Een dergelijke omvangrijke verandering stelt grenzen aan de mogelijkheden om te evalueren. In wat volgt bespreken wij de effecten van tarief- en prestatieregulering binnen de langdurige zorg.

BETAALBAARHEID

De collectieve uitgaven aan AWBZ-zorg zijn tussen 2009 en 2012 met gemiddeld ~4,5% toegenomen. Met name in de gehandicaptenzorg vinden in deze periode meerdere malen uitgavenstijgingen van tegen de 10% plaats. Het jaar 2013 laat een stabilisatie zien ten opzichte van 2012. De ouderenzorg is iets stabielier dan de gehandicaptenzorg en stijgt jaarlijks gemiddeld met ~4%. Ondanks deze stijging van collectieve uitgaven slagen de zorgkantoren er echter in om de zorgkosten per regio binnen de contracteerruimte te houden.

Ook in deze sector is geen uitsluitsel te geven over de mate waarin prestatiebeschrijvingen ten opzichte van de maximale contracteerruimte bijdragen aan de betaalbaarheid van AWBZ-zorg.

Figuur 6 - Collectieve uitgaven AWBZ (mln €) (Bron: CBS Statline)



⁵⁷ De NHC vaste vergoeding voor de kosten van bouwen, grond, onderhoud en aflossing van rente.

Aan de hand van vraaggesprekken komt een redelijk uniform beeld naar voren over de status van ZZP's. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de medisch-specialistische zorg wordt het ZZP-systeem nadrukkelijk gebruikt als onderhandelstaal tussen zorgaanbieders en zorgkantoren. ZZP's worden door zorgkantoren over het algemeen als goed te hanteren zorgprestaties beschouwd voor de inkoop van langdurige zorg. Het aantal ZZP's wordt als overzichtelijk beschouwd. Onder partijen wordt echter wel een structurele prikkel tot *upcoding* in zwaardere ZZP's waargenomen, waardoor langdurige zorg minder doelmatig wordt.

TOEGANKELIJKHEID

Op basis van vraaggesprekken blijkt dat met ZZP's de toegankelijkheid van langdurige zorg is toegenomen. Meer dan andere zorgprestaties zijn ZZP's ook bedoeld ter verbetering van de transparantie van zorg richting consumenten. De omvang van langdurige zorg is daarom inzichtelijk voor consumenten. Hier gaan vervolgens ook nadelige effecten mee gepaard, omdat transparantie in bepaalde mate leidt tot 'claimedrag' onder (naasten van) cliënten die op basis van een ZZP verworvenheden opeisen. De zorgvraag van cliënten is echter een stuk heterogener dan ZZP's veronderstellen.

KWALITEIT

Ook komt uit onze vraaggesprekken naar boven dat kwaliteit van langdurige zorg door tarief- en prestatieregulering in dit domein te weinig geborgd wordt. Kwaliteit van langdurige zorg is in verregaande mate gebaseerd op beleving van cliënten en hun naasten, en de vergelijkbaarheid van deze beleefde kwaliteit is niet eenvoudig inzichtelijk te maken aan de hand van zorgprestaties. Wat eveneens meespeelt is dat de 'cliëntvolgendheid' die nagestreefd wordt met ZZP's zich in beperkte mate manifesteert. ZZP's worden als te breed ervaren om maatwerk te leveren binnen een bijzonder heterogene groep cliënten, wat maakt dat kwaliteitsverbetering afhankelijk is van de vele toeslagen binnen de langdurige zorg. Hiermee is maatwerk om in individuele gevallen tot kwaliteitsverbetering te komen direct gekoppeld aan de ad-hoc beschikbaarheid van budget uit toeslagen.

ALGEMEEN CONSUMENTENBELANG

Op basis van het voorafgaande kan gesteld worden dat tarief- en prestatieregulering binnen de AWBZ-zorg een gemengd effect heeft op het algemeen consumentenbelang. We nemen op het gebied van toegankelijkheid verbeteringen waar, maar er zijn geen zichtbare effecten van prestatieregulering op de kwaliteit van langdurige zorg. Effecten op betaalbaarheid zijn niet eenduidig vast te stellen. Wel komt ondubbelzinnig uit ons onderzoek naar voren dat ZZP's een dominante rol spelen bij het inkopen van zorg.

3.2.3 Deelconclusies doelen WMG en algemeen consumentenbelang

Het is niet eenvoudig om algemene conclusies te trekken over het functioneren van tarief- en prestatieregulering binnen de beoogde doelen van de WMG. De bevindingen maken het slechts ten dele mogelijk conclusies te trekken over hoe tarief- en prestatieregulering in algemene zin functioneert in relatie tot het algemeen consumentenbelang: hiervoor zijn de deelmarkten in de zorg te verschillend van elkaar en is consumentenbelang een te algemeen en complex begrip.

In wat volgt kunnen wij echter wel een aantal observaties doen over de manier waarop tarief- en prestatieregulering een bijdrage levert aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en hoe effectief en doelmatig deze bijdrage is.

Uit het onderzoek komt allereerst naar voren dat tarief- en prestatieregulering op wisselende wijze een rol speelt binnen de contractering van zorg in verschillende deelmarkten. ZZP's worden nadrukkelijk gebruikt als 'onderhandelstaal' tussen zorgaanbieders en zorgkantoren. Tegelijkertijd zien wij dat er binnen de medisch-specialistische zorg weinig sprake is van inkoop aan de hand van DOT's. Hiermee kan discussie ontstaan over de toegevoegde waarde van tarief- en prestatieregulering binnen het zorgstelsel: wanneer prestatiebeschrijvingen niet gebruikt worden voor zorginkoop, blijft het beoogde effect van dit instrument op betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg gering.

Een tweede observatie is dat het mogelijke effect op betaalbaarheid van zorg van tarief- en prestatieregulering beïnvloed wordt door de onderhandelakkoorden die voor de medisch-specialistische zorg, GGZ en eerste lijn gesloten zijn. Het is zeer wel mogelijk dat sectorbrede afspraken over gelimiteerde uitgavengroei een groter effect hebben op betaalbaarheid dan tarief- en prestatieregulering, maar met zekerheid is dat niet vast te stellen.

Daarnaast nemen wij waar dat tarief- en prestatieregulering zich moeizaam verhoudt tot kwaliteit van zorg. Uit vraaggesprekken komt naar voren dat kwaliteit van zorg in beperkte mate een rol van betekenis speelt bij de zorginkoop, terwijl zorginkoop op basis van transparante zorgprestaties die kwaliteitsvergelijking mogelijk maken wel een doelstelling van prestatieregulering is. Hiermee is overigens niet direct gezegd dat de kwaliteit van zorg in het geding is, maar wel dat het huidige systeem van tarief- en prestatieregulering daar niet of slechts beperkt aan bijdraagt. In paragraaf 4.5 besteden wij meer aandacht aan transparantie van kwaliteit van zorg in het kader van het markttoezicht van de NZa.

Een afgerond oordeel over de bijdrage van tarief- en prestatieregulering aan brede consumentenbelangen is te geven als ook overige effecten van het instrumentarium in beeld worden gebracht. In de conclusies aan het einde van dit hoofdstuk komen we daarom op deze deelvraag terug.

3.3 Instrument begrenzing

3.3.1 Context en vraagstelling

In een stelsel met budgetbekostiging, zoals dat bestond voor de invoering van de Zvw en WMG, was er een risico dat zorgaanbieders meer zouden behandelen dan dat het begrotingskader toeliet, waardoor correcties achteraf nodig waren. Dergelijke correcties konden – binnen de verschillende varianten van bekostiging die hebben bestaan – plaatsvinden aan de hand van premieverhogingen, het inperken van verzekerde zorg en/of het verlagen van subsidies, tarieven en budgetten.

In de periode voor 2006 was het gebruikelijk om budgetoverschrijdingen te corrigeren door de tarieven van zorgaanbieders op last van de minister generiek te korten, zonder rekening te houden met welke specifieke aanbieders hun portie van het budget al dan niet overschreden hadden. De komst van de Zvw en WMG in 2006 zette de geleidelijke verandering in naar een vraaggestuurd zorgstelsel, maar tot de volledige transitie naar prestatiebekostiging was er nog wel sprake van budgetbekostiging in sommige deelmarkten. De Memorie van Toelichting bij de WMG sprak de wens uit om af te stappen

van generieke kortingen en de NZa een rol te geven bij het invullen van gedifferentieerde kortingsinstrumenten.⁵⁸

Met de economische crisis vanaf 2008 en de hiermee gepaard gaande noodzaak tot bezuiniging op rijksniveau, werd een verdere stijging van collectieve zorguitgaven in toenemende mate onwenselijk. In het bijzonder hebben de stijgende collectieve uitgaven aan medisch-specialistische zorg de discussie over macrokostenbeheersing sinds de invoering van de WMG levend gehouden. De invoering van het DBC-systeem leidde tot volumestijgingen in medisch-specialistische zorg die de beheersbaarheid van kosten op macroniveau onder druk zetten, ondanks de generieke kortingen die tot dan toe werden toegepast.⁵⁹ Tegelijkertijd maakte de transitie naar prestatiebekostiging het in sectoren met vrije tarieven minder eenvoudig om de uitgaven op macroniveau te beheersen.

Vanuit deze motivatie werd de WMG met de ‘Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG’ dusdanig gewijzigd dat het ‘instrument begrenzing’ vanaf 2012 werd ingevoerd. Het instrument begrenzing was beoogd als ‘veiligheidsmaatregel’ voor zorgaanbieders, onafhankelijk van de wijze waarop tarieven in deelmarkten tot stand komen. Met een vaste-, boven-, onder-, of bandbreedtegrens kunnen toegerekende kosten aan zorgaanbieders gelimiteerd worden, op aanwijzing van de minister en uitgevoerd door de NZa middels een beleidsregel. Hiermee is het instrument begrenzing een verrekeningsmethode voor kostenoverschrijding, ook wanneer er geen sprake meer is van budgetbekostiging in een bepaalde deelmarkt. Het instrument begrenzing kan worden toegepast als specifieke maatregel voor individuele zorgaanbieders, dan wel generiek worden ingezet op hele deelmarkten.⁶⁰ De verrekening van overschrijdingen kan op verschillende manieren worden ingevuld.

Om het instrument in te voeren werd artikel 50, tweede lid, WMG gewijzigd. Daarmee werd de NZa bevoegd om op aanwijzing van de minister een vaste -, onder-, boven- of bandbreedtegrens vast te stellen voor het totaal van de tarieven voor de betrokken prestaties, gerelateerd aan een de daarbij aangegeven periode.

In de sector medisch-specialistische zorg wordt het instrument begrenzing in de vorm van een macrobeheersinstrument (MBI) als ex-post korting toegepast, en in de vorm van het beheersmodel vrijgevestigd medisch-specialisten dat geldt als een ex-ante ondergrens. Op dit laatste beheersmodel, waarin per instelling honoraria gebudgetteerd worden, heeft de nodige kritiek bestaan.⁶¹ Met de komst van integrale tarieven voor de medisch-specialistische zorg in 2015 wordt dit beheersmodel echter beëindigd.⁶² Hierna concentreren wij ons daarom op het MBI.

⁵⁸ MvT WMG, 17

⁵⁹ Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG, kamerstukken-II 2009-2010, 32393, nr. 3 (MvT) p. 11-12

⁶⁰ MvT Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG, 26

⁶¹ Baarsma et al, Advies Commissie Macrobeheersinstrument (2012), p. 21

⁶² NZa, Invoering integrale tarieven medisch specialistische zorg (2014), p. 6

Het MBI werkt als volgt:⁶³

- De minister stelt voorafgaand per jaar een macro-uitgavenkader vast waar de medisch-specialistische zorg als geheel binnen moet blijven;
- De daadwerkelijke uitgaven van de medisch-specialistische zorg in dat jaar worden vergeleken met dit kader;
- Wanneer er een overschrijding van het kader wordt geconstateerd, verreken de NZa deze generiek over alle instellingen, naar rato van het marktaandeel van iedere instelling;
- De zorginstellingen dragen de verrekening af aan het zorgverzekeringsfonds.

Generieke MBI's zijn in 2013 ook ingevoerd voor de curatieve GGZ en geriatrische revalidatiezorg. In deze beide deelmarkten is sprake van gereguleerde maximumtarieven: het MBI lijkt hier dus vooral te dienen om volumestijgingen in te perken.⁶⁴ Voor de bestuurlijke akkoorden over gemaximeerde groei voor medisch-specialistische zorg en GGZ van 2013 is het instrument begrenzing een middel om de groei-afspraken af te dwingen.

Sinds de (voorbereiding op de) invoering van de drie MBI's wordt discussie gevoerd over de efficiëntie van generieke verrekening. Generieke kortingen kunnen namelijk leiden tot ongewenste effecten. Zorgaanbieders die niet overbehandelen worden door de generieke korting toch gestraft als er overschrijding in de sector als geheel plaatsvindt. Succesvolle zorgaanbieders worden feitelijk gekort omdat ze een hoger marktaandeel hebben. Ook kan een MBI zowel prijsopdrijvend werken als tot volumestijgingen leiden.⁶⁵

Een voorstel van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om te komen tot invoering van een gedifferentieerd MBI werd door de NZa in een uitvoeringstoets ongeschikt geacht vanwege juridische en praktische bezwaren.⁶⁶ De minister stelde daarop een onafhankelijke commissie in om alternatieven voor het MBI te onderzoeken. De Commissie Baarsma koos ervoor om geen keuze te maken tussen een generiek of specifiek MBI, maar kwam tot aanbevelingen om het inzetten van een MBI *an sich* zo veel mogelijk te voorkomen. Concreet hielden deze aanbevelingen in:⁶⁷

- een objectieve partij zoals het CPB dient een raming te maken van zorguitgaven; deze raming dient verwerkt te worden in het BKZ
- vanuit het BKZ moet vervolgens een transparante vertaling naar MBI-kaders voor verschillende sectoren binnen de zorg gemaakt worden
- deze kaders worden verdeeld onder zorgverzekeraars; voor het basispakket wordt het sluiten van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders verplicht

⁶³ Macrobeheersinstrument curatieve zorg, Kamerstukken II, 2010-2011, 29284 nr. 219

⁶⁴ Eveneens speelt mee dat tariefkortingen in deze sectoren niet effectief zijn, aangezien er op grote schaal onder de maximumtarieven gecontracteerd wordt.

⁶⁵ Douven en Boone, "Budgetten en marktwerking in de zorg: waarom en hoe?", in: Een economisch gezonde gezondheidszorg: KVS pre-adviezen (2012), 54-61

⁶⁶ NZa, Uitvoeringstoets Macrobeheersinstrument (MBI), 2011

⁶⁷ Advies commissie Baarsma, kamerstukken II, 2011-2012, 29248 nr.

- wanneer het contracteerproces sterk vervroegd wordt, is het kader al verdeeld voor aanvang van het jaar waarop het uitgavenkader betrekking heeft. Hiermee is de kans klein dat kaders overschreden worden en hoeft het MBI alleen als uiterst redmiddel ingezet te worden. Een voorwaarde is wel dat budgetbekostiging volledig verdwijnt.

Het instrument begrenzing heeft nu sinds 2012 op een drietal deelmarkten betrekking en zal, wanneer daar aanleiding toe is, vooralsnog generiek worden toegepast. Hoewel de toevoeging van het instrument begrenzing aan het bestaande stelsel van tarief- en prestatieregulering dus relatief recent is, is het op dit moment wel waardevol om voorlopig te evalueren wat de toegevoegde waarde van dit instrument binnen het stelsel is. Hiermee rijst de vraag: *Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met het instrument begrenzing voor macrokostenbeheersing?*

3.3.2 Bevindingen

De output van de NZa op het gebied van macrokostenbeheersing is op papier helder: voor de medisch-specialistische zorg, GGZ en geriatrische revalidatiezorg zijn beschikkingen opgesteld met landelijke en individuele MBI-omzetplafonds. De beoordeling van de werking van deze output kan minder helder vastgesteld worden: tot op heden is er immers nog geen MBI-heffing of MBI-korting opgelegd om overschreden macrokosten terug te halen.

Uit onze vraaggesprekken komt een kritisch beeld naar voren over het functioneren van de MBI's. Het gaat daarin om twee onderwerpen: het al dan niet differentiëren van het MBI en de rol van het MBI binnen het (beoogde) systeem van prestatiebekostiging.

Generiek of gedifferentieerd?

De perverse prikkels die uitgaan van een generiek MBI zijn uitvoerig gedocumenteerd en in de voorgaande paragraaf kort aangehaald. Hiermee ontstaat de vraag of het stelsel van tarief- en prestatieregulering niet meer gebaat is bij een gedifferentieerd MBI. Echter, het grote voordeel dat een generiek MBI ten opzichte van een gedifferentieerde versie heeft, is dat het beter uitvoerbaar is. Dit speelt met name binnen de GGZ en geriatrische revalidatiezorg: binnen deze sectoren is een groot aantal kleine aanbieders actief en is er bovendien het nodige verloop. Hierdoor wordt het administratief uiterst ingewikkeld om, in het geval van een overschrijding op macroniveau, overschrijdingen terug te kunnen vorderen.

Gezien de relatieve stabiliteit binnen de medisch-specialistische zorgverlening zou een gedifferentieerde verdiscontering van macrokostenoverschrijding onder instellingen administratief minder ingewikkeld zijn dan binnen de GGZ en geriatrische revalidatiezorg. Wanneer macrokostenoverschrijdingen binnen de medisch-specialistische zorg echter alleen worden teruggehaald bij die instellingen die ze veroorzaakt hebben, kan dit de solvabiliteit van instellingen ernstig aantasten.

MBI en prestatiebekostiging

De praktische werking van de huidige MBI's oogst de nodige kritiek vanuit wetenschap, gezien de perverse prikkels die ervan uitgaan.⁶⁸ Aangezien er binnen curatieve GGZ en

⁶⁸ Douven en Boone, "Budgetten en marktwerking in de zorg: waarom en hoe?", in: Een economisch gezonde gezondheidszorg: KVS preadviezen (2012), 54-61

geriatrische revalidatiezorg sprake is van tariefregulering, is het bestaan van een MBI als ‘slot op de deur’ om volumestijging in toom te houden te begrijpen. Binnen de medisch-specialistische zorg, waarbinnen inmiddels ongeveer 75% tot het vrije segment behoort, gaat deze redenering echter minder goed op en bestaat er een grotere kans op perverse prikkels. Terwijl het merendeel van de prestaties binnen de medisch-specialistische zorg vrij onderhandelbaar is, heeft het MBI, in combinatie met de gelimiteerde uitgavengroei uit de onderhandelakkoorden voor medisch-specialistische zorg en GGZ, de facto de functie van een budget. Dat staat haaks op het streven bij de invoering van prestatiebekostiging.

Daarnaast worden met het MBI overschrijdingen verhaald op zorgaanbieders, terwijl in het huidige stelsel het juist de zorgverzekeraars zijn die collectieve zorguitgaven besteden (door in te kopen bij zorgaanbieders). Het zou daarom, binnen het huidige stelsel, meer voor de hand liggen om een MBI betrekking te laten hebben op zorgverzekeraars. Gezien het relatief kleine aantal verzekeraars maakt dit een gedifferentieerd MBI ook beter uitvoerbaar. Het is echter mogelijk dat het terugvorderen van overschrijdingen geïnterpreteerd wordt als ingrijpen in de vrijheid van verzekeraars om zelf premies vast te stellen onder artikel 29 van de Europese derde Schaderichtlijn.⁶⁹ Nader onderzoek is nodig om vast te stellen in hoeverre het verhalen van een MBI op zorgverzekeraars Europees-rechtelijk toegestaan zou zijn.

Daarnaast zorgen de MBI's voor substantiële onzekerheid onder aanbieders. De looptijd van geopende zorgprestaties kan afzonderlijke boekjaren overschrijden en na het afsluiten van een ‘boekjaar’ kunnen verzekeraars nog controles uitvoeren bij aanbieders. Hiermee blijft de dreiging van macrokostenoverschrijding uit het voorafgaande jaar relatief lang boven de sector hangen. Eveneens kan via het restitutiesysteem, gecombineerd met de zorgplicht van zorgverzekeraars, een overschrijding van kosten door zorgaanbieders plaatsvinden buiten de invloedssfeer van de zorgverzekeraar.

3.3.3 Deelconclusies instrument begrenzing

Het onderzoek laat een forse spanning zien tussen het functioneren van het huidige (en beoogde) systeem van tarief- en prestatieregulering en het bestaan van het instrument begrenzing in de vorm van het MBI. In een stelsel met budgettering, vaste tarieven en ex post-risicoverevening is het bestaan van een mechanisme om volumestijging door overbehandelende zorgaanbieders in toom te houden verdedigbaar. Binnen de huidige omstandigheden is het MBI echter een remmende factor om het doel van risicodragende en kritisch inkopende zorgverzekeraars als spil van het zorgstelsel tot wasdom te brengen: de facto is er namelijk nog steeds sprake van budgettering. Het huidige, generieke, MBI staat daarmee haaks op het beoogde zorgstelsel.

In beginsel zou een gedifferentieerd MBI beter kunnen functioneren binnen het (beoogde) stelsel van tarief- en prestatieregulering: de perverse prikkels die gepaard gaan met het generieke MBI blijven dan immers achterwege. Tot op heden is er echter geen gedifferentieerd MBI ontwikkeld dat praktisch uitvoerbaar is en niet tot disproportionele administratieve lasten leidt. Op grond daarvan concluderen wij dat een gedifferentieerd MBI op dit moment alleen in theorie haalbaar is. In hoeverre overschrijdingen op

⁶⁹ NZa, Uitvoeringstoets macrobeheersinstrument (MBI), 2011, p. 11

zorgverzekeraars (praktisch en juridisch) verhaald kunnen worden, zou verder kunnen worden onderzocht.

Op grond van het bovenstaande dreigt de situatie dat de overheid met het MBI in een patstelling terecht komt: bij (dreiging van) daadwerkelijke inzet van het MBI is de kans groot dat een aantal perverse prikkels zich manifesteert, terwijl de overheid aan geloofwaardigheid inboet wanneer de MBI's niet worden ingezet bij overschrijding.

3.4 Innovatie

3.4.1 Context en vraagstelling

Tarief- en prestatieregulering is een instrument om, naast betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, grip op de collectieve zorguitgaven te bewerkstelligen. Het vaststellen van tarieven in deelmarkten gebeurt vanuit de overtuiging dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders (nog) niet in staat zijn een marktconform tarief te onderhandelen dat past binnen de doelstellingen van de WMG. Het vaststellen van prestaties in vrij onderhandelbare deelmarkten is bedoeld om het onderhandelingsproces transparant te maken, zodat zorgaanbieders en verzekeraars effectief afspraken kunnen maken over prijzen en kwaliteit van zorg.

Tarief- en prestatieregulering beoogt het functioneren van een vraaggestuurde zorginkoopmarkt te ondersteunen. Tegelijkertijd gaat met dergelijke regulering een bepaalde bureaucratisering gepaard: de wettelijke verplichting tot het vaststellen van tarieven en/of prestaties door de NZa leidt tot een vorm van overheidsinmenging die van invloed is op de dynamiek in de sector. Tarief- en prestatieregulering heeft dus mogelijk een negatief effect op dynamiek en innovatie van het zorgaanbod.

Er ligt tegelijkertijd een tweede, omgekeerde, spanning tussen tarief- en prestatieregulering en innovatie. Nieuwe, innovatieve behandelmethoden kunnen leiden tot hogere kosten: niet alleen kunnen de behandelmethoden door gebruik van geavanceerde materialen relatief duur zijn; bij succesvolle, nieuwe behandelmethoden kunnen ook volumestijgingen ontstaan. Meer innovatieve zorg kan leiden tot druk op de collectieve zorguitgaven.⁷⁰

Het is gezien deze dubbele spanning tussen tarief- en prestatieregulering en innovatie dat een deelvraag in dit onderzoek luidt: *Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met dynamiek en innovatie in de zorgverleningsmarkt?*

Innovatie is een veelomvattend begrip, dat kan worden omschreven als de manier waarop nieuwe ideeën in de vorm van processen, producten en diensten naar de markt gebracht worden.⁷¹ Binnen zorginnovatie kan onderscheid gemaakt worden tussen productinnovatie

⁷⁰ CPB, Toekomst voor de zorg (2013), p. 57

⁷¹ Bendis en Byler "Creating a National Innovation Framework: Building a Public-Private Support System to Encourage Innovation," Science Progress (2009)

(zorginhoudelijke vernieuwing) en procesinnovatie (andere manieren om de zorg te organiseren).⁷²

Gelet op de behoefte om zorginnovatie buiten het DBC- of ZZP-systeem snel naar de markt te kunnen brengen, gaf de minister de NZa aanwijzingen,⁷³ op basis waarvan de NZa de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' opstelde. Op basis van deze beleidsregel wordt het zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogelijk gemaakt kortdurend te experimenteren met het contracteren van innovatieve prestaties met een vrij tarief, met als doel de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg te verbeteren. De innovatie die beoogd wordt met deze beleidsregel betreft:

- nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs/kwaliteitsverhouding;
- efficiëntere zorgorganisatie, waaronder substitutie van tweedelijnsgezondheidszorg naar eerstelijnsgezondheidszorg;
- verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt.⁷⁴

Over het algemeen lijkt innovatie een andere rol te spelen binnen de curatieve zorg dan de langdurige zorg. In de curatieve sector manifesteert de mogelijke spanning tussen tarief- en prestatieregulering en innovatie zich nadrukkelijk binnen de DBC-systematiek. DBC-Onderhoud, de stichting die DBC's ontwerpt en onderhoudt, probeert gericht om zorginnovaties zo efficiënt mogelijk in het administratieve DBC-proces verwerkt te krijgen.⁷⁵ Ook de NZa verwoordde in een visiedocument haar intentie om het DBC-systeem recht te laten doen aan zorgvraag en zorgaanbod en om innovatie niet te laten beperken door onnodig vertraagde toepassing in het zorgaanbod.⁷⁶

In de langdurige zorg heeft innovatie meer betrekking op betere manieren van zorgverlening gegeven de geïndiceerde zorgzwaarte. Bij het onderhoud van de ZZP-systematiek, dat bij de NZa belegd is, lijkt daarom meer nadruk te liggen op het afwegen van cliëntenbelang en doelmatigheid.⁷⁷

Naast de beleidsregel innovatie heeft de NZa ook een specifieke beleidsregel opgesteld voor modernisering en innovatie binnen de huisartsenzorg.⁷⁸ Hierin is een aantal verrichtingen opgenomen in het kader van substitutie van enkele tweedelijnsbehandelingen naar de huisarts, waarvoor vrije tarieven en in sommige gevallen vrije prestatiebeschrijvingen gelden. Te denken valt aan kleine chirurgische ingrepen, het inbrengen van

⁷² Schrijvers, Ruimte voor ziekenhuisinnovaties: advies over de bekostiging van innovaties in de medisch-specialistische zorg, uitgebracht aan de NVZ (2010)

⁷³ Brief van 22 dec 2006 (MC-2738968); brief van 8 mei 2008 (MC-U-2847325)

⁷⁴ NZa, beleidsregel AL/BR-0011 (2012)

⁷⁵ DBC-Onderhoud, position paper zorginnovatie en DBCs (2013)

⁷⁶ NZa, Visiedocument Toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem (2006)

⁷⁷ NZa, Voorlichting Onderhoud zorgzwaartebekostiging: Gestructureerde samenwerking tussen overheid en veldpartijen onder coördinatie van de NZa (2011)

⁷⁸ NZa, beleidsregel BR/CU-7070, Huisartsenzorg - Verrichtingenlijst M&I, 2012

een spiraaltje, of langdurige huisbezoeken aan (terminale) patiënten met een hoge ZZP-indicatie.

Ook tariefregulering kan invloed hebben op innovatie. De mate van vrijheid waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars tarieven overeen kunnen komen, kan bepalen hoe innovatieve zorgprestaties naar de markt gebracht worden. Vaste, door de NZa vastgestelde tarieven kunnen bijvoorbeeld voor minder dynamiek zorgen in de ontwikkeling in de bijbehorende zorgprestatie. Het is hierom dat de NZa in 2012 in een aantal sectoren met maximumtarieven (mondzorg en curatieve GGZ), zogenaamde ‘max-max’ tarieven invoerde, waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders over tarieven kunnen onderhandelen boven het oorspronkelijke maximumtarief.⁷⁹

3.4.2 Bevindingen

Er is geen uitputtend beeld van innovatie in de zorgsector in relatie tot tarieven en prestaties. De mate van innovatie is niet eenvoudig te objectiveren of te kwantificeren. Bij het beschrijven van de innovatieve output van zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen tarief- en prestatie-regulering kan voor een gedeelte voortgebouwd worden op de gedocumenteerde voorbeelden van zorginnovatie als gevolg van de ‘beleidsregel innovatie.’ Daarnaast zijn de bevindingen zijn gebaseerd op diverse vraaggesprekken met de NZa, VWS, experts, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Innovatie binnen de zorgsector, en dan met name de technisch-inhoudelijke innovatie die leidt tot nieuwe methoden van diagnostiek of behandeling, vindt in verregaande mate plaats *binnen* de kaders van bestaande zorgprestaties. Dit geldt met name voor de medisch-specialistische zorg. Met de komst van de meer generieke prestatiebeschrijvingen van het DOT-systeem kunnen innovatieve diagnose- of behandelmethodes relatief eenvoudig ingepast worden binnen bestaande prestaties. Hier belemmeren prestatiebeschrijvingen innovatie dus niet of nauwelijks. Financiering voor innovatie wordt door (academische)ziekenhuizen veelal intern geormerkt, over het algemeen zonder tussenkomst van zorgverzekeraars. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder artikel 52, lid a, WMG samen een prestatie en tarief aanvragen bij de NZa, mits daarmee voldaan wordt aan bestaande beleidsregels.

Binnen de eerstelijnszorg is geëxperimenteerd met facultatieve prestaties, waarbinnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij zijn een specifieke invulling van die prestatie overeen te komen en overeenkomstig te bekostigen. Binnen de sector wordt slechts in beperkte mate gebruik gemaakt van deze facultatieve prestaties. Dit kan verklaard worden vanuit het gegeven dat vrije prestaties weinig veranderen aan het (financiële) risico dat innoveren met zich meebrengt. Verzekeraars zijn logischerwijs huiverig om innovatieve (vrije) prestaties te financieren zonder een sluitende *business case*. Daarbij komt dat in sommige sectoren binnen de eerste lijn, zoals farmacie, bestaande prestaties al dusdanig breed geformuleerd zijn dat er onder aanbieders geen prikkel is om vrije prestaties te gebruiken.

⁷⁹ NZa, Bandbreedetarieven prestatiebekostiging cGGZ (2012); NZa, Tariefbeschikkingen mondzorg 2013, C1/12/96C (2012)

Zoals aangegeven kan ook tariefregulering een effect hebben op innovatie. De zogenaamde max-max tarieven zouden meer flexibiliteit moeten bieden bij door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Binnen de mondzorg ligt de contracteergraad relatief laag. Hierdoor zijn er ook sinds invoering relatief weinig max-max tarieven overeengekomen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Binnen de curatieve GGZ hebben max-max tarieven, in combinatie met verhogingen van maximumtarieven door de NZa, tot de nodige discussie geleid. Zorgverzekeraars vreesden door beide ontwikkelingen niet meer binnen de groeifspraken van het hoofdlijnenakkoord te kunnen blijven.⁸⁰ De NZa heeft daarop in met name de verslavingszorg de tarieven bijgesteld.⁸¹

Met betrekking tot de beleidsregel innovatie is de output van innovatieve zorg relatief inzichtelijk. In december 2013 was er sprake van 52 'lopende' innovatieve zorgprestaties. Een groot aandeel van deze prestaties (40) had betrekking op curatieve zorg. Vrijwel alle vormen van curatieve zorg komen aan bod in de vorm van een experiment, waarbij de GGZ, huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg en geboortezorg goed vertegenwoordigd zijn. Een klein aantal verzekeraars is verantwoordelijk voor de bekostiging van de meerderheid aan innovatieve zorgprestaties.

De prestaties hebben met name betrekking op procesinnovatie en minder op (technisch-inhoudelijke) productinnovatie. Over het algemeen worden innovatieve prestaties gebruikt om te experimenteren met bijvoorbeeld het beter onderling afstemmen van medicijngebruik, of online fysiotherapie. Daarnaast manifesteren veel innovatieve zorgprestaties zich in de vorm van integrale ketenzorgtrajecten buiten de kaders van keten-DBC's (zie paragraaf 3.5). Hier gaat het bijvoorbeeld om ketenzorg voor astma, integrale SOA diagnostiek en behandeling en integrale revalidatie voor patiënten met chronisch hartfalen.

Voor de langdurige zorg is sprake van 12 'lopende' innovatieve zorgprestaties. De meerderheid van deze innovatieve prestaties heeft betrekking op ouderenzorg. Daarnaast bestaan er prestaties voor de integrale behandeling van chronische aandoeningen als Huntington en de ziekte van Parkinson en twee prestaties met betrekking tot gehandicaptenzorg. Ook binnen de langdurige zorg is met name sprake van procesinnovatie en ketenaanpak, bijvoorbeeld om de leefstijl van kwetsbare ouderen te monitoren, of integrale kortdurende opname ter stabilisering van parkinsonpatiënten.

De NZa faciliteert al deze experimenten met innovatieve zorgprestaties, inclusief de instandhouding van experimenten na drie jaar en de inpassing van de experimenten in reguliere prestaties. Op basis van vraaggesprekken komt echter een aantal procedurele kanttekeningen naar boven bij innovatieve zorgprestaties. Onder aanbieders en verzekeraars lijkt bijvoorbeeld te weinig aandacht besteed te worden aan het evalueren van de experimenten, hetgeen instandhouding van experimenten bemoeilijkt. De NZa heeft hier een aandachtspunt van gemaakt. Ook kan bij het vaststellen van innovatieve (keten)zorg het verschil in bekostiging tussen Zvw- en AWBZ-zorg (of zelfs ondersteuning via de WMO)

⁸⁰ ZN: 'Extra tariefverhoging ggz dupeert cliënt' *Skipr*, 27 september 2013, <http://www.skipr.nl/actueel/id15988-zn-extra-tariefverhoging-ggz-dupeert-client.html>

⁸¹ Reactie op de brief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de tariefstijging in de ggz, kamerstukken 2013-II, 25424 nr. 236

binnen één prestatie voor structurele problemen zorgen. Tenslotte lijken veel aanbieders er van uit te gaan dat innovatieve zorgprestaties onder het basispakket zullen gaan vallen, wat niet zonder meer het geval is. Op dit gebied geeft de NZa inmiddels meer voorlichting.

Aanbieders en verzekeraars binnen langdurige zorg zijn ontevreden over de behandeling van aanvragen voor innovatieve prestaties, en stellen dat het grootste aantal aanvragen op formele gronden wordt afgewezen, met name omdat de prestatie volgens de NZa te veel overeenkomt met een bestaande prestatie. Binnen de curatieve zorg is dit nadrukkelijk niet het geval, en worden aangevraagde innovatieve zorgprestaties over het algemeen gehonoreerd.

Ook is er volgens aanbieders en verzekeraars te weinig sprake van probleemloze aansluiting van lopende innovatieve prestaties naar 'reguliere' prestaties. Ondanks de instandhouding van experimenten komt het voor dat innovatieve prestaties pas na een vertraging van maanden als (bijvoorbeeld) een reguliere DBC kunnen worden gedeclareerd. Deze tekortkoming ondergraaft de toegevoegde waarde van de innovatieve zorgprestaties.

Bij bovenstaande bevindingen was er telkens sprake van innovatie binnen de bestaande kaders van tarief- en prestatieregulering. De praktijk heeft echter aangetoond dat innovatie in zorg ook kan ontstaan buiten bestaande prestatieregulering. In 2008 werd het initiatief SOS-arts gestart, waarbij huis- of spoedartsen huisbezoeken aflegden tegen betaling. De NZa besloot echter geen tarief- of prestatiebeschrijving binnen de huisartsenzorg vast te stellen voor dit initiatief, maar de initiatiefnemers te verwijzen naar de beleidsregel innovatieve zorgprestaties en uit te nodigen samen met een zorgverzekeraar een innovatieve zorgprestatie in te dienen.⁸² Een ingediende aanvraag werd in 2010 echter afgewezen omdat volgens NZa ten onrechte verondersteld werd dat de SOS-arts onder het basispakket zou vallen. Hierop vroeg SOS-arts opnieuw een zorgprestatie aan, die door NZa in 2011 afgewezen werd vanwege "risico's [...] voor de kwaliteit, betaalbaarheid en organisatie van de basiszorg."⁸³ Deze motivering werd door de SOS-arts aangevochten, en het bedrijf werd door de rechter in het gelijk gesteld.⁸⁴ Hierop stelde de NZa de beleidsregel Zorg op afroep vast, gekoppeld aan maximumtarieven,⁸⁵ waarna de SOS-arts in het najaar van 2011 van start kon.

Een tweede, soortgelijke casus kwam naar voren toen in 2014 de inloopkliniek 'Care to Go' zich vestigde op Station Den Haag Centraal en niet-verzekerde zorg aanbood in de sfeer van eenvoudige medische ingrepen. Hiermee werd laagdrempelige zorg aangeboden, ook buiten kantooruren. Care to Go hanteerde tarieven zonder een door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijving, wat onder artikel 35 WMG verboden is. De minister van VWS toonde

⁸² NZa, NZa: nog geen financiering voor SOS-huisarts, SOS huisarts kan gaan experimenteren (persbericht), 2008, <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/129825/>

⁸³ NZa, NZa adviseert experiment zorg op afroep. NZa: voorlopig geen tarief (persbericht), 2010, <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-adviseert-experiment-zorg-op-afroep/>

⁸⁴ AWB 10/687, ECLI:NL:CBB:2011:BP6915 (SOS-Arts/NZa), 2011

⁸⁵ NZa, beleidsregel BR/CU-7041, zorg op afroep van de patiënt (2011)

zich enthousiast over de innovatieve zorgverlening van Care to Go en gaf aan dat de aangeboden zorg volgens de NZa onder de prestatiebeschrijvingen van huisartsenzorg diende te vallen. De tarieven die Care to Go hanteerde, vielen echter boven de gereguleerde tarieven voor huisartsenzorg.⁸⁶ Uiteindelijk werd alsnog besloten een aparte prestatiebeschrijving te formuleren als aanvulling op de bestaande beleidsregel voor “Zorg op afroep van de patiënt” gekoppeld aan maximumtarieven.⁸⁷

Het gaat hier om een beperkt aantal voorbeelden, waaruit echter wel valt op te maken dat toetreding tot de zorgaanbodmarkt buiten bestaande prestatiebeschrijvingen een relatief langdurig en complex proces is. Het is voorstelbaar dat de ervaringen van de SOS-arts en Care to Go nieuwe toetreders ontmoedigen.

3.4.3 Deelconclusies

Op basis van bovenstaande bevindingen concluderen wij dat tarief- en prestatieregulering een gemengd effect heeft op dynamiek en innovatie binnen de sector. Binnen sectoren met brede prestatiebeschrijvingen, zoals medisch-specialistische zorg en AWBZ-zorg kan in verregaande mate binnen bestaande prestatiebeschrijvingen innovatie plaatsvinden. Over het algemeen belemmeren of bespoedigen prestatiebeschrijvingen innovatie hier niet.

Experimenten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, gefaciliteerd door de NZa, leiden vooral tot procesinnovatie en integrale zorgtrajecten waarbij verschillende disciplines met elkaar gecombineerd worden. In het laatste geval ontstaan ketenprestaties en proeftuinen buiten het ‘gebaande pad’ van de hiervoor bedoelde keten-DBC’s.

Wanneer verzekeraars en aanbieders een prestatie overeenkomen, zouden de partijen in beginsel de ruimte moeten hebben om hiermee te experimenteren. Om experimenten met innovatieve prestaties te doen slagen, is het noodzakelijk dat de procedurele randvoorwaarden geen belemmering vormen. Een aantal knelpunten zou door de NZa relatief eenvoudig verholpen kunnen worden: het nastreven van een naadloze overgang van experimentele naar reguliere prestaties is noodzakelijk. Het regionale karakter van veel experimenten bemoeilijkt deze overgang naar reguliere prestaties. Wanneer aanvragen voor experimentele zorgprestaties standaard een landelijk bereik zouden moeten hebben (tenzij zorgverzekeraars en zorgaanbieders anders overeen komen) zou dat de overgang naar het reguliere systeem van prestatieregulering in de verschillende deelmarkten eenvoudiger maken.

Andere procedurele moeilijkheden, zoals het combineren van Zvw -, AWBZ - en WMO-zorg binnen één ketenprestatie, als gevolg van de verschillende manieren van bekostiging minder eenvoudig op te lossen. Dat neemt echter niet weg dat de NZa met de beleidsregel innovatie een relatief succesvol platform in het leven geroepen heeft om proces- en keteninnovatie mogelijk te maken. Dit zou reden te meer moeten zijn om het proces van totstandkoming van innovatieve zorgprestaties zo veel als mogelijk te stroomlijnen.

⁸⁶ Antwoord van Minister Schippers op vragen van het Lid van Gerven (ontvangen 16 mei 2014). Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2013–2014, nr. 1819

⁸⁷ NZa, tariefbeschikking TB/CU-7088-01, Zorg op afroep van de patiënt en zorg geleverd in een inloopkliniek (2014)

3.5 Multidisciplinaire samenwerking

3.5.1 Context en vraagstelling

Prestatiebeschrijvingen vormen een relatief gecompartmenteerd systeem: onder de noemer van bijvoorbeeld DBC's wordt uiteengezet hoe en door welke arts of behandelaar een bepaalde aandoening gediagnosticeerd en behandeld wordt. Iedere (groep van) aandoeningen heeft een eigen prestatiebeschrijving. Daarnaast hebben verschillende beroepsbeoefenaren in de zorg hun eigen vorm van prestatiebeschrijving: een patiënt kan bijvoorbeeld met een klacht bij de huisarts komen, worden doorverwezen naar een medisch-specialist en kan na behandeling revalideren bij een fysiotherapeut. In alle gevallen worden prestatiebeschrijvingen gedeclareerd die overeenkomen met dezelfde aandoening van de patiënt, maar in hermetisch afgesloten systemen tussen de verschillende specialismen. Een multidisciplinaire, gestroomlijnde prestatiebeschrijving georganiseerd rondom de patiënt zou bij sommige aandoeningen kunnen bijdragen aan een efficiënter en integraler zorgtraject.

Net zoals bij de voorgaande deelvraag over innovatie, lijkt de beleidsdoelstelling van multidisciplinaire samenwerking vooral betrekking te hebben op curatieve zorg. Immers, de langdurige zorg is al in verregaande mate multidisciplinair ingericht. ZZP's zijn gecategoriseerd op tijd en zorgzwaarte, waaraan een scala van rond de 25 verschillende behandelaren multidisciplinair invulling kan geven.

In de oorspronkelijke inrichting van het prestatiebeschrijvingen was er geen mogelijkheid om prestaties met elkaar te integreren, terwijl er wel een aantal (chronische) aandoeningen bestaat waarbij een voorspelbare, overzichtelijke vorm van samenwerking tussen beroepsgroepen kan leiden tot preventie en minder druk op de tweede lijn.⁸⁸ Daarom zijn er sinds de invoering van DBC's ontwikkelingen in gang gezet om multidisciplinaire samenwerking binnen de prestatieregulering te stimuleren. Vooral op het gebied van eerstelijnszorg bestond er behoefte om zorg om de patiënt heen te organiseren en niet andersom. Hieruit voort vloeiende het idee van 'functionele bekostiging,' waarbij bekostiging plaatsvindt op basis van een prestatie, onafhankelijk van welke zorgaanbieder deze prestatie levert.⁸⁹

De minister van VWS stelde een aanwijzing op aan de hand waarvan de NZa in 2012 een beleidsregel vaststelde over integrale bekostiging van multidisciplinaire zorgverlening bij een drietal niet-complexe, chronische aandoeningen:⁹⁰

- Diabetes Mellitus type 2 voor personen ouder dan 18 jaar (DM type 2)
- Verhoogd risico op Vasculair risicomanagement (VRM)
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

⁸⁸ Gootzen en Bonte 'Het rendement van Ketenzorg' *medisch contact* 64(4) (2010), 180-182

⁸⁹ NZa, Visiedocument Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen (2006)

⁹⁰ NZa, beleidsregel BR/CU-7056, Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD), 2012

Met deze beleidsregel was het voor samenwerkende zorgaanbieders mogelijk om in geval van deze aandoeningen multidisciplinaire zorg in zijn geheel te declareren bij verzekeraars en integraal te laten bekostigen. De NZa spreekt in dit verband over ‘ketenzorg,’ waarbij de bekostiging van samenhangende zorg rondom de zorgvraag van de patiënt georganiseerd is.

Ketenzorg wordt georganiseerd door een zorggroep. Dit is noodzakelijk, omdat er een rechtsvorm moet bestaan die de verschillende beroepsgroepen in een zorgketen overstijgt en de integrale prestatie contracteert met verzekeraars. Hiermee ontstaan er binnen ketenzorg twee zorginkoopmarkten: de inkoopmarkt tussen zorgverzekeraar en zorggroep en de inkoopmarkt tussen zorggroep en zorgverleners. De zorggroep is het platform waar beide inkoopmarkten elkaar raken. Er bestaan varianten waarin de zorggroep zelf zorgverleners in loondienst heeft; in andere gevallen worden zelfstandige zorgverleners ingehuurd. Onder de verleners van ketenzorg binnen een zorggroep is de huisarts-geneeskunde de kern discipline: de huisarts voert de regie over het ketenzorgtraject.

In 2010 besloot de minister om verpleging, diagnostiek en farmacie op te nemen in het integrale bekostigingsmodel van de drie ketenzorg-aandoeningen. Tegelijkertijd werd door de NZa afgeraden vooralsnog nieuwe aandoeningen middels ketenzorg te financieren, aangezien de definitieve effecten ervan nog niet inzichtelijk waren.⁹¹

Vanuit het bestuurlijk akkoord voor de eerstelijnszorg van 2013 is een politieke noodzaak om meer vormen van multidisciplinaire samenwerking en integrale bekostiging mogelijk te maken. Het bestuurlijk akkoord zet namelijk in op substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn. In een advies aan de minister stelde de NZa daarom in 2014 voor de drie huidige ketenprestaties samen te voegen in één ketenprestatie ‘programmatische multidisciplinaire zorg,’ en hier de behandeling van astma aan toe te voegen. Doel van deze samenvoeging is om in de toekomst gemakkelijker nieuwe aandoeningen in te passen, zoals dementie of depressie.⁹² Voor dementie en stoppen met roken programma’s zijn inmiddels al beleidsregels omtrent ketenzorg van kracht.⁹³ Hiermee wordt de reikwijdte van de keten-DBC vergroot tot het domein van AWBZ-zorg.

De ontwikkelingen om bekostiging van multidisciplinaire zorg te faciliteren zijn dus in volle gang. In dit verband beantwoorden wij de deelvraag: *Hoe functioneert tarief- en prestatie-regulering in verband met multidisciplinaire samenwerking?*

3.5.2 Bevindingen

Sinds de invoering van keten-DBC’s zijn vier prestatiebeschrijvingsbeschikkingen geformuleerd, waarbij sinds 2011 alle geselecteerde aandoeningen voor ketenzorg in één beschikking zijn geïntegreerd. Het relatief kleine aantal chronische aandoeningen waarvoor ketentrajecten bestaat, maakt dat het functioneren van prestatieregulering bij integrale en multidisciplinaire zorgtrajecten goed onderzocht kan worden.

⁹¹ NZa, Uitvoeringstoets Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg, Verruiming grenzen en soorten ketens (2010)

⁹² NZa, Advies Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2014

⁹³ NZa, beleidsregel CA-300-485, Ketenzorg dementie (2012)

Het functioneren van keten-DBC's is inmiddels uitgebreid geëvalueerd.⁹⁴ Uit evaluaties blijkt dat met name diabeteszorg als integrale prestatie gecontracteerd wordt door verzekeraars, maar dat de andere vormen van ketenzorg achterblijven. Binnen de aangeboden vormen van integrale diabeteszorg blijkt een aanzienlijke variatie, zowel in de invulling van ketenzorg tussen zorggroepen, als in de hoogte van tarieven. Dit laatste vloeit voort uit de mate van praktijkvariatie, maar kan ook duiden op een sterke onderhandelingspositie van zorggroepen ten opzichte van zorgverzekeraars.

Over het algemeen is het beeld dat er minder ketenzorg wordt gecontracteerd dan oorspronkelijk verwacht. Verzekeraars wijten dit aan een gebrek aan transparantie en vergelijkbaarheid van kwaliteit binnen zorggroepen. De zorggroep wordt te veel als een 'black box' ervaren door verzekeraars.⁹⁵ Ook in de tweede inkoopmarkt, tussen zorggroep en zorgaanbieders, worden problemen geconstateerd. Huisartsen zijn in veel gevallen (mede)eigenaar van zorggroepen en zijn daarnaast medisch-inhoudelijk regisseur en schakel binnen een keten. Zowel het RIVM als de evaluatiecommissie integrale bekostiging constateren (potentiële) mededingingsproblemen in deze driedubbele rol van huisartsen binnen de ketenzorg. Dit uitte zich bijvoorbeeld in uitsluiting van fysiotherapeuten en diëtisten ten opzichte van praktijkondersteuners.

De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging stelt dat de nieuwe manier van bekostiging die ketenzorg biedt, nog te weinig leidt tot een zorginhoudelijke verandering die door patiënten ervaren kan worden. De commissie stelt voor de patiënt meer te betrekken bij de invulling van het behandeltraject.⁹⁶

De NZa heeft ketenzorg eveneens beoordeeld met het oog op de belangen van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.⁹⁷ Daaruit blijkt dat de verwachte kwaliteitswinst van ketenzorg in 2012 nog niet inzichtelijk gemaakt kon worden. Andere evaluaties, zoals van het RIVM en de evaluatiecommissie integrale bekostiging, konden evenmin uitspraken doen over kwaliteit van ketenzorg. Anno 2014 neemt NZa een stijgende lijn in kwaliteit waar, maar ook de nodige variëteit tussen zorggroepen. Op basis van enquêteonderzoek stelde de NZa in 2012 dat een intuïtief verlies van ervaren toegankelijkheid onder patiënten – immers, de zorggroep kiest behandelaars, niet de patiënt – uitblijft, en bevestigt dit beeld in 2014. Het RIVM komt overigens in haar evaluatie van de keten-DBC van diabetes wel tot de conclusie dat de toegankelijkheid is verminderd.⁹⁸ De uitgaven aan ketenzorg zijn sinds invoering substantieel gestegen. Dit zou verklaarbaar kunnen zijn

⁹⁴ Zie bijvoorbeeld J.N. Struijs, J.T. van Til, C.A. Baan, RIVM Experimenteren met de keten-dbc diabetes: De eerste zichtbare effecten (2009); Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging; Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken: Tweede rapportage (2012); NZa, Marktscan Ketenzorg (2012); NZa, Marktscan Ketenzorg (2014)

⁹⁵ Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, p. 9

⁹⁶ Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, p. 18

⁹⁷ Marktscan Ketenzorg (2012), p. 43-59; Marktscan Ketenzorg (2014), p. 35-59

⁹⁸ Experimenteren met de keten-dbc diabetes, p. 39

vanuit substitutie vanuit de tweede lijn naar ketenzorg, wat een gewenst effect is, maar hierover kon de NZa anno 2012 geen afgeronde conclusies trekken. Ook in 2014 kan de NZa nog niet met data onderbouwen in hoeverre substitutie vanuit de tweede lijn daadwerkelijk plaatsvindt.

Uit de vraaggesprekken komt naar voren dat er nog steeds een grote variatie tussen zorggroepen ervaren wordt op het gebied van kwaliteit, tarieven en invulling aan ketenzorg. Dit blijkt eveneens uit de kwalitatieve benchmarking van de branchevereniging van zorggroepen.⁹⁹ Effecten op betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid zijn nog niet voldoende in beeld. Wel lijkt er sprake te zijn van enige lerende effecten op het gebied van inkoop binnen de zorggroep en met verzekeraars: zo is er initiatief genomen voor zelfregulering over contractvoorwaarden.

3.5.3 Deelconclusies multidisciplinaire samenwerking

De relatief kleinschalige ketenzorgtrajecten bieden de mogelijkheid om in een relatief gecontroleerde omgeving te onderzoeken hoe tarief- en prestatieregulering zich verhoudt tot multidisciplinaire samenwerking. Op basis van het bestaande materiaal is het op dit moment echter niet mogelijk definitieve conclusies te verbinden aan het functioneren van ketenzorg. Dit heeft vooral te maken met de grote ervaren variëteit tussen zorggroepen bij de invulling van ketenzorg, waardoor een eenduidig beeld over de sector als geheel nog ontbreekt. Deze grote variatie speelde al ten tijde van de eerste evaluaties van ketenzorg. De recente laatste marktscan van NZa en deze evaluatie laten zien dat hier momenteel nog steeds sprake van is.

Het is op grond hiervan niet mogelijk om op dit moment een eenduidig beeld te geven over in hoeverre integrale bekostiging ook tot integrale zorg geleid heeft en de beoogde substitutie vanuit de tweede lijn plaatsvindt. Er is aanleiding voor een uitvoeriger evaluatie van de ketenzorg zoals deze op dit moment functioneert. Er is namelijk informatie en data te vergaren over contractering tussen verzekeraars en zorggroepen, de inrichting van zorggroepen en zorguitgaven binnen eerste en tweede lijn. Op basis van uitgebreider en data-gedreven onderzoek kunnen onderbouwde aanbevelingen gedaan worden over multidisciplinaire samenwerking en de bekostiging daarvan.

3.6 Aanvullend pakket

3.6.1 Context en vraagstelling

Tarief- en prestatieregulering heeft enerzijds tot doel om de collectieve zorguitgaven te beheersen en anderzijds de contractvorming tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt te faciliteren. Binnen het contracteerproces is het in principe niet van belang of de deelmarkt waarover onderhandeld wordt op de zorginkoopmarkt onder het basis- of aanvullende pakket valt.

Uit de Memorie van Toelichting van de Zvw blijkt dat de wetgever het onderscheid tussen basis- en aanvullende zorg maakt op basis van noodzakelijkheid: "in [de] aanvullende verzekering zitten alleen die voorzieningen waarvan de regering vindt dat die voor rekening

⁹⁹ InEen, Transparante ketenzorg diabetes mellitus, copd en vrm, rapportage zorggroepen over 2013: op weg naar genuanceerde rapportage van zorg, 2014

en verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf kunnen komen.” Daarom rekent de overheid het resultaat van contracteren in de vorm van aanvullend verzekerde zorg niet tot haar verantwoordelijkheid.¹⁰⁰ Hier ontstaat, zeker op deelmarkten die gedeeltelijk onder het basis- en gedeeltelijk onder het aanvullende pakket vallen, mogelijk een spanning.

Mondzorg is een voorbeeld van een deelmarkt die zowel onder het basis- als aanvullende pakket valt: mondzorg voor jongeren onder de 18 jaar en sommige vormen van bijzondere tandheelkundige zorg vallen onder het basispakket, terwijl reguliere tandheelkundige zorg voor volwassenen onder het aanvullende pakket valt. Vanaf 1 januari 2012 was een experiment van kracht met vrije prijsvorming voor mondzorg,¹⁰¹ dat op last van de Tweede Kamer per 1 januari 2013 weer ongedaan gemaakt werd vanwege het stijgen van (vrije) tarieven voor mondzorg.¹⁰² De NZa stelt daarom sinds 1 januari 2013 weer zowel tarieven als prestaties vast deze sector.¹⁰³

Binnen andere deelmarkten die (gedeeltelijk) onder het aanvullende pakket vallen, zoals fysiotherapie, heeft het afbouwen van tariefregulering wel geleid tot een daling van tarieven. De stand van zaken wat betreft het reguleren van tarieven en prestaties binnen aanvullende zorg is daarmee op dit moment als volgt. In alle aanvullende deelmarkten die onder de WMG vallen wordt door de NZa prestaties vastgesteld; in de mondzorg worden tarieven en prestaties vastgesteld door de NZa. Met het reguleren van tarieven en prestaties op de zorginkoopmarkt heeft de overheid daarom nog steeds in meer of mindere mate invloed op de invulling van aanvullende zorg.

De NZa heeft de wens uitgesproken zich niet langer bezig te houden met tarief- en prestatieregulering bij aanvullende zorg.¹⁰⁴ Hiermee rijst de onderzoeksvraag: *Is tarief- en prestatieregulering nodig binnen aanvullende pakketten?* Deze onderzoeksvraag is minder evaluatief van karakter en richt zich meer op de toekomst van de regulering.

3.6.2 Bevindingen

De output van tarief- en prestatieregulering voor aanvullende zorg bestaat uit tarieven en prestatiebeschrijvingen die betrekking hebben op aanvullende zorg binnen de eerste lijn (bijvoorbeeld mondzorg en fysiotherapie boven de 18 jaar) en medisch-specialistische zorg (bijvoorbeeld niet-medisch noodzakelijke plastische chirurgie). Omdat de inhoud van het basispakket veranderlijk is – zo valt GGZ zorg sinds kort voor een groot gedeelte onder het basispakket – is het niet direct mogelijk een algemeen beeld te schetsen van tarief- en prestatieregulering binnen het aanvullende pakket gedurende de periode die deze evaluatie omvat. Wij richten ons daarom op een aantal specifieke casussen en dan met name de ervaringen binnen de mondzorg.

¹⁰⁰ MvT Zwv, 44.

¹⁰¹ NZa, beleidsregel BR/CU-7058, Experiment vrije prijsvorming mondzorg, 2012

¹⁰² Zie bijvoorbeeld NZa, Marktscan Mondzorg-juni (2012)

¹⁰³ NZa, Tariefbeschikkingen mondzorg 2013

¹⁰⁴ NZa, Bijlage 4 consultatiedocument Publieke en private taken en verantwoordelijkheden binnen de DBC-systematiek, 2013

Vanuit de wetenschap is de nodige kritiek geleverd op het stopzetten van vrije tarieven binnen de mondzorg.¹⁰⁵ Wanneer de overheid de prijsontwikkeling binnen de mondzorg langer op zijn beloop had gelaten, waren er meer waardevolle beleidsaanbevelingen uit te destilleren geweest.

In een aantal vormen van aanvullende zorg past de NZa zowel tarief- als prestatieregulering toe. Het gaat hier om specifieke vormen van GGZ (zowel basis als specialistisch), medisch-specialistische zorg, mondzorg en geboortezorg. Op de resterende vormen van aanvullende zorg binnen de WMG zijn alleen prestatiebeschrijvingen van toepassing. De verzekeraars en aanbieders in het veld, zoals bijvoorbeeld op het gebied van cosmetische chirurgie, arbo-geneeskunde en niet-geïndiceerde langdurige intramurale zorg geven aan dat in beperkte mate wordt gedeclareerd aan de hand van vastgestelde prestatiebeschrijvingen. Bovendien geven zij aan dat de NZa in haar toezicht slechts beperkt prioriteit geeft aan deze vorm van (incorrect) declareren. Dit beeld wordt intern door de NZa bevestigd. Binnen andere sectoren die onder het aanvullende pakket vallen, zoals mondzorg, is er vanuit de NZa vervolgens wel veel aandacht voor correct declareren, zowel binnen de mondzorg die onder het basispakket valt en mondzorg die aanvullende zorg betreft. Zo geeft de NZa een aanzienlijk aantal aanwijzingen en boetebesluiten aan tandartsen op basis van incorrect declareren.¹⁰⁶

Op basis van vraaggesprekken constateren wij echter ook dat aanbieders en verzekeraars het afschaffen van prestatiebeschrijvingen voor aanvullende zorg als onwenselijk beschouwen. Het belang van een uniforme 'declaratietaal' wordt algemeen onderstreept, vooral ook om te zorgen dat de zorg die niet onder het basispakket valt voor consumenten transparant blijft. Het is echter de vraag of de NZa een rol zou moeten spelen in het vaststellen van prestaties voor aanvullende zorg, zoals zij dat nu doet. Het is denkbaar dat toegewerkt wordt naar een situatie waarin de NZa toeziet op door de sector vastgestelde prestaties aan de hand van uniformiteits- en transparantie-eisen.

3.6.3 Deelconclusies aanvullend pakket

Op basis van de bovenstaande bevindingen kan de noodzakelijkheid van door de NZa vastgestelde tarief- en/of prestatieregulering voor aanvullende zorg in twijfel worden getrokken. Dit blijkt met name uit het feit dat de NZa tarief- en prestatieregulering niet op een consistente manier tussen sectoren handhaaft. Waar in sommige sectoren, zoals mondzorg, streng wordt toegezien op het naleven van prestaties en tarieven, wordt niet-correct declareren bij andere vormen van aanvullende zorg toegestaan zonder dat zich daarbij problemen voordoen. Deze situatie leidt tot reguleringsonzekerheid.

Dat de NZa binnen het aanvullende pakket verschillend handhaaft valt uiteindelijk terug te voeren op een vraagstuk van pakketafbakening. Sinds het stopzetten van vrije tarieven in

¹⁰⁵ Beetsma, "Overheid maakt zichzelf onbetrouwbaar met flip-flop tandartstarieven", Me Judice, (10 juli 2012)

¹⁰⁶ NZa, Aanwijzing F. Fathi (mei 2012); NZa, Aanwijzing M.Fathi h.o.d.n. Tandartsenpraktijk Floriande (mei 2012); NZa, Aanwijzing Beperfect Clinics B.V. (november 2011); NZa, Aanwijzing tandarts (maart 2011); NZa Boetebesluit BePerfect Clinics BV (november 2012) NZa, Boetebesluit Eurosmile BV (augustus 2012)

de mondzorg is onduidelijk of het onderscheid tussen het basispakket en het aanvullende pakket gemaakt wordt op basis van betaalbaarheids- of noodzakelijkheidscriteria. De politieke beslissing om tarieven te reguleren in de mondzorg lijkt moeilijk te rijmen met de positie van mondzorg binnen het aanvullende pakket. Het aanvullende pakket is ingericht als een schadeverzekering voor niet-noodzakelijke zorg, waarbij de overheid in principe op afstand staat. Wanneer in onderdelen van dat aanvullende pakket alsnog tariefregulering nodig is om de betaalbaarheid van zorg te garanderen, kan dit duiden op suboptimale pakketafbakening, of op reguleringsfalen.

Uit het voorgaande volgt overigens niet automatisch dat prestatiebeschrijvingen binnen het aanvullende pakket niet langer noodzakelijk zijn. Een uniforme declaratietaal is nog steeds waardevol in het kader van transparantie. Het is alleen de vraag of de NZa deze prestatiebeschrijvingen nog moet vaststellen.

3.7 Fraude

3.7.1 Context en vraagstelling

Fraude in de zorg is recent sterk in de publieke en politieke belangstelling komen te staan. Het 'plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg' stelt voor 2014 vijf miljoen euro en vanaf 2015 tien miljoen euro extra jaarlijks beschikbaar voor fraudebestrijding binnen de zorgketen.¹⁰⁷ Het onderwerp komt op verschillende plaatsen in deze evaluatie aan de orde. In de context van tarief- en prestatieregulering gaat het specifiek om fraude door zorgaanbieders die, al dan niet doelbewust, incorrect declareren bij zorgverzekeraars, met als doel hier wederrechtelijk financieel voordeel uit te behalen.

De inrichting van tarief- en prestatieregulering in artikelen 50 tot en met 56 van de WMG stelt geen eisen aan de correctheid van declaraties van zorgaanbieders. De verbodsbepaling van artikel 35 WMG (zie paragraaf 3.8) doet dit wel.

De NZa heeft zelf onderzoek gedaan naar declaratiefraude in de zorginkoopmarkt en komt tot vier mogelijke vormen van incorrect declareren:¹⁰⁸

- dubbel claimen – waarin meerdere keren dezelfde behandeling bij dezelfde patiënt gedeclareerd wordt
- profiteren van dubbele bekostiging – waarbij zorgaanbieders twee keer bekostigd worden voor dezelfde zorg vanuit zowel een niet-patiënt gebonden vaste component (bijvoorbeeld een beschikbaarheidsbijdrage), een prestatie die wel patiëntgebonden is
- ontbundelen – waarbij ketenzorg alsnog opgeknipt wordt en afzonderlijk nogmaals gedeclareerd
- upcoding – waarbij een goedkopere behandeling onterecht als een duurdere behandeling wordt gedeclareerd.

Op dit moment is er nog veel onduidelijk over de aard en omvang van zorgfraude. Schattingen hierover lopen ver uiteen.¹⁰⁹ In dit verband is het relevant om in kaart te

¹⁰⁷ Plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg, Kamerstukken II 2013-2014, 28828 nr. 50, p. 3

¹⁰⁸ NZa, Onderzoek zorgfraude Tussenrapport, 2013, p. 30

¹⁰⁹ Andersson Elffers Felix, Verkenning opsporingsfunctie in de zorg, 2014, p. 10

brenge in hoeverre het systeem van tarief- en prestatieregulering zoals dat nu functioneert, fraude ontmoedigt of juist in de hand werkt. Hieruit vloeit de deelvraag voort: *Hoe fraudebestendig is tarief- en prestatieregulering?*

3.7.2 Bevindingen

De fraudebestendigheid van tarief- en prestatieregulering laat zich moeilijk in beeld brengen, vanwege het ontbreken van concrete cijfers over hoe vaak welke vormen van fraude voorkomen. Ook is er geen ‘nulmeting’ beschikbaar, waardoor de fraudebestendigheid tussen verschillende vormen van tarief- en prestatieregulering niet goed vergelijkbaar is. Wij bespreken de fraudebestendigheid van tarief- en prestatieregulering daarom vooral aan de hand van de ervaringen uit de praktijk.

Wat nadrukkelijk uit het onderzoek naar voren komt, is dat iedere vorm van classificatie en tarifiering leidt tot (mogelijkheden voor) ongewenst gebruik. Declaratiefraude en vormen van onjuist declareren zijn vanuit dat perspectief nooit volledig uit te bannen. Die onderzoeksvraag is daarom veeleer, welke kenmerken van het huidige systeem van tarief- en prestatieregulering fraude en oneigenlijk gebruik mogelijk in de hand werken.

In het Nederlandse zorgstelsel bestaat er afstand tussen de ontvanger van zorg en de betaler van zorg: de aanbieder declareert geleverde zorg bij een verzekeraar. Zolang de verzekeraar niet over de schouder van de zorgaanbieder mee kan kijken (en de ontvanger van zorg geen inzicht heeft in of belang heeft bij correcte declaratie), heeft de aanbieder mogelijkheden om declaraties in te dienen die niet overeenkomen met de geleverde zorg.

Daarnaast kan de bekostiging van zorg die gepaard gaat met tarief- en prestatieregulering uitermate complex zijn: voorbeelden zijn het grote aantal medisch-specialistische handelingen dat onderdeel kan uitmaken van een DOT, of het feit dat het in de systematiek gaat om gemiddelde zorgtrajecten die in individuele gevallen kunnen afwijken. Binnen deze speelruimte is niet-correct declareren, al dan niet moedwillig, een reële mogelijkheid.

In het verleden heeft fraudebestendigheid bij het vaststellen van veel vormen van tarief- en prestatieregulering een beperkte rol gespeeld. Met name bij AWBZ-zorg is prestatieregulering in de vorm van ZZP's vooral ingezet om bij te dragen aan meer toegankelijke en transparante zorgverlening tegen minder administratieve lasten. Het nastreven van toegankelijkheid staat op gespannen voet met het tegengaan van oneigenlijk gebruik. In de medisch-specialistische zorg gaat een vergelijkbare redenering op: het DOT-traject is ingezet om prestatiebeschrijvingen breder inzetbaar te maken bij de onderhandeling tussen verzekeraars en aanbieders. Het voorkomen van onjuiste declaraties is niet meegenomen in deze ontwikkeling.

Tegenwoordig is fraudebestendigheid meer ingebed in het ontwerpproces van tarief- en prestatieregulering. Zo vormt fraudebestendigheid een onderdeel van het project ‘Herziening bekostigingsstructuur mondzorg’ van de NZa en heeft de NZa frauderisico's geïdentificeerd bij de overheveling van langdurige GGZ naar de Zvw.¹¹⁰ Ook wordt momenteel de prikkeling tot upcoding binnen geëxtramuraliseerde AWBZ-zorg onderzocht,

¹¹⁰ NZa, Advies Overheveling langdurige GGZ naar de Zvw Bekostiging van de langdurige GGZ gericht op behandeling en verblijf (2013)

met als doel de prestatiebeschrijvingen en uurtarieven aan te kunnen passen om perverse prikkels tegen te gaan.¹¹¹ Er is duidelijk sprake van een leerproces, dat echter nog niet als afgerond is te beschouwen.

De NZa investeert in haar handhaving in het bestrijden van incorrect declareren. Van de boetebesluiten en aanwijzingen die de NZa opgelegd heeft wegens incorrect declareren, springt met name het boetebesluit voor het St. Antonius ziekenhuis in het oog.¹¹² Op basis van vraaggesprekken bij zorgaanbieders blijkt dat van deze zaak een sterke signaalwerking is uitgegaan. In het boetebesluit van de NZa is de opzettelijkheid van onjuist declareren buiten beschouwing gelaten. De casus toont aan dat een focus op ‘incorrect declareren’ in plaats van ‘declaratiefraude’ niet aan effect hoeft in te boeten: ook zonder het gedrag van St. Antonius-medewerkers als moedwillig frauduleus te bestempelen, heeft het boetebesluit de gewenste werking.

3.7.3 Deelconclusies fraude

Over de fraudebestendigheid van tarief- en prestatieregulering zijn op basis van het onderzoek geen definitieve uitspraken te doen, met name omdat er geen consensus over de aard en omvang van fraude in het Nederlandse zorgstelsel. Wel is duidelijk dat fraudebestendigheid over het algemeen geen rol van betekenis heeft gespeeld in het ontwikkelen van prestatieregulering. Inmiddels wordt fraudebestendigheid meer nadrukkelijk meegenomen in de overwegingen, bijvoorbeeld in de vorm van een fraudebestendigheidstoets voor nieuwe beleidsregels. Eveneens laat de NZa in haar handhaving zien fraude serieus aan te willen pakken. Het gaat hier om een ontwikkeling waarin goede stappen worden gezet, maar die nog niet is afgerond.

3.8 Verbods- gebodstelsel

3.8.1 Context en vraagstelling

Het functioneren van tariefregulering staat of valt bij de koppeling van tarieven aan prestaties: een tarief zonder prestatiebeschrijving bestaat niet. In artikel 35 WMG, eerste lid, is daarom vastgelegd dat het verboden is voor zorgaanbieders een tarief in rekening te brengen waarvoor geen prestatiebeschrijving is vastgesteld (onderdeel c), of waarvoor een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan vastgesteld (onderdeel d). Bovendien is alleen de NZa bevoegd om prestatiebeschrijvingen vast te stellen onder artikel 50, eerste lid, onderdeel D van de WMG.

Dit verbod is dusdanig sterk verankerd dat het twee kanten op werkt: het is volgens artikel 35, derde lid, WMG ook verboden voor zorgverzekeraars om een tarief *te betalen* dat niet met een prestatie overeenkomt. Daarnaast is het niet alleen verboden een tarief in rekening te brengen dat hoger is dan vastgesteld door de NZa: het is ook verboden een tarief in rekening te brengen dat *lager* is dan een bandbreedte- of vast tarief.

Met de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG is aan art. 35 een zevende lid toegevoegd, dat aanbieders verbiedt in hun integrale som van tarieven af te wijken van het door de NZa vastgestelde grensinstrument. Eveneens werden met deze wijzigingswet artikelen 35a en 35b toegevoegd, waarin aanvullende verbodsbepalingen verbieden dat

¹¹¹ NZa, beleidsbrief Marktscan AWBZ (2014), p. 2.

¹¹² NZa, Boetebesluit St. Antonius Ziekenhuis (februari 2014)

zorgaanbieders een hogere beschikbaarheidsbijdrage in rekening brengen dan is vastgesteld en verzekeraars het recht ontnemen om een hoger vereffeningsbedrag in rekening te brengen dan is vastgesteld.

De formulering van de bovenstaande verbodsbepalingen in de WMG is strikt en laat geen ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zonder tussenkomst van NZa prestatiebeschrijvingen overeen te komen. De deelvraag in deze paragraaf luidt: *Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met het verbodsstelsel? In hoeverre dient een verbodsstelsel de doelen van de WMG? In hoeverre is er een alternatief voor het verbodsstelsel?*

In wat volgt gaan wij uit van de termen ‘verbodsstelsel’ en ‘gebodsstelsel.’ In een verbodsstelsel – de huidige wijze van tarief- en prestatieregulering – stelt de overheid vast welke tarieven en/of prestatiebeschrijvingen gehanteerd mogen worden en is afwijken hiervan verboden. In een gebodsstelsel stelt de overheid niet langer vast welke tarieven en/of prestatiebeschrijvingen gehanteerd mogen worden, maar richt zij zich alleen op de randvoorwaarden van tarief- en prestatieregulering, in de vorm van geboden voor bijvoorbeeld transparantie, fraude en vergelijkbaarheid.

3.8.2 Bevindingen

De beantwoording van deze deelvraag is zowel evaluatief als verkennend van karakter. Het bestaande verbodsstelsel van artikel 35 WMG wordt geëvalueerd met een mogelijk alternatief in gedachten. We bespreken de oorsprong en toekomst van de verbodsofzet van het stelsel in het licht van mogelijke alternatieven.

Artikel 35 WMG vindt zijn oorsprong in artikel 2 van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) zoals dat goed in het zorgstelsel van voor 2006. De inhoud en formulering van art. 2 WTG zijn bijna rechtstreeks in artikel 35 WMG terecht gekomen. In een aanbodgestuurd en gebudgetteerd zorgstelsel is het strikt reguleren van tarieven ten opzichte van prestaties voor de hand liggend. In het huidige systeem van vraagsturing, prestatiebekostiging en ex ante risicoverevening is deze vanzelfsprekendheid van een verbodsbepaling minder groot: wanneer verzekeraar en aanbieder vrij zijn tarieven overeen te komen, waarom zouden zij dan niet eveneens (buiten de NZa om) een bijbehorende prestatie kunnen vastleggen?

Er bestaat een aantal praktische voorbeelden waaruit blijkt dat stringente verbodsbepalingen zoals artikel 35 WMG op gespannen voet staan met prestatiebekostiging en risicodragende verzekeraars.

Allereerst wijzen de knelpunten van tarief- en prestatieregulering voor aanvullende zorg in paragraaf 3.6 erop dat er prestatiebeschrijvingen minder nodig zijn binnen het aanvullende pakket. Verzekeraars en aanbieders contracteren in sectoren die niet tot het basispakket behoren (zoals cosmetische chirurgie, arbozorg en niet-geïndiceerde intramurale langdurige zorg) vaak niet volgens door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen. Ook de declaratie bij deze zorgvormen vindt vaak niet plaats volgens door de NZa vastgestelde prestaties. In deze gevallen treedt de NZa niet handhavend op, zonder dat dat tot problemen leidt. Hiermee lijkt de noodzaak van door de NZa vastgestelde prestatieregulering voor aanvullende zorg beperkt te zijn.

Ten tweede wijst de praktijk uit dat prestaties met name binnen de medisch-specialistische zorg (de DOT's) een beperkte rol spelen bij het onderhandelproces tussen verzekeraars en aanbieders. In plaats daarvan maken verzekeraars afspraken over aanneemsommen of

budgetplafonds met aanbieders, waarvan uiteindelijk teruggerekend wordt naar de zorgprestaties aan de hand waarvan gedeclareerd moet worden. Hiermee wordt de prijs die per zorgprestatie in rekening gebracht wordt een ambigue eenheid, die geen reële afspiegeling is van de onderhandeling tussen beide partijen. DOT's zijn echter wel in het leven geroepen om als onderhandelingstaal tussen verzekeraars en aanbieders te fungeren. Wanneer deze onderhandelingstaal als zodanig niet gebruikt wordt, rijst de vraag of DOT's in het vrije segment nog wel nodig zijn. Deze redenering lijkt overigens in mindere mate van toepassing op AWBZ-zorg en curatieve GGZ. Uit vraaggesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren blijkt dat ZZP's wel degelijk als onderhandelingstaal fungeren binnen de AWBZ. Binnen de GGZ wordt dit jaar pas voor het eerst volledige prestatiebekostiging gehanteerd, waardoor het op dit moment niet te bepalen is in hoeverre DBC's aldaar fungeren als onderhandelingsinstrument.

Aan de hand van deze voorbeelden komt de noodzaak van de huidige verbodsbepaling uit artikel 35 WMG onder druk te staan en rijst de vraag of, met name binnen vrije sectoren en aanvullende zorg, door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen nog wel opportuun zijn.

Het afschaffen van prestatiebeschrijvingen door de NZa gaat echter met nadelen gepaard. Het systeem van tarief- en prestatieregulering op basis van de WMG heeft namelijk geleid tot een aantal vormen van afgeleid gebruik die niet in eerste instantie werden nagestreefd met de WMG. Daarmee hebben de NZa-prestaties in bepaalde mate een 'systeemfunctie' binnen het stelsel hebben gekregen. Zo worden prestatiebeschrijvingen gebruikt als basis voor de risicoverevening tussen zorgverzekeraars, voor het toepassen van eigen risico van verzekerden, bij het vaststellen van een MBI korting (de facto kan een MBI niet ingezet worden zonder door de NZa vastgestelde prestaties) en voor de pakketafbakening door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, inmiddels Zorginstituut Nederland). Dit maakt dat het huidige systeem van prestatiebeschrijvingen onder artikel 35 WMG niet zomaar aangepast kan worden, althans niet zonder rekening te houden met al deze vormen van afgeleid gebruik.

Daarnaast noodzaakt het loslaten van prestatiebeschrijvingen door de NZa in vrije segmenten of aanvullende zorg tot meer aandacht voor andere vormen van toezicht. Het blijft namelijk van belang voor het functioneren van het stelsel dat zorgprestaties inzichtelijk zijn voor verzekeraars en consumenten. Dit kan ondervangen worden door het intensiveren van het markttoezicht op zorgaanbieders ten behoeve van (met name) transparantieverplichtingen. Ook kan de NZa aanbieders en verzekeraars verplichten tot een uniforme prestatie- en declaratietaal (aangesloten op internationale standaarden), die door de sector zelf wordt vastgesteld.

Er zijn kortom goede argumenten om de verbodsbepalingen uit artikel 35 WMG om te vormen tot een 'gebodsstelsel' waarin meer ruimte bestaat voor verzekeraars en aanbieders om bij de zorginkoop en de declaratie buiten de kaders van door de NZa vastgestelde prestaties te opereren. Naar verwachting zou een dergelijke omvorming nieuwe zorgprestaties ook eerder toepasbaar maken; het is immers niet meer nodig innovatie via de NZa naar de markt te brengen. Ook kunnen integrale bekostigingsvormen op grotere schaal worden geïmplementeerd wanneer traditionele 'schotten' tussen de bekostiging van de eerste en tweede lijn minder een rol spelen bij zorginkoop. Binnen een dergelijk gebodsstelsel zijn verschillende varianten mogelijk.

Een logische eerste stap in de richting van een gebodsstelsel zou bestaan uit het dereguleren van aanvullende zorg. Een tweede mogelijkheid betreft het breder invoeren van facultatieve prestaties (die nu al gelden binnen de eerstelijnszorg), waarbij als aanvulling op bestaande prestaties verzekeraars en aanbieders zelfstandig en onder auspiciën van de NZa prestaties en alternatieve bekostigingsvormen overeen kunnen komen. Daarnaast kunnen via het BUB bepaalde deelmarkten buiten de werkingssfeer van de WMG geplaatst worden.

De laatste stap in deze beweging zou bestaan uit herziening van artikel 35 WMG zelf. Met het aanpassen van artikel 35 WMG dient echter prudent te worden omgesprongen. Immers, artikel 35 WMG bestaat ook als grondslag tegen declaratiefraude en is eveneens van belang als terugvaloptie wanneer verzekeraars en aanbieders niet in staat blijken om prestaties overeen te komen.

3.8.3 Deelconclusies verbods- en gebodsstelsel

Op basis van het bovenstaande verkennende onderzoek concluderen wij dat het bestaande verbodsstelsel de doelen van de WMG slechts in beperkte mate ondersteunt. Binnen aanvullende zorg wordt de facto zonder door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen gedeclareerd, zonder dat hierbij problemen optreden. In het vrije segment van medisch-specialistische zorg dragen prestatiebeschrijvingen slechts beperkt bij aan hun doelstelling, te weten het faciliteren van de zorginkoop. In deze gevallen geldt dat tarief- en prestatieregulering beter gedijt bij een gebodsstelsel dan het bestaande verbodsstelsel.

Hiermee lijkt er voldoende reden en momentum te zijn om de verbodsbepalingen uit artikel 35 WMG te heroverwegen en vrije vormen van prestaties mogelijk te maken als aanvulling op vrije tarieven. Wij hebben een aantal stappen voorgedragen waarin dit proces vormgegeven kan worden.

Om het evenwicht op zorgmarkten te bewaken dient bij het wegvallen van prestatieregulering in deelmarkten sterker worden ingezet op markttoezicht. Met name transparantieverplichtingen zijn in dit verband belangrijk; het blijft immers van belang dat zorg op basis van uniforme prestaties ingekocht en gedeclareerd wordt. Uniforme prestaties zijn daarmee belangrijkste noodzakelijke voorwaarde voor een gebodsstelsel. Ten tweede is er een aantal vormen van afgeleid gebruik uit het verbodsstelsel voortgekomen waarmee andere doelen vanuit de Zvw en WMG worden gediend. Het gaat hier bijvoorbeeld om risicoverevening en macrokostenbeheersing. Wanneer er alternatieven aangedragen kunnen worden voor deze vormen van afgeleid gebruik kan een gebodsstelsel slagen.

3.9 Tussenconclusies tarief- en prestatieregulering

De centrale vraag van dit hoofdstuk is *in hoeverre tarief- en prestatieregulering bijdraagt aan het functioneren van het zorgstelsel*. Aan de hand van diverse indicatoren is bijgedragen aan een antwoord op deze vraag. In deze concluderende paragraaf staan wij stil bij wat vanuit de samenhang tussen de afzonderlijke deelvragen valt te concluderen over tarief- en prestatieregulering.

Allereerst is uit ons onderzoek gebleken dat tarief- en prestatieregulering een gevarieerde verzamelterm is voor regulering, met een reikwijdte die verder gaat dan afzonderlijke deelmarkten. De manier waarop tarieven en/of prestaties door de NZa worden vastgesteld, varieert per deelmarkt. Daarnaast heeft de invulling van prestatiebeschrijvingen in meer of mindere mate invloed op macrokosten, innovatie, samenwerking tussen zorgaanbieders en de mogelijkheid tot incorrect declareren.

Ons onderzoek over tarief- en prestatieregulering is gebonden aan een aantal onzekerheden. In veel gevallen ontbreekt bruikbare data, enige vorm van 'nulmeting' en de mogelijkheid effecten te isoleren. Daarnaast is het aanbrengen van causaal verband tussen regulering en effect in de meeste gevallen niet mogelijk. Onze conclusies zijn daarom voorzichtig van aard. Tegelijkertijd moet vastgesteld worden dat er wel degelijk een noodzaak ligt om tarief- en prestatieregulering grondig te evalueren.

Op basis van het onderzoek concluderen wij dat tarief- en prestatieregulering in een aantal deelmarkten slechts in beperkte mate bijdraagt aan de doelen van de WMG, te weten de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Wat betaalbaarheid betreft lijkt het effect van de afgesloten bestuurlijke akkoorden in een aantal deelmarkten groter te zijn dan de rol van gereguleerde prestaties en tarieven in de zorginkoop. Gemaximeerde groei leidt de facto tot budgettering door zorgverzekeraars en binnen een budget heeft vrije onderhandeling over afzonderlijke prestaties weinig effect. Het dominante effect van de bestuurlijke akkoorden op betaalbaarheid van zorg wordt nog versterkt door de aanwezigheid van een macrobeheersingsinstrument als slot op de deur.

Tarief- en prestatieregulering draagt in wisselende mate bij aan het waarborgen of vergroten van de toegankelijkheid. Wij zien de contouren van positieve effecten op de toegankelijkheid binnen de eerstelijnszorg, GGZ en AWBZ. Binnen de medisch-specialistische zorg is het effect van tarief- en prestatieregulering op toegankelijkheid niet met voldoende zekerheid vast te stellen.

In het algemeen kan gesteld worden dat tarief- en prestatieregulering weinig bijdraagt aan zorginkoop op basis van kwaliteit van zorg. Prestatiebeschrijvingen geven op zichzelf geen inzicht in de kwaliteit van zorg, maar transparante prestatiebeschrijvingen zouden het wel mogelijk zouden moeten maken om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken voor inkoopende zorgverzekeraars. Inkoop vindt op dit moment echter met name plaats aan de hand van prijs- en volumecriteria. Dit gaat het meest nadrukkelijk op voor de medisch-specialistische zorg, met name in die sector draagt de prestatieregulering onvoldoende bij aan het inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg.

In een aantal opzichten functioneert tarief- en prestatieregulering beperkt. Dit komt het duidelijkst naar voren binnen aanvullende zorg: hier leidt declareren zonder prestatiebeschrijvingen, hetgeen op grote schaal gebeurt, niet tot problemen, hetgeen voor de NZa aanleiding is om in deze sectoren slechts beperkt te handhaven. Daarnaast blijkt dat, met name binnen de medisch-specialistische zorg, prestatiebeschrijvingen niet fungeren als 'declaratietaal' tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er wordt in plaats daarvan op grote schaal ingekocht aan de hand van aanneemsommen of budgetplafonds waarbinnen zorgprestaties niet direct herleidbaar zijn. De met DOT beoogde transparantie van zorginkoop hebben wij in de praktijk niet kunnen waarnemen.

Het is van belang te vermelden dat bovenstaande observaties nadrukkelijk niet gelden voor de ZZP-systematiek binnen de AWBZ. Binnen de langdurige zorg zijn ZZP's de basis geworden voor een integrale behandeling en bekostiging in de vorm van een declaratietaal die inzichtelijk en hanteerbaar is voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten en hun naasten. De keerzijde van deze heldere declaratietaal is echter dat ZZP's in toenemende mate als een recht gezien worden en tot *upcoding* kunnen leiden.

In haar huidige vorm lijkt tarief- en prestatieregulering in beperkte mate bij te dragen aan het functioneren van het zorgstelsel. Er zullen echter altijd deelmarkten blijven bestaan waarop tariefregulering noodzakelijk is, wanneer zorgvormen bijvoorbeeld niet uitgedrukt kunnen worden in reguliere zorgprestaties. In die gevallen zal de noodzaak tot een bijbehorende prestatiebeschrijving er zijn, opdat duidelijk is waar een tarief zich toe verhoudt.

Daarnaast zal er in het huidige zorgstelsel altijd een noodzaak blijven voor uniforme en transparante zorgprestaties, aan de hand waarvan ingekocht en gedeclareerd kan worden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten daarin een gezamenlijke taal kunnen spreken, zodanig dat ook de consument zicht heeft op de geleverde zorg. Onze analyse suggereert echter dat prestatiebeschrijvingen in hun huidige vorm niet de meest efficiënte manier zijn om deze transparantie en uniformiteit te bereiken.

De evaluatie laat zien dat het onder specifieke voorwaarden vermoedelijk mogelijk is een minder stringent systeem van prestatieregulering in te richten. In een dergelijk stelsel hebben zorgaanbieders en zorgverleners meer vrijheid bij het inkopen van zorg en kunnen innovatieve en multidisciplinaire zorgprestaties overeengekomen worden en declaraties plaatsvinden zonder dat daar beleidsregels van de NZa voor nodig zijn. De voorwaarden hiervoor vragen om een noodzakelijke (gedeeltelijke) verschuiving van regulering naar toezicht. Wanneer zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelfstandig onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume is het van belang dat er toezicht is op transparantie en uniformiteit van zorgprestaties. Daarnaast dienen alternatieve methoden vastgesteld te worden om de vormen van afgeleid gebruik van door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen te ondervangen. Hier gaat het met name om de manier waarop prestatiebeschrijvingen gebruikt worden voor de risicoverevening.

4 Markttoezicht

4.1 Inleiding

Naast haar reguleringsopdracht heeft de NZa een toezichhoudende taak. Dit hoofdstuk behandelt het markttoezicht dat de NZa uitvoert. Er moet sprake zijn van functionerende (gereguleerde) concurrentie om evenwicht binnen het zorgstelsel in stand te houden. Het markttoezicht van de NZa moet deze concurrentie waar nodig op gang brengen en in het algemeen in stand houden. Dit “maken en bewaken”¹¹³ van markten is naast regulering en uitvoeringstoezicht één van de centrale doelstellingen van de WMG en de NZa.

In de zorgmarkten bestaat een aantal vormen van marktfalen.¹¹⁴ Bij marktfalen kan overheidsingrijpen noodzakelijk zijn, zolang dit ingrijpen proportioneel is ten opzichte van het nagestreefde doel. De NZa kan als markttoezichthouder, in beginsel, twee vormen van marktfalen aanpakken waarmee de zorgmarkten kampen: asymmetrische informatie en marktmacht. Asymmetrische informatie tussen marktpartijen, zoals tussen zorgverleners en patiënten, of zorgaanbieders en zorgverzekeraars, kan tegengegaan worden door transparantieverplichtingen. Marktmacht kan voorkomen worden door het inzetten van het Aanmerkelijke Marktmacht (AMM)-instrumentarium tegen individuele partijen, of door in gehele (deel)markten eisen te stellen aan contractvoorwaarden op basis van art. 45 WMG.

Het markttoezicht zoals vormgegeven in de WMG is een vorm van sectorspecifiek toezicht: het gaat hier om toezichtinstrumenten die specifiek bedoeld zijn voor de zorgmarkten. In aanvulling op dit sectorspecifieke toezicht is het generiek mededingingstoezicht van toepassing. Zodra er sprake is van een onderneming onder de Mededingingswet (hierna: Mw) heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) een toezichhoudende rol. Hiermee vallen AWBZ-verzekeraars overigens buiten het bereik van de ACM, aangezien zij geen ondernemingen zijn volgens de Mw en ook niet met elkaar concurreren.¹¹⁵

Naast het onderscheid tussen specifieke en generieke toepassing verschilt het markttoezicht van de NZa van het mededingingstoezicht van de ACM in het moment van interventie. De ACM opereert (met uitzondering van fusietoetsing) *ex post*: na een vermeende schending van het mededingingsrecht komt de ACM in actie. De NZa kan daarentegen ook *ex ante* optreden, door potentiële obstakels voor de ontwikkeling van volwaardige concurrentie te lijf te gaan en markten op die manier ‘op gang te brengen.’

In wat volgt gaan we in op de drie typen van markttoezicht door de NZa (AMM, fusietoezicht en het artikel 45-instrumentarium). Op basis van de deelvragen over deze typen toezicht wordt de overkoepelende hoofdvraag van dit thema beantwoord: *is het markttoezichtsinstrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

¹¹³ MvT WMG, p 5

¹¹⁴ De Kam en Donders, De Kam en Donders, ‘Zonder zorg vaart niemand wel’, in: Een economisch gezonde gezondheidszorg. KVS Preadviezen, 2012

¹¹⁵ NMa, Visiedocument AWBZ-zorgmarkten, 2004

4.2 Aanmerkelijke marktmacht

4.2.1 Context en vraagstelling

Het begrip aanmerkelijke marktmacht is afkomstig uit het telecommunicatierecht,¹¹⁶ en betekent in het kader van de WMG dat:

“een of meer zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars [...] alleen dan wel gezamenlijk de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan [...] kunnen belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van [...] concurrenten [...], ziektekostenverzekeraars [...], zorgaanbieders [en] consumenten.”¹¹⁷

Het was de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever om het AMM-instrumentarium alleen van toepassing te laten zijn op de zorginkoopmarkt en ook louter voor die segmenten waar sprake is van vrije tarieven. Deze beperking in toepasbaarheid vloeide voort uit de intentie om slechts concurrentie op gang te brengen waar dit strikt noodzakelijk was. De zorgverzekeringmarkt kende bijvoorbeeld al concurrentie tussen zorgverzekeraars ten tijde van de invoering van de WMG en in markten met gereguleerde tarieven is het op gang brengen van concurrentie moeilijk omdat concurrentie op prijs bij voorbaat niet mogelijk is.¹¹⁸

Bij amendement van de Tweede Kamer werd dit toepassingsgebied echter uitgebreid met de zorgverlenings- en zorgverzekeringmarkt, zodat de NZa ook kan toezien op het borgen van publieke belangen in de zorgverzekeringmarkt en zorgverleningsmarkt. Bovendien sprak de Kamer met haar amendement de wens uit het AMM-instrumentarium van toepassing te laten zijn in markten waar weliswaar geen vrije tarieven gelden, maar waar wel een beperkte contracteervrijheid geldt, omdat er bijvoorbeeld sprake is van maximum- en bandbreedtetarieven.¹¹⁹

De NZa kan ondernemingen met AMM verplichtingen opleggen om zo een gelijk speelveld op de zorgmarkt te bereiken of te herstellen.¹²⁰ Om te bepalen of de NZa daarin kan slagen luidt een deelvraag van het onderzoek: *Is het AMM instrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de met het instrument beoogde doelen te behalen?*

De wettelijke basis voor het vaststellen van AMM en het opleggen van verplichtingen vloeit voort uit de artikelen 47-49 WMG. Art. 47 stelt de hierboven genoemde definitie van AMM vast en art. 49 zet de procedure uiteen voor een spoedeisende noodzaak tot ingrijpen bij AMM door de NZa. Artikel 48 vormt de kern voor de toepassing van AMM-toezicht in de zorgmarkten en behandelt zowel het vaststellen van AMM, als het opleggen van verplichtingen in geval van AMM.

¹¹⁶ Sauter, “Aanmerkelijke marktmacht in de zorg,” *Markt en Mededinging* 8 (2007), p. 3-11

¹¹⁷ Artikel 47 WMG

¹¹⁸ MvT WMG, p. 25

¹¹⁹ Kamerstukken II, 2005-2006, 30 186, nr. 23 (amendement lid Heemskerk)

¹²⁰ MvT WMG, p. 19

Volgens de Memorie van Toelichting van de WMG sluit het vaststellen van AMM aan bij het vaststellen van een economische machtspositie onder geldend (Europees) mededingingsrecht.¹²¹ Hieruit volgt dat de NZa een relevante markt moet afbakenen waarop een partij al dan niet AMM heeft, op basis van zowel een productmarkt- als een geografische afbakening zoals gebruikelijk binnen het mededingingsrecht.¹²² Vervolgens stelt de Memorie van Toelichting dat er een gradatie van marktaandelen van de vermeend dominante partij bestaat, waarbij het meer of minder waarschijnlijk dat er sprake is van AMM. Deze gradatie volgt eveneens uit geldend Europees recht:¹²³

- bij een marktaandeel van *minder dan 25%* is het onwaarschijnlijk dat een marktpartij zich onafhankelijk van andere partijen kan gedragen
- bij een marktaandeel van *tussen de 25% en 40%* kan onder bepaalde omstandigheden sprake zijn van AMM, bijvoorbeeld wanneer een marktpartij controle heeft over voor andere partijen essentiële voorzieningen, er langdurig niet-marktconforme prijzen gelden of marktmacht uit andere (deel)markten aangewend wordt om marktmacht uit te oefenen bij een klein marktaandeel
- bij een marktaandeel van *tussen de 40% en 55%* is het aannemelijk dat sprake is van AMM en geldt een aantal aanvullende indicatoren, zoals het relatieve marktaandeel ten opzichte van andere marktpartijen; omvang en vermogen van de onderneming; commercieel en technisch vermogen van de onderneming en aanbodfactoren zoals hoge investeringskosten, schaalvoordelen en milieutechnische of geografische restricties
- bij een marktaandeel van *55% of meer* wordt er van uit gegaan dat de betreffende onderneming AMM kan uitoefenen.

In tegenstelling tot in het mededingingsrecht hoeft in een AMM procedure geen *misbruik* van marktmacht vastgesteld te worden. Om markten op gang te brengen kan het nodig zijn preventief op te treden, nog voordat marktmacht feitelijk misbruikt wordt door aanbieders of verzekeraars.¹²⁴

De NZa is onder art. 57, eerste lid, onder a, ook zelf verplicht tekst en uitleg te geven over haar voorgenomen toepassing van het wettelijke kader van AMM. Uit deze verplichting vloeit de beleidsregel 'Aanmerkelijke marktmacht in de zorg' van de NZa voort.¹²⁵ In deze beleidsregel legt de NZa vast dat zij de productmarkt afbakent middels het bepalen of inschatten van vraag- of aanbods substitutie en de geografische markt afbakent op basis van een gebied met homogene concurrentieomstandigheden.¹²⁶ Beide afbakeningsprincipes volgen hier geldend Europees recht. De Memorie van Toelichting van de WMG zet een aantal indicatoren uiteen die kunnen duiden op AMM in het geval van marktaandelen van

¹²¹ Op cruciale punten verschilt de toepassing van het AMM

instrumentarium echter van de toepassing van generiek mededingingsrecht, zie hiervoor 1.1.2

¹²² MvT WMG, p. 21-22

¹²³ MvT WMG, p. 19-20

¹²⁴ MvT WMG, p. 21

¹²⁵ NZa, Beleidsregel AL/BR-100.069, Aanmerkelijke Marktmacht in de zorg (2007)

¹²⁶ Beleidsregel AMM in de zorg, p. 2-3

tussen de 40 en 55%.¹²⁷ Uit de AMM-beleidsregel van de NZa valt op te maken dat deze indicatoren volgens de NZa onafhankelijk van marktaandeelen van toepassing zijn op *alle* vermeende gevallen van AMM door een individuele onderneming, aangevuld met:

- de aan- of afwezigheid van toetredingsdrempels
- overstapkosten voor afnemers en/of consumenten
- de compenserende inkoopmacht van afnemers en/of consumenten.

In aanvulling hierop stelt de NZa ook een aantal indicatoren op aan de hand waarvan *gezamenlijke* AMM van meerdere zorgaanbieders of zorgverzekeraars vastgesteld kan worden. Het begrip gezamenlijke AMM vloeit voort uit Europees mededingingsrecht. De opsomming van individuele, dan wel gezamenlijke AMM-indicatoren is overigens volgens de NZa niet uitputtend.

De NZa kan zowel zelfstandig ('ambtshalve') als op aanvraag van een belanghebbende partij onderzoek doen naar vermeende AMM en in geval van vastgestelde AMM verplichtingen opleggen. Bovendien kan de NZa van haar discretionaire bevoegdheid gebruik maken om AMM-zaken al dan niet door te zetten op basis van ernst, redelijk vermoeden, schade aan het algemeen consumentenbelang, de mogelijkheid tot doelmatig en doeltreffend optreden en beschikbare mensen en middelen.¹²⁸

In aanvulling op de beleidsregel 'AMM in de zorg' heeft de NZa toelichting gegeven op haar beleid ten opzichte van vermeende inkoopmacht door zorgverzekeraars en verkoopmacht door zorgaanbieders.¹²⁹ NZa redeneert dat inkoopmacht leidt tot 'scherp onderhandelen' door zorgverzekeraars, en dat de voordelen hiervan kunnen worden doorvertaald naar lagere premies voor consumenten. Een voorwaarde hierbij is wel dat de zorgverzekeringsmarkt voldoende concurrerend is. Verkoopmacht leidt volgens de NZa tot het bedingen van hogere prijzen van zorgverlening, waarvan consumenten nadeel ondervinden. De NZa stelt daarom dat een competitieve zorgverzekeringsmarkt een bepaalde mate van inkoopmacht nodig heeft.¹³⁰

¹²⁷ Bij een marktaandeel van tussen de 40% en 55% is het aannemelijk dat sprake is van AMM en geldt een aantal aanvullende indicatoren, zoals het relatieve marktaandeel ten opzichte van andere marktpartijen; omvang en vermogen van de onderneming; commercieel en technisch vermogen van de onderneming en aanbodfactoren zoals hoge investeringskosten; schaalvoordelen en milieu-technische - of geografische restricties.

¹²⁸ Beleidsregel AMM in de zorg, p. 4-5

¹²⁹ NZa, Toelichting beleidsregel Aanmerkelijke marktmacht in de Zorg, 2010, p. 22-23; NZa, Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen, 2010, p. 10-15

¹³⁰ NZa, Toelichting beleidsregel Aanmerkelijke marktmacht in de Zorg, p. 23

Zorgverzekeraars zijn met hun zorginkoop namelijk de ‘aanjagers’ van het zorgstelsel: door scherp in te kopen zien zij toe op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorgverlening.¹³¹

De wetgever erkent dat AMM-verplichtingen, opgelegd door de NZa, ingrijpende gevolgen kunnen hebben voor zorgaanbieders en zorgverzekeringen. Het is hierom dat de zware procedure van afdeling 3:5 van de Algemene Wet Bestuursrecht (hierna: AWB) van kracht is om de brede AMM bevoegdheid van de NZa van de nodige *checks and balances* te voorzien.¹³² De AWB verbindt regels aan de manier waarop de overheid, met inbegrip van zelfstandige bestuursorganen als de NZa, zich moet verhouden ten opzichte van natuurlijke en rechtspersonen.

Het AMM-toezicht van de NZa is van toepassing op individuele en gezamenlijke ondernemingen die marktmacht bezitten. Het is daarmee een vorm van specifiek toezicht, waarbij mogelijke verplichtingen worden opgelegd aan partijen met AMM. Het is echter mogelijk dat er structurele belemmeringen zijn voor het goed functioneren van concurrentie op de zorgmarkten. In de paragrafen 4.5 en 4.6 zal bij twee van deze structurele maatregelen worden stilgestaan.

4.2.2 Bevindingen

Bij de NZa zijn in de periode van 2009 tot 2014 enkele honderden mogelijke-AMM zaken binnengekomen via signalen, advies of aanvragen. Het precieze aantal is niet bekend, omdat de NZa veelvuldig vergelijkbare signalen of aanvragen gezamenlijk afhandelt en afdoening door de jaren heen op verschillende manieren heeft gecategoriseerd. Naar schatting gaat het om rond de 800 signalen, adviezen of aanvragen. In 25 gevallen werd op basis van het binnengekomen signaal, advies of een aanvraag overgegaan tot het starten een AMM-procedure. De overige zaken zijn over het algemeen telefonisch of per email afgedaan, zijn afgedaan met *soft-law* instrumenten zoals rondetafelgesprekken, of zijn doorverwezen naar ACM of IGZ.

Van de doorlopen AMM procedures vonden er 24 plaats op basis van een klacht van een aanbieder of verzekeraar. Van die zaken hadden er 22 betrekking op klachten van zorgaanbieders tegen een zorgverzekeraar. Bij de overige twee zaken ging het om klachten van een zorgaanbieder tegen een andere zorgaanbieder. Eén AMM procedure is door de NZa ambtshalve geïnitieerd.

¹³¹ De NZa noemt in haar visiedocument een aantal natuurlijke begrenzings van inkoopmacht die misbruik van inkoopmacht mitigeren: de zorgplicht van zorgverzekeraars, bestaande beperkingen op selectief contracteren, het ontbreken van kwaliteitstransparantie en de beperkte risicodragendheid van zorgverzekeraars anno 2010, waardoor inkoopvoordelen weer gedeeltelijk vereffend werden. Merk op dat op zorgplicht na deze mitigerende factoren anno 2014 in mindere mate van toepassing zijn.

¹³² MvT WMG, p. 22

Van de 25 AMM-procedures is in drie gevallen AMM vastgesteld. Het gaat hier om de volgende zaken.

Menzis / Apotheek van Dalen (2009)

Dit betrof een spoedprocedure op basis van art. 49 WMG, op basis van een klacht van zorgverzekeraar Menzis van vermeende AMM van apotheek van Dalen te Breskens. De klacht van Menzis volgde op de weigering van apotheek van Dalen om akkoord te gaan met de selectieve contractering van Menzis (in de vorm van een zogenaamd preferentie-beleid). Gezien het spoedeisende belang bouwde de NZa in deze zaak voort op de afbakening van product- en geografische markt zoals toegepast op apothekers door de toenmalige NMa en kwam tot de conclusie dat apotheek van Dalen over AMM beschikte. De NZa stelde vervolgens zelfstandig vast dat het marktaandeel van apotheker van Dalen op deze product- en geografische markt 100% betrof en inkoopmacht door zorgverzekeraars of mogelijke toetreding tot de markt door andere apothekers onvoldoende tegenwicht boden bij de geconstateerde AMM. Hierop legde NZa apotheek van Dalen de verplichting op te voldoen aan ieder redelijk verzoek tot contracteren door een zorgverzekeraar, voor een periode van zes maanden. Hoewel de NZa in een AMM-procedure geen misbruik van marktmacht hoeft aan te tonen, besteedt ze in het besluit uitvoerig aandacht aan de manier waarop de marktmacht van apotheek van Dalen kan leiden tot leveringsweigering en de gevolgen hiervan voor de betaalbaarheid van zorg. Dat de NZa aandacht besteedt aan misbruik van AMM door apotheek van Dalen hangt vermoedelijk samen met de gevoelde noodzaak om de proportionaliteit van de opgelegde verplichting te beargumenteren.

Menzis / Apotheek van Dalen (2011)

Dit AMM-besluit betreft de ambtshalve opvolging van de hierboven beschreven spoed-procedure, aangezien apotheek van Dalen de opgelegde verplichtingen met succes had aangevochten bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (hierna: CBB).¹³³ Uit onderzoek van de NZa blijkt dat apotheek van Dalen met drie zorgverzekeraars heeft geweigerd te contracteren sinds 2008. In het AMM-besluit stelt de NZa de productmarkt vast en concludeert ze op basis van kwalitatief onderzoek en declaratiegegevens dat de geografische markt voor apotheekproducten in dit geval een straal van 8 kilometer rond apotheek van Dalen betreft. Binnen de vastgestelde product- en geografische markt had apotheek van Dalen volgens de NZa een marktaandeel van 80% of meer. De NZa concludeert vervolgens dat er geen concurrentiedruk of markttoetredingsdreiging is om het geconstateerde AMM te mitigeren en dat compenserende inkoopmacht door zorgverzekeraars ontbreekt. Hierop legde NZa apotheek van Dalen wederom de verplichting op om op redelijk verzoek te contracteren met verzekeraars. Wederom vooruitlopend op een proportionaliteitstoets, stelde NZa bovendien dat de verplichting voorziet in het tegengaan van misbruik van AMM.¹³⁴ Dit misbruik zou zich volgens NZa manifesteren in de vorm van supra-marktconforme prijzen.

¹³³ CBB, LJN: BM4260, AWB 09/1495. Het CBB achtte de spoedprocedure van NZa niet langer opportuun nadat CZ en Apotheek van Dalen alsnog tot een overeenkomst waren gekomen.

¹³⁴ Ondanks het feit dat misbruik van marktmacht niet aangetoond hoeft te worden bij AMM

Thuisapotheek / Huisartsenpraktijk Prinsenbeek (2013)

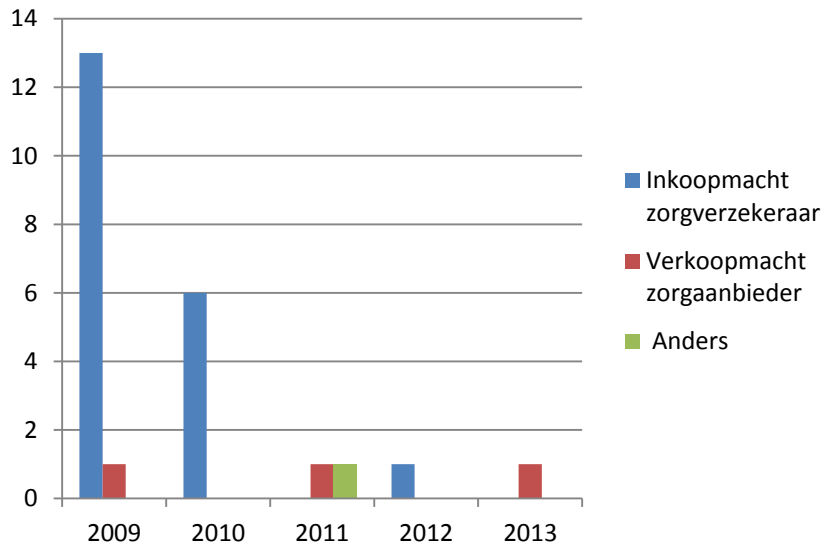
Deze AMM-procedure vond plaats op basis van een klacht van de Thuisapotheek, waarin huisartsenpraktijk Prinsenbeek beticht werd van weigering tot het versturen van recepten aan de Thuisapotheek, een internetapotheek. Logischerwijs is de productmarkt *in casu* vastgesteld op de markt voor huisartsenzorg. Op basis van bestaand onderzoek en kwantitatieve analyses van patiëntenstromen stelt de NZa vast dat de geografische markt het dorp Prinsenbeek betreft. Meer dan 80% van de inwoners van Prinsenbeek is ingeschreven bij Huisartsenpraktijk Prinsenbeek, waaruit volgens de NZa een marktaandeel van meer dan 80% blijkt. Het aannamebeleid van huisartsen werpt vervolgens een te hoge overstap- en toetredingsdrempel op om de geconstateerde marktmacht te compenseren en zorgverzekeraars staan in de onderhandeling met huisartsen volgens de NZa te zwak om verwijzingen naar alle apothekers af te dwingen. De aldus vastgestelde AMM van Huisartsenpraktijk Prinsenbeek leidde volgens de NZa tot misbruik in de vorm van uitsluiting, waarop de NZa een verplichting tot transparantie en non-discriminatie oplegde.

In juridisch commentaar wordt de methodiek van de NZa in het toepassen van het AMM-instrumentarium als gedegen beschouwd.¹³⁵ De procedures waarin AMM daadwerkelijk werd vastgesteld, betreffen alle drie situaties met hoge marktaandelen. Bijzonder hoge marktaandelen, vooral in combinatie met een zeer kleine geografische markt, zijn niet eenvoudig op inhoudelijke gronden aan te vechten door de partijen aan wie verplichtingen opgelegd wordt. Op dit moment is onduidelijk hoe de NZa AMM-procedures zou doorlopen in geval van marktaandelen tussen de 40% en 50%, of lager. Bovendien heeft er nog geen onderzoek naar meervoudige marktmacht plaatsgevonden.

Zoals gezegd zijn er naast deze drie zaken waarin AMM is vastgesteld 22 AMM-klachten afgewezen. Zoals beschreven kan de NZa van een bepaalde discretionaire bevoegdheid gebruik maken om te besluiten een AMM-procedure al dan niet in gang te zetten. Bij afgewezen AMM-klachten is deze bevoegdheid over het algemeen het uitgangspunt van de redenering: in geval van het veronderstelde ontbreken van schade voor het algemeen consumentenbelang, of het ontbreken van ernst of middelen, wordt een klager te kennen gegeven dat diens AMM-klacht niet behandeld zal worden. Bij de vaststelling van AMM, zoals beschreven in de bovenstaande drie zaken, wordt een omgekeerde redenering gebruikt: eerst wordt middels marktafbakening AMM vastgesteld, en vervolgens wordt toegelicht waarom de NZa wil handhaven gezien haar discretionaire bevoegdheid. Bij het afwijzen van AMM-klachten hanteert de NZa dus een andere toepassing van de beleidsregel AMM dan wanneer AMM geconstateerd wordt.

¹³⁵ Wiggers en Sluijs, "Menzis – apotheek J.D. Van Dalen," *Markt en Mededinging* 3 (2010), p. 114-120; Wiggers en Sluijs, "Menzis – apotheek J.D. Van Dalen," *Markt en Mededinging* 4 (2011), p. 145-150

Figuur 7 - Verhouding inkoopmacht en verkoopmacht in behandelde AMM zaken (Bron: NZa)



Vrijwel alle afgewezen AMM-klachten betreffen vermeende inkoopmacht door zorgverzekeraars. Bij alle zaken waarin AMM geconstateerd werd, was er sprake van verkoopmacht. Deze verhouding tussen inkoopmacht en verkoopmacht sluit aan bij de beleidsuitgangspunten van NZa, waarbij verkoopmacht als schadelijker voor het algemeen consumentenbelang wordt gezien dan inkoopmacht. In de afhandeling van klachten over inkoopmacht is een ontwikkeling zichtbaar: waar de NZa klachten in eerste instantie formeel en weinig inhoudelijk behandelde is de afgelopen jaren zichtbaar dat de NZa haar (negatieve) AMM beslissingen uitvoeriger en inhoudelijker is gaan motiveren.

4.2.3 Deelconclusies aanmerkelijke marktmacht

Wij concluderen dat het AMM instrumentarium voldoende slagvaardig zou moeten zijn om middels tijdelijke verplichtingen de negatieve effecten van AMM tegen te gaan. Wanneer AMM geconstateerd wordt, heeft de NZa een scala aan verplichtingen achter de hand om op te leggen aan marktpartijen. De drie gevallen waarin AMM is vastgesteld tonen aan dat de NZa niet terughoudend is om verplichtingen op te leggen en dat ze dit bovendien doet met aandacht voor de proportionaliteit van die verplichtingen.

Uit de casuïstiek blijkt dat het merendeel van de AMM-procedures niet tot een constatering van AMM geleid heeft. Dit kan wijzen op een gebrek aan noodzaak om het AMM-instrumentarium toe te passen, of een gebrek aan toepasbaarheid waar er wel een noodzaak toe is. Tot op heden is AMM geconstateerd in zaken waarin marktmacht relatief eenvoudig aan te tonen was, met weinig aanleiding voor bezwaar en beroep.

Marktmacht in geval van marktaandelen beneden de 55% laat meer ruimte voor bezwaar en beroep. Bij gebrek aan casuïstiek is niet duidelijk hoe de NZa dergelijke beslissingen zou motiveren. Hiermee rijst de vraag of het AMM-instrumentarium voldoende toepasbaar is. Het is denkbaar dat de bewijslast voor marktmacht te strikt is in geval van marktaandelen beneden de 55%, of dat de NZa niet in staat is het AMM-instrumentarium afdoende toe te passen bij lage marktaandelen. Het is ook mogelijk dat een combinatie van deze twee factoren speelt. Daarnaast dient vermeld te worden dat er geen (wetenschappelijke) consensus is over in hoeverre marktaandelen beneden de 55% problematisch zijn en of

ingrijpen door toezichthouders hierbij noodzakelijk is.¹³⁶ De terughoudendheid in het toepassen van het AMM instrumentarium bij marktaandelen minder dan 55% is daarmee voorstelbaar.

Op basis van de behandelde AMM-zaken blijkt een verschil in toepassing van het AMM-instrumentarium tussen vermeende inkoopmacht van zorgverzekeraars en verkoopmacht van zorgaanbieders. Alle gevallen van vermeende verkoopmacht hebben tot een constatering van AMM geleid en alle gevallen van vermeende inkoopmacht hebben tot het niet-constateren van AMM geleid. Daarnaast zijn inkoopmachtzaken verschillend opgebouwd dan verkoopmachtzaken: zoals hierboven beschreven wordt de AMM procedure aan de hand van de beleidsregel 'AMM in de zorg' (en het visiedocument 'Inkoopmacht en collectief onderhandelen') bij alle afgewezen klachten van inkoopmacht anders doorlopen dan bij de toegewezen klachten van verkoopmacht.

Op grond van het AMM instrumentarium *an sich* lijkt er geen verschil in *toepasbaarheid* te zijn tussen inkoopmacht en verkoopmacht: de instrumenten van artikels 47-49 WMG geven geen voorkeur aan één van beide vormen van marktmacht. Gezien de belangrijke functie van zorgverzekeraars in het zorgstelsel, is het echter wel voorstelbaar dat de NZa meer prioriteit geeft aan verkoopmacht van zorgaanbieders, dan aan inkoopmacht van zorgverzekeraars. Immers: onder voorwaarde dat de zorgverzekeringmarkt competitief is, zou inkoopmacht van de zorgverzekeraars tot lagere verzekeringspremies bij consumenten moeten leiden. Verkoopmacht leidt niet tot een dergelijke consumentenvoordeel.

Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat een aantal van de door NZa in 2010 vastgestelde mitigerende factoren voor inkoopmacht¹³⁷ over het algemeen niet meer van toepassing (zullen) zijn: zorgverzekeraars kunnen in toenemende mate selectief contracteren; zorgverzekeraars zijn in toenemende mate risicodragend geworden (waardoor scherp inkopen loont), en het belang van kwaliteitstransparantie voor zorginkoop wordt breed onderkend en gestimuleerd. Hiermee blijft alleen de zorgplicht van zorgverzekeraars overeind als tegenwicht tegen inkoopmacht.

Wij stellen vast dat de toepassing van het AMM instrumentarium ten overstaan van inkoopmacht en verkoopmacht te verklaren is vanuit de beleidsuitgangspunten van NZa, maar dat deze beleidsuitgangspunten afhankelijk zijn van de aannames dat de effecten van inkoopmacht (in tegenstelling tot bij verkoopmacht) voordelig zijn voor consumenten, en dat een aantal verzachtende factoren uit het zorgstelsel schadelijke inkoopmacht tegengaat. Wij constateren dat er aanleiding is om deze aannames opnieuw tegen het licht te houden. Een aantal omstandigheden – zoals de beperkte risicodragendheid van verzekeraars en de beperkte mogelijkheid tot selectief contracteren – is niet langer van kracht. In het algemeen heeft de NZa, gezien de ingrijpende gevolgen van AMM verplichtingen, een verplichting naar zorgaanbieders en zorgverzekeraars om haar beleidsuitgangspunten bij AMM voortdurend te motiveren en aan zo nodig te passen aan

¹³⁶ Van Damme, "Concurrentie en samenwerking op de zorgverleningsmarkt," *Een economisch gezonde gezondheidszorg: KVS pre-adviezen* (2012), p. 179-200

¹³⁷ NZa, Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen, 2010, p. 11

veranderende ontwikkelingen in markt of beleid. AEF is van oordeel dat daar op dit moment voldoende reden toe is.

4.3 Verhouding AMM en mededingingsinstrumentarium

4.3.1 Context en vraagstelling

De NZa en ACM staan in een bijzondere verhouding tot elkaar wat betreft markttoezicht. De NZa is verantwoordelijk voor ex ante sectorspecifiek toezicht in aanvulling op het generieke, ex post mededingingstoezicht van de ACM. Daarnaast verhouden de NZa en ACM zich tot elkaar in het (ex ante) fusietoezicht, een onderwerp dat we bespreken in paragraaf 4.4.

Het vraagstuk van AMM hangt samen met het principe van economische machtspositie (EMP) uit het mededingingsrecht. Echter, waar onder mededingingsrecht alleen het *misbruik* van EMP strafbaar is, kan in de zorgmarkten het constateren van AMM al voldoende zijn voor de NZa om bestuursrechtelijke verplichtingen op te leggen aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hiermee hebben AMM-verplichtingen een preventief karakter, wat de ex ante rol van ‘markt maken’ door de NZa onderstreept.

Aangezien het de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever was om het AMM-instrumentarium alleen van toepassing te laten zijn op de zorginkoopmarkt, werd weinig samenloop met de (toenmalige) NMa voorzien. De gedachte was dat de WMG en mededingingswet goed op elkaar aansloten.¹³⁸ Met de uitbreiding van de reikwijdte van het markttoezicht van de NZa door amendement van de Tweede Kamer, ontstonden echter meer mogelijkheden tot overlap tussen de NZa en de ACM.

Art. 18 van de WMG is erop gericht om mogelijke overlap van bevoegdheden van de NZa en ACM te ondervangen en op elkaar af te stemmen. In principe is deze overlap beperkt tot het toepassingskader van AMM-toezicht (tweede lid), waarbij het sectorspecifieke AMM toezicht van de NZa in principe voorrang heeft op het generieke EMP-toezicht door de ACM (derde lid), tenzij door beide ZBO's anders wordt afgesproken (vijfde lid). Wel past de NZa haar begrippenkader aan op de geldende praktijk van het mededingingsrecht (vierde lid).

De samenwerking tussen ACM en de NZa vindt verder gestalte in een samenwerkingsprotocol dat beide organisaties volgens art. 17, eerste lid, onder a, moeten opstellen. Het huidige samenwerkingsprotocol vloeit voort uit eerdere werkafspraken op het gebied van concurrentietoezicht (2006) en concentratiezaken (2008).¹³⁹ Uitgangspunt van het protocol is dat beide organisaties elkaar met ‘raad en daad’ bijstaan. Concreet uit zich dit in het vaststellen van de gebieden op welke er mogelijk sprake is van overlap. Beide organisaties krijgen hierbij, in aanvulling op art. 18 WMG, de mogelijkheid een schriftelijke zienswijze op te stellen, al dan niet op verzoek.

Uit de evaluatie van de WMG in 2009 kwam een aantal knelpunten naar voren die de NZa belemmerden zich goed te positioneren in de samenwerking met de (toenmalige) NMa.¹⁴⁰

¹³⁸ MvT WMG, 21

¹³⁹ Samenwerkingsprotocol NMa/NZa, 2010

¹⁴⁰ ZonMw, Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg, 2009, 145-146

Dit geeft aanleiding om de verhouding tussen beide organisaties alsnog te evalueren. Deelvraag in het onderzoek is dan ook: *Is het AMM-instrumentarium en de toepassing daarvan door de NZa nodig naast het mededingingsinstrumentarium en de toepassing daarvan door de ACM?*

4.3.2 Bevindingen

AMM- en EMP-toezicht zijn verschillend van aard. Met AMM heeft de NZa het doel markten te ‘maken’: AMM dient om concurrentie op gang te brengen. Het is hierom dat het aantonen van marktmacht die de ontwikkeling naar competitieve zorgmarkten kan belemmeren *an sich* al voldoende is om verplichtingen op te leggen. Het EMP-instrumentarium van de ACM heeft daarentegen als doel markten te bewaken. EMP is een corrigerend mechanisme, dat ex post toegepast wordt.

Het samenspel tussen markten maken en markten bewaken uit zich in het opgestelde samenwerkingsprotocol tussen de NZa en ACM en de praktische concretisering hiervan:

- het protocol wordt met name geconcretiseerd in de zienswijzen van de NZa richting ACM bij zorgfusies en doorverwijzingen die over en weer plaatsvinden. Deze doorverwijzingen tussen ACM en de NZa lijken met name informeel plaats te vinden, tussen individuele medewerkers
- het protocol heeft geleid tot nadere afspraken over concentratiezaken tussen de NZa en de toenmalige NMa,¹⁴¹ waarin met name de rol van zienswijzen door de NZa geconcretiseerd is
- geïnitieerd door het ministerie van VWS hebben de NZa en ACM onlangs een rondgang door Nederland gemaakt om op publieke bijeenkomsten informatie te geven over hun samenwerking en over mededinging binnen de zorgsector.¹⁴²

4.3.3 Deelconclusies verhouding AMM en mededingingsinstrumentarium

Het is helder dat het ex post EMP-instrumentarium van ACM zich niet leent voor het op gang brengen van zorgmarkten. Ex ante toezicht is een noodzakelijke voorwaarde om markten op gang te brengen.

In beginsel is sectorspecifiek AMM-toezicht door de NZa een waardevolle aanvulling op mededingingstoezicht door ACM. Wanneer ‘markt maken’ in de zorgsector nog noodzakelijk wordt geacht, is er naar ons oordeel ook sectorspecifiek markttoezicht nodig. Overigens betekent dit niet automatisch dat de NZa dit sectorspecifieke toezicht ook moet uitvoeren en handhaven. Gezien de ervaring die de NZa sinds 2006 heeft opgebouwd heeft met zorgmarkten, lijkt het echter wel logisch deze taak bij de NZa te blijven beleggen.

4.4 Markt maken en fusietoezicht

4.4.1 Context en vraagstelling

Het doel van de AMM-bevoegdheid van de NZa, zo bleek uit de voorgaande paragraaf, ligt met name op het gebied van ‘markt maken’. Het preventieve karakter van AMM-

¹⁴¹ Werkafspraken tussen NMa en NZa m.b.t. concentratiezaken, 2008

¹⁴² Rondgang door Nederland over samenwerking tussen zorgverleners (2013), <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2013/12/24/rondgang-door-nederland-over-samenwerking-tussen-zorgverleners.html>

verplichtingen benadrukt de taak van de NZa om deze verplichtingen op te leggen om concurrentie op gang te brengen.

De evaluatie van de WMG in 2009 was kritisch over de toepassing van het AMM-instrumentarium door de NZa. Het oordeel was dat de NZa niet alleen de AMM-middelen die zij tot haar beschikking heeft slechts zeer spaarzaam toepaste, maar ook dat de wijze waarop zij dit deed niet consistent was.¹⁴³ Hiermee kwam de toegevoegde waarde van AMM bij het op gang brengen van de zorgmarkten ter discussie te staan. Deze punten zijn in de huidige evaluatie behandeld en opnieuw geëvalueerd in paragraaf 4.2.2.

Een ander punt van kritiek in de evaluatie van 2009 betrof de beperkte toegevoegde waarde van de rol van de NZa in het beoordelen van zorgfusies, ondanks de afstemming tussen de NZa en ACM in het beoordelen van fusies in hun samenwerkingsprotocol.¹⁴⁴ Volgens het protocol levert de NZa een zienswijze in bij de ACM in geval van voorgenomen concentraties binnen de zorg. Dit gebeurt aan de hand van een vrij in te vullen toetsingskader waarin publieke belangen centraal staan.¹⁴⁵

Vanuit deze situatie ontstond politieke druk om het markttoezicht van de NZa uit te breiden met zorgspecifiek (niet-mededingingsrechtelijk) fusietoezicht. Een voornemen daartoe werd uiteindelijk opgenomen in het regeer- en gedoogakkoord van 2010, wat uitmondde in een wijzigingswet van (onder andere) de WMG die in 2013 van kracht werd.¹⁴⁶ Bij amendement van de Tweede Kamer werd eveneens besloten dat de NZa nog steeds zienswijzen bij ACM kon indienen bij voorgenomen concentraties – het oorspronkelijke wetsvoorstel voorzag hier niet in.¹⁴⁷

Met deze wijzigingswet werden de AMM-gerelateerde artikelen uit de WMG uitgebreid met artikelen 49a tot en met 49d. Hierin wordt natuurlijke personen of rechtspersonen die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verlenen met meer dan 50 zorgverleners en voornemens zijn te concentreren, verboden tot concentratie over te gaan zonder goedkeuring van de NZa (artikel 49a). De zorgaanbieder in kwestie stelt hiertoe een rapport op met een uitvoerige beschrijving van de beoogde effecten van de concentratie (artikel 49b).

¹⁴³ ZonMw, Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg, 2009, 40-41

¹⁴⁴ ZonMw, Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg, 2009, 138-139

¹⁴⁵ Samenwerkingsprotocol NMa/NZa 2010, art. 15-17

¹⁴⁶ Wet van 27 november 2013 tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg, Stb. 2013, 522

¹⁴⁷ Kamerstukken II, 2012-2013, 33253 nr. 39 (amendement lid Van der Staaij)

Op grond van artikel 49c kan de NZa geen goedkeuring aan de voorgenomen concentratie geven wanneer:

- cliënten, personeel en andere betrokkenen niet op een zorgvuldige wijze zijn betrokken bij de voorbereiding van de concentratie
- het oordeel van deze cliënten, personeel en andere betrokkenen niet voldoende meegewogen is in de uiteindelijke beslissing tot concentratie
- de continuïteit van ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang GGZ of AWBZ-zorg ('cruciale zorg') volgens de NZa in het geding komt bij de voorgenomen concentratie
- het rapport van de zorgaanbieders niet voldoet aan de eisen gesteld in artikel 49b.

De NZa kan de voorgenomen concentratie bovendien voorwaardelijk goedkeuren (art. 49c, vierde lid).

Het tijdsplan van een goedkeuringsprocedure bij een voorgenomen concentratie in de zorgsector ziet er met de wijzigingswet vanaf 2014 als volgt uit. De zorgaanbieder meldt zich met een concentratierapport bij de NZa, waarop de NZa de voorgenomen concentratie procedureel toetst. Het gaat er om dat zorgaanbieders van te voren, samen met alle betrokkenen, goed nadenken over het nut en de risico's van een concentratie en of de verlening van cruciale zorg niet in gevaar komt door een concentratie. Wanneer de NZa de in gang gezette procedure van concentratie (al dan niet voorwaardelijk) goedkeurt, is de ACM aan zet.¹⁴⁸

In tegenstelling tot het AMM-instrumentarium ligt het concentratietoezicht van de NZa niet in het verlengde van het mededingingsrecht. De NZa borgt bij concentraties procedurele voorwaarden.¹⁴⁹ Ook de beschikbaarheid van cruciale zorg (art. 49c, tweede lid, onder c) is voor de wetgever van belang bij het beoordelen van concentraties.¹⁵⁰ Hiermee wordt de concentratietoets van de NZa een voorwaardelijk, sectorspecifiek en procedureel voorportaal van de op mededingingsprincipes gestoelde concentratietoets van de ACM.

Om te oordelen over de effecten van een voorgenomen concentratie op de kwaliteit van zorg, informeert de NZa de IGZ van de voorgenomen concentratie, waarop de IGZ de instellingen die voornemens zijn te concentreren verscherpt controleert.¹⁵¹ De bevindingen van deze verscherpte controles vormen de kwaliteitstoetsing van de NZa (art. 49c, vijfde lid, WMG).

Gezien deze recente veranderingen in het wettelijk kader, is de onderzoeksvraag binnen dit deelt thema: *in hoeverre draagt markttoezicht en met name het fusietoezicht, door de NZa, bij aan het op gang brengen van de markt?*

4.4.2 Bevindingen

Eerder is aangegeven dat er de nodige kritiek bestaat op de wijze waarop ACM fusies in de zorgsector beoordeelt. Daarnaast was er op politiek-bestuurlijk niveau onvrede over het

¹⁴⁸ MvT wijzigingswet, p. 15

¹⁴⁹ MvT wijzigingswet, p. 9

¹⁵⁰ MvT wijzigingswet, p. 12-13

¹⁵¹ MvT wijzigingswet, p. 13

schijnbare gemak waarmee partijen in zorgmarkten tot fusieplannen overgingen, zonder goed na te denken over continuïteit van zorg en het informeren van stakeholders. Dit heeft geleid tot de komst van de zorgspecifieke fusietoets voor zorgaanbieders.¹⁵² Onder experts waren de verwachtingen over de toegevoegde waarde van de zorgspecifieke fusietoets laaggespannen.¹⁵³ Gevreesd werd dat het procedurele karakter van de toets onvoldoende drempel zou opwerpen voor verdere concentratie binnen de zorg en dat een goedkeuring door de NZa te veel precedent zou scheppen voor een schijnbaar onvermijdelijke goedkeuring door ACM.

Sinds de inwerkingtreding van de zorgspecifieke fusietoets is al een aanzienlijk aantal fusies beoordeeld door de NZa. De NZa heeft tot en met de evaluatie twaalf fusiebesluiten opgeleverd. Deze zijn over het algemeen vrij bondig en beoordelen puntsgewijs in hoeverre voldaan is aan de procedurele eisen van de zorgspecifieke fusietoets en hoeverre hier, gezien de specifieke omstandigheden van iedere fusie, al aan voldaan had kunnen worden (niet iedere organisatie heeft bijvoorbeeld een ondernemingsraad om te consulteren). Tot het moment van schrijven zijn alle voorgenomen fusies door de NZa goedgekeurd. Uit interviews blijkt dat, ondanks alle goedkeuringen, verwacht wordt dat de fusietoets van de NZa wel ingezet kan worden tegen bestuurlijke fusies die als voorportaal van een instellingsfusie worden ingezet. Met de zorgspecifieke fusietoets worden bestuurders nu, meer dan voorheen, gedwongen een voorgenomen fusie intern van draagvlak te voorzien.

NZa stelt niet bij alle voorgenomen vormen van concentratie in de zorg een *zienswijze* op, maar besluit op inhoudelijke gronden bij ongeveer een derde van de zorgfusies een zienswijze kenbaar te maken. Oorspronkelijk concentreerden de zienswijzen van de NZa zich puur op de publieke belangen van de voorgenomen concentratie. Dit maakte dat de zienswijzen van de NZa dikwijls geen grote rol speelden in de economisch-georiënteerde fusiebesluiten van ACM – dit gebeurde het meest prominent in de fusie van Zeeuwse Ziekenhuizen.¹⁵⁴

Sinds 2011 zijn de NZa zienswijzen voor ziekenhuisfusies meer economisch van aard geworden, geredeneerd vanuit het smallere publieke belang van betaalbaarheid van zorg. In een aanzienlijk aantal gevallen worden zienswijzen bij voorgenomen ziekenhuisfusies nu voorzien van twee fusiesimulatiemodellen, waarin het effect van de voorgenomen fusie econometrisch gemodelleerd wordt. Het gaat hier allereerst om zogenaamde *Logit Competition Index* (LOCI) test, waarin op basis van overlap in productaanbod de concurrentiepositie van fusiepartijen op een index tussen 0 (monopolie) en 1 (perfecte concurrentie) wordt geplaatst. Daarnaast wordt de *Willingness to Pay* (WTP) test toegepast, waarin patiëntenvoorkeuren worden vertaald naar de bereidheid om te betalen voor bijvoorbeeld het opnemen van een ziekenhuis in het gecontracteerde zorgaanbod van zorgverzekeraars.

¹⁵² Kamerstukken II, 2012-2013, 33253, nr. 6 (Nota naar aanleiding van verslag), p. 12-16

¹⁵³ M. Varkevisser en E. Schut, "Zorgspecifieke fusietoets is overbodig en ongewenst," *Tijdschrift voor toezicht* 2(1) (2011), 33-41

¹⁵⁴ Zaak 6424/Ziekenhuis Walcheren - Oosterscheldeziekenhuizen (2009) 6424/427

Deze fusiesimulatiemodellen zijn bijzonder geavanceerd en gebaseerd op de laatste inzichten over fusies vanuit de economische wetenschap. De combinatie van deze modellen levert een inschatting op in hoeverre de voorgenomen fusie zal leiden tot prijsstijgingen voor consumenten, die vervolgens in het zienswijzedocument wordt gecontextualiseerd. In de zienswijzen ‘nieuwe stijl’ formuleert de NZa haar uiteindelijke visie op de voorgenomen concentratie in meer wetenschappelijke termen.

Hoewel de zienswijzen nu methodologisch beter aansluiten bij de economisch georiënteerde fusietoetsing van ACM, heeft ACM meermaals te kennen gegeven de fusiesimulatietesten van beperkt praktisch nut te vinden: de modellen zijn volgens ACM te gestileerd en ontberen empirische onderbouwing. Bovendien is het volgens ACM aannemelijk dat LOCI en WTP testen *altijd* tot prijsstijging leiden.¹⁵⁵

4.4.3 Deelconclusies markt maken en fusietoezicht

Anno 2014 draagt de NZa bij aan concentratietoezicht via zowel zienswijzen als door zorgspecifieke, procedurele toetsing van voorgenomen fusies van zorgaanbieders.

Voor een afgewogen oordeel over de zorgspecifieke fusietoets door de NZa komt deze wetsevaluatie te vroeg. Op basis van de eerste ervaringen lijkt de sectorspecifieke fusietoets echter wel potentie te hebben in het voorkomen van te beperkt onderbouwde bestuurlijke fusies. Het voorkomen van dergelijke vormen van concentratie lijkt in het verlengde van de doelstellingen van de zorgspecifieke fusietoets te liggen.

De zienswijzen van de NZa bij de toetsing door de ACM van fusies binnen de zorgsector vinden hun formele basis in het samenwerkingsprotocol en de hieruit voortvloeiende samenwerkingsafspraken omtrent concentratie in de zorg. Sinds 1 januari 2014 hebben de zienswijzen ook een wettelijke grondslag. Inhoudelijk heeft de zienswijze van de NZa bij ziekenhuisfusies een ontwikkeling doorgemaakt van een kwalitatief georiënteerde toetsing op publieke belangen naar een kwantitatief econometrische test. Binnen deze econometrische test ligt de nadruk op betaalbaarheid van zorg en is minder aandacht voor de consumentenbelangen van toegankelijkheid en kwaliteit.

In de beraadslaging van de ACM bij voorgenomen fusies speelde de zienswijze van de NZa voor 1 januari 2014 geen formele rol: de ACM was niet gebonden aan de zienswijzen van de NZa. De zienswijzen ‘oude stijl’ sloten vanwege hun kwalitatieve methodiek ook slecht aan op de beraadslaging van de ACM.

De ACM heeft echter ook meermaals te kennen gegeven de recente fusiesimulatiemodellen van de NZa van beperkt praktisch nut te vinden bij haar fusiebesluiten, ondanks hun meer kwantitatieve karakter. Hiermee ontstaat het beeld dat ondanks de zorgvuldige werkwijze van NZa bij haar zienswijzen, de effectiviteit van deze zienswijzen gering is.

Als de NZa gelooft in haar methodiek om concentratie te meten op zorgmarkten, lijkt het meer voor de hand te liggen om deze capaciteit ook in te zetten bij onderzoek naar

¹⁵⁵ Zie bijvoorbeeld 7545/HagaZiekenhuis – Reinier de Graaf Groep (2013), §66 en 13.1465.22/Isala – Noorderboog (2014) §79-80

AMM.¹⁵⁶ Hier heeft de NZa immers zelf het heft in handen. De methodologische onderbouwing van LOCI- en WTP-testen zou de uniformiteit van het AMM-onderzoek ten goede kunnen komen. Hierbij dient wel de kanttekening gemaakt te worden dat LOCI en WTP testen in Nederland nog niet rechterlijk getoetst zijn en dat beide testen afhankelijk zijn van betrouwbare data uit deelmarkten.

We concluderen dat de beoordeling van fusies die de NZa toepast een waardevolle aanvulling kan leveren aan haar rol als ‘marktmaker’ in de zorg. In hoeverre de zorgspecifieke fusietoets hieraan bij kan dragen kan op dit moment nog niet worden vastgesteld, maar in eerste instantie lijkt het alsof de toets wel een waardevolle bijdrage kan leveren in het beter onderbouwen van met name bestuurlijke fusies. De NZa zou haar positie als marktmaker kunnen verbeteren wanneer de toegepaste methodiek bij zienswijzen aan ACM, ook zou worden toegepast bij AMM-zaken.

4.5 Transparantie

4.5.1 Context en vraagstelling

Het afdwingen of stimuleren van transparantie is een middel om informatie-asymmetrie tegen te gaan. Door partijen met een kennisvoorsprong te dwingen informatie openbaar te maken, zijn partijen met een kennisachterstand beter in staat geïnformeerde keuzes te maken op de zorgmarkten.¹⁵⁷ Op de zorgmarkten kan een aantal vormen van transparantie van belang zijn. Hier gaat het om:

- transparantie van zorginhoudelijke kwaliteit door zorgaanbieders (kwaliteits-transparantie)¹⁵⁸
- transparantie en inzichtelijkheid van zorgprestaties en tarieven ten behoeve van de zorginkoop door zorgverzekeraars en consumenten
- transparantie van voorwaarden voor zorginkoop
- transparantie van zorgnota’s voor patiënten
- transparantie van zorgverzekeringsproducten.

Op basis van de WMG heeft de NZa een aantal mogelijkheden om meer transparantie op de zorgmarkten te bewerkstelligen. Allereerst kan de NZa onder art. 36 WMG de administratie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars reguleren, zodat deze gegevens inzichtelijk en vergelijkbaar worden. Dit zou concurrentie moeten bevorderen.

Daarnaast beschikt de NZa over de mogelijkheid om algemene informatieverplichtingen op te leggen aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit komt er op neer dat de NZa eisen kan stellen aan de “doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid” van de

¹⁵⁶ Overigens vinden de fusiesimulaties en AMM onderzoeken plaats binnen twee verschillende directies binnen de NZa.

¹⁵⁷ MvT WMG, p. 24

¹⁵⁸ Op het gebied van kwaliteitstransparantie zijn meerdere organisaties actief. De IGZ toetst op grond van de beschikbare (openbare en bedrijfsgevoelige) informatie in hoeverre zorgaanbieders zich aan de vereiste kwaliteitsnormen houden. Het ZorginstituutNL/Kwaliteitsinstituut is in het leven geroepen om tot meer openbare, toetsbare, begrijpelijke, bij voorkeur op outcome gebaseerde kwaliteitsnormen te komen.

informatievoorziening van zorgaanbieders (art. 38, zevende lid) en zorgverzekeraars (art. 40, vierde lid) aan hun klanten. Ook wordt transparantie geborgd door een verbod op misleidende informatieverstrekking door zorgaanbieders (artikel 39, eerste lid, WMG) en zorgverzekeraars (artikel 40, derde lid, WMG).

Op basis van deze wettelijke taken heeft de NZa in 2009 een visiedocument transparantie opgesteld dat een toetsingskader bevat. Dit toetsingskader is niet bedoeld om op te handhaven; het is eerder een middel om voor de NZa zelf inzichtelijk te maken wat de stand van zaken is op dit gebied. Op basis van geconstateerde knelpunten kan de NZa gericht actie ondernemen en de situatie blijven monitoren.¹⁵⁹

De NZa hanteert de volgende toetsingscriteria:

- het is voor de betrokkenen duidelijk welke informatie minimaal moet worden verstrekt op basis van wet en regelgeving
- de informatie moet doeltreffend, juist, inzichtelijk en vergelijkbaar zijn voor de doelgroep van die informatie; de NZa onderzoekt hiertoe vergelijkingsites van zorgaanbieders en -verzekeraars
- op een zorgmarkt is voor alle groepen consumenten of hun ondersteuners keuze-informatie beschikbaar; hiertoe reageert de NZa op signalen uit het veld.¹⁶⁰

Transparantie is van groot belang om het zorgstelsel te laten functioneren. Zonder inzicht in de prijs, kwaliteit en inhoud van zorg is het immers minder goed mogelijk zorg in te kopen, of een verzekeringspolis te kiezen. Het is hierom dat de volgende deelvraag onderdeel uitmaakt van dit onderzoek: *Is het transparantie-instrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de met het instrument beoogde doelen te behalen?*

4.5.2 Bevindingen

De output van de NZa op het gebied van transparantie laat zich indelen aan de hand van het onderscheid tussen beleidsstukken en handhavingsbesluiten.

Beleidsstukken

Hier gaat het om beleidsregels, zoals de beleidsregel Transparantie zorgaanbieders,¹⁶¹ de richtsnoeren informatieverstrekking voor respectievelijk ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders en diverse (regulerings)instrumenten waarmee de visie van de NZa op transparantie in bepaalde sectoren of het stimuleren van zelfregulering op dit gebied centraal staat. Bij het laatste gaat het bijvoorbeeld om de 'Monitor en beleidsbrief Transparantie voor consumenten', de publicatie 'Transparantie-eisen aan apotheken' in aanvulling op de regeling Farmacie, het 'Self assessment transparantie zorgverzekeraars' en de *good contracting practices* (hierna: GCP) voor zorgverzekeraars en vrije beroeps-beoefenaren. Daarnaast is transparantie nadrukkelijk een onderdeel van de monitors van alle afzonderlijke zorgmarkten, zoals voor medisch-specialistische en intramurale AWBZ-zorg.

¹⁵⁹ NZa, Visiedocument transparantie (2009), p. 26

¹⁶⁰ Visiedocument transparantie, p. 28-31

¹⁶¹ NZa, Beleidsregel TH/BR-012 Transparantie zorgaanbieders (2014)

Uit deze beleidstukken blijkt dat de NZa inzet op transparantie van zorgprestaties ten behoeve van verzekeraars, transparantie van polissen, transparantie bij zorginkoop en transparantie van zorgnota's voor patiënten. Een aanvullende vorm van transparantie, namelijk kwaliteitstransparantie, lijkt in de beleidsstukken minder nagestreefd te worden.

Uit interviews blijkt dat kwaliteitstransparantie in de afgelopen jaren (te) weinig aandacht heeft gekregen. De NZa heeft te kennen gegeven hier verbetering in aan te willen brengen, waarvan bijvoorbeeld de recente Regeling 'Verplichte publicatie sterftcijfers' getuigt.

Wat betreft transparantie bij zorginkoop blijkt uit een rondgang onder vrije beroepsbeoefenaren dat de GCP als waardevol beschouwd worden, maar niet afdwingbaar zijn. GCP ziet toe op het proces van contraheren en in mindere mate op de inhoud van contracten; bemoeienis met de inhoud van private overeenkomsten past immers niet binnen contractvrijheid. Mede op basis van klachten uit het veld zijn de GCP in 2013 geëvalueerd door de NZa. De NZa constateert grieven onder zorgaanbieders over contractering door zorgverzekeraars. Deze bezwaren gaan over de inhoud van contracten (met name de ervaren beperkte onderhandelingsmogelijkheid op het gebied van zowel tarieven als inhoudelijke voorwaarden) en in mindere mate over het contracteerproces (communicatie over inkoopbeleid en termijnen, bijvoorbeeld).

De NZa heeft de klachten van zorgaanbieders over de inhoudelijke component van de zorginkoop echter niet meegenomen in de herziene versie van GCP die in maart 2014 is verschenen, maar zich louter gericht op verbeteringen in het contracteerproces. Ook hier speelt het argument dat het gaat om privaatrechtelijke overeenkomsten, waarbinnen de NZa in principe geen rol kan spelen. In het GCP-document heeft de NZa overigens aangegeven dat bij niet functioneren van deze richtlijnen een generieke maatregel onder artikel 45 WMG overwogen kan worden.¹⁶²

Handhavingsbesluiten

De NZa heeft de artikelen 36, 38 en 40 WMG gehandhaafd in een vijftal aanwijzingen en zeven lasten onder dwangsom. Met de aanwijzingen, alle recentelijk uitgebracht aan ziekenhuizen vanwege het uitblijven van de publicatie van sterftcijfers, wordt met name kwaliteitstransparantie nagestreefd.

De lasten onder dwangsom betreffen het niet naleven van informatieverzoeken, het niet inzichtelijk maken van prijzen en het niet naleven van administratievoorschriften. Deze vormen van handhaving passen in het streven naar meer transparantie van zorgprestaties voor zorgverzekeraars en transparantie van zorgnota's voor consumenten.

4.5.3 Deelconclusies transparantie

Transparantie is één van de noodzakelijke voorwaarden voor het functioneren van het zorgstelsel: alleen door transparantie van (bijvoorbeeld) prestaties, polissen, kwaliteit en nota's kunnen de actoren op de zorgmarkten de van hen verwachte rollen innemen.

¹⁶² NZa, rapport Good contracting practices (2014) p. 37. Artikel 45 wordt in de volgende paragraaf besproken.

De NZa heeft met name ingezet op het nastreven van transparantie rond zorginkoop, zorgnota's, prestaties en polissen. Deze prioritering volgt ten dele uit de wens van consumenten, die door NZa zijn bevraagd over hun behoefte aan informatie over zorg.¹⁶³

Het toezien op kwaliteitstransparantie lijkt lange tijd minder prioriteit gehad te hebben bij de NZa,¹⁶⁴ terwijl dit wel tot haar wettelijke taken behoort. Wanneer het om kwaliteit van zorg ging, werd te snel verwezen naar IGZ of het recent opgerichte Kwaliteitsinstituut.¹⁶⁵ Hoewel toezicht op de kwaliteit van zorgverlening in Nederland inderdaad bij de IGZ belegd is, en het kwaliteitsinstituut een wettelijke taak heeft om voor kwaliteitsindicatoren te zorgen, heeft de NZa wel degelijk een taak in het inzichtelijk maken van kwaliteit. Deze constatering lijkt te worden gedeeld binnen de NZa zelf en door haar recente aandacht voor het publiceren van sterftcijfers toont de NZa kwaliteitstransparantie een onderdeel te willen maken van haar transparantieagenda. Dit is als een positieve ontwikkeling te beschouwen.

Wat betreft transparantie rond zorginkoop, leeft met name onder vrije beroepsbeoefenaren het bezwaar dat de *good contracting practices* de NZa te weinig soelaas bieden om een beter contracteerproces te bewerkstelligen. Hoewel de GCP primair gericht zijn op het contracteerproces en hier in de laatste versie van GCP verbeteringen zijn aangebracht, zijn er vanuit de sector vooral klachten over de inhoud van de zorginkoop. In de ogen van veel zorgaanbieders is er te weinig ruimte voor daadwerkelijke onderhandeling.

Op basis van deze constatering concluderen wij dat de NZa voldoende instrumenten paraat lijkt te hebben om transparantie binnen de zorgmarkten slagvaardig na te streven. In de toepassing van dit instrumentarium heeft de NZa echter wisselend uitvoering gegeven aan haar mandaat. Recent heeft NZa stappen gezet in de richting van het verbeteren van kwaliteitstransparantie.

4.6 Artikel 45 WMG

4.6.1 Context en vraagstelling

Naast de specifieke verplichtingen die de NZa op basis van het AMM-instrumentarium uit de WMG kan opleggen aan individuele zorgaanbieder of zorgverzekeraar, beschikt de NZa ook over de mogelijkheid om verplichtingen op te leggen die voor zorgmarkten of deelmarkten in hun totaliteit gelden. Eén van die structurele verplichtingen kan opgelegd worden op basis van art. 45 WMG.¹⁶⁶ Met dit artikel kan de NZa eisen stellen aan de totstandkoming van de (voorwaarden voor) overeenkomsten met betrekking tot zorg en tarieven.

¹⁶³ NZa, Monitor Transparantie voor consumenten (2014)

¹⁶⁴ Deze constatering is in bepaalde mate van toepassing op de zorgsector ten algemene. Ook bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars is er langer minder aandacht geweest voor kwaliteitstransparantie.

¹⁶⁵ Zie bijvoorbeeld NZa, "duidelijke kwaliteit", http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/vrije-prijzen-eerstelijnszorg/inzicht-in-prijs-en-kwaliteit/duidelijke_kwaliteit/

¹⁶⁶ Andere structurele verplichtingen betreffen bijvoorbeeld het hanteren van een bepaalde kostentoe rekenmethode op basis van art. 36 WMG, of de transparantieverplichtingen onder art. 38, 39 en 40 WMG.

De Memorie van Toelichting bij de WMG benoemt als mogelijke doelen van artikel 45 WMG het tegengaan van exclusieve levering; onredelijke betalingscondities; onredelijke contracttermijnen en onredelijke voorwaarden bij het opzeggen van contracten.¹⁶⁷ Met deze concrete doelen lijkt de wetgever vooral beoogd te hebben overstapdrempels (*switching costs*) op de zorgmarkten te verminderen en daarmee marktwerking te bevorderen.

Gezien de structurele aard van artikel 45-verplichtingen heeft de NZa potentieel veel invloed op het functioneren van zorgmarkten. Het gaat hier immers om verplichtingen die de contractvrijheid van ondernemingen inperken, met verstreckende gevolgen voor de manier waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar omgaan. In dit kader is het interessant dat de *checks and balances* die afdeling 3:5 AWB biedt bij de AMM-bevoegdheid van de NZa niet aanwezig zijn om de bevoegdheden van de NZa op basis van art. 45 WMG van tegengewicht te voorzien. Sterker nog: aangezien een regeling op basis van art. 45 WMG de status van een algemeen verbindend voorschrift heeft, is er tegen geen bezwaar en beroep mogelijk. Uiteraard kan de handhaving van een regeling op basis van artikel 45 WMG in de vorm van een aanwijzing, last onder dwangsom of boete wel aangevochten worden voor een rechter.

De NZa heeft een document opgesteld om haar toepassing van art. 45 WMG toe te lichten.¹⁶⁸ Gezien de verregaande bevoegdheid die art. 45 potentieel biedt, heeft de NZa haar eigen reikwijdte in de toepassing van deze bevoegdheid beperkt. Alleen wanneer de NZa algemene en structurele belemmeringen constateert, kan zij ten behoeve van de inzichtelijkheid van en concurrentie op de zorgmarkten eisen stellen bij de totstandkoming van overeenkomsten of voorwaarden in die overeenkomsten. Het gaat hier wel om alle mogelijke contractrelaties op de zorgmarkten: tussen zorgaanbieders en consumenten, Zvw- of AWBZ-zorgverzekeraars en zorgaanbieders en zorgaanbieders onderling. Deze verplichtingen kunnen lokaal, regionaal of landelijk gelden.¹⁶⁹

In de toepassing van artikel 45 wil de NZa prioriteit geven aan het indammen van verkoopmacht en het voorkomen van uitsluiting boven het inperken van inkoopmacht en uitbuiting. De achterliggende gedachte is volgens NZa hierbij, net zoals bij het AMM-toezicht, dat de zorgverleningsmarkt meer aandacht behoeft dan de zorginkoopmarkt (zie paragraaf 4.2). De deelvraag die bij dit deelthema hoort is: *Is het art. 45 instrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de met het instrument beoogde doelen te behalen?*

4.6.2 Bevindingen

De output van de NZa op basis van artikel 45 WMG is beperkt. Zoals al eerder opgemerkt wordt dit als onwenselijk beschouwd door vrije beroepsbeoefenaren, die graag stringentere regels zouden zien bij het contracteerproces om vermeende inkoopmacht van zorgverzekeraars tegen te kunnen gaan. Artikel 45 WMG heeft geleid tot twee regelingen en twee handhavingsbesluiten. Een van de twee regelingen, omtrent de transparantie in het contracteerproces AWBZ, stamt bovendien uit 2007 en valt daarmee buiten de reikwijdte

¹⁶⁷ MvT WMG, 24

¹⁶⁸ NZa, Toelichting toepassing artikel 45 WMG (2009).

¹⁶⁹ NZa, Toelichting toepassing artikel 45 WMG (2009), p.9 en p. 15

van deze evaluatie. In wat volgt wordt daarom enkel de regeling elektronische netwerken en de handhaving daarvan besproken.

De regeling elektronische netwerken vloeit voort uit een aantal NMa-zaken waarin apothekers ex ante werden gedwongen hun elektronische netwerken te delen met concurrenten.¹⁷⁰ Naast deze zaken kwam een aanzienlijk aantal signalen binnen bij de NZa over het niet toegankelijk zijn van elektronische netwerken voor sommige aanbieders, bijvoorbeeld voor doorverwijzingen. De NZa lijkt hierdoor de noodzaak onderkend te hebben van een generieke maatregel op basis van artikel 45 WMG waarin zorgaanbieders ten algemene wordt verplicht hun netwerken tegen redelijk verzoek beschikbaar te stellen voor andere zorgaanbieders, onder objectief transparantie en non-discriminatoire voorwaarden.

Vanuit academische hoek is incidenteel kritiek geweest op de verbodsbepaling die artikel 2, eerste lid, van de regeling bevat en de mogelijke strijdigheid met het Europees recht die dit oplevert.¹⁷¹ Uit interviews blijkt bovendien dat de regeling juridisch gezien als een verkapte contracteerplicht beschouwd wordt, wat mogelijk *free rider*-problemen met zich meebrengt: hoewel eigenaars van elektronische netwerken een redelijke vergoeding (inclusief voor investeringskosten) kunnen vragen van toetreders, kan toegang tot netwerken strategisch ingezet worden om met minimale inspanningen mee te liften op de inspanning van andere marktpartijen.

Handhaving van de regeling elektronische netwerken kan zich uiten in een aanwijzing en eventueel daaropvolgend een last onder dwangsom, beide met betrekking tot apothekers en het elektronisch uitwisselen van recept- of medicatiegegevens. Op basis van de jaarlijkse rapportage signaaltoezicht blijkt dat er verder geen signalen uit het veld binnenkomen over weigering van of voorwaarden tot toegang tot elektronische netwerken.

4.6.3 Deelconclusies artikel 45 WMG

Het opleggen van contractvoorwaarden is een ingrijpend instrument, dat niet lichtzinnig door een publieke instantie ingezet zou moeten worden. Het is daarom begrijpelijk dat de NZa terughoudend geweest is met regulering op basis van artikel 45 WMG.

Het is aan de NZa om zorgvuldig af te wegen in hoeverre contractvoorwaarden noodzakelijk zijn inzake het contracteerproces bij de inkoop door zorgverzekeraars en binnen welke deelmarkten deze voorwaarden aandacht zouden behoeven. Met name onder vrije beroepsbeoefenaars leven stelselmatige bezwaren over inkoopmacht van verzekeraars. Zoals al eerder geconstateerd bij het AMM-toezicht, is het prefereren van inkoopmacht boven verkoopmacht van bepaalde aannames afhankelijk, waarvan nagegaan moet worden of al deze assumpties heden ten dage nog gelden. Ook ten aanzien van artikel 45 heeft de NZa de plicht haar beleidsuitgangspunten up to date te houden. Dit geeft aanleiding voor een bredere discussie over nut en noodzaak van regulering om (sommige vormen van) inkoopmacht tegen te gaan. Deze discussie kan ook gevoerd worden aan de hand van de *good contracting practices*.

¹⁷⁰ Zie Zaak 3022/ Stichting automatisering gezondheidszorg Breda en Zaak 2501/Dienstapothek Assen

¹⁷¹ Wiggers (2013) 330-334

De kritiek op de regeling elektronische netwerken uit wetenschappelijke hoek trekt het bestaansrecht en de noodzaak van deze regeling niet in twijfel. Wel blijkt dat er mogelijk een aantal glad te strijken plooiën in de regeling zitten, op het gebied van inbedding in Europees recht en het voorkomen van *free rider* problemen. Een evaluatie door de NZa van de regeling lijkt op dit moment opportuun.

Op basis van deze constatering concluderen we dat de NZa weinig belemmering heeft om artikel 45 slagvaardig toe te passen, maar terughoudend omgaat met toepassing van dit artikel.

4.7 Tussenconclusies markttoezicht

Op basis van de bovenstaande deelvragen komen wij tot algemene conclusies over de hoofdvraag van dit hoofdstuk: *Is het markttoezichtinstrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

De doelen van markttoezicht bestaan uit het bewerkstelligen en beschermen van evenwicht op de zorgmarkten ten behoeve van de consument en dit vertaalt zich in het credo van 'markten maken en bewaken' dat de NZa voorstaat. Markttoezicht heeft als voornaamste doelen om machtsposities en informatie-asymmetrie aan te pakken.

Voordat wij tot de beantwoording van de hoofdvraag overgaan, dient vermeld te worden dat – zolang 'markt maken' van belang is in de zorgsector – er een noodzaak is voor sector-specifiek markttoezicht. Dit heeft met name te maken met de positie en reikwijdte van ACM als markttoezichthouder. Het instrumentarium van ACM is niet bedoeld voor het op gang brengen van zorgmarkten, de NZa heeft uitdrukkelijk wel die mogelijkheid.

Het instrumentarium van de NZa lijkt in beginsel afdoende om invulling te geven aan de noodzaak van sectorspecifiek markttoezicht. De NZa kan een scala aan verplichtingen opstellen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht. Ook kan de NZa in verregaande mate verschillende vormen van transparantie afdwingen en verplichtingen opleggen bij het contracteren tussen partijen. Sinds kort kan de NZa ook fusies toetsen op procedurele gronden en continuïteit van cruciale zorg.

Wat betreft de slagvaardigheid van fusietoets komen wij tot gemengde conclusies. De NZa heeft getracht haar zienswijzen zo goed mogelijk aan te doen sluiten bij de werkwijze van de ACM, maar de zienswijzen van de NZa sorteren onvoldoende effect in het toetsingsproces van de ACM. Hieruit blijkt een probleem van toepassing: de inzet van een omvangrijke econometrische fusiesimulatie in zienswijzen wordt door de ACM openlijk in twijfel getrokken. Het is aan te bevelen om deze econometrische capaciteit elders binnen de NZa in te zetten, binnen AMM-procedures.

De zorgspecifieke fusietoets is nog te kort in gebruik om een uniform beeld te geven over toepassing en toepasbaarheid. De fusietoetsing door de NZa lijkt echter wel potentieel te hebben in het aansporen tot het beter onderbouwen van bestuurlijke fusies.

De NZa lijkt zich zeer bewust te zijn van de mogelijke impact van haar instrumentarium op de markt. Dit blijkt met name uit de aandacht voor proportionaliteit van verplichtingen in AMM-besluiten en de prudente toepassing van artikel 45 WMG.

Het is ingewikkelder om te beoordelen of het instrumentarium voor markttoezicht vanuit de WMG voldoende toepasbaar is voor de NZa, met name omdat de *toepasbaarheid* van de instrumenten en de *toepassing* van de instrumenten door de NZa in elkaar overlopen. Beiden zijn van invloed op het al dan niet functioneren van het markttoezicht.

Het beeld over toepassing en toepasbaarheid van het instrumentarium is onvoldoende duidelijk. Voor AMM geldt dat er geen procedures zijn gevoerd voor marktaandelen beneden 55%. Deels kan dit te maken hebben met de praktische moeilijkheid om markten af te bakenen, maar het is ook denkbaar dat de NZa terecht terughoudend is. Het resultaat is desalniettemin dat het AMM-instrumentarium weinig is toegepast en dat het op dit ogenblik ontbreekt aan een uniforme methodiek in het voeren van AMM-procedures.

Het transparantie-instrumentarium van de NZa lijkt voldoende toepasbaar, maar de NZa heeft relatief weinig invulling gegeven aan haar rol om kwaliteitstransparantie af te dwingen. Uit recente handhavingsbesluiten blijkt dat de NZa meer aandacht is gaan geven aan dit onderwerp.

Het instrumentarium van art 45, waarin voorwaarden aan overeenkomsten gesteld kan worden, lijkt voldoende toepasbaar. De NZa stelt zich vervolgens terughoudend op in de toepassing van artikel 45. Er is aanleiding de (gewenste) toepassing van artikel 45 te monitoren en evalueren.

Wanneer de slagvaardigheid en toepasbaarheid van het markttoezichtsinstrumentarium worden gerelateerd aan de doelen van dit instrumentarium, leidt dit tot de volgende conclusies.

- Het markttoezichtsinstrumentarium wordt door NZa slagvaardig ingezet.
- Bij het AMM-instrumentarium wordt de nadruk gelegd op zeer grote marktaandelen en het tegengaan van verkoopmacht. Dit beleidsuitgangspunt is gekozen vanuit de theorie dat inkoopmacht beter is voor consumenten dan verkoopmacht. Dit uitgangspunt is echter van bepaalde aannames afhankelijk, en deze randvoorwaarden zijn veranderd door toegenomen risicodragendheid van zorgverzekeraars en selectief contracteren. De NZa is verplicht haar beleidsuitgangspunten bij te stellen aan de hand van veranderende omstandigheden in zorgmarkten of wetgeving, en de assumpties waaronder zij het AMM instrumentarium toepast helder te blijven communiceren naar zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- Het markttoezicht vanuit de WMG heeft te weinig grip op zorgfusies. De recent ingevoerde zorgspecifieke fusietoets heeft alleen betrekking op procedurele afwegingen binnen een voorgenomen fusie en de inhoudelijke zienswijzen van NZa spelen in beperkte mate een rol bij de beraadslaging van de ACM in haar fusiebesluiten.
- Wat betreft informatie-asymmetrie ligt er een duidelijke taak voor de NZa om breder in te zetten op kwaliteitstransparantie. De NZa is ook stappen aan het zetten in deze richting. Het belang van inzicht in de kwaliteit van zorg is niet te onderschatten, met het oog op het functioneren van het Nederlandse zorgstelsel: alleen dan kan namelijk zorginkoop op basis van kwaliteit plaatsvinden.

5 Uitvoeringstoezicht op Zorgverzekeringswet

Het uitvoeringstoezicht van de NZa heeft betrekking op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door de zorgverzekeraars en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) door de AWBZ-verzekeraars. Voor beide soorten verzekeraars gelden wettelijke verplichtingen die publieke belangen moeten borgen. Dit hoofdstuk gaat over het toezicht op de Zorgverzekeringswet (Zvw), In hoofdstuk 6 behandelen we het toezicht op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

5.1 Inleiding

5.1.1 Centrale vraagstelling

De Zorgverzekeringswet verplicht ziektekostenverzekeraars om toegankelijke en goede zorg te leveren. De NZa heeft als taak om te controleren of ziektekostenverzekeraars zich ook aan de regels houden die bij of krachtens de Zvw gesteld zijn. Op die manier bewaakt de NZa de publieke belangen die de Zvw en AWBZ moeten waarborgen.

De NZa heeft verschillende instrumenten tot haar beschikking om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars acht slaan op wet- en regelgeving. De NZa kan in bepaalde situaties informatie opeisen, aanwijzingen geven, of boetes opleggen. In haar beleidsregel handhaving¹⁷² legt de NZa uit welke overwegingen zij maakt bij het inzetten van dit instrumentarium. Het doel van het toezicht is het algemeen consumentenbelang te dienen. Om dit te bereiken wil de NZa een strenge doch rechtvaardige toezichthouder zijn, die alleen ingrijpt als dat noodzakelijk, effectief en efficiënt is.

De centrale vraag over het uitvoeringstoezicht op de Zorgverzekeringswet luidt: *Is het instrumentarium voor uitvoeringstoezicht op de Zvw voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

Het onderwerp van deze vraag is het instrumentarium dat de NZa tot haar beschikking heeft om zorgverzekeraars er toe te bewegen zich aan de wet te houden. Dat instrumentarium kan de NZa inzetten bij het uitvoeren van haar wettelijke taak: het controleren van “de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld.”¹⁷³

Voordat tot beantwoording van de hoofdvraag en deelvragen wordt overgegaan is het belangrijk om te vermelden dat het zorgverzekeringsstelsel *privaatrechtelijk* van aard is. De Zvw verplicht alle Nederlanders er toe om een zorgverzekering af te sluiten die wordt aangeboden door private partijen. Er is sprake van een klantrelatie van verzekerde tot zorgverzekeraar; de verzekerde betaalt voor een product, dat de zorgverzekeraar geacht wordt te leveren. In het geval van de zorgverzekeringsmarkt staan deze transacties onder toezicht van de overheid, omdat de overheid wil borgen dat de verzekeraars zich aan hun wettelijke verplichtingen houden; zij wil de zorg toegankelijk houden voor iedere burger.¹⁷⁴

¹⁷² NZa, ‘Beleidsregel Handhaving’, 2012, p. 5

¹⁷³ WMG, art. 16 sub b

¹⁷⁴ MvT WMG, 2004/05, 3 (p. 26)

De zorgautoriteit geeft haar toezicht vorm aan de hand van jaarlijks opnieuw afgestemde documenten. De methode van de NZa is gebaseerd op een cyclus van protocollering, verantwoording en waar nodig handhaving. Binnen deze cyclus werd in eerste instantie gebruik gemaakt van een zogenaamd risicoanalysemodel (RAM). Het RAM bracht in beeld wat de risico's waren, waaraan de NZa in het betreffende jaar aandacht besteedde. Sinds 2011 bestaat het RAM niet meer. In het Zvw-domein wordt er gewerkt aan de hand van een 'informatiemodel uitvoeringsverslag'. Dit document geeft aan op welke indicatoren de zorgverzekeraars verantwoording moeten afleggen aan de NZa. In een ander jaarlijks gepubliceerd document, het 'protocol onderzoek Zvw', staan de eisen die de NZa stelt aan het accountantsonderzoek waartoe zorgverzekeraars ieder jaar verplicht zijn.

5.1.2 Terminologie

De NZa voert diverse toezichthoudende activiteiten uit. Soms wordt daarin onderscheid aangebracht tussen 'nalevingstoezicht' en 'uitvoeringstoezicht'. Het onderscheid tussen deze twee vormen van toezicht is niet altijd duidelijk; in documenten van en in gesprekken met VWS en NZa worden ofwel geen heldere definities van de twee vormen van toezicht gehanteerd, ofwel meerdere definities naast elkaar. Soms wordt uitvoeringstoezicht begrepen als het toezicht op 'de taken' van de uitvoerders van de Zvw en AWBZ en nalevingstoezicht als 'de verplichtingen' van die partijen. In een andere context wordt onder het nalevingstoezicht het toezicht op de WMG verstaan en onder uitvoeringstoezicht het toezicht op de Zvw en de AWBZ. Soms vallen de taken die verzekeraars hebben op basis van de Zvw en AWBZ weer onder de noemer 'nalevings- en uitvoeringstoezicht'.

De verschillen tussen deze definities kunnen gering lijken, maar in de context van deze evaluatie kunnen ze veel invloed hebben op de interpretatie van de onderzoeksvragen. Daarom is er voor gekozen een heldere definitie te hanteren. Het uitgangspunt is daarbij artikel 16 van de WMG. Op basis daarvan is de NZa belast met "toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld". Op basis van dit artikel hanteren wij als definitie: uitvoeringstoezicht (Zvw) is het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

Deze definitie wordt ook door de NZa gehanteerd in haar visie op toezichthouden, als de NZa stelt: "De categorie 'uitvoeringstoezicht' omvat voor de NZa twee wetten, de Zvw en de AWBZ [...]."¹⁷⁵ De overige toezichtactiviteiten noemt de NZa in dezelfde tekst nalevingstoezicht. In aansluiting daarop hanteren wij daarom als definitie: nalevingstoezicht omvat het toezien op alle regels die bij of krachtens de WMG zijn gesteld.¹⁷⁶

In de beantwoording van de deelvragen hierna ligt het accent op het uitvoeringstoezicht van de NZa. Waar van toepassing zullen we ook stilstaan bij aanpalende activiteiten die de

¹⁷⁵ NZa, Zicht Op Toezicht, 2009, p. 27

¹⁷⁶ Het komt voor dat het onderscheid tussen nalevingstoezicht en uitvoeringstoezicht niet goed aansluit bij de dagelijkse werkelijkheid van de activiteiten van de NZa. Dan is het logisch om onderdelen van het nalevingstoezicht te betrekken bij de bespreking van het uitvoeringstoezicht. Op de plekken waar dit het geval is, zal het nalevingstoezicht daarom ook besproken worden. In de tekst wordt vermeld wanneer dit het geval is.

NZa uitvoert, ook als die strikt genomen niet behoren tot het toezicht op rechtmatige uitvoering van de Zvw. Daarbij denken wij vooral aan de taken die de NZa uitvoert onder de noemer van het nalevingstoezicht, dat terdege een rol speelt in bijvoorbeeld de bestrijding van onrechtmatige declaraties door aanbieders. Op deze wijze ontstaat een voldoende volledig beeld van de rol en activiteiten van de NZa als toezichthouder op de Zvw.

5.1.3 Wettelijk kader

De zorgverzekeraars hebben de taak om de Zvw uit te voeren en zich daarbij te houden aan bepaalde wettelijke verplichten en verboden. Het toezicht van de NZa moet voorkomen dat verzekeraars zich niet houden aan deze verplichtingen en verboden. In deze evaluatie ligt de nadruk op de plichten die de NZa hanteert in haar jaarlijkse rapportages over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw. Deze vijf plichten zijn geselecteerd op basis van hun belang in het stelsel, hun waarde voor de consument.¹⁷⁷ Het gaat om:

- de zorgplicht (artikel 11 Zvw)
- de acceptatieplicht (artikel 3 Zvw)
- het verbod op premiedifferentiatie (artikel 17, onder 2 Zvw)
- de verplichting tot het aanleveren van de juiste informatie voor de vereveningsbijdrage (artikel 32 en 34 en aanpalende wetgeving)
- verplichtingen die in relatie staan tot informatievoorziening (artikel 3, lid 3, artikel 5 lid 3, artikel 6 lid 3 en lid 5, artikel 9, artikel 18 leden a en b en artikel 90 Zvw)

Daarnaast benoemt de NZa specifieke risico's in haar modellen voor het uitvoerings-toezicht; ook die vormen onderwerp van dit onderzoek. Voorbeelden van verplichtingen die we *niet* expliciet onderzoeken zijn: het eigen risico (artikelen 20 tot 23 Zvw), de statuten (artikel 28 Zvw), het werkgebied (artikel 29 Zvw) of het stoppen met - (artikelen 30 en 31 Zvw) of beginnen met het aanbieden van verzekeringen (artikelen 25 tot 27 Zvw). Deze zijn van minder centraal belang voor het functioneren van het stelsel en komen dus niet of slechts zijdelings aan bod.

5.1.4 Instrumentarium

De NZa moet toezicht houden op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en kan regels stellen om dat proces te faciliteren. Als de NZa constateert dat zorgverzekeraars zich niet aan hun verplichtingen houden, kan zij ingrijpen.

Het wettelijk kader dat er voor moet zorgen dat de NZa in staat is toezicht te houden wordt gevormd door de WMG en regelt dat:

- eenieder gegevens en inlichtingen aan de NZa moet verstrekken als die voor de uitvoering van haar taken van belang kunnen zijn (artikel 61 WMG) en dat die informatie volledig en waarheidsgetrouw dient te zijn (artikel 63 WMG)
- de NZa regels mag stellen over welke informatie zorgverzekeraars haar op incidentele of structurele basis en op welke manier ze die haar moeten doen toekomen (artikel 62 en 68 WMG)¹⁷⁸
- zorgverzekeraars verplicht zijn de NZa ieder jaar een zogenaamd 'uitvoeringsverslag' te sturen (artikel 38 Zvw)

¹⁷⁷ MvT WMG, 2004/05, p. 26

¹⁷⁸ De bevoegdheid om verzekeraars op regelmatige basis gegevens te laten verstrekken heeft de NZa ook op basis van artikel 90 Zvw

- de NZa onderzoek in kan stellen bij zorgverzekeraars als de minister of het Zorginstituut daarom vraagt (artikel 26 WMG)
- de NZa informatie kan opvragen bij de minister (artikel 22 WMG) en bij zorgverzekeraars (artikel 25 WMG)
- de NZa regels mag opstellen over de controle door zorgverzekeraars (artikel 27 WMG).

Naast de regelingen die de NZa van toegang tot informatie verzekeren, heeft de NZa op grond van de WMG de bevoegdheid te interveniëren. Hierbij gaat het om het optreden tegen zorgverzekeraars die niet aan de WMG of aan de Zvw houden. De NZa heeft verschillende mogelijkheden om in te grijpen (aanwijzing, bestuursdwang, last onder dwangsom, bestuurlijke boete en openbaarheid), waarbij niet elke interventie is in te zetten voor elke mogelijke overtreding. Per deelvraag wordt ingegaan op specifieke mogelijkheden tot interventie.

5.1.5 Ontwikkeling van het toezicht sinds 2009

Als algemene inleiding op dit hoofdstuk is het van belang te melden dat het toezicht van de NZa de afgelopen jaren in intensiteit is toegenomen. Sinds 13 juli 2009 heeft de NZa een aparte directie voor de uitvoering van het uitvoerings-, nalevings- en markttoezicht: de directie Toezicht en Handhaving. Deze directie is substantieel in omvang toegenomen sinds 2009¹⁷⁹. De voornaamste aanleidingen voor deze groei lagen in een door de NZa ervaren tekort aan toezichtscapaciteit enerzijds en toegenomen aandacht voor gepast gebruik en de bestrijding van fraude, misbruik, oneigenlijk gebruik en onrechtmatig declareren anderzijds. De toegenomen aandacht voor het toezicht van de NZa op de uitvoering van Zvw en AWBZ is terug te zien in de groei van de bijbehorende documentatie; de protocollen die de NZa voor haar toezicht hanteert zijn sinds de vorige evaluatie van de WMG en de NZa substantieel in omvang toegenomen.

De NZa heeft de uitgangspunten voor haar toezicht vastgelegd in een visiedocument 'Zicht op Toezicht', gepubliceerd in 2009.¹⁸⁰ De uitgangspunten zijn gebaseerd op een rijksbrede visie op toezicht van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties¹⁸¹. De zes principes van goed toezicht uit deze notitie (selectiviteit, slagvaardigheid, samenwerking, onafhankelijkheid, transparantie en professionaliteit) zijn verwerkt in de toezichtvisie van de NZa.

In de evaluatie van de WMG uit 2009, werd vastgesteld dat de NZa tot dan toe vooral een 'lerend' perspectief toepaste in haar toezicht; ze gaf het nieuwe zorgstelsel een kans om zich te ontwikkelen en te 'landen'¹⁸². De NZa maakte in de jaren 2006 tot 2009 erg weinig gebruik van haar handhavingsinstrumentarium; in de evaluatie werd dan ook de vraag gesteld of de NZa te zijner tijd de omslag naar meer repressief toezicht zou kunnen maken

¹⁷⁹ In 2009 telde de directie 38 fte, anno 2014 is ze gegroeid tot 75 fte.

De groei heeft grotendeels sinds 2013 plaatsgevonden

¹⁸⁰ NZa, Zicht Op Toezicht, p. 23

¹⁸¹ Ministerie van BZK, 'Minder last, meer effect', 2005

¹⁸² ZonMw, Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg, 2009, p. 150

om zo de beoogde slagvaardige toezichthouder¹⁸³ te worden die “zacht is waar het kan en hard waar het moet”.¹⁸⁴

De groei van de directie Toezicht en Handhaving is opvallend in het licht van de Memorie van Toelichting van de WMG, waarin een afnemend belang van uitvoeringstoezicht op de Zvw en AWBZ wordt verwacht. In de visie waarop het stelsel van gereguleerde marktwerking is gebaseerd, is besloten dat marktpartijen steeds meer hun rol als zelfstandige speler nemen. De rol van de NZa is om deze groei mogelijk te maken en marktpartijen in een parallelle beweging de ruimte te geven om hun verantwoordelijkheid te nemen, hetgeen een terugtrekkende beweging in het uitvoeringstoezicht impliceert.¹⁸⁵

In de visie die de NZa in 2009 formuleerde voor het uitvoeringstoezicht geeft zij aan het toezicht vorm te willen geven op een moderne, risico-gestuurde manier die gebaseerd is op vertrouwen.¹⁸⁶ Dit sluit aan bij de terugtrekkende beweging die beschreven is in de MvT en bij de rijksbrede visie op toezicht, die aangeeft dat toezicht soms opgevat kan worden als een aanvulling op de eigen verantwoordelijkheid van spelers, die dan ook de ruimte moeten krijgen om invulling te geven aan deze eigen verantwoordelijkheid.¹⁸⁷ Op het moment van evalueren werkt de NZa aan een nieuwe visie op toezicht, waarin deze gedachtegang (in concept) ook aanwezig is.

Beleidsontwikkelingen die relevant zijn voor één van de volgende deelvragen worden besproken in relatie tot die deelvraag. Zo besteden we bij de deelvraag over zorginkoop aandacht aan de voorgestelde wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet en gaan we bij de deelvraag over controles door zorgverzekeraars in op de afbouw van ex post verevening.

5.2 Zorginkoop

5.2.1 Context en vraagstelling

Zorgverzekeraars kopen zorg in bij zorgaanbieders en maken daarbij afspraken over de hoeveelheid zorg die ze afnemen. De basis voor die afspraken is dat ze op basis van artikel 11 van de Zvw verplicht zijn zorg te leveren aan hun verzekerden. Deze zorgplicht houdt in dat verzekeraars ervoor moeten zorgen dat hun verzekerden (via zorg in natura, restitutie of in een combinatiepolis) de (vergoeding van) zorg krijgen die ze nodig hebben.

De zorginkoop door zorgverzekeraars vormt een cruciaal onderdeel van het zorgstelsel. Het is de intentie van de beleidsmakers geweest dat zorgverzekeraars fungeren als de spil van het zorgstelsel door kostenbewust, doelmatig en op kwaliteit in te kopen. Scherpe zorginkoop, zowel op prijs als in volume en kwaliteit, moet ten goede komen aan de consument in de vorm van lage premies en efficiënte en kwalitatieve zorg. Concurrentie tussen zorgaanbieders is daarvoor een belangrijke randvoorwaarde.

¹⁸³ ZonMw, *Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg*, p. 151

¹⁸⁴ BZK, 'Minder Last, Meer Effect: Zes Principes van Goed Toezicht', 2005, p. 21

¹⁸⁵ MvT WMG, 2004/05, p. 37

¹⁸⁶ NZa, *Zicht Op Toezicht*, p. 39

¹⁸⁷ BZK, p. 9.

De Zvw kent twee artikelen die in directe relatie staan tot inkoop:

- artikel 11, dat de zorgplicht omvat voor zowel natura- als restitutiepolissen
- artikel 12, tweede lid, dat verzekeraars voor bepaalde vormen van zorg een contracteerplicht oplegt.

De WMG geeft de NZa verschillende handvatten om haar taak als toezichthouder te vervullen. Slechts een deel daarvan is voor de zorginkoop relevant. Dat zijn:

- de mogelijkheid om aanwijzingen te geven aan zorgverzekeraars die zich niet aan hun verplichtingen houden zoals de Zvw die voorschrijft (artikel 77 WMG) en om eventueel daarna last onder bestuursdwang op te leggen of openbaar te maken dat de verzekeraar zich niet aan de Zvw houdt (artikel 80 WMG)
- De mogelijkheid om een last onder dwangsom op te leggen aan verzekeraars die een zorgverzekering aanbieden die niet aan (bepaalde artikelen van) de Zvw voldoet (artikel 83 WMG).

Om aan de zorgplicht te kunnen voldoen moeten verzekeraars zorg inkopen of vergoeden.¹⁸⁸ De semi-private opzet van het Nederlandse zorgstelsel moet verzekeraars prikkelen om daarbij een afweging te maken tussen verschillende aanbieders. De deelvraag die wij over dit systeem beantwoorden, luidt: *In welke mate dragen de NZa en WMG bij aan een goede zorginkoop door zorgverzekeraars?*

Bij het beantwoorden van deze vraag is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de NZa in haar rol als toezichthouder op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet geen verplichting heeft om te controleren of verzekeraars 'goede' of doelmatige zorg inkopen¹⁸⁹. Afgezien van bepaalde minimumeisen, die door IGZ gehandhaafd worden, heeft de verzekerde zelf de rol om te beoordelen of de verzekerde zorg van afdoende kwaliteit is. Het uitvoeringstoezicht ten aanzien van zorginkoop richt zich in hoofdzaak op de zorgplicht.

De meest ingrijpende beleidsontwikkelingen in het kader van de inkoop door zorgverzekeraars zijn de vergrote risicodragendheid van verzekeraars en de invoering van prestatiebekostiging (via DBC's/DOT's). De vergrote risicodragendheid van verzekeraars is grotendeels het gevolg van de afbouw van de ex post verevening. De bedoeling daarvan is geweest om verzekeraars te prikkelen om in te kopen en zo hun verzekerden een aantrekkelijke polis te bieden. De selectieve inkoop door verzekeraars is ook besproken in de recente evaluatie van de Zvw. We zullen hier verderop dieper op ingaan.

In juli 2013 zijn tussen de overheid en ziekenhuizen, medisch-specialisten, GGZ, huisartsen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties afspraken gemaakt over het maximeren van de groei van de zorgkosten.¹⁹⁰ Daarnaast is er sprake van een MBI, dat in paragraaf 3.3 uitgebreid is besproken. Ook is sinds de evaluatie van de WMG in 2009 het

¹⁸⁸ Hoewel het verzekeraars op dit moment (tot de invoering van de Wet verbod verticale integratie) ook toegestaan is om de zorg zelf te leveren

¹⁸⁹ Behoudens de eis dat de zorg altijd aan de wettelijke minimumkwaliteitseisen voldoet, gesteld door het IGZ

¹⁹⁰ NZa, Monitor Zorginkoop, p. 16

representatiemodel in de ziekenhuiszorg en de GGZ afgeschaft. Daarnaast is in 2013 de GGZ opgedeeld in specialistische en basis-GGZ. In de basis-GGZ worden zorgzwaartepakketten gefinancierd, in de specialistische GGZ gaat dat via DBC's.¹⁹¹ In 2015 zullen een nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg en integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg worden ingevoerd.¹⁹² Deze onderwerpen komen ter sprake in de evaluatie van de Zorgverzekeringswet die parallel aan dit onderzoek is uitgevoerd.

Zeer recent is er in de Tweede Kamer een wetsvoorstel aangenomen om artikel 13 van de Zvw te wijzigen, zodat verzekeraars niet-gecontracteerde zorg in het geheel niet hoeven te vergoeden. De gewenste uitkomst van deze veranderingen is een toename in de sturende rol voor verzekeraars, die leidt tot uitgavenbeheersing en betaalbaarheid voor de cliënt. Daarbij is het idee dat verzekeraars door de ruimere mogelijkheid tot selectieve inkoop meer gaan letten op kwaliteit, zonder de prijs uit het oog te verliezen. De (dreiging van) selectieve inkoop zou aanbieders er toe moeten aanzetten doelmatiger goede en op de wensen van de patiënt afgestemde zorg te leveren.¹⁹³

5.2.2 Bevindingen

Positie van de WMG

De WMG beïnvloedt de zorginkoop door de NZa de mogelijkheid op te leggen om de zorgplicht van verzekeraars af te dwingen. Naast deze zaken heeft de wet in het kader van het uitvoeringstoezicht geen artikelen die bedoeld zijn om de publieke randvoorwaarden in deze onderhandelingen te beschermen¹⁹⁴. De zorginkoop wordt door de NZa behandeld als een aangelegenheid tussen aanbieders en verzekeraars.

De Memorie van Toelichting bij de WMG geeft aan dat het rechtmatigheidstoezicht geen toezicht is op de rechtmatige besteding van de voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet verkregen middelen.¹⁹⁵ Ook houdt de zorgautoriteit geen toezicht op het doelmatig functioneren van verzekeraars: "Het is de markt die uitwijst of een zorgverzekeraar al dan niet efficiënt werkt. Kernpunt bij het toezicht op de nieuwe zorgverzekering is dat de overheid zich ervan vergewist dat zorgverzekeraars de verzekerden leveren waar zij recht op hebben."¹⁹⁶ Het draait er bij het toezicht dus om dat zorgverzekeraars zich aan hun zorgplicht houden.

Ontwikkeling zorginkoop

Het belang van doelmatige zorginkoop is met de invoering van DOT's en de afbouw van de ex postverevening voor verzekeraars fors groter geworden. Er wordt daardoor, zoals de NZa ook concludeert in haar monitor zorginkoop, door verzekeraars vooral ingezet op de kwantitatieve kant van de zorginkoop¹⁹⁷: volumes en prijzen zijn dominante thema's in de

¹⁹¹ NZa, Monitor Zorginkoop, p. 17

¹⁹² NZa, Monitor Zorginkoop, p. 17

¹⁹³ NZa, Monitor Zorginkoop, pp. 32-33

¹⁹⁴ Wel heeft de NZa regelende bevoegdheden op basis van artikel 45 WMG, die toegepast zouden kunnen worden op de zorginkoop. Tot nu toe is dat echter nog niet gedaan

¹⁹⁵ MvT WMG, p. 26

¹⁹⁶ MvT WMG, p. 26

¹⁹⁷ NZa, Monitor Zorginkoop, p. 8

onderhandelingen. Uit onze interviews met verzekeraars, aanbieders en brancheorganisaties blijkt dat het nog erg moeilijk voor verzekeraars is om de kwaliteit van zorg mee te laten spelen in de contractering.

De inspanningen die zorgverzekeraars leveren om doelmatig zorg in te kopen, worden door de NZa als positief beoordeeld. Of ze resultaat hebben op het gebied van betaalbaarheid is een vraag die echter (nog) moeilijk is te beantwoorden. Op macroniveau stijgen de zorgkosten net als in voorgaande jaren gestaag¹⁹⁸, in aansluiting met de onderhandelakkoorden tussen minister en veldpartijen. Er kan dus niet gesproken worden van een zichtbaar positief effect op de betaalbaarheid van zorg¹⁹⁹. Wel is er een positief signaal wat betreft de microbetaalbaarheid van zorg in 2013: in dit jaar daalde de gemiddelde premie voor een zorgverzekering voor het eerst in jaren.²⁰⁰ Dit is voor consumenten op de korte termijn goed nieuws, maar er kan nauwelijks uit geconcludeerd worden dat de betaalbaarheid van zorg structureel beter wordt.

Selectief inkopen is in de beleidstheorie een belangrijke stap naar betaalbare en kwalitatief hoogstaande zorg. Het idee is dat verzekeraars alleen zorg inkopen die relatief goedkoop is en waarvan ze weten dat hij goed is en afgestemd op de wensen van de patiënt. De selectieve inkoop van zorg komt echter nog onvoldoende van de grond. Bovendien wisselt het beeld: sommige vormen van zorg worden door verzekeraars meer selectief ingekocht dan andere.²⁰¹ Ook geeft de NZa aan dat informatieverstrekking door zorgverzekeraars over selectieve inkoop bijna alleen reactief is.²⁰² De verzekerde kan daardoor in het maken van zijn keuze voor een zorgverzekeraar niet goed laten meewegen welke verzekeraars welke zorg hebben ingekocht.

Het is moeilijk te voorspellen of de veronderstelde werking van selectief inkopen zich in de praktijk zal laten zien. Bij gebrek aan een nulmeting kunnen bovendien geen conclusies getrokken worden over de eventuele bijdrage van selectief inkopen aan de betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Wel is het zo dat de *mogelijkheid* van selectief inkopen, onafhankelijk van het feit of die wel of niet benut wordt, een prikkelend effect kan hebben. Het feit dat verzekeraars nog weinig laten zien op het gebied van selectieve inkoop, betekent dus niet per se dat de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet geen effect zal hebben. De toekomst zal moeten uitwijzen welk scenario werkelijkheid wordt.

De zorgautoriteit

De afgelopen jaren heeft de NZa bij het uitvoeren van haar toezichtstaak veel aandacht gehad voor de zorgplicht van verzekeraars. In 2014 publiceerde de NZa een monitor

¹⁹⁸ NZa, Stand van de Zorgmarkten 2013, 2013, p. 14

¹⁹⁹ Mede door het ontbreken van betrouwbare, recente gegevens over (eventuele) stijging van de zorgvraag

²⁰⁰ NZa, Stand van de Zorgmarkten 2013, p. 9

²⁰¹ NZa, Rechtmatigheid Uitvoering Zorgverzekeringswet 2012: Onderdelen Acceptatieplicht, Verbod Op Premiedifferentiatie, Zorgplicht, 2013, p. 17

²⁰² NZa, Rechtmatigheid Uitvoering Zorgverzekeringswet 2012: Onderdelen Acceptatieplicht, Verbod Op Premiedifferentiatie, Zorgplicht, p. 8

zorginkoop, die een actueel beeld geeft van de ontwikkelingen in het beleid van de NZa. Speerpunten waren hierbij de selectieve inkoop en veranderingen in het beleid die bedoeld zijn om selectieve inkoop te faciliteren. De belangrijkste acties van de NZa zijn dan ook:

- het faciliteren van de onderhandelingen tussen aanbieders en verzekeraars, zoals met richtlijnen in de vorm van de Good Contracting Practices' (besproken in paragraaf 3.5.2)
- Het vervroegen van de publicatie van eigen regels. Er kwamen signalen binnen bij de NZa dat onduidelijkheid over de regels die het volgende jaar zouden gelden een vertragende factor vormde in de onderhandelingen. Omdat de NZa inzet op een afronding van de onderhandelingen voor een bepaald jaar in november van het voorafgaande jaar, zal zij vanaf 2014 per 1 juli de eigen regels publiceren. Dan staan de bakens voor een tijdige zorginkoop, zodat zorgverzekeraars medio november naar (potentiële) verzekerden kunnen communiceren welke zorg ze gecontracteerd hebben²⁰³
- het doen van aanbevelingen om de wetgeving aan te passen zodat selectief inkopen verder wordt gefaciliteerd. Daarbij moet hoofdzakelijk gedacht worden aan de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. De NZa ziet die wetswijziging als een voorwaarde voor een doelmatige zorginkoop en een goede kwaliteit van de ingekochte zorg.²⁰⁴

De NZa signaleerde in de periode voor 2010 ongenoegen aan zowel de kant van verzekeraars als die van aanbieders over het verloop van de onderhandelingen. Om hier verandering in aan te brengen, zijn de *good contracting practices* (GCP's) voor verzekeraars en aanbieders uitgebracht. Deze GCP's functioneren als handreiking voor de onderhandelingen. Bij gebrek aan vergelijkingsgegevens is het niet mogelijk om de effectiviteit van GCP's vast te stellen. Hiervoor is besproken dat de richtlijn wisselend wordt gewaardeerd, aangezien sommige partijen hem als waardevol beschouwen en sommige als onvoldoende bindend.

De eerste GCP's werden in 2010 opgesteld. In 2013 werd dit document geëvalueerd en dat leidde tot een hernieuwd document per 2014. Daarbij werden veranderingen doorgevoerd om aanbieders tegemoet te komen, zoals de toevoeging van artikel 3, dat aangeeft dat verzekeraars beschikbaar zouden moeten zijn voor vragen van aanbieders, en artikel 15, dat zegt dat verzekeraars aanbieders de tijd moeten geven om het contract te overwegen. Inhoudelijke klachten over de GCP's zijn ons in onze gespreksronde in het veld niet ter oren gekomen. De onvrede die bij sommige van de door ons geïnterviewde partijen bestaat ten aanzien van de richtlijn van de NZa, lijkt gericht te zijn op de aard van het document: het is een richtlijn en dus 'zachte' regelgeving. De NZa handhaaft niet als de GCP's niet gehanteerd worden, met als reden dat zij het contracteringsproces beschouwt als een zaak tussen aanbieder en verzekeraar, waar de overheid zich niet in dient te mengen.

Naast het uitgeven van deze richtlijnen is de NZa gestart met het vervroegen van de eigen deadlines. De NZa probeert de omstandigheden voor zorgverzekeraars optimaal te maken door duidelijkheid te scheppen over wat er van hen qua contracteren verwacht wordt. Deze verbetering is echter pas dit jaar van kracht, wat betekent dat deze zomer de eerste is waarin de zelfopgelegde deadline voor de NZa geldt. Over het effect van deze maatregel kan daardoor weinig geconcludeerd worden. Wel kan gezegd worden dat het positief is dat de situatie zoals die vóór deze beleidsverandering bestond, tot actie van de NZa heeft

²⁰³ NZa, Monitor Zorginkoop, p. 24

²⁰⁴ NZa, Brief Bevindingen Monitor Zorginkoop, 2014

geleid. In 2012 werden gedurende het desbetreffende jaar nog afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en aanbieders.

De NZa geeft in gesprekken aan dat de situatie inmiddels verbeterd is, maar dat er zeker nog niet in alle gevallen gecontacteerd wordt vóór de start van het betreffende kalenderjaar. Het wetsvoorstel verticale integratie en aanpassing artikel 13 Zvw moet in deze zaak verandering brengen, door verzekeraars de plicht op te leggen om de kosten van zorg volledig te vergoeden als ze vóór 6 weken voor het eind van het jaar niet hebben aangegeven de betreffende zorg niet te contracteren.²⁰⁵

Kwaliteitsindicatoren

Om kwaliteit echt te kunnen betrekken bij de zorginkoop hebben verzekeraars indicatoren nodig over de kwaliteit die aanbieders leveren. Deze 'kwaliteitsindicatoren' zijn veelvuldig onderwerp van gesprek binnen het zorgdomein; verzekeraars geven aan te weinig inzicht te hebben in de kwaliteit van zorg.

In de beleidstheorie functioneert het Nederlandse zorgstelsel op basis van differentiatie: burgers sluiten een zorgverzekering af en worden geacht daarmee aan te geven welke zorgverzekeraar de polis aanbiedt die bij hun wensen aansluit. Daarbij zou het niet alleen om prijs, maar ook om kwaliteit moeten gaan. In deze gedachtegang zorgen zorgverzekeraars er op hun beurt voor dat ze (ook) op dit laatste gebied met elkaar kunnen concurreren; als iedereen dezelfde polis aanbiedt, wordt er door patiënten vanzelfsprekend op prijs geselecteerd.

Voor het functioneren van dit stelsel in de praktijk zijn kwaliteitsindicatoren cruciaal; de verzekeraar kan alleen een kwalitatief goed pakket aanbieden als hij het onderscheid kan maken tussen goede en minder goede aanbieders. De NZa signaleert echter dat er bij de zorginkoop weinig aandacht wordt besteed aan kwaliteitscriteria, een beeld dat door deze evaluatie wordt ondersteund.²⁰⁶

Het nastreven van betere of meer kwaliteitsindicatoren is een taak die primair is neergelegd bij veldpartijen. Ondanks het uitblijven van acties van veldpartijen op dit gebied, heeft de NZa sinds 2009 zelf ook beperkt actie ondernomen. Een verklarende factor is dat de verantwoordelijkheid voor het waarborgen van kwaliteit van zorg niet bij de NZa ligt maar bij de IGZ en het Zorginstituut Nederland. In gesprekken met de NZa komt wel naar voren dat de NZa zich bewust is van de terughoudende manier van acteren op dit gebied en de wens heeft om in de toekomst proactiever te zijn. Recent heeft de NZa daarom actie ondernomen door het publiceren van sterftcijfers in de medisch-specialistische zorg verplicht te stellen.

Over de rol van de NZa bij de zorginkoop komen diverse signalen uit het veld. Sinds de vorige evaluatie van de NZa krijgt de NZa jaarlijks veel klachten van aanbieders over inkoopmacht van zorgverzekeraars.²⁰⁷ Aanbieder geven aan niet anders te kunnen dan het

²⁰⁵ VWS, Bijlage Kamerbrief Plan van Aanpak Fraude in de Zorg, 2013, pp. 150743-110124-Z (p. 7)

²⁰⁶ NZa, Monitor Zorginkoop, p. 8

²⁰⁷ NZa, Monitor Zorginkoop, pp. 8, 25

contract met de verzekeraar aan te gaan voor de prijs die gesteld is. Dit is een onderwerp dat raakt aan de rol van de NZa en WMG bij de zorginkoop door verzekeraars. Uit interviews blijkt dat aanbieders het gevoel hebben dat er bij de contractering van zorg te weinig aandacht is voor kwaliteit. Aanbieders denken dat de NZa te gemakkelijk heeft geconcludeerd dat inkoopmacht geen obstakel is voor het behoorlijk functioneren van het huidige Nederlandse zorgstelsel. Zij vinden dat de NZa zich te weinig verantwoordt over haar keuze om niets te doen met de signalen over inkoopmacht die ze krijgt.

5.2.3 Deelconclusies zorginkoop

De WMG is in relatie tot de zorginkoop instrumenteel van aard; de wet is van invloed doordat hij de NZa de instrumenten geeft om zorgplicht te handhaven. De NZa speelt een beperkte rol bij de zorginkoop, die wordt beschouwd als een zaak tussen private spelers. De doelmatigheid van de zorginkoop valt buiten de reikwijdte van uitvoeringstoezicht op de Zvw²⁰⁸.

Bij de bevordering van kwaliteit beperkt NZa zich tot een voorwaardenscheppende rol. De acties die de NZa onderneemt, zoals het vervroegen van de eigen deadlines en het uitbrengen van *good contracting practices*, zijn vooral faciliterend van aard.

5.3 Algemeen consumentenbelang

5.3.1 Context en vraagstelling

In paragraaf 5.1.3. staan de belangrijkste verplichtingen van zorgverzekeraars beschreven. Dit zijn de zorgplicht, acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, de verplichtingen ten aanzien van de vereveningsbijdrage en het voorzien van juiste informatie. De NZa dient te controleren of verzekeraars deze verplichtingen nakomen en of daarmee de consumentenbelangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit geborgd zijn. De volgende deelvraag is daarmee: *In hoeverre dragen WMG en de NZa bij aan de bescherming van het algemeen consumentenbelang, waaronder de beschikbaarheid van keuze-informatie en transparantie?*

Deze vraag gaat over de verschillende soorten effect die het toezicht van de NZa heeft op het borgen van consumentenbelangen. De NZa kan keuzes maken bij het vervullen van haar toezichtstaak en de vraag is of zij dat goed doet. Hebben de keuzes die de NZa maakt een positief effect op de belangen van consumenten? Ook taken die niet onder het uitvoeringstoezicht vallen, zoals het toezicht van de NZa op keuze-informatie en transparantie, zijn onderdeel van het kader dat de NZa hanteert bij het houden van toezicht.

5.3.2 Bevindingen

Het doel van de WMG is het borgen van de algemene consumentenbelangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Daarom luidt artikel 3, lid 4 van de WMG: “De zorgautoriteit stelt bij de uitoefening van haar taken het algemeen consumentenbelang voorop.” In de Memorie van Toelichting van de WMG wordt dat algemeen consumentenbelang uitgelegd als toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.²⁰⁹ In talloze beleidsdocumenten

²⁰⁸ In theorie is er een link met de zorgplicht, maar tot nu toe is er in zo beperkte mate sprake van selectieve inkoop, dat de toegankelijkheid van zorg niet in het geding is.

²⁰⁹ MvT WMG, p. 2

(en in deze evaluatie) is deze driedeling terug te vinden. Onder deze deelvraag onderzoeken we hoe de NZa omgaat met haar verplichting om het algemeen consumentenbelang voorop te stellen in de uitoefening van haar toezichtstaken.

De bijdrage van de WMG aan het beschermen van de consumentenbelangen bestaat uit het creëren van een wettelijke basis voor de NZa en het instrumentarium dat de NZa heeft om de consumentenbelangen in de zorg te waarborgen. De mate waarin de wet bijdraagt aan het algemeen consumentenbelang kan daardoor afgelezen worden aan de mate waarin de wet de NZa uitrust om haar taak goed uit te oefenen.

Daarnaast is de vraag of de NZa dat instrumentarium goed inzet. In het kader van de acties van de NZa bespreken we haar output op de terreinen zorgplicht, acceptatieplicht, kwaliteit en transparantie. In dat opzicht heeft deze deelvraag enige overlap met het algemeen consumentenbelang zoals dat in hoofdstuk 2 is behandeld.

Output van de NZa

Het jaarlijkse informatiemodel uitvoeringsverslag geeft inzicht in het toezicht van de NZa. In een uitvoeringsverslag verantwoordt de zorgverzekeraar zich in ieder geval over zijn profiel en organisatie, de *corporate governance* van het bedrijf, de waarborgen die de verzekeraar hanteert ten overstaan van het algemeen consumentenbelang en het naleven van de wettelijke verplichtingen. Vooral de laatste twee onderdelen van het uitvoeringsverslag zijn van belang in relatie tot consumentenbelangen. Het verslag over consumentenbelangen richt zich vooral op de afhandeling van klachten en opmerkingen van verzekerden. Het onderdeel over wettelijke verplichtingen richt zich onder andere op de zorgplicht, acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.²¹⁰

Naast het informatiemodel uitvoeringsverslag stelt de NZa ook ieder jaar een document op over de informatieverstrekking aan verzekerden. Tussen 2006 tot en met 2010 heette dat het 'richtsnoer informatieverstrekking', vanaf 2011 is het de 'Beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten'. Hierin kunnen verzekeraars nalezen welke invulling de NZa geeft aan de wettelijke verplichtingen van verzekeraars over informatievoorziening.

Op hoofdlijnen is die invulling in de afgelopen jaren hetzelfde gebleven. Sinds 2011 werkt de NZa met zogenaamde '*self-assessments*', waarmee zorgverzekeraars hun eigen informatievoorziening en transparantie beoordelen. Daarbij gaat het om de informatievoorziening via website, overzichten, polis en declaratieoverzichten. De NZa gebruikt deze *self-assessments* in haar toezicht. Daarnaast voert de NZa steekproefsgewijs controles uit op de juistheid van de *self-assessments*. Het primaat in het toezicht op transparantie komt hierdoor meer bij zorgverzekeraars te liggen.

Zorgplicht

Sinds 2009 is er vanuit de NZa veel aandacht geweest voor de zorgplicht. Wettelijk gezien is de zorgplicht een open norm; de NZa heeft de afgelopen jaren ingezet op een duidelijker invulling van die norm door zorgverzekeraars. In 2010 heeft de NZa een beleidsregel toezichtkader zorgplicht gepubliceerd, gebaseerd op overleg met verzekeraars, waarmee

²¹⁰ NZa, 'Informatiemodel Uitvoeringsverslag 2012', 2012

de zorgplicht geconcretiseerd is. De beleidsregel is de afgelopen periode jaarlijks geactualiseerd.

Het toezicht van de NZa op de naleving van de zorgplicht is zowel structureel als incidenteel van aard. In het kader van het structurele toezicht moeten zorgverzekeraars jaarlijks aan de NZa rapporteren over de manier waarop zij invulling geven aan de zorgplicht. Het incidentele toezicht houdt verband met het monitoren van de markt en het ingrijpen bij situaties waarin zorgverzekeraars hun zorgplicht niet (lijken te) kunnen vervullen. Voorbeelden van dergelijke gevallen zijn de casussen van het MCA Gemini te Den Helder, het faillissement van het Ruwaard van Putten ziekenhuis in Spijkenisse en het Langeland Ziekenhuis te Zoetermeer en de transgenderzorg in het VU medisch centrum.

Naast de monitoring door de NZa om op de hoogte te blijven van eventuele risico's komt er voor zorgverzekeraars een meldingsplicht van situaties waarin zij door overmacht niet kunnen voldoen aan de zorgplicht. De nadere regel hierover is met veldpartijen besproken, maar moet nog worden vastgesteld door de NZa.

De NZa concludeerde in haar rapport over de uitvoering van de Zvw in 2012 dat zorgverzekeraars in toenemende mate aandacht besteden aan de zorgplicht.²¹¹ Het toezichtkader zorgplicht verandert elk jaar omdat de open norm ingevuld moet worden op een manier die aansluit bij de praktijk. Op het moment beschouwt de NZa haar invulling van de zorgplicht als afdoende: in het rapport over de uitvoering van de Zvw in 2012 zegt ze geen aanleiding te zien om in de nabije toekomst de norm voor zorgplicht verder in te vullen.²¹² Uit interviews met zorgverzekeraars blijkt dat zij zich over het algemeen kunnen vinden in deze kijk op de huidige staat van de beleidsregel.

Acceptatieplicht

De toegankelijkheid van zorg wordt naast de zorgplicht geborgd door de verplichting die verzekeraars hebben om iedereen als verzekerde te accepteren voor de polissen die ze aanbieden. De NZa geeft ieder jaar in haar verslag over de uitvoering van de Zvw aan of verzekeraars zich aan de acceptatieplicht hebben gehouden en wat de NZa heeft gedaan waar dat niet het geval was. Zo heeft de NZa in 2009 bekend gemaakt dat twee verzekeraars op hun website zodanig informatie verstrekten dat hun polissen niet voor iedereen toegankelijk leken,²¹³ en heeft ze in 2011 een signaal van weigering van een verzekerde op onwettelijke basis doorverwezen naar de Stichting Klachten en Geschillen

²¹¹ NZa, *Rechtmatigheid Uitvoering Zorgverzekeringswet 2012*:
Onderdelen Acceptatieplicht, Verbod Op Premiedifferentiatie,
Zorgplicht, p. 8

²¹² NZa, *Rechtmatigheid Uitvoering Zorgverzekeringswet 2012*:
Onderdelen Acceptatieplicht, Verbod Op Premiedifferentiatie,
Zorgplicht, p. 22

²¹³ NZa, *Rechtmatigheid Uitvoering Zorgverzekeringswet 2009*:
Onderdeel Acceptatieplicht, Verbod Op Premiedifferentiatie,
Zorgplicht, 2010, p. 8

Zorgverzekeringen.²¹⁴ In 2010 en 2012 concludeerde de NZa dat er geen signalen waren over schendingen van de acceptatieplicht.²¹⁵

Eind 2013 heeft er een publiek debat plaatsgevonden over bedreigingen van de toegankelijkheid van zorg die grensden aan een schending van de acceptatieplicht. Het ging daarbij om risicoselectie op basis van het aanvullend pakket, waarbij verzekeraars dure verzekerden zouden proberen te weren door ze te weigeren voor de aanvullende verzekering. Voor een aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht; het is niet bij wet verboden verzekerden daaruit te weren. De dreiging bestaat eruit dat verzekerden die behoefte hebben aan een bepaalde aanvullende verzekering dan ook niet de basisverzekering van een verzekeraar nemen. Op deze signalen is de NZa ingegaan in haar verdiepend onderzoek van april dit jaar over de acceptatieplicht en de naleving daarvan door verzekeraars. Ze schrijft dat “pas wanneer zorgverzekeraars actiever in gaan zetten op selectie via aanvullende verzekeringen en de prikkels daartoe onvoldoende ondervangen kunnen worden door het vereveningssysteem, [bekeken dient] te worden of het nodig is om nadere maatregelen te treffen.”²¹⁶ De NZa geeft aan via haar reguliere marktscans in de gaten te houden of er actievere risicoselectie plaatsvindt. Zij geeft aan in haar uitvoeringstoezicht aandacht te besteden aan het onderwerp. Verder ingrijpen acht zij op dit moment niet noodzakelijk omdat er geen wetten overtreden worden.²¹⁷ Vanuit wetenschappelijke hoek is recentelijk een aantal imperfecties geconstateerd in het huidige systeem van risicoverevening, met prikkeling tot risicoselectie als gevolg. Aangeraden wordt deze imperfecties te repareren door het risicovereveningsmodel te repareren met nieuwe vereveningscriteria.²¹⁸

De activiteiten van de NZa ten aanzien van de acceptatieplicht zijn voornamelijk monitorend; de NZa houdt in de gaten of de acceptatieplicht geschonden wordt. In het verdiepend onderzoek van de NZa stelt de toezichthouder zichzelf de vraag of meer proactief toezicht op de acceptatieplicht noodzakelijk is.²¹⁹ Op deze vraag geeft zij geen expliciet antwoord, maar zoals hierboven beschreven voorziet zij geen verandering in haar toezicht op dit onderdeel van de wettelijke taken van verzekeraars. Het ministerie van VWS geeft in interviews aan dat de NZa de vinger goed aan de pols lijkt te houden. Onder partijen in het veld is het beeld verdeeld; sommigen vrezen dat de belangen van de consument in de discussie rond risicoselectie te snel ondergeschikt worden gemaakt aan die van de verzekeraar.

²¹⁴ NZa, Rechtmatigheid Uitvoering Zorgverzekeringwet 2011:

Onderdelen Acceptatieplicht, Verbod Op Premiedifferentiatie, Zorgplicht, 2012, p. 15

²¹⁵ NZa, Rechtmatigheid Uitvoering Zorgverzekeringwet 2010: Onderdeel Acceptatieplicht, Verbod Op Premiedifferentiatie, Zorgplicht, 2011, p. 12; NZa, Rechtmatigheid Uitvoering Zorgverzekeringwet 2012: Onderdelen Acceptatieplicht, Verbod Op Premiedifferentiatie, Zorgplicht, p. 18

²¹⁶ NZa, Naleving Acceptatieplicht Door Zorgverzekeraars, 2014, p. 20

²¹⁷ NZa, Naleving Acceptatieplicht Door Zorgverzekeraars, p. 23

²¹⁸ Van Kleef, Richard, Erik Schut en Wynand van de Ven, Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening, 2014, p. 42-53

²¹⁹ NZa, Naleving Acceptatieplicht Door Zorgverzekeraars, p. 9

Kwaliteit en transparantie

De inspanningen van de NZa met betrekking tot transparantie zijn al besproken bij de deelvraag over transparantie die onderdeel uitmaakt van hoofdstuk 2 van deze evaluatie. Hier is duidelijk geworden dat de NZa zich de afgelopen jaren beperkt heeft ingezet om kwaliteitstransparantie te stimuleren. Ook is reeds besproken dat kwaliteitsbevordering geen onderdeel is van het rechtmatigheidstoezicht van de NZa. In principe moet de kwaliteit van zorg onderdeel zijn van het concurrentiemechanisme tussen zorgverzekeraars. Wel is kwaliteit van zorg een onderdeel van het 'algemeen consumentenbelang' en als zodanig een thema dat de NZa in de uitvoering van haar taken voorop dient te zetten. Daar waar er duidelijke signalen waren dat verzekeraars of aanbieders onjuiste informatie verspreidden, heeft de NZa wel middels haar handhavingsinstrumentarium ingegrepen. Ook heeft de NZa met haar recente acties in relatie tot sterftcijfers laten zien dat ze zich bewust is van het belang van kwaliteitsindicatoren.

Differentiatie in de kwaliteit in de zorg dient input te zijn voor de keuzeprocessen van verzekerden en verzekeraars. Binnen dit mechanisme is artikel 40 van de WMG, dat verzekeraars er toe verplicht informatie omtrent hun diensten toegankelijk te maken, een cruciale borging van de toegankelijkheid van informatie over de kwaliteit van zorg in ons stelsel. Passend bij deze visie ziet de NZa kwaliteit als iets dat geborgd kan en moet worden middels transparantie. In de stand van de zorgmarkten stelt de NZa transparantie impliciet gelijk aan kwaliteitsbevordering, door in de drie-eenheid van consumentenbelangen in de zorg kwaliteit te vervangen door 'transparante informatie'.²²⁰ De rol die de NZa bij het afdwingen van transparantie zou kunnen spelen pakt ze beperkt op; ze controleert informatie wel op juistheid, maar dwingt qua kwaliteitstransparantie weinig af. Daarmee nemen de kwaliteit van zorg en kwaliteitsindicatoren in de zorg in de taakopvatting van de NZa een minder prominente plek in dan de betaalbaarheid van zorg.

5.3.3 Deelconclusies algemeen consumentenbelang

De NZa beschermt het algemeen consumentenbelang via haar rechtmatigheidstoezicht op zorgverzekeraars op een indirecte manier. In het uitvoeren van haar taak als beschermer van het algemeen consumentenbelang, richt de NZa zich vooral op het functioneren van het systeem. Betaalbaarheid is daarbij het dominante thema; de aandacht van de NZa is de afgelopen jaren steeds meer komen te liggen op fraudebestrijding, gepast gebruik en de bestrijding van oneigenlijk gebruik en misbruik. Hoewel de 'kroonjuwelen' zorgplicht, acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie op eenzelfde wijze gemonitord worden als gedurende de vorige evaluatieperiode, staan ze door de intensieve aandacht voor betaalbaarheid relatief steeds minder in de schijnwerpers.

De toegankelijkheid van zorg is vooralsnog als geborgd te beschouwen. De acties van de NZa in casussen als MCA Gemini, Ruwaard van Putten en VUmc laten zien dat de NZa serieus omgaat met de signalen van een mogelijke schending van de zorgplicht. Zorgplicht, acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie worden gemonitord en uit interviews blijkt dat men in het algemeen vertrouwen heeft in de signalerende functie van de NZa op dit gebied. We schrijven dat de toegankelijkheid 'vooralsnog' geborgd is omdat er wel degelijk risico's zijn die haar bedreigen. Deze risico's lijken op het moment echter voldoende in beeld te zijn.

²²⁰ NZa, Stand van de Zorgmarkten 2013, p. 7

De WMG draagt zoals hierboven beschreven bij aan de kwaliteit van de zorg door transparantie verplicht te stellen. Afgezien van de vraag of de NZa in de uitvoering van dit artikel zo daadkrachtig is als ze zou moeten zijn, is het relevant om te bezien of er voldoende reden is om een causale relatie aan te nemen tussen informatieverstrekking en kwalitatief hoogstaande zorg, zoals de NZa dat lijkt te doen.

De houding die de NZa aanneemt ten overstaan van kwaliteit en transparantie kan als problematisch gezien worden als wordt getwijfeld aan het functioneren van de zorgmarkt als een ‘gewone’ markt. Het is op zich al de vraag of er op een markt met weinig marktfalen kan worden uitgegaan van de rationele keuzes van consumenten. In de zorg speelt dit vraagstuk in versterkte mate vanwege de informatieachterstand van verzekerden, die nooit het kennisniveau van de arts zullen bereiken – hoe transparant hun polis of zorgnota ook is. Of verzekerden in staat zullen zijn om hun verzekering te selecteren op basis van kwaliteitscriteria, is nog niet aangetoond. De rol die de NZa voor zichzelf ziet in het bevorderen van kwaliteit gaat daar wel van uit en is overeenkomstig terughoudend geweest. Dit gegeven is op zichzelf niet problematisch of alarmerend, maar wel een reden om een meer fundamenteel debat te voeren over de rol van verzekerden en patiënten in hun hoedanigheid als consument.

5.4 Prikkelwerking richting zorgverzekeraars

5.4.1 Context en vraagstelling

Zorgverzekeraars verrichten controle op de rechtmatigheid van de declaraties die door zorgaanbieders bij hen gedaan worden. Het gaat hier om formele controles en materiële controles. Formele controles hebben betrekking op de vraag:

- of een persoon wel verzekerd was voor de gedeclareerde prestatie
- of de prestatie in de administratie van de aanbieder, verzekeraar en het dossier van de verzekerde overeenkomt
- of de zorgaanbieder bevoegd was
- of het juiste tarief in rekening gebracht is.

Materiële controle moet vaststellen of de in rekening gebrachte prestatie ook daadwerkelijk geleverd is en of de cliënt redelijkerwijs op de prestatie aangewezen was.²²¹ De NZa houdt toezicht op (de kwaliteit van) deze controles. De regeling controle en administratie zorgverzekeraars, van kracht sinds 1 januari 2013, verplicht verzekeraars om formele en materiële controles uit te voeren en om fraudesignalen op te pakken.²²²

De controles worden uitgevoerd aan de hand van een protocol dat door de NZa wordt opgesteld: het jaarlijkse ‘protocol vereveningsonderzoek’. De wettelijke basis van dat protocol is artikel 27 van de WMG. Verzekeraars dienen aan de hand van dit protocol een plan van aanpak op te stellen voor hun controles.

²²¹ Als de patiënt op zorg aangewezen is, betekent dat simpel gezegd dat hij of zij die zorg nodig heeft. Artikel 14 van de zorgverzekeringswet stelt regels over wanneer dat het geval is.

²²² NZa, Regeling Controle En Administratie Zorgverzekeraars, Stcrt. 2012, 26404, 2012 art 4

Over de effecten van het toezicht van de NZa op de controles die zorgverzekeraars doen, beantwoorden wij de volgende deelvraag: *In hoeverre draagt het rechtmatigheidstoezicht van de NZa eraan bij dat zorgverzekeraars (formele en materiële) controles uitvoeren zodat fraude door zorgaanbieders wordt voorkomen dan wel aangepakt?*

De ‘prikkelwerking’ die in de titel van deze paragraaf benoemd wordt, doelt op het veronderstelde causale verband tussen de acties van de NZa en de inspanningen van verzekeraars om fraude en oneigenlijk gebruik op te sporen.

De regeling controle en administratie zorgverzekeraars is gebaseerd op artikel 27 van de WMG en daarom strikt gesproken geen onderdeel van het uitvoeringstoezicht zoals dat in dit onderzoek gedefinieerd is. Omdat formele controles en materiële controles onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, worden formele controles bij de beantwoording van deze deelvraag wel betrokken.

Voordat we overgaan tot beantwoording van deze deelvraag schetsen wij kort de relevante beleidsontwikkelingen. De afbouw van de ex post risicoverevening, voornamelijk sinds 2012, zorgt ervoor dat zorgverzekeraars steeds meer risicodragend zijn. Het doel hiervan is om verzekeraars te prikkelen te investeren in beheersing van de kosten en in goede zorg.²²³ De afbouw heeft daarmee ook een relatie met het thema fraudebestrijding. Het feit dat verzekeraars enkel vooraf gecompenseerd worden voor verschillen in risico’s, zou hen moeten prikkelen om fraude op te sporen voordat de ex ante verevening voor het volgend jaar plaatsvindt. Doen ze dat niet, dan hebben ze de gedeclareerde kosten al uitbetaald en kunnen ze die niet meer verhalen op de overheid via ex post verevening. Het opheffen van die verevening zou er dus toe moeten leiden dat verzekeraars uit financiële overwegingen meer onderzoek doen naar de rechtmatigheid van declaraties.²²⁴

De regelgeving wordt op bepaalde vlakken aangepast om de rol van verzekerden als kritisch consument te versterken. Zo is het wetsvoorstel VTO WMG in voorbereiding, dat zorgverzekeraars de verplichting oplegt om hun verzekerden een overzicht te verstrekken van betalingen aan aanbieders, zodat verzekerden kunnen controleren of hun declaraties rechtmatig zijn.

5.4.2 Bevindingen

In de afgelopen jaren is er meer aandacht gekomen voor fraude, oneigenlijk gebruik, onrechtmatige declaraties en het toezicht van verzekeraars en de NZa daarop. Het toezicht van de NZa op de informatievoorziening aan zorgverzekeraars is flink geïntensiveerd, bijvoorbeeld door het uitbreiden van protocollen, een jaarlijkse prestatiemeting en intensievere controles daarvan.

De omvang van het ‘Onderdeel vereveningsonderzoek en CER’ van het samenvattend rapport rechtmatige uitvoering ZVW is in de jaren 2010-2014 toegenomen van 18 naar 73 pagina’s, hetgeen laat zien dat de aandacht voor vereveningsinformatie is toegenomen. Ook hebben CVZ en NZa het onderwerp gepast gebruik opgenomen in het Protocol

²²³ NZa, Monitor Zorginkoop, p. 16

²²⁴ NZa, Onderzoek Zorgfraude: Tussenrapport, 2013, p. 35

vereveningsonderzoek; verzekeraars moeten nagaan of hun verzekerden wel aangewezen zijn op de verzekerde zorg.

De inwerkingtreding van de regeling controle en administratie zorgverzekeraars per 1 januari 2013 heeft ook effect gehad op de inhoud van het Protocol vereveningsonderzoek. Onderdelen van de regeling zijn opgenomen in dit protocol van de NZa, waarin in detail wordt weergegeven wat er van zorgverzekeraars wordt verwacht. Als gevolg hiervan is ook dit document in 2014 in omvang toegenomen.²²⁵

De NZa heeft meer handhavingsinstrumenten ingezet naar aanleiding van haar onderzoek over controles door zorgverzekeraars. De meest opvallende cijfers over de inzet van handhavingsinstrumenten gaan over aanwijzingen die samenhangen met controles door zorgverzekeraars. Over de jaren vóór 2012 werden dergelijk aanwijzingen nooit gegeven, maar begin dit kalenderjaar werden over het jaar 2012 enkele tientallen van dergelijke aanwijzingen gegeven.²²⁶

Deze grote toename in aanwijzingen door de NZa naar aanleiding van het onderzoek naar vereveningsbijdragen hangt samen met wijziging in regelgeving. Met de inwerkingtreding van de Regeling administratie en controle zorgverzekeraars werd het voor de NZa mogelijk om aanwijzingen te geven als de verplichtingen van verzekeraars ten aanzien van controles niet werden nageleefd. Vóór 2013 was dit geen optie. De NZa heeft per direct intensief gebruik gemaakt van de nieuwe mogelijkheden die de regeling biedt. Daarbij verschuift ook het doel van de ingezette instrumenten: waar het accent aanvankelijk lag op het prikkelen van verzekeraars om verbeterplannen op te stellen, hebben de aanwijzingen als doel om dergelijke plannen ook daadwerkelijk tot uitvoering te brengen.

Naast de meer intensieve inzet van haar handhavingsinstrumentarium publiceert de NZa sinds de terugkoppeling over de uitvoering van de Zvw over 2012 de prestaties van afzonderlijke verzekeraars. In haar rapporten over het onderdeel vereveningstaken zijn per verzekeraar overzichten te vinden van de score (onvoldoende of voldoende) per prestatie-indicator. De indicatoren zijn: materiële controles, misbruik en oneigenlijk gebruik, gepast gebruik, de financiële opgaaf en de verzekerdenopgaaf. De NZa geeft aan het verstrekken van deze informatie te zien als een belangrijke verandering in haar toezichtspraktijk.

In haar rapport over de uitvoering van vereveningstaken in 2012 zegt de NZa een groeiende *sense of urgency* waar te nemen onder zorgverzekeraars met betrekking tot het doen van controles.²²⁷ De NZa geeft aan dat “meerdere zorgverzekeraars [verbetertrajecten zijn] gestart op het gebied van materiële controle, [misbruik en oneigenlijk gebruik] en gepast

²²⁵ Daarbij is het protocol per 2014 opgesplitst in twee delen; één dat betrekking heeft op de taken van de accountant en één dat betrekking heeft op de taken van de zorgverzekeraars zelf.

²²⁶ De exacte aantallen aanwijzingen die door de NZa zijn gegeven worden hier niet genoemd omdat het gaat om niet-openbare gegevens.

²²⁷ NZa, Rechtermatige Uitvoering Zorgverzekeringwet 2012; Vereveningsonderzoek En Compensatie Eigen Risico (CER), p. 14

gebruik.”²²⁸ Zorgverzekeraars onderschrijven dat zij steeds actiever zijn bij het doen van controles bij aanbieders.

Uit gesprekken met zorgverzekeraars blijkt echter dat het toezicht van de NZa naar hun idee veelal te laat komt om nog relevant te zijn. Dit is een uitvloeisel van het feit dat de cyclus van verantwoording, toezicht en handhaving een tijdspanne beslaat die zo lang is dat het moment van handhaving, of breder gezien de terugkoppeling, laat valt. De zwaktes in de uitvoering in het jaar t worden pas in het begin van $t+2$ door de NZa vertaald in handhaving. Uitvoerders van de Zvw geven aan dat ze op dat moment vaak al lange tijd bezig zijn met het implementeren van verbeteringen. Ook zeggen ze hun aandacht te willen besteden aan de uitvoering van processen in jaar $t+2$, niet jaar t . De NZa geeft op haar beurt aan dat de terugkoppeling ook eerder dan het moment van handhaving al op onofficiële wijze van start gaat, en dat de late oplevering van bevindingen mede veroorzaakt wordt door de late oplevering van de verantwoordingsdocumenten van verzekeraars. Met haar handhavingsmaatregelen wil de NZa een correcte uitvoering in de toekomst garanderen, maar deze werkwijze wordt in het veld door de vertraging in de cyclus met onbegrip gezien.

Bij zorgverzekeraars en NZa zijn in interviews zorgen geuit over de manier waarop de protocollen (voor het uitvoeringsverslag) van de NZa zich de afgelopen jaren ontwikkeld hebben. Ook deze protocollen zijn gedurende de afgelopen jaren enigszins in omvang toegenomen. Daarbij hebben ze in toenemende mate een uitputtend karakter aangenomen, voornamelijk op het gebied van controles en fraudebestrijding²²⁹. De uitbreiding van deze protocollen is volgens de NZa het gevolg van een combinatie van twee factoren; de gebrekkige naleving van regels omtrent controles door verzekeraars, en de eisen die zorgverzekeraar aan die regels stellen. De NZa geeft namelijk aan het verzoek te krijgen om zaken in het protocol op steeds groter detailniveau expliciet te maken. Zorgverzekeraars geven op hun beurt aan dat ze behoefte hebben aan explicieter informatie omdat de NZa pas gedurende het jaar waarover de controles gaan haar protocollen bekend maakt. Een voorbeeld daarvan is dat op het moment van schrijven van deze evaluatie de protocollen voor 2014 nog niet in definitieve vorm bij zorgverzekeraars bekend zijn.²³⁰

²²⁸ NZa, *Rechtmatige Uitvoering Zorgverzekeringswet 2012*; Vereveningsonderzoek En Compensatie Eigen Risico (CER), p. 24

²²⁹ NZa, *Informatiemodel Uitvoeringsverslag 2011*; NZa, *Informatiemodel Uitvoeringsverslag 2012*; NZa, *Informatiemodel Uitvoeringsverslag 2013*; NZa, *Informatiemodel UV Zorgverzekeraars 2014*

²³⁰ Wel werd in april van dit jaar het concept voor het protocol met verzekeraars gedeeld.

Dit leidt er toe dat zorgverzekeraars het gevoel hebben dat de NZa de regels aanpast gedurende het jaar waarin zij over de naleving van die regels oordeelt.²³¹ De ‘retroactiviteit’ in de toezichtcyclus is de reden dat zorgverzekeraars vragen blijven stellen over de protocollering; ze willen weten wat er bij de jaarlijkse controles van hen verwacht wordt.

5.4.3 Deelconclusies uitvoeringstoezicht en prikkelwerking richting zorgverzekeraars

Het toezicht van de NZa op zorgverzekeraars is sterk geïntensiveerd; er is een steviger prikkel vanuit het toezicht naar de zorgverzekeraars. Sinds de evaluatie in 2009 is de aandacht voor fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik binnen de NZa toegenomen en is er extra capaciteit ingezet op dit terrein. Naar aanleiding van de ervaringen van de NZa, die duiden op een gebrekkige uitvoering van controles door zorgverzekeraars, is hiermee gereageerd op signalen dat de bestrijding van fraude, misbruik, oneigenlijk gebruik en incorrect declareren meer aandacht nodig had.

Het rechtmatigheidstoezicht van de NZa draagt er in zekere mate aan bij dat verzekeraars materiële en formele controles uitvoeren. De extra aandacht die de NZa schenkt aan formele en materiële controles heeft geleid tot reacties aan de kant van zorgverzekeraars. Die zetten extra capaciteit in voor het doen van controles en investeren in het ontwikkelen van vaardigheden op het terrein van bijvoorbeeld datamining.

Toch moet er met voorzichtigheid betracht worden om deze deelvraag op grond van het voorgaande positief te beantwoorden. Ten eerste zijn de grootste veranderingen van de activiteit van de NZa op dit vlak van zeer recente datum: de aanwijzingen die de NZa zorgverzekeraars over 2012 heeft gegeven dateren van begin van dit jaar en ook het werken met prestatie-indicatoren vindt pas sindsdien plaats. Het is daarom voorbarig om effecten toe te kennen aan de handhaving van begin 2014. Dit is ook wat de NZa zelf aangeeft in haar rapport; de verantwoordings- en controlecyclus zijn dusdanig lang dat het moeilijk is om nu al te zien welke effecten die hebben.²³²

Ten tweede is het zo dat ook de gewijzigde macronacalculatie een rol speelt in het vergroten van prikkelwerking richting zorgverzekeraars; afgezien van het toezicht van de NZa hebben verzekeraars steeds meer financiële reden tot het doen van controles. Verzekeraars kunnen er financieel op vooruitgaan als ze zelf het initiatief tot controles nemen, vooral sinds de afschaffing van ex post nacalculatie. De veranderingen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden in het gedrag van verzekeraars ten overstaan van controlerende taken kunnen ook (deels) het gevolg zijn van de groeiende risicodragendheid van verzekeraars. Daarmee is het groeiende urgentiebesef niet noodzakelijkerwijs een gevolg van het rechtmatigheidstoezicht van de NZa.

²³¹ Het belangrijkste voorbeeld hiervan is in de zienswijze van de verzekeraars dat er van de inwerkingtreding van de Regeling controle en administratie zorgverzekeraars (per 1 januari 2013) door de NZa gebruik werd gemaakt om over de werkzaamheden van 2012 een oordeel te vellen. De NZa ziet dit argument niet als steekhouden omdat de taken waar zij op controleerde ook in 2012 al bij zorgverzekeraars lagen.

²³² NZa, Rechtmatige Uitvoering Zorgverzekeringswet 2012; Vereenigingsonderzoek En Compensatie Eigen Risico (CER), p. 24

De manier waarop de NZa haar toezicht uitvoert staat ter discussie. Verzekeraars geven aan dat de NZa te laat is met het publiceren van haar protocollering en dat haar toezicht te laat tot terugkoppeling leidt. De timing en duur van de verantwoordings- en toezichtscyclus beperken volgens verzekeraars de effectiviteit van het toezicht. Dit lijkt een algemeen gedragen beeld te zijn, dat zowel in het Zvw- als het AWBZ-domein naar voren komt. Uit onze interviewronde blijkt dat problemen in de uitvoering van Zvw en AWBZ soms nog tot een aanwijzing leiden nadat ze opgelost zijn.

Toenemende protocollering maakt de huidige toezichtspraktijk minder effectief. De NZa en de uitvoerders van de Zvw zijn geen van beide tevreden over de voorschriften die de basis van het toezicht vormen. Verzekeraars vinden dat de protocollen te laat gepubliceerd worden en zijn bang om voor verassingen te komen te staan. De NZa heeft het gevoel dat ze gedwongen wordt steeds gedetailleerder voorschriften te publiceren. Ze staat onder tijdsdruk om de bevindingen van haar toezicht te publiceren, maar geeft aan zich gedwongen te voelen dat toezicht steeds gedetailleerder te maken. Het oorspronkelijke ontwerp van het toezicht van de NZa, gebaseerd op selectiviteit, prioritering en risicoanalyses, verdwijnt hiermee naar de achtergrond. De protocollen van de NZa worden zo uitputtend dat van een selectie van onderwerpen nauwelijks meer sprake kan zijn.

Fraude, gepast gebruik, oneigenlijk gebruik, misbruik en incorrect declareren speelden een zeer beperkte rol bij het ontwerp van het stelsel in 2005 en 2006, maar zijn nu de onderwerpen die de meeste aandacht van de NZa vergen. De politieke aandacht voor de macrobetaalbaarheid van zorg is daarmee van grote invloed op de eisen die aan de NZa gesteld worden. Het is sterk de vraag of deze ontwikkeling in het toezicht aansluit bij de opzet van het stelsel in de Zvw, waarin verzekeraars zelfstandig besluiten nemen over hun bedrijfsvoering, en zelf verantwoordelijk zijn voor de zorg die ze inkopen. Controles op zaken als gepast gebruik en correct declareren liggen in de beleidstheorie binnen de verantwoordelijkheid van verzekeraars, maar zijn in de praktijk onderwerpen waar de NZa zeer intensief op toeziet.

Juridisch gezien is de focus van de NZa op de correcte aanlevering van gegevens voor de verevening informatie een logisch onderdeel van haar rechtmatigheidstoezicht. In de praktijk wordt de verantwoordelijkheid van verzekeraars om zelf het doelmatig gebruik van zorggelden te bewerkstelligen echter in grote mate beïnvloed door de regels die de NZa stelt en handhaaft. Omdat de NZa via de verzekeraars toeziet op de informatie die aanbieders aanleveren (en die rechtmatig moet zijn voor de risicoverevening), en dit toezicht bureaucratisch van aard en zeer intensief en is, krijgt haar toezicht een regulerend karakter, waarmee verzekeraars minder afwegingsruimte krijgen bij het invullen van hun controles richting de aanbieders. Dit leidt tot een spanning tussen de materiële verantwoordelijkheden van verzekeraars en NZa en de oorspronkelijke invulling van deze taakverdeling.

De Memorie van Toelichting geeft aan dat het toezicht op de Zvw “geen toezicht [is] op de rechtmatige besteding van de voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet verkregen middelen [...]”. Het is de markt die uitwijst of een zorgverzekeraar al dan niet efficiënt

werkt.²³³ De focus die de NZa (onder politieke druk) legt op controles bij verzekeraars gaat echter wel over de ‘middelen’ die zij hebben voor de uitvoering van de wet; dat is immers ook het onderwerp van de risicoverevening. Daarmee ontstaat een spanning tussen de rol van de NZa en de verantwoordelijkheid van verzekeraars als private spelers. Waar bij het ontwerpen van het stelsel werd uitgegaan van een zelfstandig beheer van hun middelen door verzekeraars en gerekend werd op de regulerende werking van onderlinge competitie, wordt deze regulerende rol nu ingevuld door de NZa.

De NZa heeft deze rol ook opgepakt als reactie op het – in de ogen van de toezichthouder – falen van de werking van het stelsel. De wens om verzekeraars in de goede richting te duwen wat betreft de bestrijding van fraude, oneigenlijk gebruik, misbruik, ongepast gebruik en incorrect declareren, heeft echter als onbedoeld effect dat verzekeraars steeds minder de ruimte krijgen om hun bedoelde rol op te pakken.

De vraag of het toezicht van de NZa daadwerkelijk leidt tot betere fraudebestrijding moet worden gezien in de bredere context van fraude en fraudebestrijding in het zorgstelsel. Om die reden bespreken we dit onderwerp in de volgende paragraaf.

5.5 Fraude

5.5.1 Context en vraagstelling

Hiervoor is aangegeven dat de aandacht voor fraude in de zorg in de afgelopen jaren sterk is toegenomen. In paragraaf 5.4.1 is een afbakening gegeven van het thema fraude en is de relatie aangegeven met oneigenlijk en ondoelmatig gebruik. In 2.7 is aandacht besteed aan zorgfraude in relatie tot tarief- en prestatieregulering.

In deze paragraaf gaan we in op de relatie tussen het rechtmatigheidstoezicht van de NZa (zoals besproken in de vorige paragraaf) en het thema fraude. De onderzoeksvraag luidt: *Is het rechtmatigheidstoezicht van de NZa effectief ter bestrijding van fraude?*

Deze deelvraag heeft betrekking op de effectiviteit van de activiteiten die de NZa in het kader van het rechtmatigheidstoezicht Zvw uitvoert. Ze omvat, in aanvulling op de vorige paragraaf, ook fraudebestrijding anders dan de rechtmatigheidstoetsing ten aanzien van de controles door zorgverzekeraars.

Het wettelijk kader voor deze deelvraag is weergegeven in de algemene inleiding van dit hoofdstuk (paragraaf 5.1.3). Taken als de invulling van het basispakket en de informatievoorziening aan de NZa zijn hier relevant. Daarom geldt ook bij deze deelvraag dat het nalevingstoezicht relevant is voor het beantwoorden van de vraag (bijvoorbeeld artikelen 24 tot 27 van de WMG, die de NZa bepaalde bevoegdheden geven op het gebied van haar toezicht op zorgverzekeraars).

5.5.2 Bevindingen

Voordat we overgaan tot een beschrijving en duiding van de activiteiten van de NZa schetsen we een beeld van wat fraude is en welke problemen er spelen rondom de aanpak van zorgfraude.

²³³ MvT WMG, p. 26

Toezicht op fraude

Fraude in de zorg is een fenomeen dat pas recent in de aandacht is komen te staan. Daarbij is het belangrijk een onderscheid te maken tussen fraude in de strafrechtelijke zin van het woord en fraude zoals de NZa dat woord gebruikt als overkoepelende term in haar 'rapportage zorgfraude'. Er is een groot grijs gebied tussen rechtmatig bestede zorggelden die juist gedeclareerd worden en fraude die opzettelijk gepleegd wordt met geldelijk gewin als doel. Daaronder vallen misbruik en oneigenlijk gebruik, maar ook ongepast gebruik en incorrect declareren. In strafrechtelijke zin is 'fraude' dan het topje van de ijsberg.

Los van deze definitiekwesties is er nog geen beeld van de aard en omvang van fraude in de zorg. Er zijn simpelweg geen betrouwbare cijfers beschikbaar over het fenomeen, waardoor het niet mogelijk is om conclusies te trekken over de effectiviteit van het rechtmatigheidstoezicht.

Succesvolle bestrijding van fraude vraagt om een integrale aanpak, waarbij alle elementen van de keten (ordering, regulering, toezicht én opsporing) in samenhang moeten functioneren²³⁴. In een dergelijke keten is het huidige toezicht van de NZa op controles één element. Dit beperkt de NZa per definitie in haar mogelijkheden. Het toezicht van de NZa richt zich louter op die soorten fraude die met controles door zorgverzekeraars opgespoord kunnen worden. Er zijn ook vormen van fraude die niet bestreden worden door controles van zorgverzekeraars: het is bijvoorbeeld mogelijk dat verzekeraars zelf frauderen, alleen of in samenwerking met aanbieders. De NZa wijst in haar rapport over zorgfraude zelf op deze mogelijkheid, hoewel zij er geen consequenties aan verbindt.²³⁵

In deze deelvraag ligt de focus op het uitvoeringstoezicht van de NZa. Gezien het belang van de ketenaanpak staan we echter ook kort stil bij de andere activiteiten die de NZa uitvoert.

Fraudebestrijding

In paragraaf 5.4.2 hebben we aangegeven welke activiteiten de NZa uitvoert om verzekeraars te prikkelen tot het uitvoeren van formele en materiële controles. Ook hebben we een duiding gegeven van de wijze waarop de NZa dat doet. Vanuit het oogpunt van fraudebestrijding in de Zvw speelt de NZa een rol in de tweede lijn. Een primaire rol is weggelegd voor verzekeraars, van wie de NZa verwacht dat ze fraude opsporen. Over de mate waarin verzekeraars dat kunnen en moeten doen is (nog) geen eenheid van opvatting.

Verzekeraars ervaren belemmeringen in het doen van controles en in veel gevallen zijn die afhankelijk van hun omvang. De NZa verwacht bijvoorbeeld van verzekeraars dat ze gebruik maken van datamining en spiegelinformatie. Beiden methoden destilleren informatie uit grote hoeveelheden data. Spiegelinformatie is informatie die men verkrijgt door databestanden over bijvoorbeeld ziekenhuizen met elkaar te vergelijken; door het ene ziekenhuis aan het andere te 'spiegelen', kunnen uitschieters geconstateerd worden. Door duiding te geven aan onregelmatigheden in de spiegelinformatie kunnen vormen van fraude, oneigenlijk gebruik of onrechtmatig declareren aan de orde gesteld worden. Kleine

²³⁴ Andersson Elffers Felix, Verkenning opsporingsfunctie in de zorg (2014)

²³⁵ NZa, Onderzoek Zorgfraude: Tussenrapport, p. 39, 40

verzekeraars hebben databestanden die soms zo weinig verzekerden omvatten voor een bepaalde aanbieder, dat spiegelen tussen aanbieders geen betrouwbare informatie oplevert.

Om zulke obstakels op de schaal van kleine verzekeraars te voorkomen en om de informatiepositie van grote verzekeraars te versterken, is bundeling van data door verzekeraars noodzakelijk. Dit vraagt om gezamenlijke actie van verzekeraars en/of overheid. Het delen van data kan een gevoelig onderwerp zijn voor sommige verzekeraars omdat zij de betreffende data als concurrentiegevoelig beschouwen. Ook kan samenwerking tussen verzekeraars gecompliceerd zijn in de context van het mededingingsrecht.

Naast de obstakels die verzekeraars aantreffen in hun informatiepositie, is het lastig dat verzekeraars een dubbele rol vervullen in het stelsel: ze hebben het primaat in de opsporing van fraude en ondoelmatigheden, maar zijn verplicht de NZa als hun toezichthouder informatie te leveren. Aan de ene kant worden verzekeraars zo verantwoordelijk gehouden voor fraudeopsporing en dragen zij de financiële risico's die gepaard gaan met verlate opsporing van ondoelmatig gebruik of onrechtmatig declareren door aanbieders. Dit is een prikkel voor verzekeraars om zich in te spannen om fraude op te sporen. Aan de andere kant staan verzekeraars echter onder toezicht van de NZa en is het missen van een signaal van fraude een reden voor de NZa om ze een aanwijzing of boete te geven. Dit is een reden voor verzekeraars om signalen van fraude niet aan de NZa kenbaar te maken, of niet op te pakken als de baten de kosten niet dekken. Het feit dat de NZa bij verzekeraars over de schouder meekijkt met hun inspanningen bij de controles, maakt verzekeraars terughoudend in hun praktijk. De NZa bevindt zich daardoor in een dilemma, waarbij zij zowel een coulante houding, gericht op samenwerking met verzekeraars, kan aannemen, als ook de rol van strikte toezichthouder.

Ook de NZa is beperkt in haar mogelijkheden om fraude te bestrijden. De NZa heeft een beperkte eigen informatiepositie. De toegang die zij heeft tot informatie over het primaire proces in het Zvw-domein is zeer beperkt. De NZa heeft geen goed zicht op wat er gebeurt bij de levering van zorg en er zijn wettelijke beperkingen aan de mogelijkheden die zij heeft om die informatie op te vragen.

Buiten haar rol als toezichthouder van de zorgverzekeraars is de NZa ook bezig met de bestrijding van zorgfraude en oneigenlijk gebruik. Ze houdt in het kader van het nalevings-toezicht bijvoorbeeld ook toezicht op aanbieders. In dat kader heeft de NZa recentelijk het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein een boete van 2,5 miljoen euro opgelegd wegens onrechtmatig declareren. Haar nalevingstoezicht is zo aanvullend aan het toezicht dat zorgverzekeraars voeren.

De NZa is ook beheerder van het in 2013 opgerichte verzamelpunt zorgfraude, waar alle informatie over (mogelijke) zorgfraude tussen verschillende toezichthouders uitgewisseld wordt. Ook ondertekende de NZa het convenant dat de Taskforce Integriteit Zorgsector oprichtte. Deze taskforce dateert uit 2013 en moet preventie, detectie en repressie van zorgfraude bevorderen. In de zomer van 2013 besloot de taskforce tot het oprichten van het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding (EZb), dat sinds januari dit jaar operationeel is. De NZa vaardigt als één van de convenantpartijen medewerkers af naar het EZb. Ook is de NZa een deelnemende partij van de stuurgroep Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces (IKCD), die de kwaliteit van declaraties in het zorgdomein wil verbeteren. IKCD is een vervolg op het Project Intensivering Controle en Toezicht (PiNCeT) dat eerder door het ministerie van VWS gestart werd.

In opdracht van de minister van VWS is de NZa op dit moment bezig met het schrijven van een rapportage over de omvang en bestrijding van fraude in de zorg. In december 2013 publiceerde de NZa een tussenrapportage van het document dat in september 2014 moet uitkomen. De publicatie van het tussenrapport is de NZa op kritiek komen te staan toen bleek dat de cijfermatige onderbouwing over de omvang van foutieve declaraties niet correct was; de berekeningen waren gedeeltelijk gebaseerd op cijfers over declaraties die al door zorgverzekeraars gecorrigeerd bleken te zijn.²³⁶

Resultaten en effecten

Het is niet mogelijk om de effectiviteit van de activiteiten van de NZa in beeld te brengen, enerzijds omdat de aard en omvang van het fenomeen niet bekend is en ten tweede omdat er geen relatie is te leggen tussen de activiteiten van de NZa en de mate waarin daarmee fraude wordt voorkomen.

De NZa zelf lijkt het effect van haar toezicht op de prevalentie van fraude en ondoelmatigheid positief in te schatten. Ze verbindt hier geen kwantitatief georiënteerde conclusies aan, maar geeft wel aan dat de *sense of urgency* onder verzekeraars lijkt te groeien.²³⁷ Ook geven medewerkers van de NZa in interviews aan dat ze het gevoel hebben dat de aandacht voor fraude en oneigenlijk gebruik binnen de sector groeit als gevolg van de inspanningen van de NZa. In de casus van het St. Antonius heeft de NZa incorrect declareren aangetoond, maar geeft zij aan dat er geen sprake is van opzet. De casus heeft mede geleid tot een sectorbreed traject in de ziekenhuisbranche dat de focus legt op correcte jaarrekeningen. Ook in het geval van de boete die de NZa aan vijf zorgverzekeraars van Achmea oplegde in begin 2014 is fraude niet aangetoond – hierbij ging het waarschijnlijk om onzorgvuldigheid in de interne administratie.

In haar benadering van zorgfraude oogst de NZa kritiek van de uitvoerders van de Zvw, die menen dat het uitvoeringstoezicht niet specifiek gericht op is fraude, maar op alle zaken die niet in complete overeenstemming zijn met de wetgeving en de door de NZa opgestelde regelgeving. Dit vinden veldspelers problematisch omdat de regels als te ingewikkeld worden beschouwd. Aanbieders en verzekeraars geven aan dat ze het gevoel hebben dat de praktijk moet worden aangepast om bij het toezicht te passen, in plaats van dat het toezicht zich naar de praktijk schikt. Daarbij spelen twee zaken: de ervaren complexiteit van de regelgeving en protocollen en het idee dat de NZa zaken uit het grijze gebied tussen correct declareren en fraude te snel tot het laatste rekent.

Bovenstaande laat zien dat het onderwerp zorgfraude sterk in beweging is. Als gevolg van de toegenomen aandacht voor oneigenlijk gebruik ten opzichte van vier jaar geleden, kan een afschrikkend effect worden verwacht, maar de mate waarin dat optreedt is op dit ogenblik niet in te schatten.

²³⁶ NZa, Brief Aan de Minister over Vervolgstappen in Onderzoek Onregelmatigheden Declaraties, 2014

²³⁷ NZa, Rechtmatige Uitvoering Zorgverzekeringswet 2012; Vereeningsonderzoek En Compensatie Eigen Risico (CER), p. 14

5.5.3 Deelconclusies fraude in de Zvw

Het is niet mogelijk om een feitelijk onderbouwde uitspraak te doen over de vraag of de NZa met haar uitvoeringstoezicht op een effectieve manier fraude bestrijdt. Er is simpelweg niet genoeg bekend over de omvang van het fenomeen 'fraude' (dan wel misbruik, oneigenlijk gebruik en/of foutieve declaraties). Wat wel gezegd kan worden is dat de NZa effect heeft gesorteerd op het gebied van bewustwording: er is veel aandacht voor de bestrijding van ondoelmatig gebruik van zorggelden en de bestrijding van fraude.

Fraudebestrijding is een relatief nieuw fenomeen voor de NZa en de zorgsector in het algemeen. Zowel de NZa als de veldpartijen waarop zij toezicht houdt moeten wennen aan de nieuwe focus op zorgfraude, oneigenlijk gebruik en correct declareren. De snel groeiende aandacht voor deze fenomenen levert volgens veel veldspelers 'groeikrampen' op. Ook gaan de ontwikkelingen op het gebied van zorgfraudebestrijding dusdanig snel dat de retroactieve aard van het toezicht van de NZa hier extra in het oog valt.

De NZa hanteert in haar rapport zorgfraude geen duidelijke afbakening tussen fraude, oneigenlijk gebruik en vormen van incorrect declareren. In andere publicaties, zoals persberichten, nieuwsbrieven en dergelijke, gaat de NZa zorgvuldig om met het gebruik van de term. Toch heeft het rapport zorgfraude onder velen het idee doen groeien dat de NZa de term 'fraude' afwisselend wordt gebruikt in de strafrechtelijke zin van het woord en in de bredere zin van zaken die vallen onder incorrect declareren, misbruik, ongepast gebruik of oneigenlijk gebruik. Onduidelijkheid over deze termen is problematisch omdat ze leidt tot vermenging tussen fraudebestrijding – die in het strafrechtelijk domein plaats hoort te vinden - en bestrijding van misbruik, ongepast gebruik, incorrect declareren en oneigenlijk gebruik, waarbij dat niet het geval is. Dit komt bovendien de mogelijkheid om de omvang om het fenomeen in te schatten niet ten goede. Ook levert de woordkeuze van de NZa irritaties op in het veld omdat spelers zich gecriminaliseerd voelen. De onduidelijkheid over begrippen heeft mogelijk negatieve gevolgen voor de effectiviteit van het toezicht van de NZa.

De NZa slaagt er met haar uitvoeringstoezicht beperkt in een duidelijke rol op te pakken bij het bestrijden van fraude. De overlap tussen fraude enerzijds en oneigenlijk gebruik, misbruik en onrechtmatig declareren anderzijds is daartoe in haar beleid te groot.

De verdeling van verantwoordelijkheden in relatie tot fraudebestrijding wijst op een onderliggend probleem. Om aansluiting te vinden bij de manier waarop de verantwoordelijkheden in het huidige zorgstelsel verdeeld zijn, zou de verantwoordelijkheid om fraude op te sporen meer bij verzekeraars moeten liggen. Zij zijn immers verantwoordelijk voor de gelden die omgaan in het Zvw-domein en zouden financieel geprikkeld moeten worden om ondoelmatig gebruik ervan tegen te gaan.

Dat het uitvoeringstoezicht van de NZa wordt gezien als een belangrijk middel ten behoeve van fraudebestrijding, wijst op een systeemprobleem: als het systeem zou functioneren als beoogd, zouden verzekeraars zelfstandig hun verantwoordelijkheden in relatie tot controles op zich nemen²³⁸.

5.6 Tussenconclusies uitvoeringstoezicht Zvw

Sinds 2009 heeft de NZa haar toezichtstaken met verve opgepakt. Het beeld van de tandeloze toezichthouder dat uit de evaluaties van 2009 naar voren kwam, lijkt voor geen van de spelers in de zorg meer herkenbaar.

Er zijn geen signalen dat het instrumentarium van de NZa voor het Zvw-domein niet toepasbaar is. De enige gesignaleerde onregelmatigheid had te maken met het feit dat het vóór 2014 niet mogelijk was om aanwijzingen te geven naar aanleiding van gebrekkige controles door zorgverzekeraars. Inmiddels is deze onregelmatigheid door een verandering in de wetgeving verholpen.

Het instrumentarium van de NZa lijkt voor het overige afdoende. Veldspelers geven aan dat de stevige inzet van het handavingsinstrumentarium in de afgelopen anderhalf jaar hier en daar partijen wakker heeft geschud. Dat lijkt vooral het geval te zijn geweest in de casussen waarin aanbieders aangesproken werden op hun gedrag, met het St. Antonius ziekenhuis als duidelijkste voorbeeld.

Uit de steviger inzet van het handavingsinstrumentarium van de NZa is niet direct te concluderen dat de NZa als toezichthouder meer invloed uitoefent. Zorgverzekeraars hechten niet altijd evenveel belang de aanwijzingen van de NZa, omdat die voornamelijk gaan over controles en dus over indirect toezicht op aanbieders. De controles die zorgverzekeraars uitvoeren moeten bepalen of aanbieders hun werk goed doen en de verzekeraars hebben het gevoel dat zij worden gestraft door de NZa als aanbieders hun zaken niet op orde hebben. De grote hoeveelheid aanwijzingen die de NZa over 2012 heeft gegeven kan in deze context duiden op nog niet uitgekristalliseerde verhoudingen en onmacht van de kant van de toezichthouder.

Concluderend kan gesteld worden dat er geen tekenen zijn dat het instrumentarium van de NZa onvoldoende toepasbaar of van onvoldoende gewicht is. Of de beoogde doelen worden bereikt hangt af van hoe die gedefinieerd worden. Ten aanzien van de ‘kroonjuwelen’ lijkt de NZa redelijk effectief, maar ten opzichte van de financieel georiënteerde controles minder.

In het algemeen is het toezicht zich moeizamer gaan verhouden tot de rolverdeling tussen NZa en verzekeraars (in hun rol als ‘motor van het zorgstelsel’); zoals besproken in paragraaf 5.4.3 is de focus van het toezicht van de NZa steeds meer komen te liggen op controles. Daarmee schuurt het toezicht aan tegen zaken die in de oorspronkelijke

²³⁸ Dit systeemprobleem kan (deels) een uitvloeisel zijn van het feit dat het huidige systeem nog in transitie is. Echter, de huidige beweging naar meer controles op de controles van de verzekeraars, wijst niet op een ontwikkeling richting een zelfstandiger rol voor de verzekeraars.

bedoeling van de wetgever de verantwoordelijkheid zouden moeten zijn van de private spelers in het Zvw-domein.

De manier waarop de NZa invulling geeft aan het toezicht kan in het veld op weinig draagvlak rekenen. Er is kritiek op de protocollering en de manier waarop de NZa die handhaaft. Hoewel het logisch is dat het werk van een toezichthouder in die zin altijd zijn beperkingen heeft, is de huidige mate van onbegrip voor het toezicht van de NZa binnen het Zvw-domein zorgelijk. Een herziening van het toezichtsregime lijkt nodig om de effectiviteit ervan te waarborgen.

6 Uitvoeringstoezicht op Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

6.1 Inleiding

In tegenstelling tot de zorgverzekeringsmarkt is de AWBZ-verzekeringsmarkt een publiek-rechtelijk vormgegeven markt. In de AWBZ-verzekeringsmarkt is er geen sprake van concurrentie. Doelmatigheid is een eis die aan de uitvoering van de AWBZ gesteld wordt, omdat de AWBZ-verzekeringsmarkt deze doelmatigheid niet middels zijn opzet borgt, zoals dat bij de Zvw-verzekeringsmarkt wel wordt verondersteld. De eis tot toezicht op doelmatigheid staat in de wet; artikel 16, onder d, van de WMG belast de NZa met het toezicht op een zowel recht- als doelmatige uitvoering van de AWBZ.

Overeenkomstig artikel 33 van de AWBZ kunnen zorgverzekeraars in de zin van de Zvw zich aanmelden voor de uitvoering van de AWBZ en zo (ook) AWBZ-verzekeraar worden. Na aanmelding is de verzekeraar verplicht zich te houden aan de voorwaarden van de AWBZ. De NZa houdt (onder andere) toezicht op de naleving van die regels in de uitvoering van de wet. De onderzoeksvraag voor het uitvoeringstoezicht op de AWBZ luidt: *Is het instrumentarium voor het uitvoeringstoezicht op de doel- en rechtmatige uitvoering van de AWBZ door Zorgkantoren, AWBZ-verzekeraars en CAK voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

6.1.1 Terminologie

De AWBZ legt verschillende typen spelers in de langdurige zorg verplichtingen op. De verdeling van taken tussen deze spelers en vooral de wettelijke grondslag daarvan wordt niet altijd op consequente wijze aangeduid. Daarom wordt hier eerst verduidelijkt wat het verschil is tussen AWBZ-verzekeraars, zorgkantoren (verbindingskantoren) en het CAK.

De term ‘zorgkantoor’ is geen wettelijke term. Volgens artikelen 16 en 40 van de AWBZ kan de minister rechtspersonen aanwijzen die de administratie van AWBZ-zorg moeten doen. In de AMvB waarmee dit artikel werd ingevuld, legt de minister deze rol neer bij ‘verbindingskantoren’²³⁹. Artikel 8 van datzelfde besluit legt verbindingskantoren hun wettelijke taken op.

De term verbindingskantoor komt voort uit de oorspronkelijke functie van de rechtspersonen; het verbindingskantoor was bedoeld ter bevordering van “het administratieve contact tussen de zorgaanbieders enerzijds en het centraal administratiekantoor anderzijds.”²⁴⁰ Het Centraal Administratiekantoor (CAK) voert taken uit die verband houden met het eigen risico, vergoedingen en het landelijke afhandelen van geldstromen in de AWBZ-sector. Ook onderhoudt zij contact met burgers over hun eigen risico en vergoedingen voor AWBZ-zorg. Verbindingskantoren worden tegenwoordig bijna altijd ‘zorgkantoren’ genoemd. Ze zijn op verzoek van AWBZ-verzekeraars over de jaren heen steeds mee zorg-gerelateerde taken op zich gaan nemen; vandaar hun naam. Als in dit rapport de term

²³⁹ Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten, art. 3

²⁴⁰ Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten, art. 8 sub 1

‘zorgkantoor’ wordt gebruikt, dan wordt verwezen naar de concessie die door het Rijk aan AWBZ-verzekeraars is toegekend.

Zorgkantoren zijn de uitvoeringsorganen van de AWBZ. Ze zijn echter niet eindverantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ; zorgkantoren doen hun werk onder de verantwoordelijkheid van een AWBZ-verzekeraar. Zij zijn namelijk de ‘concessie’ van een bepaalde AWBZ-verzekeraar. Als er in de context van zorgkantoren en AWBZ-verzekeraars over verplichtingen gesproken wordt, gaat het bijna altijd om de verplichtingen van AWBZ-verzekeraars, oftewel de concessiehouders. Verzekeraars hebben de taken die ze op grond van de AWBZ hebben voor een groot deel neergelegd bij, of gemandateerd aan, hun concessies, te weten de verbindingkantoren of zorgkantoren.

6.1.2 Wettelijk kader

De verplichtingen die AWBZ-verzekeraars hebben op basis van de AWBZ zijn:

- zorgplicht, zowel zorg in natura (ZiN) (artikel 6 lid 3 AWBZ) als restitutie (artikel 12 AWBZ)
- acceptatieplicht niet-verzekerden, identificatie verzekerden (artikel 9 AWBZ)
- informatieplicht voorwaarden verzekering (artikel 14 AWBZ)
- inkoop van AWBZ-zorg (artikel 15 AWBZ) en de regels die gelden voor de contractering daarvan (artikel 16 AWBZ)
- doelmatige uitvoering van hun werkzaamheden (artikel 34 AWBZ)
- een van de Zvw-activiteiten gescheiden administratie (artikel 35 AWBZ)
- financiële verslaglegging aan de NZa (artikel 36 AWBZ) en een uitvoeringsverslag (artikel 37 AWBZ)
- beheren van persoonsgegevens (artikel 52 AWBZ) en de uitwisseling daarvan (artikelen 53 en 55 AWBZ)
- verplichtingen in verband met de invloed van de AWBZ op het burgerlijk recht (artikel 65 AWBZ).

De verplichtingen die zorgkantoren/verbindingkantoren hebben op basis van de AWBZ staan in het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten, dat invulling geeft aan artikelen 16 en 40 van de AWBZ en neerkomt op een deel van de administratielast van de AWBZ-zorg. Dit omvat het jaarlijkse Besluit aanwijzing zorgkantoren en de taken die zorgkantoren daarmee opgelegd krijgen. Daarnaast staan verplichtingen beschreven in het jaarlijks Besluit aanwijzing administratie-instellingen bijzondere ziektekosten, dat de minister krachtens het Administratiebesluit bijzondere ziektekosten mag uitvaardigen.

De verplichtingen die het CAK heeft op basis van de AWBZ zijn:

- de verplichtingen uit het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten, dat invulling geeft aan artikel 40 van de AWBZ en neerkomt op een deel van de administratielast van de AWBZ-zorg
- financiële verslaglegging aan de NZa (artikel 36 AWBZ) en een uitvoeringsverslag (artikel 37 AWBZ)
- de vaststelling en inning van de eigen bijdragen uit AWBZ en Wmo; de vaststelling en vestrekking van tegemoetkomingen op basis van de Wtcg en de Zvw; het verrichten van betalingen aan zorgaanbieders aan welke zorgverzekeraars of het CVZ betaling verschuldigd zijn (artikel 49 AWBZ)
- het hebben van een bestuursreglement (artikel 50 AWBZ) en een werkprogramma en begroting (artikel 51 AWBZ).

Het handhavingsinstrumentarium van de NZa met betrekking tot het uitvoeringstoezicht op de AWBZ beschrijven we bij de betreffende deelvraag in paragraaf 6.4.

6.1.3 De AWBZ sinds 2009

In de AWBZ zijn de afgelopen jaren grote veranderingen opgetreden. Sinds 2009 is de zorgzwaartebekostiging van kracht geworden. Ook zijn de functies ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding naar de WMO overgeheveld. Sinds 2013 vallen de geriatrische revalidatiezorg en de uitleen van hulpmiddelen niet meer onder de AWBZ.

De positie van het CAK heeft sinds 2011 ingrijpende veranderingen ondergaan. Aanvankelijk werden haar taken door de minister toegewezen aan een niet nader gespecificeerd rechtspersoon.²⁴¹ Het CAK kreeg die taken toegewezen en haar takenpakket groeide over de jaren. Op termijn vond de overheid de grote hoeveelheid publieke taken en de verantwoordelijkheid die daarbij hoorde, niet meer passen bij de vorm van het CAK als private organisatie. Daarom is het CAK tot een publiekrechtelijk ZBO omgevormd en geldt voor haar een toezichtskader dat lijkt op dat voor andere uitvoerders van de AWBZ (en Zvw). Deze verplichtingen zijn middels de Veegwet VWS 2013²⁴² vastgelegd en betreffen financiële verslaglegging, het maken van een uitvoeringsverslag en regelgeving omtrent gegevensuitwisseling.²⁴³ Voor de NZa betekent dit dat zij ook ten aanzien van het CAK jaarlijks een verantwoordings- en toezichtscyclus heeft.

In dit hoofdstuk worden vier deelvragen besproken. De onderwerpen die aan de orde zullen komen zijn fraudebestrijding, het toezicht van de NZa op zorgkantoren, het instrumentarium van de NZa en het algemeen consumentenbelang. Tussen deze vragen bestaat op bepaalde punten overlap. Waar nodig wordt daarom in de tekst verwezen naar andere deelvragen.

6.2 Fraude

6.2.1 Context en vraagstelling

De bestrijding van fraude, misbruik, oneigenlijk gebruik en onrechtmatig declareren in de AWBZ is een taak die grotendeels ligt bij zorgkantoren. Er zijn meer partijen die in het AWBZ-domein een rol spelen bij de bestrijding van deze fenomenen, zoals het CIZ, maar de zorgkantoren voorzien in het toezicht op aanbieders. Hierboven zijn we al ingegaan op de taakverdeling tussen AWBZ-verzekeraars en zorgkantoren; in wat volgt lichten we toe waar de wettelijke verplichtingen bij fraudebestrijding liggen. Het kennen van de constructie is van belang om te begrijpen wat de uitdagingen zijn als het gaat om fraudebestrijding in het AWBZ-domein.

AWBZ-verzekeraars hebben de wettelijke verplichting om middels controles aan fraudebestrijding te doen. Krachtens artikel 31 van de WMG kan de zorgautoriteit regels stellen met betrekking tot de controle door AWBZ-verzekeraars. De Regeling controle en administratie AWBZ-verzekeraars levert de verdere invulling van dit artikel. Op basis van

²⁴¹ Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten, art. 3 sub 1

²⁴² Een wetsvoorstel dat beperkte wijzigingen van een aantal wetten op het terrein van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bevatte. Het ging zowel om reparatie van wetstechnische misslagen en intrekking van een tweetal uitgewerkte wetten, als om enkele aanpassingen met beperkte beleidsmatige gevolgen.

²⁴³ Stb. 2013, 560, 2013

deze regeling hebben AWBZ-verzekeraars verplichtingen tot onder andere: het controleren van de rechtmatigheid van de verlening van AWBZ-zorg, het opstellen van een controleplan, het controleren van de financiële administratie en het controleren van de productie van aanbieders op basis van de gemaakte afspraken.

De genoemde taken worden in werkelijkheid uitgevoerd door het zorgkantoor, omdat AWBZ-verzekeraars zorgkantoren (privaatrechtelijk) volmacht en mandaat verlenen voor het uitvoeren van deze taken. Daarmee zijn zorgkantoren feitelijk de instellingen die controles uitvoeren en fraude moeten bestrijden, terwijl AWBZ-verzekeraars juridisch aansprakelijk zijn voor deze taken.

Bij het mandateren van deze verantwoordelijkheden zijn AWBZ-verzekeraars niet vrij in de keuze van het zorgkantoor. De minister wijst namelijk ieder jaar een concessie aan per regio. Op basis van artikel 3, eerste lid, van het administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten mag de minister instellingen aanwijzen voor de uitvoering van de in (artikel 8 van) het Besluit aangegeven taken. Op basis van het derde lid van artikel 3 van het Besluit mag de minister voorwaarden verbinden aan die uitvoering. Deze voorwaarden worden ingevuld met het jaarlijkse Besluit aanwijzing administratie-instellingen bijzondere ziektekosten (of Besluit aanwijzing zorgkantoren), waarmee de minister bepaalde concessiehouders een concessie geeft.

Op basis van de aanwijzing van de minister zijn verbindingskantoren verplicht hun (materiële en formele) controles uit te voeren volgens door de NZa opgestelde regels.²⁴⁴ Zo moeten de controles uitgevoerd worden op basis van risicoanalyses en in samenhang met de AO/IC regeling.²⁴⁵ Ook moeten verbindingskantoren zorg dragen voor informatievoorziening over en de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ.²⁴⁶ Al sinds 2006 zijn zowel de uitvoering van materiële controles als de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik prestatie-indicatoren waarop AWBZ-verzekeraars beoordeeld worden. De positie van zorgkantoren en de rol van de NZa als toezichthouder zijn sinds 2006 niet veranderd. Er zijn plannen geweest om de AWBZ-verzekeraars risicodragend te maken voor de uitvoering van de AWBZ, maar die hebben vooralsnog geen doorgang gevonden. Het kabinet heeft in juni 2012 besloten het betreffende wetsvoorstel (Uitvoering van de AWBZ door Zorgverzekeraars, oftewel UAZ) niet naar de Tweede Kamer te sturen en de besluitvorming zo aan een nieuwe volksvertegenwoordiging over te laten. Er zijn sindsdien geen plannen geweest om dit wetsvoorstel alsnog doorgang te laten vinden.

Ook na de invoering van de Wet Langdurige Zorg (WLZ), de vervanger van de huidige AWBZ, zal er in de langdurige zorg geen sprake zijn van risicodragende uitvoeringsorganen. Zorgkantoren, of 'WLZ-uitvoerders', zoals ze zullen komen te heten, blijven de uitvoerders van

²⁴⁴ Besluit Aanwijzing Administratie-Instellingen Bijzondere Ziektekosten, Stcrt. 2013, 30391, 2013, art. 3 sub d

²⁴⁵ De regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle van de NZa, volgend uit artikelen 36, derde lid, 61 en 68 van de WMG, die aanbieders verplichtingen oplegt ten aanzien van hun administratie en de eigen controle daarvan.

²⁴⁶ Besluit Aanwijzing Administratie-Instellingen Bijzondere Ziektekosten, art. 3 sub e

de wet en lopen geen financieel risico over hun zorginkoopkosten. Ze lopen wel risico over de beheerskosten voor de uitvoering van controles en een financiële prikkel voor het uitvoeren van controles is dus niet aanwezig.²⁴⁷

Fraude in de AWBZ is, evenals fraude in de Zvw, een fenomeen waarvan de omvang en aard nog relatief onbekend zijn. In haar rapport over zorgfraude van december 2013 signaleert de NZa een serie risico's op fraude en oneigenlijk gebruik in de AWBZ.²⁴⁸ Voorbeelden van gesignaleerde fraude zijn er ook, zoals casussen waarbij patiënten in intramurale instellingen moesten bijbetalen voor zaken die in de zorg waren inbegrepen.

De vraag die we in deze paragraaf beantwoorden is: *In welke mate draagt het doel- en rechtmatigheidstoezicht van de NZa bij aan de bestrijding van fraude?*

6.2.2 Bevindingen

Zoals gezegd controleert de NZa al sinds 2006 of zorgkantoren hun taken in relatie tot de bestrijding van misbruik, oneigenlijk gebruik en fraude oppakken. De intensiteit van de aandacht die bij de controles uitgaat naar fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik is toegenomen tussen 2009 en 2014.²⁴⁹

De NZa heeft sinds de vorige evaluatie van de WMG en de NZa meer ingezet op het uitvoeren van controles op locatie, met als doel om meer gevoel te krijgen voor de werkelijkheid achter het papier. De NZa geeft aan dat een voorwaarde voor deze verandering een groei van de haar beschikbare capaciteit was. In 2010 was het tekort aan capaciteit bij de NZa dusdanig dat slechts 4 prestatie-indicatoren aan daadwerkelijke controle onderworpen werden. De uitvoering van controles was in de ogen van de NZa destijds op een minimumniveau qua kwaliteit, wat de organisatie er toe heeft aangezet om meer middelen te vragen. Inmiddels is de capaciteit voor controles op locatie in de ogen van de NZa weer afdoende beschikbaar.

Handhaving en rapportages

Begin 2014 heeft de NZa aan alle AWBZ-verzekeraars een aanwijzing gegeven. Het ging daarbij om (a) de uitvoering van de AWBZ op de onderdelen materiële controle, bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik, administratieve organisatie/interne beheersing, PGB en (b) negatieve wettelijke reserves.

Alle AWBZ-verzekeraars werden daarmee verplicht verbetermaatregelen te nemen en zich daarover elk kwartaal te verantwoorden. De meeste aanwijzingen betroffen de bestrijding van misbruik of ondoelmatigheid (materiële controles en bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik). Niet eerder werden handhavingsmiddelen met een dergelijke intensiteit ingezet. In 2013 kreeg een AWBZ-uitvoerder een aanwijzing toen een aanbieder gedeclareerde kosten uitbetaald kreeg terwijl bekend was dat die aanbieder diensten in rekening bracht die al bij het Zorgzwaartepakket waren inbegrepen. In 2011 heeft een

²⁴⁷ NZa, Onderzoek Zorgfraude: Tussenrapport, p. 37

²⁴⁸ NZa, Onderzoek Zorgfraude: Tussenrapport, p. 16

²⁴⁹ Deze stelling wordt onder 5.3.2 verder onderbouwd, omdat daar centraal staat welke keuzes de NZa maakt in het selecteren van aandachtsgebieden.

AWBZ-uitvoerder een aanwijzing gekregen omdat er geen bruikbare wachtlijstinformatie beschikbaar was gesteld over een deel van het kalenderjaar. In andere jaren zijn aan AWBZ-uitvoerders geen aanwijzingen gegeven.

Sinds het rapport over 2011 presenteert de NZa de uitkomsten van het uitvoeringstoezicht AWBZ door middel van een ranglijst, waaruit blijkt hoe de verschillende concessiehouders scoren in de ogen van de NZa.²⁵⁰

Effectiviteit van het toezicht

Bij het beantwoorden van de vraag of het toezicht van de NZa bijdraagt aan fraudebestrijding geldt dezelfde restrictie als in paragraaf 5.5 is genoemd: de omvang van zorgfraude is onbekend. Wel lijkt er in het AWBZ-domein een duidelijker beeld te zijn van de aard van de fraude. Uit onze interviews blijkt het idee dat fraude in de AWBZ vooral rondom PGB's en indicatiestelling voorkomt breed gedragen.

De NZa heeft de afgelopen jaren meer ingezet op controles door zorgkantoren omdat zij het noodzakelijk acht druk uit te oefenen op de zorgkantoren om effectieve fraudebestrijding te bewerkstelligen. In het rapport dat de NZa in december 2013 publiceerde over zorgfraude geeft ze aan dat "het merendeel van de zorgkantoren geen consequenties verbindt aan de geconstateerde tekortkomingen uit de controles."²⁵¹

Uit onze interviews blijkt dat binnen de NZa het idee leeft dat de extra inspanningen van de NZa op het gebied van controles door zorgkantoren al vruchten afwerpen. Dit vertaalt zich volgens hen voornamelijk in een groeiend urgentiebesef, zoals zij dat ook zeggen waar te nemen in het Zvw-domein.

De NZa heeft met haar nieuwe ranking-systematiek ingezet op een imagoprikkel bij verzekeraars. Ze hoopt dat zorgkantoren bij de afwezigheid van een financiële prikkel gevoelig zijn om niet onderaan de ranglijst te willen belanden. Zorgkantoren geven aan de ranking in de gaten te houden. Daarbij zeggen zij dat het hen vooral gaat om de imago-prikkel die de ranking uitoefent. Volgens de gehoorde zorgkantoren is die prikkel er onafhankelijk van een bepaalde plaats op de ranglijst. De mogelijkheid om negatief te verschijnen in de media vormt de voornaamste afschrikwekkende factor.

AWBZ-uitvoerders hebben een minder positief beeld dan de NZa over de effectiviteit van het toezicht van de NZa op controles naar fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik. De NZa heeft zich de afgelopen jaren volgens AWBZ-verzekeraars en zorgkantoren te veel op de letterlijke naleving van de regels gericht en te weinig op de effectiviteit van de controles die gedaan zijn. De uitvoerders geven aan zich niet te herkennen in de oordelen van de NZa, omdat die de wijze van controleren beoordelen en niet de uitkomst van de controles. De NZa, aan de andere kant, geeft aan dat AWBZ-uitvoerders te weinig menskracht investeren in controles en dat signalen van fraude bevestigen dat de controles tot nog toe te weinig effectief zijn.

²⁵⁰ NZa, Uitvoering AWBZ 2011, 2012, p. 10; NZa, Uitvoering AWBZ 2012, 2013, p. 7; NZa, Uitvoering AWBZ 2009, 2010; NZa, Uitvoering AWBZ 2010, 2011

²⁵¹ NZa, Onderzoek Zorgfraude: Tussenrapport, p. 51

In het veld wordt het normenkader van de NZa beschouwd als een duidelijk document. De spanning tussen een allesomvattend en een selectief georiënteerd protocol, zoals die in het Zvw-domein bestaat, zien we niet terug in de AWBZ. Veldspelers geven aan dat het accent van de controles van de NZa ieder jaar op een andere plek ligt. Deze selectie van onderwerpen wordt beschouwd als een sterk punt in het toezicht van de NZa in het AWBZ-domein: er wordt gestuurd op risicofactoren.

Het toezicht van de NZa sluit volgens diverse veldpartijen te weinig aan bij bestaande kennis over fraude in de AWBZ. Partijen geven aan een helder idee te hebben van de plekken waarop in het AWBZ-domein zwaktes zijn ten opzichte van misbruik, fraude en oneigenlijk gebruik. De meest genoemde voorbeelden zijn de PGB-regeling en de indicatiestelling door het CIZ en gemandateerde aanbieders. Veldspelers geven echter aan dat de NZa zich er te weinig op richt om dergelijke zwakke plekken te dichten. De (hantering van de) normenkaders door de NZa wordt gezien als te weinig gericht op de vanuit de praktijk bekende risico's. In het licht van deze kritiek is een recent programma van de NZa relevant, waarin de NZa in samenwerking met concessiehouders voor de controles voor 2014 prestatie-indicatoren heeft ontworpen die meer *outcome*-gericht zijn. Zowel NZa als veldpartijen geven aan dat het proces om tot deze indicatoren te komen productief en prettig is geweest.

De NZa laat met dit initiatief zien dat zij concreet invulling geeft aan haar wens om meer *principle-based* toezicht te houden. Uit onze interviews blijkt echter dat veldspelers deze ambitie graag meer in de praktijk zouden willen zien.

6.2.3 Deelconclusies fraude in de AWBZ

De vraag of het rechtmatigheidstoezicht van de NZa bijdraagt aan de bestrijding van fraude is niet eenduidig te beantwoorden. De omvang van fraude in de AWBZ is dusdanig onbekend dat we geen conclusie kunnen trekken ten aanzien van de effectiviteit van het toezicht van de NZa.

Het stelsel in de AWBZ bevat geen financiële prikkels voor fraudebestrijding door AWBZ-uitvoerders. Wel voelen AWBZ-uitvoerders een reputatieprikkel. De sturing op controles en de versterkte inzet van de NZa op reputatieprikkels heeft het systeem van prikkelwerking versterkt.

Het feit dat de NZa toezicht houdt op de uitvoering van materiële controle en de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik, is een prikkel voor zorgkantoren om aandacht te besteden aan deze controles in hun werk. Zorgkantoren geven aan dat zij ook de principiële noodzaak zien tot het doen van controles, maar alles overwegend kan gezegd worden dat zorgkantoren hoofdzakelijk hun controles uitvoeren omdat ze daar door de NZa op afgerekend worden. De NZa wil in de toekomst met meer *principle-based* toezicht het initiatief bij de zorgkantoren neer gaan leggen.

Het toezicht op controles door de NZa wordt tot nu toe door de ondertoezichtstaanden niet als effectief ervaren. Het toezicht is duidelijk en wordt consequent toegepast, maar wordt gezien als te weinig *outcome*-gericht. Wel worden de activiteiten die de NZa heeft ondernomen om hier voor 2014 verandering in te brengen gewaardeerd.

6.3 Zorgkantoren

6.3.1 Context en vraagstelling

De NZa houdt toezicht op concessiehouders en zorgkantoren. Het toezicht op de AWBZ is vergelijkbaar met dat op de Zvw: ook in de AWBZ wordt gewerkt aan de hand van een uitgebreide set aan prestatie-indicatoren die zijn omschreven in het ‘Protocol prestatie-meting’,²⁵² een jaarlijks verschijnend normenkader dat aangeeft welke onderdelen van de uitvoering dat jaar in de aandacht staan.

In paragraaf 6.2 behandelden wij de effectiviteit van het toezicht van de NZa ten aanzien van fraudebestrijding. In aansluiting daarop is hier aandacht voor de keuzes die de NZa maakt bij het omschrijven en inzetten van prestatie-indicatoren. De deelvraag die we hier behandelen, luidt: *Is de wijze waarop de NZa de prestaties van concessiehouders meet en de keuze voor aandachtsgebieden, zoals Zorg in natura, Klachtenbehandeling, Contracteerproces, Materiële Controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik, effectief?* Waar de tekst in het kader van deze deelvraag spreekt van ‘selectiviteit’ in het toezicht gaat het om de mate waarin de NZa keuzes maakt in haar toezicht.

Om de effectiviteit van dit aspect van het uitvoeringstoezicht te kunnen bepalen, bekijken we achtereenvolgens a) de achtergrond van de keuzes die de NZa maakt, b) de wijze waarop die in het veld worden ervaren en c) de (veronderstelde) bijdrage van de activiteiten aan de doelen van de WMG.

6.3.2 Bevindingen

Het normenkader van de NZa verschilt per jaar. Sinds 2009 is er voornamelijk aandacht geweest voor onderwerpen die sterk gerelateerd zijn aan de Uitvoering van de AWBZ door Zorgverzekeraars (UAZ) enerzijds en fraude of doelmatigheid anderzijds. Het eerste onderwerp, UAZ, is vooral terug te zien in de eisen die de NZa in 2010, 2012 en 2013 stelde aan de administratie op verzekerdenniveau voor zowel zorg in natura als persoonsgebonden budgetten. De administratie voor zorg in natura kwam in 2011 en 2012 sterk aan de orde, om de bevoorschotting in 2013 op basis van declaratie op cliëntniveau te kunnen doen.²⁵³ In het protocol van 2013 krijgt dit onderdeel veel minder aandacht vanwege het niet doorgaan van de uitvoering van de AWBZ door Zorgverzekeraars.²⁵⁴ Voor de administratie van PGB’s was vooral in 2012 aandacht.²⁵⁵

Meer nog dan bij de administratie op verzekerdenniveau laten de aandachtsgebieden die de NZa selecteert de groeiende aandacht zien voor fraudebestrijding, misbruik, oneigenlijk gebruik, incorrect declareren en gepast gebruik in de zorg. Vanaf 2012 is er een stijging te zien in de aandacht voor materiële controles die zich vooral uit in de toepassing van artikelen 7.2 tot en met 7.9 van de Regeling zorgverzekering.²⁵⁶ Een vergelijking tussen de vereisten in de jaren 2012 en 2013 laat zien dat de regels gedetailleerder worden.²⁵⁷

²⁵² Eerder de ‘Toelichting Prestatiemeting’ genoemd

²⁵³ NZa, Prestatiemeting AWBZ 2012, 2012, p. 20

²⁵⁴ NZa, Prestatiemeting AWBZ 2013, 2013, p. 19

²⁵⁵ NZa, Prestatiemeting AWBZ 2012, pp. 20, 44-46

²⁵⁶ NZa, Prestatiemeting AWBZ 2012, p. 20

²⁵⁷ NZa, Prestatiemeting AWBZ 2012, pp. 51-54; NZa, Prestatiemeting AWBZ 2013, pp. 51-58

Interviews met de NZa en zorgkantoren bevestigen het beeld dat deze onderwerpen veel aandacht genoten van de NZa in de betreffende jaren.

Selectie van aandachtsgebieden

De manier waarop de selectie van prestatiegebieden door de NZa plaatsvindt, wordt door sommige uitvoerders van de AWBZ bekritiseerd. Ze geven aan dat de NZa te weinig selectief is in het uitvoeren van de opdrachten die haar vanuit de politiek worden aangereikt. Het beeld dat zij hebben is dat de NZa de afweging tussen de belangen van de overheid en die van de burger niet afdoende maakt. Wat betreft de veldpartijen zijn er signalen die op deze situatie wijzen, in die zin dat de belangen van VWS rechtstreeks vertaald worden in het beleid van de NZa en dat de NZa te weinig een eigen visie uitdraagt over de grote vragen die in het zorgdomein spelen.

Hiervoor is geconstateerd dat de ontwikkelingen in de aandachtsgebieden van de NZa aansluiten bij de eisen die vanuit de politiek aan de NZa gesteld worden. In de normenkaders van de NZa is zichtbaar dat betaalbaarheid steeds meer aandacht krijgt in het zorgdomein. Deze focus op fraude, misbruik, gepast gebruik, oneigenlijk gebruik en declaraties stoort sommige AWBZ-uitvoerders, die vrezen dat er te weinig aandacht overblijft voor de (overige) belangen van consumenten.

Effectiviteit van de meting

Concessiehouders geven aan dat de prestatiegebieden die de NZa in haar jaarlijkse normenkader beschrijft door het veld worden overgenomen. Sommige concessiehouders en zorgkantoren twijfelen echter aan de effectiviteit van de manier waarop de NZa de prestaties meet. Ze geven aan dat de beoordeling die zij van de NZa krijgen beperkt correleert met de inspanningen die zij in een bepaald jaar geleverd hebben. Dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat de prestatie-indicatoren die de NZa selecteert om aan uitgebreidere controle te onderwerpen met het jaar veranderen.

De combinatie van dit met het jaar veranderende selectieve toezicht en de retroactiviteit van de toezicht-cyclus zorgt voor fluctuaties in de scores van zorgkantoren. De score die aan zorgkantoren wordt toebedeeld, wordt minstens een jaar na afloop van het betreffende jaar bekend gemaakt. Een zorgkantoor kan in dat jaar bijzonder veel geïnvesteerd hebben in de onderdelen van het normenkader van de NZa die in het voorgaande jaar in de aandacht stonden. Als in het nieuwe jaar echter de nadruk wordt gelegd op andere onderdelen, kan het zijn dat het zorgkantoor ondanks alle inspanningen slechter scoort dan in het voorgaande jaar.

De NZa erkent dat de selectie van aandachtsgebieden fluctuaties kan opleveren in de beoordeling van zorgkantoren en begrijpt dat dat voor zorgkantoren vervelend kan zijn. Tegelijkertijd is voor de NZa de vraag hoe daarin verandering aan te brengen zonder de selectiviteit van haar toezicht op te offeren. Het is namelijk juist die selectiviteit die het de NZa mogelijk maakt om haar toezicht te baseren op geconstateerde risico's en zo de gewenste effectiviteit te bereiken.

6.3.3 Deelconclusies zorgkantoren

De NZa wordt als toezichthouder in het AWBZ-domein serieus genomen. De keuze van aandachtsgebieden die de NZa hanteert wordt door het veld overgenomen. Concessiehouders en zorgkantoren geven echter dat de manier waarop de NZa de prestaties meet niet altijd aansluit bij hun inspanningen. Het is de combinatie van selectief toezicht en het feit dat handhaving minstens een jaar na dato plaatsvindt die leidt tot dit onbegrip in het

veld. Uit interviews komt naar voren dat de werkwijze van de NZa, gericht op imago-prikkels, wel werkt, maar niet altijd voldoende aansluit bij de inspanningen van zorgkantoren.

De NZa laat zich in haar keuze van aandachtsgebieden leiden door de thema's die politiek actueel zijn. Haar focus op de UAZ en doelmatigheid in de normenkaders laat dit zien en ook medewerkers van de NZa geven dit in interviews aan. In het veld leeft het beeld dat de oorzaak hiervan is dat de NZa te weinig tegenwicht biedt aan het beleid van VWS. De NZa wordt door veldspelers gezien als te weinig stelling nemend ten overstaan van veranderlijke politiek-bestuurlijke eisen; zowel verzekeraars als aanbieders zeggen dat de NZa een waardevolle rol zou kunnen spelen als 'buffer' tussen de politiek en het veld, die ze nu in hun ogen te weinig oppakt. Dit is een thema dat ook in hoofdstuk 7 van dit rapport aan de orde zal komen.

6.4 Handhavingsinstrumentarium

6.4.1 Context en vraagstelling

Voor wat betreft het uitvoeringstoezicht op de AWBZ bestaat het handhavingsinstrumentarium van de NZa uit de mogelijkheid tot:

- geven van een aanwijzing (artikel 78 WMG)
- opleggen van last onder bestuursdwang of openbaarheid (artikel 80 WMG), en
- opleggen van last onder dwangsom (artikel 84 WMG).

Bij overtreding van bepaalde artikelen van de WMG kan de NZa ook een bestuurlijke boete opleggen. Strikt gesproken valt dit echter niet onder het uitvoeringstoezicht op de AWBZ, maar onder het nalevingstoezicht. Naast deze formele handhavingsmogelijkheden kan de NZa ook informeel handhaven door middel van normoverdragende gesprekken of brieven.

De NZa kan haar handhavingsinstrumentarium inzetten om de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ te waarborgen. Dat geldt voor de uitvoerende werkzaamheden van zowel concessiehouders als het CAK. Over dit instrumentarium wordt de volgende deelvraag beantwoord: *Beschikt de NZa over een afdoende handhavingsinstrumentarium?*

Het handhavingsinstrumentarium dat de NZa heeft om overtreders van de AWBZ aan te pakken is niet sterk veranderd ten opzichte van de situatie in 2009. Een kleine maar relevante wijziging is doorgevoerd met de Veegwet VWS 2013, waardoor de NZa ook een aanwijzing kan geven in het geval van een overtreding van artikel 31 WMG, dat eisen stelt aan de controle door AWBZ-verzekeraars.²⁵⁸

Zoals besproken onder 5.1.5 maakte de NZa in de jaren 2006 tot 2009 zeer weinig gebruik van haar handhavingsinstrumentarium. In de evaluatie van de WMG in 2009 werd dan ook de vraag gesteld of de NZa te zijner tijd de omslag naar meer repressief toezicht zou kunnen maken.²⁵⁹ Bij de beantwoording van deze deelvraag gaan wij voor de AWBZ na of dat het geval is.

²⁵⁸ Veegwet VWS 2013, Stb. 2013, 560, 2013, art. XVIII sub A

²⁵⁹ ZonMw, *Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg*, p. 151

6.4.2 Bevindingen

Hiervoor is al geconstateerd dat alle concessiehouders in het begin van 2014 een aanwijzing hebben gekregen over ofwel onderdelen van de uitvoering van de AWBZ (materiële controles, bestrijding van M&O, administratieve organisatie en interne beheersing, PGB) ofwel de wettelijke reserves van een zorgkantoor. In 2013 en 2011 heeft de NZa het CAK een aanwijzing gegeven over de administratieve organisatie en interne beheersing. In 2013 heeft zij ook aan een concessiehouder een aanwijzing opgelegd omdat deze een aanbieder gedeclareerde kosten had uitbetaald terwijl bekend was dat die aanbieder haar klanten bij het ZZP inbegrepen diensten in rekening bracht.

Deze handhavingsbesluiten laten zien dat de NZa in het jaar 2012 meer aanwijzingen aan verzekeraars oplegt dan in eerdere jaren. Ze focust daarbij op het naleven van de voorschriften die er voor de uitvoerders van de Zvw en AWBZ zijn in het doen van controles. De toename in de inzet van handhavingsinstrumenten is vergelijkbaar met die in het Zvw-domein. In het geval van het toezicht op het CAK is deze ontwikkeling er niet; het toezicht op het CAK is stabiel en de relaties lijken rustiger dan bij zorgkantoren en verzekeraars het geval is.

Deze vraag gaat niet direct over de effectiviteit van het handhavingsbeleid van de NZa, maar over de mogelijkheden die de NZa heeft met haar handhavingsinstrumentarium. Bij de beantwoording van de twee voorgaande vragen is duidelijk geworden dat de NZa haar handhavingsinstrumentarium de afgelopen jaren veelvuldiger heeft ingezet dan daarvoor. De kritiek die de NZa in 2009 oogstte op het minimale gebruik van haar mogelijkheden is daarmee niet meer actueel: er is gebleken dat de NZa de slag naar meer repressief toezicht heeft kunnen maken.

Bij de beantwoording van deze vraag zijn twee aspecten relevant:

- Ten eerste bezien wij of de inzet van formele handhavingsinstrumenten in de huidige situatie 'afdoende' is, of juist aanleiding geeft om de NZa zwaardere of andersoortige instrumenten te geven. Omdat de toename in inzet van het instrumentarium door de NZa van zeer recente datum is, is het niet mogelijk om uitspraken te doen over de effectiviteit hiervan. Wel kan aangegeven worden dat zowel de NZa als veldpartijen menen dat de uitgedeelde aanwijzingen serieus genomen worden. Volgens hen zijn zorgverzekeraars de afgelopen jaren gevoeliger geworden voor negatief commentaar op de prestaties van concessies en hechten zij meer belang aan een terugkoppeling van zulk commentaar naar het zorgkantoor. Er is naar idee van beide partijen geen aanleiding om het instrumentarium van de NZa uit te breiden.
- De tweede relevante kwestie is of het stelsel in de AWBZ zich wel leent voor een effectieve inzet van de handhavingsinstrumenten van de NZa, onafhankelijk van de inhoud van dat instrumentarium. In andere woorden; doet de inhoud van het instrumentarium van de NZa er wel toe als zorgkantoren er toch niet direct mee aangesproken worden, of er geen acht op (zouden kunnen) slaan omdat lasten bij hen niet voor eigen rekening komen en zij (althans binnen een bepaald tijdsframe) een monopoliepositie hebben?

Zoals bij de beantwoording van de voorgaande vragen helder is geworden, geven zorgkantoren aan wel degelijk via AWBZ-verzekeraars prikkels binnen te krijgen om verbetermaatregelen te nemen als zij een aanwijzing hebben gekregen. De aanwijzing komt namelijk op naam te staan van de betreffende verzekeraar en levert haar mogelijk imagoschade op.

Het wetsvoorstel VTO WMG moet het mogelijk maken om rechtstreeks aan zorgkantoren aanwijzingen op te leggen, waardoor het enerzijds gemakkelijker wordt een zorgkantoor rechtstreeks aan te spreken, maar anderzijds de prikkel bij verzekeraars wellicht minder gevoeld wordt. Een voordeel van de wijziging in de regelgeving zou zijn dat het administratieve proces van aanwijzingen in de AWBZ eenvoudiger zou zijn. Op het moment stuurt de NZa namelijk een zeer groot aantal brieven uit per aanwijzing, omdat ze niet de betreffende zorgkantoren, maar de AWBZ-verzekeraars op iedere aparte handhavingsmaatregel attendeert.

Het voorstel voor de WLZ zoals dat nu (augustus 2014) voorligt zou deze wijziging van de WMG echter weer ongedaan maken. De WLZ voorziet erin dat de WLZ-uitvoerder verantwoordelijk is voor de eigen verzekerden, terwijl een vertegenwoordiger in de regio de uitvoering van de inkoop en controleactiviteiten doet. De scheiding tussen wat nu AWBZ-verzekeraars en zorgkantoren zijn zou daarmee in stand blijven. Hiermee blijft het voor de NZa een wens om zorgkantoren op meer zaken direct te kunnen aanspreken.

6.4.3 Deelconclusies instrumentarium AWBZ

De inzet van handhavingsinstrumenten door de NZa in het AWBZ-domein is in intensiteit toegenomen. De NZa heeft vooral in het begin van 2014 veel meer gebruik gemaakt van haar handhavingsinstrumentarium dan in de voorgaande jaren. Voor 2014 betrof de voornaamste inzet van haar instrumentarium haar aanwijzingen aan het CAK van 2011 en 2013.

Veldpartijen en de NZa zeggen het handhavingsinstrumentarium voldoende effectief te vinden. Ondanks de beperkte invloed die aanstaande wetswijzigingen zullen hebben op de risicodragendheid van de uitvoerders van de AWBZ, zijn veldpartijen en de NZa in interviews positief over de ontwikkelingen in de mate waarin zorgkantoren gevoelig lijken te zijn voor handhaving vanuit de NZa. Zorgkantoren geven aan meer terugkoppeling te ontvangen vanuit hun concessiehouders.

Binnen de huidige juridische structuur lijkt het instrumentarium van de NZa daarmee afdoende en voldoende praktisch inzetbaar. De NZa plaatst kanttekeningen bij het laatste, aangezien zij zorgkantoren niet direct kan aanspreken, en dit ondanks het voorstel voor de VTO WMG onder de nieuwe WLZ zo zou blijven.

6.5 Algemeen consumentenbelang

6.5.1 Context en vraagstelling

Het uitvoeringstoezicht op de AWBZ heeft met name betrekking op de betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Toegankelijkheid is grotendeels gegarandeerd door de publieke vormgeving van de AWBZ. De consument is verplicht collectief verzekerd voor de AWBZ en kan geen invloed uitoefenen op basis van haar keuze voor een bepaalde verzekeraar. AWBZ-verzekeraars lopen dan ook geen risico als ze hun taken niet of onvoldoende uitvoeren; gebruikers kunnen in de AWBZ per definitie niet 'met de voeten stemmen'. Dit betekent ook dat de AWBZ in mindere mate dan de Zvw het onderscheid kent tussen 'patiënt' en 'verzekerde'; elke Nederlander is AWBZ-verzekerde, maar heeft als zodanig geen rol als klant van de verzekeraar.

Afgezien van het publieke karakter van de AWBZ is de positie van het algemeen consumentenbelang goeddeels hetzelfde in de AWBZ als de Zvw. Ook voor het uitvoeringstoezicht op de AWBZ vormen de belangen van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit de grondslag van de beleidstheorie. Over het algemeen consumentenbelang beantwoorden

we de deelvraag: *In welke mate dragen het doel- en rechtmatigheidstoezicht van de NZa en het instrumentarium van de WMG bij aan de bescherming van het algemeen consumentenbelang?*

Het uitvoeringstoezicht van de NZa op de AWBZ bestaat in belangrijke mate uit de prestatie-meting bij concessiehouders. Dit toezicht is al onder 6.3 beschreven en geëvalueerd. Naast dit toezicht monitort de NZa de uitvoering van de AWBZ door het CAK. In de positie en plichten die het CAK heeft, is zoals beschreven verandering opgetreden sinds 2009. Wat overblijft is het toezicht van de NZa op de rechtmatigheid van geldstromen van en naar concessiehouders en verbindingkantoren. In de manier waarop de NZa haar toezicht hierop invult, is geen grote verandering opgetreden sinds de evaluatie van 2009.

6.5.2 Bevindingen

Het algemeen consumentenbelang is moeilijk te definiëren. In deze evaluatie hebben wij de klassieke driedeling van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit gehanteerd om het begrip tastbaarder te maken. Het toezicht van de NZa zou moeten bijdragen aan de borging van deze drie zaken. Zoals besproken heeft de toegankelijkheid van zorg in de AWBZ minder borging nodig dan in de Zvw: het stelsel is zo ingericht dat iedere Nederlander automatisch verzekerd is voor AWBZ-zorg en die krijgt als het CIZ (of een gemandateerde zorgaanbieder) een indicatie geeft.

Betaalbaarheid

Macrobetaalbaarheid van zorg is een kwestie waar de NZa in de AWBZ weinig grip op heeft. De overheid stelt macrobudgettaire kaders vast voor de AWBZ. Ieder zorgkantoor krijgt een budget en moet daarbinnen de zorg leveren aan alle AWBZ-patiënten in de betreffende regio.

Het toezicht van de NZa in de AWBZ is sterk gericht op fraudebestrijding en controles door zorgkantoren. Binnen het breed opgezette toezicht van de NZa op deze zaken bestrijdt het toezicht onrechtmatige declaraties en oneigenlijk gebruik actief. Zoals reeds besproken, zijn de effecten van deze inspanningen zeer moeilijk in te schatten. Wel hebben we kunnen concluderen dat de effectiviteit van de controles van de NZa door veldpartijen wisselend wordt beoordeeld, daar zij het gevoel hebben dat de NZa te weinig aandacht heeft voor *outcome* en te veel voor het proces dat zorgkantoren voeren.

Naast de aandacht die de NZa aan controles besteedt, is er het normenkader voor de doelmatige uitvoering van de AWBZ. Hierbij is het echter niet mogelijk voor de NZa om invloed uit te oefenen anders dan door het controleren van de controles van de zorgkantoren. De doelmatigheidseis die zij aan zorgkantoren stelt²⁶⁰ is namelijk niet te controleren zonder gebruik te maken van de gegevens van zorgkantoren zelf. De betreffende gegevens worden door zorgkantoren verzameld in het kader van de eigen controles.

Kwaliteit

Het normenkader prestatie-meting 2013 legt in relatie tot algemeen consumentenbelang de nadruk op informatievoorziening en klantenservice. Daar is in het normenkader veel

²⁶⁰ NZa, Prestatiemeting AWBZ 2013, p. 36

aandacht voor, met name in de prestatie-indicator ‘klachtenbehandeling’ en de aandacht die voor informatievoorziening bestaat bij de prestatie-indicatoren ZiN en PGB. Het onderdeel PGB stelt een ‘cliëntvriendelijke brief’ over het PGB zelfs verplicht als voorwaarde voor een score ‘goed’ op prestatie-indicator.²⁶¹ Naast deze aandacht voor de communicatie met de cliënt bevat het normenkader een indicator ‘innovatie en kwaliteit dienstverlening’. Daarin wordt van concessiehouders geëist dat ze de vinger aan de pols houden wat betreft stimulatie van zorg in de eigen omgeving, het kwaliteitssysteem van aanbieders en de samenhang van de zorg.²⁶²

In het normenkader van de NZa speelt kwaliteitsbevordering daarmee een grote rol. De vraag die we hier beantwoorden, gaat echter om de effectiviteit van de controles door de NZa. Die valt moeilijk in te schatten, aangezien er geen vergelijking kan worden gemaakt met een eerdere situatie. Tijdens interviews met veldpartijen blijkt wel dat de NZa de afgelopen 3 á 4 jaar in haar toezicht de nadruk heeft gelegd op interne administratie en de bestrijding van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik. Het functioneren van zorgkantoren wordt in de breedte onderzocht, maar veldpartijen hebben het gevoel dat aan de genoemde onderwerpen het meeste belang wordt gehecht.

Naast haar toezicht heeft de NZa zich ook in de AWBZ beperkt ingezet ter bevordering van de aanwezigheid van kwaliteitsindicatoren. Dit komt terug in gesprekken met zowel de NZa als veldpartijen. Een gedeelte taal blijft daarmee op dit terrein buiten beeld, omdat veldspelers noch overheid het onderwerp proactief hebben opgepakt.

6.5.3 Deelconclusies algemeen consumentenbelang AWBZ

Als het toezicht van de NZa bijdraagt aan het algemeen consumentenbelang, is dat op een vrij indirecte manier. De NZa heeft beperkt invloed op de betaalbaarheid op macroniveau. Het is haar rol om doelmatigheid in de het AWBZ-domein te waarborgen en dit doet zij voornamelijk middels haar protocollen voor zorgkantoren betreffende formele en materiële controles. Haar aandacht voor dit onderwerp is groot, maar de effectiviteit ervan staat in het veld ter discussie. Voor kwaliteit van dienstverlening en informatievoorziening is in de documenten van de NZa veel aandacht. Ook in haar reguliere toezicht heeft de NZa in het AWBZ-domein aandacht voor deze zaken. De effectiviteit van het toezicht van de NZa op de kwaliteit van zorg lijkt echter beperkt bij gebrek aan een gemeenschappelijke taal.

De NZa stelt zich vooral op als stelselbewaker, niet direct als belangenbehartiger van de consument. Ondanks de inzet van de NZa om haar toezicht vanaf 2014 meer outcome-gericht in te steken, geeft het veld het signaal af dat de NZa de regels te rigide hanteert. De NZa, is het idee, besteedt wel aandacht aan consumentenbelangen en is betrokken, maar kan deze houding tot nu toe niet vertalen naar een op de praktijk gerichte stijl van toezicht.

6.6 Tussenconclusies uitvoeringstoezicht AWBZ

Hier geven we antwoord op de overkoepelende vragen van hoofdstuk 6: *Is het instrumentarium voor het uitvoeringstoezicht op de doel- en rechtmatige uitvoering van de AWBZ door Zorgkantoren, AWBZ-verzekeraars en CAK voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

²⁶¹ NZa, Prestatiemeting AWBZ 2013, p. 26

²⁶² NZa, Prestatiemeting AWBZ 2013, p. 38

Zoals besproken komen er vanuit het veld geen geluiden dat het handhavings-instrumentarium voor de AWBZ te weinig toepasbaar of krachtig is. Wel geeft de NZa aan dat ze zorgkantoren directer zou willen kunnen aanspreken, voornamelijk vanwege de vermindering van administratieve lasten die dat met zich mee zou brengen.

De juridische structuur van de AWBZ lijkt niet tot problemen te leiden in de uitvoering van het toezicht van de NZa. Wel wordt deze structuur al jaren als overmatig ingewikkeld beschouwd, vooral vanwege de positie van zorgkantoren. De positie van zorgkantoren wordt echter, afgezien van de genoemde beperking, niet gezien als een obstakel voor de effectieve inzet van het instrumentarium van de NZa. Onder de WLZ zou deze structuur in stand gehouden worden.

De NZa onderneemt in de AWBZ stappen om in samenwerking met het veld te komen tot een meer outcome-gerichte stijl van toezicht houden. Uitgaande van de beelden die onder de uitvoerders van de AWBZ leven, slaagt zij er echter nog niet in om haar toezicht *principle-based* vorm te geven. De NZa heeft volgens het veld een te grote focus op de processen waarmee zorgkantoren hun verplichtingen invullen. De relevante vraag over het uitvoeringstoezicht van de NZa op de AWBZ lijkt daarmee niet zozeer te zijn of de NZa voldoende instrumentarium heeft, maar of ze het op de juiste manier inzet.

7 Functioneren van Nederlandse Zorgautoriteit

7.1 Inleiding

7.1.1 Vraagstelling

In vervolg op de voorgaande hoofdstukken over de tarief- en prestatieregulering en het markt- en uitvoeringstoezicht staat in dit hoofdstuk het functioneren van de NZa als organisatie centraal. De evaluatie richt zich hierbij op het beoordelen van de doelmatigheid en doeltreffendheid van de organisatie. De te beantwoorden vragen zijn of de NZa:

- met de door haar geleverde prestaties bijdraagt aan het realiseren van de bedoelingen van de wetgever;
- haar prestaties realiseert tegen zo laag mogelijke kosten en met een zo hoog mogelijke kwaliteit.

De eerste vraag is in de voorgaande hoofdstukken voor een belangrijk deel al aan bod gekomen. In deze hoofdstukken stond het inhoudelijk perspectief centraal. In dit hoofdstuk wordt hier het bedrijfsmatige perspectief aan toegevoegd.

Voor de beoordeling van het functioneren van de NZa is door het ministerie van VWS op voorhand een aantal specifieke aandachtspunten geformuleerd. Deze aandachtspunten zijn expliciet in de evaluatie meegenomen:

- het bedrijfsmatig-organisatorisch functioneren van de NZa, met bijzondere aandacht voor de informatievoorziening en de automatisering van de primaire werkprocessen;
- de relatie van de NZa met de minister / staatssecretaris dan wel het ministerie van VWS, waarbij vooral de scheiding tussen beleid en uitvoering van belang is;
- de relaties die de NZa met stakeholders onderhoudt, waarbij het gaat om collega-ZBO's alsmede zorgaanbieders, -verzekeraars en -kantoren en patiëntenorganisaties.

Daarnaast heeft het ministerie gevraagd in hoeverre de bedrijfsmatig-organisatorische criteria die worden gehanteerd bij de beoordeling van het jaarlijks functioneren van de NZa de juiste beoordelingsgronden zijn.

7.1.2 Aandachtsgebieden

In deze evaluatie is het functioneren van de NZa opgedeeld in zes samenhangende aandachtsgebieden:

- sturing en governance
- organisatie en werkprocessen
- financiën en planning & control
- HRM
- informatievoorziening en ICT
- externe communicatie en samenwerking.

In het eerder aangehaalde onderzoek van de commissie-Borstlap staan twee onderwerpen centraal die direct raken aan deze aandachtsgebieden: de kwaliteit van de informatie-beveiliging en de werkdruk en cultuur binnen de NZa. Omwille van een zo helder mogelijke afbakening tussen het onderzoek van de commissie en de evaluatie van AEF, heeft AEF in wel onderzoek gedaan naar de ICT van de NZa in brede zin, maar niet naar de wijze waarop de NZa omgaat met de beveiliging van informatie. Daarnaast heeft AEF wel onderzoek gedaan naar het personeelsbeleid, maar is de interne werksfeer hierbij buiten beschouwing gelaten.

Voor het bepalen van de beoordelingscriteria die binnen de onderzochte aandachtsgebieden van belang zijn, is onder meer gebruik gemaakt van het visiedocument 'Criteria voor goed toezicht' van het Markttoezichthoudersberaad.²⁶³

De zes aandachtsgebieden komen hieronder één voor één aan bod. Het hoofdstuk start met een samenvatting van de bevindingen uit de voorgaande evaluatie van de NZa, die plaatsvond in 2009.

7.2 Uitkomsten evaluatie functioneren NZa 2009

In 2009 is een gecombineerde evaluatie van het CVZ en de NZa uitgevoerd. Hierin werd over de NZa geconcludeerd dat zij zich nog in een opbouwfase bevond. De organisatie was in 2006 ontstaan uit een fusie tussen het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ). De periode tot 2009 kenmerkte zich volgens de onderzoekers door het opbouwen van een adequaat instrumentarium en het ontwikkelen van een nieuwe cultuur, terwijl "de winkel ondertussen open was"²⁶⁴. Een aanvullende constatering was dat door de onduidelijke politieke koers in de periode tot 2009 de opdracht aan de NZa niet helder was. Het gevolg hiervan was een fluctuerende agenda. Tegelijk was sprake van een Rijksbrede versoberingsoperatie, die voor de NZa niet zonder gevolgen bleef. Daarnaast leidden externe incidenten tot ongeplande beslagen op de organisatie.

Gegeven deze context werd in de evaluatie van 2009 waardering uitgesproken voor het werk van de NZa: "De NZa heeft een zeer zware opdracht gekregen, die zij, met vallen en opstaan, op indrukwekkende wijze gestalte heeft gegeven. De organisatie vertoont alle kenmerken van een leergierige organisatie, die voortdurend verbetering zoekt".²⁶⁵

Tegelijk werd in de evaluatie geconstateerd dat de NZa, ondanks het feit dat zij nog steeds in de opbouwfase verkeerde, toe was aan een volgende fase.²⁶⁶ In deze volgende fase zou de NZa haar autoriteit nadrukkelijker moeten laten gelden. Dit advies was gebaseerd op de constatering dat het zorgstelsel gebaat was, en is, bij een instituut dat op onverstoorbare wijze, zonder zich al te veel aan te trekken van de waan van de dag, het optimaal functioneren van zorgmarkten bewaakt en bevordert. Om dit doel te bereiken was er, zo constateerden de onderzoekers, behoefte aan inhoudelijk gezaghebbend, op benodigde onderdelen zichtbaar onafhankelijk en professioneel vlekkeloos opereren.

In het onderstaande overzicht zijn de belangrijkste onderliggende bevindingen uit de evaluatie in 2009 in puntsgewijs weergegeven.

- De NZa evalueert zichzelf frequent en zoekt voortdurend naar doelmatige uitvoering van haar taken.
- De organisatiestructuur is onder invloed van de ervaringen van de afgelopen jaren aangepast. Het personeelsmanagement is voortvarend opgepakt met adequaat instrumentarium. Het verzuim is laag, het verloop normaal. Binnen de organisatie is er op uitvoerend niveau behoefte aan het meer eenduidig uitdragen van visies en

²⁶³ Markttoezichthoudersberaad, Criteria voor goed toezicht (2013).

²⁶⁴ Boer & Croon, Evaluatie CVZ en NZa (2009).

²⁶⁵ Ibidem

²⁶⁶ Ibidem

voorbeeldgedrag door hoger management aangetroffen. Ook hebben medewerkers er behoefte aan dat aangekondigde verbeteracties met meer voortvarendheid worden doorgevoerd.

- De automatisering is nog onvoldoende op orde. Zowel systeemtechnisch als op het gebied van de service levels zijn er knelpunten, welke leiden tot een laag gebruik van de systemen. Dit heeft de aandacht van het bestuur. Er wordt momenteel gewerkt aan een goed overzicht van de beschikbare NZa informatie en de borging van het ontsluiten van deze informatie.
- Binnen de planning & control-cyclus monitort de NZa activiteiten goed. Bij tijd en wijle wordt, door noodzaak gedreven, “een zware wissel getrokken” op de organisatie bij het realiseren van grote projecten. De ondersteuning van de kerntaken door staffuncties kan nog beter. In financieel opzicht houdt de NZa goed de vinger aan de pols en is het helder over besteding van middelen.
- Het werkprogramma wordt jaarlijks in afstemming en overleg met VWS vastgesteld. Hierin komt de spanning tot uiting tussen de taakomvang en de daarvoor beschikbare middelen enerzijds en de bezuinigingsdoelstelling anderzijds. De NZa moet keuzes maken wat zij wel en niet kan doen en prioriteiten stellen. Onvoorziene vragen vanuit de politiek of ad hoc situaties vragen een moeilijk van te voren vast te stellen ruimte in het werkprogramma.
- De NZa probeert de kosten voor externe inhuur zo beperkt mogelijk te houden. De vraag is of in plaats daarvan niet een integrale visie zou moeten worden ontwikkeld op de expertise die structureel extern wordt ingehuurd en dus intern niet hoeft te worden opgebouwd (denk bijvoorbeeld aan *corporate finance*, *legal*, fiscaal, bij beoordeling steunverleningsaanvragen). Dit zou per dossier een professionele en gezaghebbende start ten goede kunnen komen.
- De NZa is de afgelopen jaren geleid door een Raad van Bestuur, die gekenschetst kan worden als “historisch gegroeid met een politiek ervaren bestuurder erbovenop”. Dit is effectief en logisch gezien de aanvangsperiode van de NZa. Op het moment van evalueren is in bestuurlijke zin al enige tijd sprake van een interim-periode.
- Na deze opbouwfase past een bestuur dat extern en intern professioneel gezag uitstraalt, niet primair door excellente politiek-bestuurlijke ervaring, maar primair door haar kennis van zaken. Zo’n bestuur geeft vanuit haar inhoudelijke expertise professioneel richting aan de interne organisatie en is extern gezaghebbend. De invulling van het bestuur na de interim-periode is cruciaal voor de verdere ontwikkeling van de NZa.

De bevindingen uit de evaluatie van 2009 zijn als specifieke aandachtspunten meegenomen in de uitvoering van de huidige evaluatie, waarbij ook is onderzocht welke ontwikkelingen zich in de afgelopen jaren hebben voorgedaan.

7.3 Aandachtsgebied sturing en governance

7.3.1 Context

Bij dit eerste aandachtsgebied staan twee onderwerpen centraal: de sturingsrelatie tussen het ministerie van VWS en de NZa en de interne sturing binnen de NZa.

Sturingsrelatie tussen ministerie van VWS en NZa

De NZa is een Zelfstandig Bestuursorgaan (ZBO), wat maakt dat op de sturingsrelatie met het ministerie van VWS naast de WMG ook de Kaderwet Zelfstandige Bestuursorganen van toepassing is. In deze sturingsrelatie is tevens het Informatiestatuut van belang dat de

uitwisseling van informatie tussen beide organisaties regelt.²⁶⁷ De verplichting om dit statuut op te stellen, is opgenomen in de WMG.

Aan de sturingsrelatie tussen het ministerie van VWS en de NZa wordt invulling gegeven aan de hand van een sturingscyclus, die jaarlijks wordt doorlopen. Deze start met een prioriteitenbrief, die wordt opgesteld door het ministerie. Hierin staat welke accenten VWS in het betreffende jaar in de opdracht van de NZa aanbrengt. Op basis van deze brief stelt de NZa een werkprogramma op dat door het departement wordt goedgekeurd. Gedurende het jaar doet de NZa verslag van de voortgang van haar activiteiten in drie tussen-rapportages; een drie-, zeven- en twaalfmaandsrapportage.²⁶⁸ Deze rapportages vormen de basis voor besluiten over eventuele wijzigingen in het werkprogramma. Aan het eind van het jaar stelt de NZa een jaarverslag op dat (inclusief een accountantsverklaring) wordt goedgekeurd door het ministerie van VWS. In aanvulling hierop vindt jaarlijks op hoofdlijnen een beoordeling plaats van het bedrijfsmatig en organisatorisch functioneren van de NZa. De resultaten van deze beoordeling vormen de basis van een brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer over het functioneren van de NZa.

In aanvulling op deze cyclus vindt sturing van de NZa door het ministerie van VWS plaats door het geven van aanwijzingen over in de richting van de sector uit te voeren activiteiten. Deze aanwijzingen zijn inhoudelijk van aard en betreffen vooral de invulling van de tarief- en prestatieregulering. Eveneens kan de minister de NZa in zogenaamde adviesaanvragen vragen te rapporteren over de uitvoerbaarheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid. Tot slot kan de minister de NZa verzoeken signaleringen op te stellen over feitelijke ontwikkelingen in de zorgsector. De NZa kan deze signaleringen overigens ook ongevraagd indienen.

Naast de bovenstaande sturingselementen vindt er veelvuldig formeel en informeel contact plaats tussen de verschillende beleidsdirecties van het ministerie van VWS en de NZa. Deze contacten zijn gericht op afstemming dan wel informatie-uitwisseling.

In de sturingsrelatie tussen het ministerie van VWS en de NZa is in 2010 een ontwikkeling in gang gezet om de sturing meer op hoofdlijnen in te vullen. De sturing zou zich daarmee minder op het operationeel functioneren van de organisatie en meer op de strategische kaders moeten richten. Het doel van de aanpassing was om de NZa in het licht van de dynamiek in het zorgstelsel meer ruimte te bieden om te anticiperen en te reageren op nieuwe ontwikkelingen. Tevens hangt de aanpassing samen met de gewenste verschuiving van het accent in de werkzaamheden van de NZa van regulering naar toezicht. Deze verschuiving maakt het onafhankelijke karakter van de NZa nog belangrijker.

Interne sturing binnen NZa

De belangrijkste kaders voor de interne sturing van de NZa zijn het Bestuursreglement en het Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging.²⁶⁹ Het Bestuursreglement regelt

²⁶⁷ Informatiestatuut ministerie van VWS – NZa (2010)

²⁶⁸ Sinds 2014 zijn de 4- en 8-maandsrapportage vervangen door een 3- en 7-maandsrapportage.

²⁶⁹ NZa, Bestuursreglement (2011) en NZa, Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa (2011)

de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Raad van Bestuur en is in 2011 goedgekeurd door het ministerie van VWS. Het Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa beschrijft de inrichting van de besluitvorming binnen de organisatie. Dit besluit is in 2011 volledig herzien en opnieuw door de Raad van Bestuur vastgesteld. In aanvulling op beide documenten bestaat er een omvangrijk aantal (interne) documenten dat betrekking heeft op de sturing binnen de NZa.

De belangrijkste kenmerken van de huidige interne sturing zijn de volgende.

- De Raad van Bestuur heeft (uitgaande van een meerhoofdige invulling) onderling een taakverdeling aangebracht, zodat voor ieder aandachtsgebied een bestuurslid als portefeuillehouder benoemd is.
- Directeuren zijn verantwoordelijk voor een goede uitvoering van de werkzaamheden die tot het aandachtsgebied van hun directie behoren. Het is de verantwoordelijkheid van de directeuren om – binnen de kaders van het door de Raad van Bestuur vastgestelde werkprogramma, de begroting en de personeelsformatie – sturing te geven aan de werkzaamheden van hun directie en daarbinnen prioriteiten te stellen.
- Vanuit de VBTB-systematiek (Van Beleidsbegroting Tot Beleidsverantwoording) werkt de NZa met een werkprogramma, waarin de uit te voeren processen en projecten worden vastgelegd en worden gekoppeld aan de begroting. In het jaarverslag wordt verantwoording afgelegd over de bereikte resultaten.
- Ten behoeve van het plannings- en verantwoordingsproces leggen de directies via voortgangsrapportages (zowel inhoudelijk als financieel) verantwoording af over de werkzaamheden.
- De Raad van Bestuur geeft leiding aan de organisatie op basis van het beginsel van integraal management, wat inhoudt dat directeuren en unitmanagers hun afdelingen integraal aansturen en verantwoordelijk zijn voor de input en output van de directie of de unit, zowel beleidsinhoudelijk en financieel als op het terrein van de personele organisatie.

De Raad van Bestuur wordt in haar activiteiten bijgestaan door een Raad van Advies. Deze raad bestaat uit onafhankelijke deskundigen met uiteenlopende achtergronden, die door de Raad van Bestuur op persoonlijke titel zijn uitgenodigd. De Raad van Advies fungeert als denktank en heeft een rol bij de voorbereiding van de standpuntbepaling door de Raad van Bestuur. Ze legt zich daarbij uitsluitend toe op vragen gerelateerd aan de zorgmarkten en aan marktwerking, en is niet betrokken bij de interne bedrijfsvoering.

7.3.2 Bevindingen sturingsrelatie tussen ministerie van VWS en NZa

Diffuse sturingsrelatie

De sturingsrelatie tussen het ministerie van VWS en de NZa laat in de praktijk een diffuus beeld zien. Beide organisaties opereren in elkaars directe nabijheid en werken, vooral op het terrein van regulering, nauw met elkaar samen. Dit maakt dat de precieze rolverdeling tussen de organisaties voor de buitenwereld niet altijd even duidelijk is.

De diffuse sturingsrelatie is het gevolg van een tweetal omstandigheden. Ten eerste noopt de context waarin de NZa opereert tot een nauwe werkrelatie met het ministerie van VWS, om verschillende redenen.

- De WMG geeft naast de NZa ook het ministerie een duidelijke taak. In de wet is opgenomen dat regulering in sommige gevallen plaats dient te vinden op basis van aanwijzingen van de minister. Dit is onder meer het geval bij het wijzigen of vastleggen van tariefsoorten, experimenten, beschikbaarheidsbijdragen en vereffeningsbedragen. Er is dus sprake van directe invloed van het departement op de activiteiten van de NZa. De grens tussen beleid en uitvoering is dan ook niet altijd scherp te trekken.

- De taakopdracht van de NZa is beleidsgevoelig. De WMG is gericht op het borgen van publieke belangen (betaalbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit), die dicht aanliggen tegen het domein van het departement.
- Het veld waarbinnen beide organisaties opereren, is sterk in ontwikkeling. Voor de transitie die momenteel binnen de zorgmarkt plaatsvindt, bestaat geen blauwdruk of uitgestippelde route. Dit maakt dat deze transitie werkende weg plaatsvindt, waarbij sprake is van nauwe afstemming tussen het departement en de NZa.

Door deze context is het niet duidelijk hoe de rollen tussen het ministerie van VWS en de NZa precies verdeeld zijn en welke onderwerpen bij wie thuis horen. Dit geldt vooral voor de onderwerpen die te maken hebben met tarief- en prestatieregulering. Voor deze thema's speelt mee dat het beleid van het ministerie van VWS niet altijd in het logische verlengde ligt van de doelstellingen van de WMG. In lijn met de conclusie in de voorgaande evaluatie is ook de afgelopen jaren geen sprake geweest van een scherp gerichte en strak omlijnde taakopdracht van het ministerie van VWS aan de NZa. Dit is een belemmering voor de rolvastheid in het (externe) opereren van beide organisaties.

Ten tweede is van belang, dat de NZa in het zorgstelsel uiteenlopende rollen vervult. Het gaat om:

- een controlerende rol: in deze rol ziet NZa toe op de rechtmatige en/of doelmatige uitvoering van Zvw en AWBZ, op basis waarvan gehandhaafd kan worden. Deze rol komt overeen met uitvoeringstoezicht. Het ministerie van VWS staat hier relatief op afstand, gezien het instrumentele karakter van deze vorm van toezicht als beoogd met de WMG²⁷⁰
- een bewakende rol: deze rol komt grotendeels overeen met markttoezicht, oftewel het bewaken (en maken) van markten middels AMM, transparantieverplichtingen, artikel 45 WMG en fusietoezicht. Wat deze rollen bindt is de autonomie waarmee NZa kan opereren.²⁷¹ Handhaving binnen deze rol vindt op een casuïstische basis plaats
- een regulerende rol: deze rol betreft vooral tarief- en prestatieregulering. Het gaat hier echter niet om een autonome regulerende bevoegdheid. De Minister en indirect de Tweede Kamer, hebben het beleidsprimaat. Regulering door de NZa vindt plaats op aanwijzing van de Minister.²⁷²

Elk van deze rollen vraagt om een andere relatie tussen de NZa en het ministerie en ook tussen de NZa en de zorgsector. Voor de controlerende rol is een bepaalde afstandelijkheid noodzakelijk, waarbij sprake is van een duidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering. Deze scheiding moet het mogelijk maken om in de sector met gezag te opereren. Vanuit haar bewakende rol heeft de NZa de taak om onevenwichtigheden in de marktverhoudingen te corrigeren, wat als een zekere haat-liefde-verhouding met de sector tot gevolg heeft. Ook hier is onafhankelijk optreden als 'marktmeester' van belang. De regulerende rol vraagt, gezien de publieke belangen die spelen, juist om een nauwe samenwerkingsrelatie met het ministerie. Ten opzichte van de sector is er vanuit deze rol behoefte aan vertrouwen en gezamenlijke initiatieven, opdat duidelijke en werkbare afspraken gemaakt kunnen worden, bijvoorbeeld met het doel de zorg betaalbaar te houden.

²⁷⁰ MvT WMG, p. 26-28

²⁷¹ MvT WMG, p. 30

²⁷² MvT WMG, p. 29

Uit de evaluatie blijkt dat het onderscheid tussen de uiteenlopende rollen van de NZa in de praktijk onvoldoende duidelijk is. Binnen de NZa wordt dit onderscheid wel gemaakt, maar in de relatie met het ministerie en vooral ook met externe partijen is het niet altijd duidelijk of deze met de NZa als controleur, bewaker of regulator van doen hebben. In het opereren van de NZa wordt onvoldoende rekening wordt gehouden met de consequenties van het samengaan van de verschillende rollen binnen één organisatie.

In de onderlinge relatie zijn het ministerie van VWS als de NZa nog zoekende naar een zuivere invulling van hun rollen en de sturing. Daar waar het gaat om de afbakening van de bevoegdheden en autonomie van de NZa is sprake van een grijs gebied. Dit is voornamelijk het geval in relatie tot de regulerende rol van de NZa. Binnen dit grijze gebied verschillen de ideeën van het ministerie van VWS en de NZa over de onderlinge scheidslijnen. Er zijn echter geen signalen dat er sprake is van structurele ongewenste inmenging van het ministerie van VWS in de bevoegdheden en autonomie van de NZa.

Onderwaardering van eigendomsrelatie in de sturing

Uit ons onderzoek blijkt verder dat in de sturingsrelatie tussen het ministerie van VWS en de NZa geen duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen de opdrachtgevers- en eigendomsrelatie. In de sturing legt het ministerie het accent op de opdrachtgeversrelatie; daarin richt zij zich vooral op marktontwikkelingen binnen het zorgstelsel, waardoor de sturing voornamelijk inhoudelijk van aard is. De bedrijfsvoering van de NZa, een onderdeel van de eigendomsrelatie, staat in de sturingsrelatie minder hoog op de agenda. De aandacht die hiervoor bestaat, richt zich vooral op het werkprogramma. Omdat dit werkprogramma steeds slechts een jaar vooruit kijkt, ontbreekt het in de relatie tussen het ministerie van VWS en de NZa in het geval van de bedrijfsvoering aan een langetermijn-perspectief. Ook het toezicht vanuit het ministerie van VWS op het bedrijfsmatig functioneren van de NZa is beperkt. Dit toezicht richt zich op het goedkeuren van het jaarverslag en het uitvoeren van jaarlijkse beoordelingen.

Het ministerie van VWS onderkent de beperkingen van de huidige situatie, ook waar het gaat om de aansturing van andere ZBO's. Ze heeft daarom onlangs het initiatief genomen om de opdrachtgevers- en eigendomsrelatie met ZBO's sterker uit elkaar te trekken. Een dergelijke ontwikkeling zou de beschreven situatie in de komende jaren veranderen.

Zorgvuldiger gebruik van aanwijzingen, signaleringen en adviezen

Het aantal aanwijzingen van het ministerie aan de NZa is in 2013 voor het eerst sinds jaren afgenomen (zie Tabel 2). De komende jaren zal blijken of op dit punt sprake is van een trend.

Tabel 2 Aantal aanwijzingen ministerie van VWS aan NZa. (Bron: Ministerie van VWS)

	2009	2010	2011	2012	2013
Aanwijzingen	12	11	17	19	12

Het is relevant om op te merken dat er een verschil van inzicht bestaat tussen het ministerie van VWS en de NZa over de noodzaak tot het geven van specifieke aanwijzingen gegeven de afbakening van de bevoegdheden van de NZa.

In de sturingsrelatie zijn naast de aanwijzingen van het ministerie van VWS aan de NZa ook de signaleringen en de adviezen van de NZa aan het ministerie van VWS van belang (zie Tabel 3). Het aantal signaleringen is sinds 2010 afgenomen tot een enkele per jaar. De

signaleringen waarvoor dat relevant was, zijn vrijwel allemaal door het ministerie van VWS opgevolgd.

Het aantal adviezen is sinds 2010 juist toegenomen. Ook deze zijn vrijwel allen door het ministerie van VWS overgenomen. Het overgrote deel van de adviezen had, zoals de WMG beoogt, betrekking op door het ministerie van VWS voorgenomen beleid. De meeste adviezen betroffen de regulerende rol van de NZa. Slechts een beperkt aantal adviezen had betrekking op de bewakende en controlerende rol. In het overgrote deel van de gevallen waren de adviezen de basis voor aanwijzingen van het ministerie van VWS aan de NZa en zijn daarmee dus opgevolgd.

Tabel 3 - Aantal signaleringen en adviezen van NZa aan ministerie van VWS. (Bron: NZa)

	2009	2010	2011	2012	2013
Signaleringen	4	6	0	2	0
Adviezen	9	6	7	10	15

Sturing op hoofdlijnen effectief

Het voornemen om de aansturing van de NZa meer op hoofdlijnen te laten plaatsvinden, is in de praktijk op een aantal fronten geëffectueerd. De prioriteitenbrief, het document waarin het ministerie jaarlijks de opdracht aan de NZa verwoordt, concentreert zich de laatste jaren meer op het bepalen van de strategische kaders. In samenhang hiermee is ook het werkprogramma dat de NZa aan het ministerie ter goedkeuring voorlegt minder diepgaand, al bevat dit nog steeds een groot aantal details. Het gaat hier bijvoorbeeld om de inzet van formatie op de processen en processen. Deze zijn feitelijk meer van belang voor de interne organisatie van de NZa dan voor de sturing vanuit het ministerie van VWS.

De minder gedetailleerde aansturing biedt de NZa de vrijheid om, gegeven de transitie van het zorgstelsel, meer dan in het verleden zelfstandig afwegingen te maken en besluiten te nemen. Hierdoor kan de organisatie sneller anticiperen en reageren op nieuwe ontwikkelingen. Het is bijvoorbeeld beter mogelijk om zonder tussenkomst van het ministerie de prioriteiten in het toezicht tussentijds te herijken en binnen de begroting te schuiven met budgetten. Ondanks deze ontwikkeling opereert de NZa nog steeds in de directe nabijheid van het politiek-bestuurlijke krachtenveld (zie vervolg).

Functionele praktische sturingsrelatie

Operationeel gezien functioneert de sturingsrelatie tussen het ministerie van VWS en de NZa naar behoren. De jaarlijkse sturingscyclus is eenduidig vastgelegd en werkbaar, de onderlinge afstemming is professioneel en transparant, de overeengekomen termijnen worden over het algemeen gehaald en bij voorvallen en incidenten weten beide organisaties elkaar snel en gemakkelijk te vinden.

In het kader van deze sturingscyclus bestaan wel twee aandachtspunten. Een eerste aandachtspunt is het gebrek aan regie op de tussentijdse stroom aan opdrachten en verzoeken die vanuit de betrokken beleidsdirecties van het ministerie in de richting van de NZa gaat. Daarnaast komt een groot aantal van de opdrachten en verzoeken bovenop de werkafspraken die eerder gemaakt zijn. Hoewel over deze opdrachten en verzoeken in de tussentijdse reviews wel afspraken gemaakt worden tussen het ministerie van VWS en de NZa, ontbreekt het aan een strategisch kader op basis waarvan prioriteiten te stellen zijn en een bredere afweging mogelijk is.

Tweede punt van aandacht is de manier waarop het ministerie regie voert op de uiteenlopende contacten die er vanuit de verschillende geledingen met de NZa zijn. Dit geldt vooral voor onderwerpen binnen het domein van toezicht, een domein waar meerdere onderdelen van het departement direct bij betrokken zijn. Door de uitsplitsing van de opdrachtgevers- en eigendomsrelatie neemt het aantal contactpunten voor de NZa binnen het ministerie verder toe, waardoor ook de behoefte aan een betere coördinatie en afstemming groeit.

Jaarlijkse beoordeling oppervlakkig

De criteria die het ministerie van VWS jaarlijks gebruikt op het functioneren van de NZa in bedrijfsmatig-organisatorische zin te beoordelen, zijn nogal abstract en niet vertaald naar concrete prestatie-indicatoren. Hierdoor levert de beoordeling een nogal 'hoog over' beeld op van het functioneren van de NZa. De informatieve waarde hiervan is beperkt.

7.3.3 Bevindingen interne sturing NZa

Ontbreken van eigen strategische agenda

De interne sturing binnen de NZa is sterk gericht op de beleidsdoelen van het ministerie van VWS. De organisatie beschikt niet over een eigen strategische agenda, die vanuit de doelstellingen van de WMG richting bepaalt, focus geeft en prioriteiten stelt. Het ontbreekt hierdoor aan een (intern en extern) gedeeld beeld van het langetermijnperspectief van de NZa.

Het ontbreken van een eigen strategische agenda heeft een aantal nadelen.

- Ten eerste belemmert wordt de NZa belemmerd om in de relatie met het ministerie van VWS 'tegenwicht' te bieden aan de (ad hoc) vragen die op de organisatie afkomen. Dit verklaart voor een deel het beeld van externe partijen dat de NZa te sterk meebeweegt met de politieke waan van de dag en onvoldoende toekomst aan de 'grote' opgaven die voortvloeien uit de WMG. Mede door de sectorgerichte benadering, die ook door het ministerie van VWS in aansturende zin gebezigd wordt, ontbreekt het de NZa in deze zin aan voldoende sectoroverstijgende, strategische initiatieven gericht op de langetermijndoelen van de WMG.
- Ten tweede betekent de afwezigheid van een eigen agenda dat keuzes die gemaakt moeten worden, bijvoorbeeld daar waar het gaat om investeringsbeslissingen, onvoldoende vanuit een integraal ontwikkelingsperspectief voor de langere termijn worden gezien. Voor dergelijke beslissingen wordt wel naar de toekomst gekeken, maar dit gebeurt gefragmenteerd en onvoldoende vanuit een overkoepelend algemeen kader.
- Ten derde zorgt het ontbreken van een eigen strategische agenda ervoor dat het ook voor medewerkers niet duidelijk is in welke richting de organisatie zich beweegt en welke bijdrage zij hieraan kunnen leveren.²⁷³ In de afgelopen jaren zijn er binnen de NZa wel pogingen ondernomen om een strategische agenda op te stellen, maar door de druk om de ontwikkelingen in de zorgmarkt bij te benen en het ontbreken van een gevoel van urgentie, hebben deze geen resultaat opgeleverd.

Grote elasticiteit van de organisatie

De sturingsrelatie tussen het ministerie van VWS en de NZa maakt dat de interne organisatie van de NZa direct onder invloed staat van politiek-bestuurlijke ontwikkelingen.

²⁷³ NZa, Medewerkertevredenheidsonderzoek (2014).

De (impliciete) verwachting van het ministerie is hierbij dat de NZa in staat is om snel en adequaat op deze ontwikkelingen te reageren. In de praktijk lijkt de NZa deze verwachting in veel gevallen ook waar te maken. In termen van professionaliteit, inzet en betrokkenheid betekent dit echter wel dat een zwaar beroep wordt gedaan op de organisatie. Om alle ontwikkelingen bij te benen, dient de NZa vrijwel structureel ‘alle zeilen bij te zetten’.

Organisatie in control

De interne sturingscyclus binnen de NZa wordt uitgevoerd in lijn met de interne richtlijnen die hiervoor gelden en is functioneel. De organisatie is *in control*, in de zin dat er op het niveau van de Raad van Bestuur continu een helder en compleet beeld bestaat van de stand van zaken binnen de organisatie. Op de lagere niveaus, waaronder het niveau van de directies, is dit beeld meer gefragmenteerd en ontbreekt het samenhangende overzicht, waardoor niet altijd duidelijk is hoe operationele activiteiten passen binnen het grotere geheel.

Weinig krachtige interne checks en balances

Ondanks het functioneren van de interne sturingscyclus zijn de *checks and balances* relatief zwak ontwikkeld, waardoor er onvoldoende ‘tegenkracht’ is om in de besluitvorming te zorgen voor een integrale afweging van belangen. Dit geldt voor zowel inhoudelijke als organisatorische besluiten. De *checks and balances* zijn over het algemeen wel ingericht, maar missen de *countervailing power* om ook als zodanig te functioneren. Hiervoor is een aantal redenen aan te wijzen.

- De beleidsdirecties zijn sterk gericht op hun eigen inhoudelijke aandachtsgebied en missen voor hun activiteiten een overkoepelend kader van waaruit zij opereren.
- Gegeven het principe van integraal management ligt de focus van nature sterk op de inhoudelijke aspecten van het werk en minder op de organisatorische aspecten. Deze organisatorische aspecten krijgen niet altijd de aandacht die wenselijk is. Het gaat hier bijvoorbeeld om de optimalisering van de bedrijfsprocessen en de uitvoering van het operationele personeelsbeleid. Tussen de verschillende directies zijn op dit punt significante verschillen waar te nemen.
- De stafdiensten vervullen binnen de organisatie, naast de ondersteunende rol ten opzichte van de beleidsdirecties, te weinig een volwaardige, zelfstandige rol in de richting van de Raad van Bestuur en de directie.

Beperkt reflectief vermogen

De NZa heeft de afgelopen jaren uiteenlopende acties ondernomen om het eigen functioneren van de organisatie te verbeteren. Het gaat hierbij onder meer om het vergroten van de interne mobiliteit van medewerkers, het stroomlijnen van de interne informatieprocessen en het verbeteren van de verwerking van aanvragen voor budgettering en nacalculatie. Hiermee heeft de NZa daar waar het gaat om de (interne) werkprocessen, procedures en systemen belangrijke stappen voorwaarts gezet (zie hiervoor ook de volgende paragrafen).

Tegelijk is het beeld van AEF dat het reflectief vermogen van de organisatie beperkt is waar het gaat om de te realiseren resultaten en de aanpak die daarvoor het meest effectief en efficiënt is. De organisatie heeft de neiging zich te veel te concentreren op de complexe inhoudelijke regulerings- en toezichtsvraagstukken die zich vrijwel aan de lopende band aandienen. De affiniteit met deze vraagstukken en de prestatiegedrevenheid om deze op te lossen maken dat de aandacht vooral hierop gericht is. De organisatie gunt zichzelf weinig tijd en ruimte om boven dit niveau uit te stijgen en het eigen functioneren in een bredere

context van de transitie van het zorgstelsel tegen het licht te houden. In deze zin is de strategische (denk)kracht van de organisatie beter te benutten.

Bescheiden invloed van de Raad van Advies

De Raad van Advies van de NZa heeft een ondersteunende rol in het voorbereiden van de interne standpuntbepaling. In de praktijk acteert de raad sterk reactief, in de zin dat zij zich vooral richt op vraagstellingen vanuit de Raad van Bestuur. Op het moment dat de Raad van Advies om advies gevraagd wordt, bevindt de beleidsvoorbereiding rond de betreffende vraagstellingen zich veelal al in een vergevorderd stadium, wat maakt dat de ruimte voor de raad om te adviseren beperkt is.

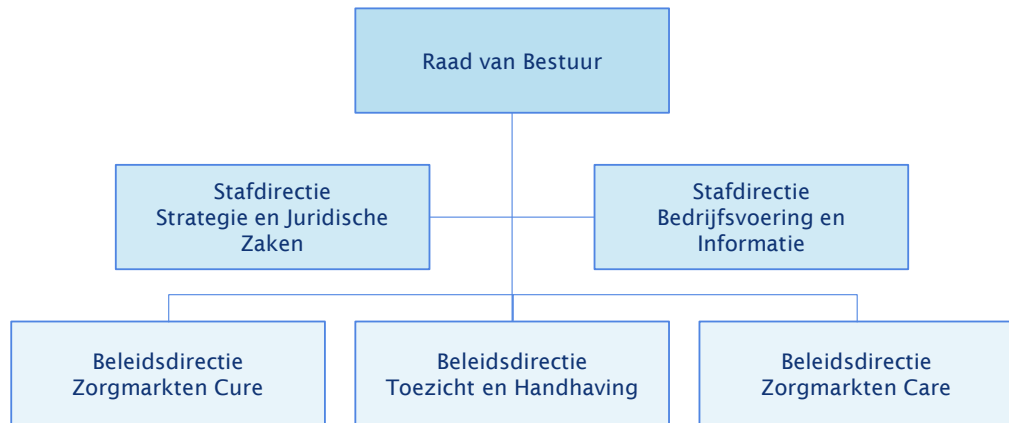
Hierbij speelt ook dat de bijeenkomsten van de raad niet worden afgesloten met een concrete standpuntbepaling in de richting van de Raad van Bestuur. Beide omstandigheden maken dat de invloed van de Raad van Advies op het opereren van de NZa bescheiden is.

7.4 Aandachtsgebied organisatie en werkprocessen
7.4.1 Context

Het tweede aandachtsgebied dat in dit hoofdstuk behandeld wordt, richt zich op de inrichting van de organisatie en de uitvoering van de operationele werkprocessen.

De NZa bestaat uit een Raad van Bestuur en vijf directies. De directies zijn uit te splitsen in drie beleidsdirecties en twee stafdirecties, die elk bestaan uit meerdere units (zie Figuur 8).

Figuur 8 - Organisatiestructuur NZa. (Bron: Jaarverslag 2013 NZa)



Beleidsdirecties

De directies Zorgmarkten Care en Zorgmarkten Cure zijn belast met het monitoren van deze zorgmarkten en het uitvoeren van tarief- en prestatieregulering. Ook is het hun taak om de uitvoeringstoetsen uit te voeren en te adviseren over marktordening. De directie Care kent de units Verzorging en Verpleging A en B en Gehandicaptenzorg; de directie Cure de units Eerstelijnszorg en Ketens, Tweedelijns Somatische Zorg en Geestelijke Gezondheidszorg.

De directie Toezicht en Handhaving is belast met het toezicht op de uitvoering van de in de AWBZ en Zvw geregelde verzekeringen. Ze ziet toe op de naleving van het bij of krachtens de WMG bepaalde, signaaltoezicht, zaken betreffende aanmerkelijke marktmacht, het uitbrengen van zienswijzen en handhaving. De directie bestaat uit de unit Markttoezicht en Toezicht Zorgaanbieders en de unit Toezicht Zorgverzekeraars.²⁷⁴

Stafdirecties

De directie Bedrijfsvoering en Informatie is belast met de uitvoering van projecten, met personele, financiële en facilitaire ondersteuning, de informatievoorziening van de NZa, procesmanagement, organisatieontwikkeling en het beheer van de informatielijn. De directie kent de units Informatie- en Facilitair Management, Informatie- en Coördinatiecentrum, Financiën en Control, Human Resource Management en de Projectenpool.

De directie Strategie en Juridische Zaken is belast met advisering van de Raad van Bestuur op economisch, medisch en juridisch gebied. Ook adviseert ze beleidsdirecties op de gebieden van kennisontwikkeling, onderzoek, strategie en communicatie, relatiebeheer, bestuurlijke kaderstelling, bestuursondersteuning, control en juridische zaken. Ook brengt de directie zienswijzen uit ten behoeve van de ACM. De directie kent de units Economisch en Medisch Bureau, Strategie en Communicatie en Juridische Zaken.²⁷⁵

Om tot de huidige organisatie te komen is sinds de evaluatie van de NZa in 2009 een aantal reorganisaties en herinrichtingen doorgevoerd.

- In 2009 is de directie Toezicht en Handhaving opgericht (zie paragraaf 5.1.5). Om het toezicht slagvaardiger te maken is destijds besloten om het markt-, nalevings- en uitvoeringstoezicht in de sectoren cure en care te bundelen in één directie. Naast het behalen van operationele voordelen was het doel om duidelijk te maken dat de NZa als marktmeester een heldere scheiding aanbrengt tussen haar regulerende en toezichthoudende taken.
- In 2010 heeft een herinrichting plaatsgevonden, waarbij een aantal veranderingen in de organisatie zijn doorgevoerd:
 - binnen de (toenmalige) directie Organisatieontwikkeling en Bedrijfsvoering werd de unit Facilitaire Zaken opgeheven
 - de unit Informatiemanagement werd omgevormd tot de unit Informatie- en Facilitair Management
 - de unit Informatievoorziening werd opgericht (die later opgaat in het Informatie- en Coördinatiecentrum)
 - het takenpakket van de unit Personeel en Organisatie werd uitgebreid met enkele strategische taken en ging de unit HRM heten
- In 2011 vond een reorganisatie plaats, waarbij de directie Organisatieontwikkeling en Bedrijfsvoering werd omgevormd tot de directie Bedrijfsvoering en Informatie. Daarnaast werd de staf van de Raad van Bestuur samengevoegd met de stafafdeling Ontwikkeling. Beide gingen op in de nieuwe stafdirectie Strategie en Juridische Zaken. De doelen van deze aanpassingen waren het creëren van meer duidelijkheid in de sturing, het verder

²⁷⁴ NZa, Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa (2011)

²⁷⁵ NZa, Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa (2011)

professionaliseren van de juridische functie en het optimaliseren van de strategische ondersteuning

- In 2014 is de unit Strategie en Communicatie omgevormd tot de unit Corporate Communicatie. De verantwoordelijkheid voor de strategische ontwikkeling komt hierbij te liggen bij de beleidsdirecties. De stafdirectie Strategie en Juridische Zaken heeft ten aanzien van deze ontwikkeling een coördinerende rol
- In 2014 is tevens sprake geweest van een verandering in de inrichting van de beleidsdirectie Toezicht en Handhaving. Als gevolg van een uitbreiding van de formatie is de directie uitgebreid met de unit Toezicht zorgaanbieders en detectie, gericht op signaaltoezicht en detectie. De overige activiteiten zijn binnen de bestaande units herschikt.

In aanvulling op deze reorganisaties en herinrichtingen is een aantal aanvullende veranderingen doorgevoerd, te weten:

- de vorming van een Informatie- en Coördinatiecentrum voor de afhandeling van de inkomende en uitgaande informatiestromen
- het digitaliseren van werkprocessen in de bedrijfsvoering gericht op het verhogen van de effectiviteit en efficiëntie
- het aanstellen van een Security Officer en de Functionaris Gegevensbescherming gericht op het verbeteren van het beleid ten aanzien van het beveiligen van gegevens.

Op dit moment bereidt de NZa de integratie voor van de activiteiten DBC-Onderhoud (DBC-O) in de organisatie. DBC-O is een expertisecentrum dat inzicht biedt in zorgprestaties en opereert als objectieve en onafhankelijke expert op het vlak van de DBC-zorgproducten en andere vormen van zorgprestaties. De integratie zal de komende jaren haar beslag krijgen.

7.4.2 Bevindingen organisatie

Functionele organisatiestructuur

De organisatiestructuur van de NZa kent een functionele indeling in directies en units. De aanpassingen die hier in de afgelopen jaren in zijn doorgevoerd, zijn vanuit de verandering in de taakopdracht aan de organisatie logisch te verklaren. Dit geldt onder meer voor de uitbreiding van de activiteiten op het gebied van toezicht en handhaving. De doorgevoerde aanpassingen in de organisatie lijken in de praktijk effectief te zijn, al bestaat de neiging om oplossingen vooral te zoeken aan de ‘harde’ kant van de organisatie, zoals in de structuur en de inrichting van werkprocessen, en minder aan de ‘zachte’ kant van de organisatie, zoals in de houding in het gedrag van medewerkers.

Aanvullend is de NZa nog zoekende naar de wijze waarop de activiteiten op het gebied van regulering en toezicht binnen één organisatie te combineren zijn, mede gezien de uiteenlopende eisen ten aanzien van de ondersteunende werkprocessen, bijvoorbeeld daar waar het de omgang met informatiestromen betreft.

Weinig integratieve topstructuur

De gelaagdheid van de organisatiestructuur is in algemene zin passend bij de omvang en activiteiten van de NZa. De inrichting van de topstructuur is hierbij een punt van aandacht. De vraag is of het huidige onderscheid tussen de Raad van Bestuur en de Directie nodig is en in de praktijk waarde aan de organisatie toevoegt. Het beeld van AEF hierbij is dat de

directeuren, in lijn met de geldende richtlijnen²⁷⁶, primair verantwoordelijk zijn voor het functioneren van hun eigen directie en in mindere mate een verantwoordelijkheid voor de organisatie als geheel hebben.²⁷⁷ Dit zorgt ervoor dat integrale afwegingen pas op het niveau van de Raad van Bestuur plaatsvinden. Actuele ontwikkelingen binnen de NZa laten zien dat in deze situatie verandering komt, doordat directeuren een meer organisatiebrede verantwoordelijkheid krijgen.

Onvoldoende interne afstemming en samenhang

Het beeld van AEF is dat de interne afstemming tussen de beleidsdirecties van de NZa onvoldoende is ingevuld. Externe partijen geven aan dat de medewerkers van de NZa niet altijd met één mond spreken en dat de opvattingen van de NZa kunnen verschillen afhankelijk van de beleidsdirectie waarmee gesproken wordt. Mede door het ontbreken van een gezamenlijke agenda opereren de beleidsdirecties nog relatief onafhankelijk van elkaar.

In de samenwerking tussen de beleids- en stafdirecties de afgelopen jaren stappen voorwaarts gezet. Zo is er vanuit de directie Bedrijfsvoering en Informatie een strategie ontwikkeld voor de interne dienstverlening en zijn er aanvullende plannen opgesteld om de huidige en toekomstige dienstverlening te definiëren. Ondanks deze stappen is er ruimte voor (verdere) verbetering. Het beeld van AEF is dat de ondersteunende bedrijfsprocessen nog steeds op afstand van de primaire processen worden ingevuld en uitgevoerd. Dit maakt dat er binnen de stafdirecties geen volledig zicht bestaat op de toekomstige ontwikkelingen binnen de beleidsdirecties en hierop ook onvoldoende kan worden geanticipeerd. Ook betrekken de beleidsdirecties de stafdirecties niet altijd tijdig bij hun activiteiten. Hierdoor bestaat het risico op onvolkomenheden in de beleidsinhoudelijke, juridische dan wel financiële voorbereiding van vraagstukken.

7.4.3 Bevindingen werkprocessen

Groeiende werkomvang

Ten aanzien van de primaire werkprocessen is het beeld van AEF dat de NZa *in control* is, in de zin dat de werkvoorraden laag zijn, (wettelijke) termijnen in algemene zin gehaald worden en het aantal klachten over het functioneren van de NZa beperkt is. Tegelijk is het beeld dat de werkomvang de afgelopen jaren is toegenomen. Dit blijkt onder meer uit het aantal vragen, signaleringen en Wob-verzoeken. In het vervolg van deze paragraaf zijn de belangrijkste kwantitatieve ontwikkelingen in het werkpakket van de NZa opgenomen.

Het aantal door de NZa (geregistreerde) ontvangen vragen is de afgelopen jaren sterk toegenomen (zie Tabel 4). Dit geldt vooral voor het aantal telefonisch gestelde vragen. De in de tabel opgenomen aantallen zijn inclusief de door de NZa ontvangen signalen. Het aantal Wob-verzoeken is vanaf 2010 tot 2012 afgenomen, maar laat in 2013 weer een toename zien. Op basis van de gevoerde gesprekken is het beeld dat het aantal Wob-

²⁷⁶ NZa, Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa (2011)

²⁷⁷ Een uitzondering is de directeur Bedrijfsvoering en Informatie, die op voor een aantal onderwerpen een bredere verantwoordelijkheid heeft.

verzoeken in 2014 verder zal toenemen, wat een steeds groter tijdsbeslag voor de medewerkers betekent.

Tabel 4 - Aantal vragen aan NZa. (Bron: Jaarverslagen NZa)

	2009	2010	2011	2012	2013
Vragen	10.185	11.049	17.461	18.308	26.762
Wob-verzoeken	n.b.	55	24	22	37

Ook het aantal signalen dat de NZa vanaf 2009 gekregen heeft, is sterk toegenomen (zie Tabel 5). Deze signalen zijn vooral zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het aantal interventies dat de organisatie op basis van deze signalen pleegde, nam eveneens toe, maar minder dan evenredig. Dit als gevolg van de eerder beschreven wijze waarop de NZa haar toezichhoudende rol invult.

Tabel 5 - Aantal signalen voor en interventies door NZa. (Bron: Jaarverslagen NZa)

	2009	2010	2011	2012	2013
Signalen	419	332	417	1058	2.247
Interventies	55	30	36	135	86

Het aantal bezwaarschriften dat de NZa ontvangen heeft in vervolg op afgegeven beschikkingen is in de periode vanaf 2009 in eerste instantie afgenomen en vervolgens gestabiliseerd (zie Tabel 6). Door de introductie van het zaakgericht werken worden deze bezwaarschriften sneller afgehandeld, waardoor de gemiddelde werkvoorraad is gedaald. Het aantal beroepschriften is na een verklaarbare stijging in 2010 in de daarop volgende jaren afgenomen. Ook hiervoor is de snellere afhandeling van bezwaarschriften een verklarende factor.

Tabel 6 - Aantal bezwaar- en beroepschriften gericht aan NZa. (Bron: Jaarverslagen NZa)

	2009	2010	2011	2012	2013
Bezwaarschriften	1.205	566	431	530	455
Beroepschriften	46	161	80	79	61

Het aantal beroepszaken dat tot een zitting heeft geleid is in de periode van 2009 tot 2012 toegenomen. In 2013 is dit aantal afgenomen (zie Tabel 7). Bijna driekwart van deze beroepszaken is door de rechter ongegrond verklaard of niet ontvankelijk verklaard. De overige beroepszaken zijn door de rechter geheel of gedeeltelijk gegrond verklaard.

Tabel 7 - Uitspraken in beroepszaken (Bron: NZa)

	2009	2010	2011	2012	2013
Uitspraken	23	25	45	57	41
- Ongegrond	13	8	22	34	22
- Gegrond	4	8	5	9	11
- Overig*	6	9	18	13	11

* Vooral niet ontvankelijk

Tot slot is het aantal klachten over het functioneren van de NZa in de periode vanaf 2009 afgenomen en schommelt die de laatste jaren op een constant niveau (zie Tabel 8).

Tabel 8 - Aantal klachten over functioneren NZa. (Bron: Jaarverslagen NZa)

	2009	2010	2011	2012	2013
Klachten	8	0	4	2	3

Beperkte sturing op efficiëntie

De sturing binnen de primaire werkprocessen richt zich vooral op het leveren van kwalitatief hoogwaardige prestaties en minder op het efficiënt uitvoeren van de activiteiten. Het zaakgericht werken dat in de afgelopen jaren geïntroduceerd is, heeft een positief effect op de uitvoering van de werkprocessen. Daarnaast is binnen de directie Zorgmarkten Care het proces van budgetaanvragen efficiënter ingericht. Door een aantal gerichte procesoptimalisaties is echter nog meer winst te behalen. Met name de directies die zich bezighouden met regulering kunnen ten aanzien van hun operationele processen (budget- en nacalculaties) meer samen optrekken. De winst die hieruit voortvloeit zal in termen van formatie en budget echter bescheiden zijn.

7.5 Aandachtsgebied financiën en planning & control

7.5.1 Context

Het derde aandachtsgebied, financiën en planning & control, richt zich op zowel de financiële stand van zaken binnen de NZa, als de manier waarop de sturing op financiën binnen de organisatie (in relatie tot het ministerie van VWS) plaatsvindt. De evaluatie richt zich hierbij op de financiële ontwikkelingen sinds 2009. Op een aantal specifieke onderdelen is het presteren van de NZa vergeleken met dat van andere toezichthouders.

De NZa draagt als ZBO zelf de verantwoordelijkheid voor haar financiële reilen en zeilen. De eindverantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de Raad van Bestuur, die bij de invulling hiervan wordt ondersteund door de unit Financiën en Control (F&C), vallend onder de stafdirectie Bedrijfsvoering en Informatie. Het ministerie van VWS stelt de begroting van de NZa jaarlijks vast als onderdeel van het eerder beschreven werkprogramma. Na afloop van het kalenderjaar legt de NZa in het jaarverslag verantwoording af over de bereikte resultaten en de gemaakte kosten. De NZa is financieel gezien volledig afhankelijk van de middelen die het ministerie van VWS op basis van het werkprogramma toezegt.

Binnen de organisatie van de NZa zijn de directeuren zelf verantwoordelijk voor de financiële situatie van hun eigen directie (onderdeel van het systeem van integraal management). Dit betekent dat zij binnen de kaders van het jaarlijkse werkprogramma aanspreekbaar zijn op de effectieve en efficiënte inzet van de beschikbare middelen. De directeuren hebben binnen dit kader de vrijheid om zelf te sturen en prioriteiten te stellen. De directies brengen over hun financiële positie periodiek verslag uit aan de unit F&C. Deze unit ondersteunt en monitort de directies met betrekking tot hun planning & control-cyclus en houdt een vinger aan de pols aangaande de financiële positie van de NZa als geheel. Middels interne managementrapportages wordt de Raad van Bestuur op kwartaalbasis geïnformeerd over de voortgang van de processen en projecten en de uitputting van de financiële middelen.

Drie keer per jaar bericht de NZa het ministerie van VWS over de financiële stand van zaken. Dit gebeurt in een drie-, zeven- en twaalfmaandsreview. Hierin wordt op hoofdlijnen verslag gedaan over de stand van zaken over het werkprogramma, inclusief de begroting. Ook vindt een (her)prioritering plaats op basis van nieuwe tussentijdse opdrachten vanuit het ministerie van VWS.

Ten aanzien van het financieel functioneren van de NZa is in de Kaderwet ZBO's vastgelegd dat het verschil tussen de exploitatiebijdrage van VWS en de uiteindelijke lasten aan het einde van een boekjaar ten gunste of ten laste van de egaliseringsreserve van de NZa komt.²⁷⁸ Deze reserve heeft het karakter van het eigen vermogen van de organisatie. Wettelijk mag de omvang van de egaliseringsreserve maximaal 5 procent van het totale begrotingsbedrag bedragen. Overschrijdt de egaliseringsreserve deze grens, dan wordt het overbodige bedrag door het ministerie van VWS afgeroomd²⁷⁹.

7.5.2 Bevindingen

Structurele incidentele financiering

Een substantieel deel van het takenpakket van de NZa bestaat uit structurele taken, die jaarlijks terugkeren. Het overige deel is afhankelijk van de tijdelijke prioriteiten die het ministerie van VWS en de NZa stellen en bestaat uit taken voor één of meerdere jaren. In sommige gevallen gaan deze incidentele taken op termijn over in structurele taken. In de afgelopen jaren ging het hier bijvoorbeeld om het intensiveren van toezicht en handhaving en fraudebestrijding. Onlangs is een deel van het hiervoor bestemde incidentele budget omgezet in structurele middelen.

Desondanks bestaat het budget van de NZa voor een – ten opzichte van vergelijkbare instellingen – relatief groot deel uit incidentele middelen (zie Tabel 11 op pagina 155). Dit heeft onder meer te maken met het feit dat van de voorziene uitfasering van de reguleringstaken ten gunste van nieuwe toezichtszaken door de lange transitietrajecten nog maar beperkt van de grond komt en er aan de kant van regulering dus maar beperkt budget vrijgevallen is dat besteed kon worden aan toezicht. Hierdoor was er behoefte aan extra budgetten, die tijdelijk van aard waren. Onlangs is een deel van deze budgetten omgezet in structurele middelen.

Aan de incidentele middelen kleeft voor de NZa het nadeel dat er jaarlijks onzekerheid bestaat over de continuering ervan. Dit heeft consequenties voor de besteding van deze middelen en daarmee voor de bedrijfsvoering van de organisatie. Zo leidde de incidentele financiering de afgelopen jaren tot de inzet van aanzienlijke aantallen tijdelijke krachten, binnen specifieke directies oplopend tot een derde deel van de formatie (zie paragraaf 7.6).

Het ministerie van VWS onderkent de nadelen die samengaan met de incidentele middelen, maar ziet vooralsnog geen mogelijkheden om hier structureel iets aan te doen. Wel worden er met ingang van 2010 meerjarenafspraken gemaakt op basis van de afspraken in het regeerakkoord. Deze meerjarenafspraken lopen in 2014 af. Voor de periode vanaf 2015 is er sprake van een verkenning om de jaarlijkse financiering sterker te baseren op het functiegebouw van de NZa en op een meerjarige activiteitenplanning.

Constante personeelskosten in lijn met andere toezichthouders

De lastenkant van de exploitatierekening vertoont over de periode waarop de evaluatie betrekking heeft een beperkt aantal opvallende zaken. De belangrijkste kostenpost in de exploitatie zijn de personeelslasten. Deze beslaan ruim 60% van de totale kosten. Dit

²⁷⁸ Kaderwet ZBO's, Artikel 33

²⁷⁹ Regeling bezoldiging en beheerskosten bestuursorganen volksgezondheid (2011), artikel 19, lid 1

percentage is over de jaren constant en in lijn met de personeelslasten van vergelijkbare toezichthoudende organisaties (zie Tabel 9).

Tabel 9 - Personeelskosten als percentage van totale lasten. (Bron: Jaarverslagen NZa, AFM, OPTA en NMa)

Organisatie	2010	2011	2012	2013
NZa	65,9%	63,0%	62,2%	63,6%
AFM	63,0%	70,7%	72,2%	70,4%
OPTA*	60,2%	65,0%	71,9%	63,4%
NMa*	59,2%	61,0%		

* Vanaf 2013 vormen NMa, Consumentenautoriteit en OPTA samen de ACM. De cijfers voor de jaren 2012 en 2013 zijn gebaseerd op het jaarverslag 2013 van de ACM.

Hoge kosten van externe inhuur

De kosten van de inhuur van externe deskundigheid zijn binnen de NZa relatief hoog. Deze kosten bestaan uit de kosten van het personeel dat in tijdelijke dienst is en de inhuur van externe expertise op uitzend- of detachingsbasis. Een deel van de hoge kosten is te verklaren door het al eerder aangehaalde grote aantal tijdelijke contracten. Echter, ook wanneer deze kosten buiten beschouwing worden gelaten, blijven de kosten voor externe inhuur hoog (zie Tabel 10).

Tabel 10 - Kosten externe inhuur (exclusief tijdelijke contracten) als percentage van totale exploitatielasten. (Bron: Jaarverslagen NZa, AFM, OPTA en NMa)

Organisatie	2010	2011	2012	2013
NZa	13,8%	18,0%	18,5%	18,2%
AFM	3,4%	2,5%	3,2%	2,4%
OPTA*	11,4%	8,2%	4,3%	3,2%
NMa*	5,9%	4,3%		

* Vanaf 2013 vormen NMa, Consumentenautoriteit en OPTA samen de ACM. De cijfers voor de jaren 2012 en 2013 zijn gebaseerd op het jaarverslag 2013 van de ACM.

Een verklaring voor deze hoge kosten is dat de NZa naast de tijdelijke contractering van eigen personeel ook andere externe krachten op detachings- en uitzendbasis ingehuurd heeft om de incidenteel gefinancierde onderdelen en tussentijdse aanpassingen van het werkprogramma op te vangen. Tot 2012 speelde hierbij mee dat het ministerie van VWS een maximale omvang van de vaste formatie van de NZa had vastgesteld. In 2012 is dit maximum losgelaten.

Ondanks de (noodzakelijke) inzet van een groot aantal tijdelijke medewerkers, ontbreekt het de NZa aan een centrale regie op de invulling van de tijdelijke behoefte aan medewerkers. Deze behoefte wordt, weliswaar binnen procedurele kaders, op ad hoc basis per organisatieonderdeel ingevuld, waarbij het gebruik van de interne projectenpool een van de mogelijkheden is (zie paragraaf 7.6). Dit bevordert de doelmatigheid niet.

Stabiele exploitatiebijdrage

De jaarlijkse exploitatiebijdrage van het ministerie van VWS aan de NZa is in de periode vanaf 2010 niet substantieel gewijzigd (zie Tabel 11). De hoogte van deze bijdrage wordt vastgesteld op basis van de processen en projecten in het werkprogramma. Indien nodig wordt de vergoeding in de loop van een jaar bijgesteld. Deze wijze van bekostigen heeft als voordeel dat er een directe en traceerbare link is tussen de middelen die het ministerie van VWS aan de NZa beschikbaar stelt en de activiteiten die de NZa uitvoert. Een nadeel is de continue fluctuatie in het budget als gevolg van wijzigingen in de activiteiten van de NZa.

Deze wijzigingen zijn er de afgelopen jaren wel geweest, maar hebben door de saldering met andere ontwikkelingen uiteindelijk niet geleid tot een omvangrijke aanpassing van de exploitatiebijdrage.

Een reden hiervoor ligt in de taakstellingen waar de NZa in de afgelopen jaren vanuit het Rijk mee te maken heeft gehad. Sinds 2009 zijn meerdere efficiëntietaakstellingen, een taakstelling op externe inhuur en een formatieve taakstelling doorgevoerd. Daarnaast is in de afgelopen jaren meermaals geen inflatiecorrectie toegepast op de salarissen van de medewerkers van de NZa en is de exploitatiebijdrage ook als geheel niet gecorrigeerd voor inflatie. Deze bezuinigingen zijn rechtstreeks verrekend met de exploitatiebijdrage. De kortingen die hieruit voortvloeiden, zijn gecompenseerd met uitbreidingen van het takenpakket of door extra bijdragen voor dreigende tekorten.

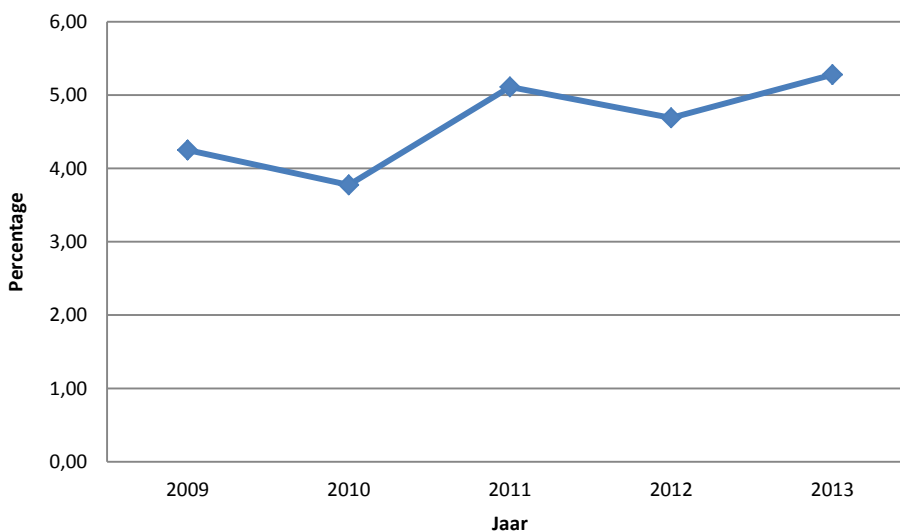
Tabel 11 - Incidentele middelen. (Bron: Jaarverslagen en tussenrapportages NZa)

Middelen	2010	2011	2012	2013
Structurele middelen	€ 29.155.000	€ 28.923.000	€ 28.599.000	€ 29.212.000
Incidentele middelen	€ 4.216.720	€ 7.711.040	€ 4.980.950	€ 4.875.130
Totale exploitatiebijdrage VWS	€ 33.371.720	€ 36.634.040	€ 33.579.950	€ 34.087.130
Percentage incidentele middelen	14,5%	26,7%	17,4%	16,7%

Robuuste balans

De balanspositie van de NZa is op orde. Zoals al is beschreven, werkt de organisatie met een egalisatiereserve die niet meer dan 5% van de begroting mag bedragen. De reserve schommelde in de afgelopen jaren steeds rond deze grens (zie Figuur 9).

Figuur 9 - Egalisatiereserve als percentage van begroting. (Bron: Jaarverslagen NZa)



Naast de egalisatiereserve zijn ook de overige balansposten op orde. De hoogte van de post liquide middelen hangt samen met het patroon van ontvangsten en uitgaven en bestaat voor het overgrote deel uit overlopende posten.

Ook heeft de NZa een ruime post aan voorzieningen op haar balans staan. Deze post heeft vooral betrekking op werkloosheidsuitkeringen, aanspraken op vervroegde uittrekking, jubileumuitkeringen en pensioenen. De hoogte van de voorzieningen wordt jaarlijks herijkt,

waardoor de omvang in lijn is met de (verwachte) verplichtingen waarvoor de betreffende voorziening bestemd is. In 2011 is een voorziening voor de reorganisatie toegevoegd, die tot een verhoging van de balanspost van 1,4 miljoen euro leidde. Sindsdien schommelt de post voorzieningen rond 20 procent van het balanstotaal.

Financiële sturing op orde, met uitzondering van de auditfunctie

Voor de sturing op financiën geldt dat de NZa *in control* is. Dit is vooral het gevolg van de transparant ingerichte planning & control-cyclus, zowel binnen de NZa als in de financiële relatie met het ministerie van VWS. Daarnaast is de interne financiële informatievoorziening op orde. In 2009 is een systeem geïntroduceerd dat ervoor zorgt dat alle directies en units hun processen en projecten op een vergelijkbare manier registreren. Dit geeft *real time* inzicht in de financiële stand van zaken. Verder wordt er scherp gestuurd op het schrijven van uren door de medewerkers, dat maakt dat de gepresenteerde gegevens ook daadwerkelijk actueel zijn. Dit stelt de organisatie in staat adequaat in te grijpen waar en wanneer dat nodig is.

Ondanks het heldere, actuele zicht op de financiële stand van zaken, laten de tussentijdse voortgangsrapportages en de uiteindelijke jaarrekening ten opzichte van de begroting in het werkprogramma sterke fluctuaties zien in de middelen die voor de processen en projecten benodigd zijn. Voor een deel zijn deze te verklaren door ad hoc vragen vanuit het ministerie van VWS. Voor het overige deel komen deze fluctuaties voort uit belemmeringen in de interne sturing. Dit laatste blijkt uit het feit dat een groot aantal aanpassingen na verloop van tijd toch niet nodig bleek te zijn. In dit opzicht is nog sprake van een leerproces in de richting van een meer stabiele financiële sturing.

Een opvallend punt in de financiële sturing is dat het binnen de NZa ontbreekt aan een eigen interne auditfunctie. De doorlichtingen die hebben plaatsgevonden, zijn uitgevoerd door externe bureaus. Een nadeel hiervan is dat er binnen de organisatie geen geheugen wordt opgebouwd, wat het leervermogen van de organisatie beperkt.

Beperkte aandacht voor risicomanagement

De NZa heeft te maken met een aantal belangrijke financiële risico's:

- onzekerheid over de jaarlijkse toekenning van de incidentele middelen en de effecten die dit heeft op de bedrijfsvoering
- integratie van DBC-Onderhoud in de NZa met een efficiëntiekorting voor de verwachte synergie-effecten
- groei van toezicht en handhaving door de NZa, waardoor het aantal beroeps- en bezwaarzaken naar verwachting zal toenemen
- dekking van de uitgaven die voortvloeien uit het lange termijn Informatie- en ICT-plan, waarvan de uitvoering al in gang is gezet.

Binnen de unit Financiën en Control zijn deze risico's voldoende in beeld. De vraag is echter of deze risico's ook breder binnen de organisatie onderkend worden en of hierop actief wordt gestuurd. Dit is in het beeld van AEF maar beperkt het geval. Er is op dit punt een verbeteringslag mogelijk.

7.6 Aandachtsgebied HRM

7.6.1 Context

De NZa is voor de kwaliteit van haar werk sterk afhankelijk van haar medewerkers. In de aansturing van deze medewerkers werkt de organisatie zoals eerder beschreven op basis van de principes van integraal management. Dit houdt in dat directeuren en unitmanagers

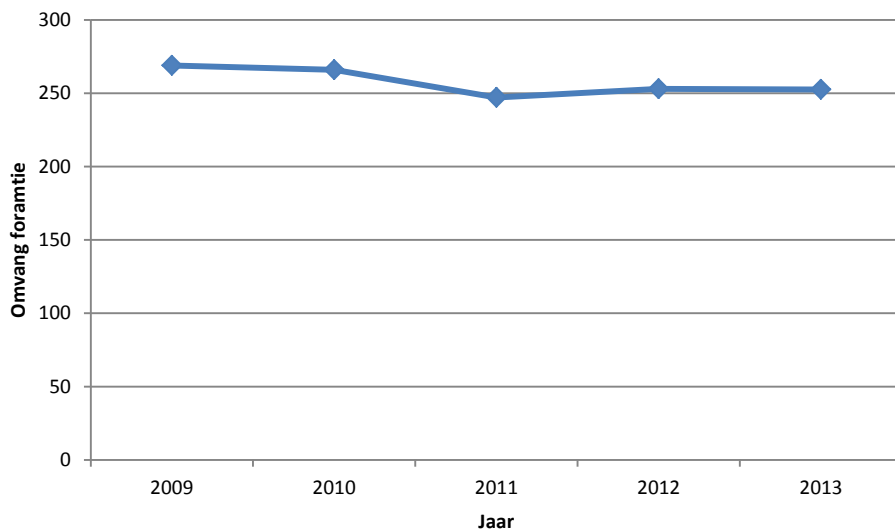
direct verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het personeelsbeleid binnen hun bedrijfsonderdeel. De stafunit Human Resource Management stelt het beleid, de procedures en richtlijnen op en toetst deze. Daarnaast adviseert en ondersteunt de unit de Raad van Bestuur en de managers op het gebied van werving & selectie, beoordeling en beloning, in- en uitstroom en begeleidt ze medewerkers. De personeelsadministratie is grotendeels uitbesteed.

7.6.2 Bevindingen

Afgenomen vast personeelsbestand

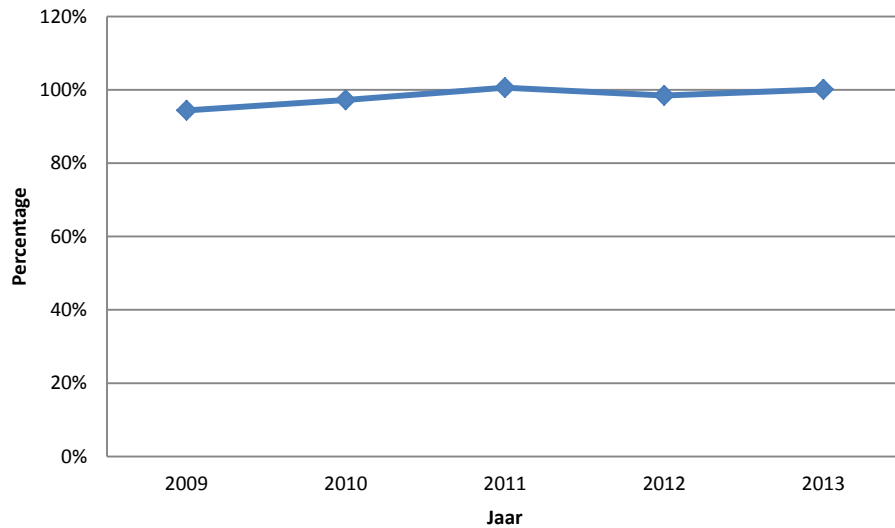
De formatie van de NZa is in de periode van 2009 tot 2011 met 21 fte (8%) gedaald. Dit was onder ander het gevolg van de formatieve taakstelling die tot 2011 van kracht was. Sindsdien is de formatie vrijwel constant en beweegt deze zich rond 250 fte (zie Figuur 10).

Figuur 10 - Formatie in aantal fte per jaar. (Bron: NZa)



De bezetting van de formatie is vanaf 2009 met enkele tussentijdse schommelingen toegenomen tot circa 100% (zie Figuur 11). Dit betekent dat het aantal openstaande vacatures in de organisatie beperkt is.

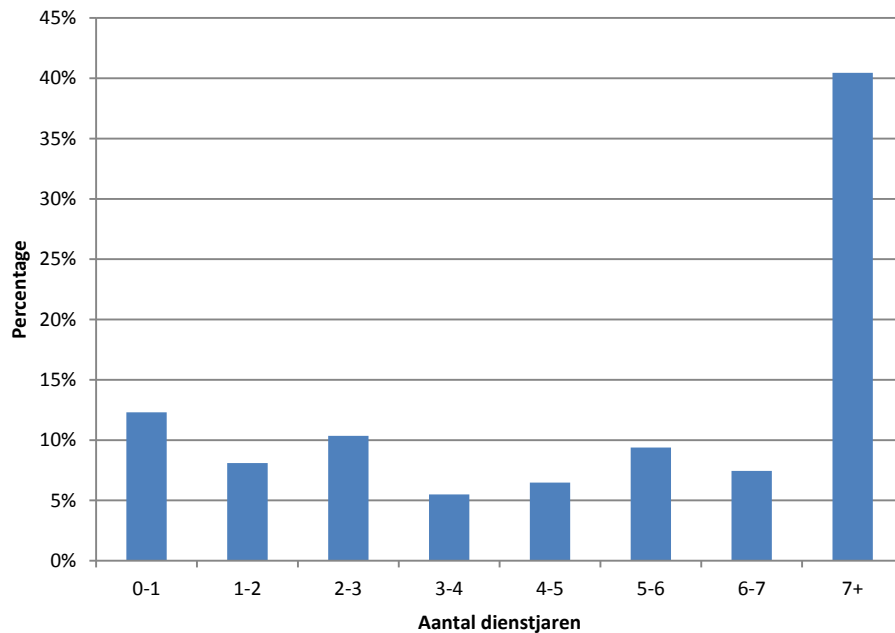
Figuur 11 - Bezetting als percentage van formatieve ruimte. (Bron: NZa)



Omvangrijke groep ‘oudgedienden’

In de opbouw van het personeelsbestand van de NZa is opvallend dat een relatief groot aantal medewerkers al sinds de oprichting bij de organisatie werkt (zie Figuur 12). Het betreft hier circa een derde deel van het personeelsbestand. Uit aanvullende gegevens blijkt dat de helft van deze groep medewerkers al vóór 2000 en een derde vóór 1995 bij één van de twee voorlopers van de NZa in dienst was. Voor het overige laat de organisatie een gelijkmatige opbouw zien.

Figuur 12 - Formatie uitgesplitst naar aantal dienstjaren (Bron: NZa)



Stabiele interne mobiliteit

De verschillende indicatoren voor de mobiliteit van het personeel van de NZa laten zien dat deze de laatste jaren relatief constant is geweest (zie Tabel 12).

Tabel 12 - Doorstroom, in- en uitstroom (Bron: Jaarverslagen NZa)

Indicator*	2010	2011	2012	2013
Instroomratio	10,9%	8,2%	13,6%	10,5%
Uitstroomratio	9,8%	11,2%	9,3%	6,3%
Promotieratio	8,7%	8,6%	9,7%	6,6%
Mobiliteitsratio	3,6%	1,1%	3,2%	6,6%

* Het aantal medewerkers dat bij de organisatie in dienst is gekomen, respectievelijk uit dienst is gegaan, promotie heeft gemaakt dan wel een nieuwe functie op vergelijkbaar niveau heeft gekregen, ten opzichte van het totaal aantal medewerkers van de NZa.

Het percentage medewerkers dat per jaar in een nieuwe functie is gestart (de optelsom van de instroom-, promotie- en mobiliteitsratio) bedroeg de afgelopen jaren circa 25% (zie Tabel 13). Dit betekent dat de medewerkers van de NZa gemiddeld een keer per vier jaar van functie wisselen. Doordat er binnen de NZa sprake is van een omvangrijke groep van medewerkers die al langere tijd bij de organisatie werken en in relatieve zin een beperkte mobiliteit hebben, is er sprake van een grote bandbreedte rond dit gemiddelde. Medewerkers die relatief kort in dienst zijn, hebben een grotere mobiliteit.

Tabel 13 - Percentage medewerkers met een nieuwe functie (Instroom en horizontale of verticale doorstroom, bron: NZa)

	2010	2011	2012	2013
NZa	23,3%	17,8%	26,5%	23,7%

Ondanks de gezonde gemiddelde doorstroom ervaren de medewerkers de interne doorgroeimogelijkheden binnen de NZa al langere tijd als te beperkt. Signalen hierover hebben geleid tot een actief beleid om de interne doorstroming te bevorderen. Tabel 12 laat zien dat de kwantitatieve effecten van dit beleid voornamelijk beperkt zijn geweest. Uit het recente MTO blijkt ook geen verbetering in het oordeel van medewerkers.²⁸⁰ Vragen over de interne mogelijkheden voor doorgroei worden hierin – in tegenstelling tot andere vragen over HRM – laag gescoord. Opvallend is dat medewerkers die kort in dienst zijn (0 tot 2 jaar) de betreffende vragen aanzienlijk positiever beantwoorden dan medewerkers die langer in dienst zijn.

De bovenstaande gegevens laten zien dat het personeelsbestand van de NZa grofweg in twee groepen uiteenvalt. Er is een groep van medewerkers die al langere tijd bij de NZa of een van haar voorgangers werkt. Deze mensen hebben, mede omdat zij het eind van de salarisschaal bereikt hebben, weinig doorgroeimogelijkheden meer. Anderzijds is er een groep medewerkers die nog maar kort bij de NZa werkt, direct na binnenkomst snel een aantal functies heeft doorlopen. In het doorstroombesluit van de organisatie is aandacht nodig voor interne mobiliteit en de mogelijkheden voor juist deze groep van medewerkers om verder door te groeien en zich te blijven ontwikkelen.

²⁸⁰ Medewerkerstevredenheidsonderzoek, NZa (2014)

Groot aantal tijdelijke contracten

Zoals eerder beschreven bestaat de jaarlijkse exploitatiebijdrage van het ministerie van VWS aan de NZa voor een deel uit incidentele middelen. Door de onzekerheid over de continuïteit van deze middelen vult de NZa de formatie die hiermee samenhangt in met tijdelijke contracten. Dit maakt dat over de afgelopen periode gemiddeld 20% van de medewerkers gewerkt heeft op basis van een tijdelijke aanstelling. De verschillen tussen de directies op dit punt zijn groot. Met name de directies Zorgmarkten Cure en Toezicht & Handhaving kennen veel tijdelijke contracten.

Het grote aantal tijdelijke contracten maakt de NZa in de afgelopen jaren kwetsbaar. Een eerste reden is dat de druk op het management en de vaste medewerkers, die de *back bone* van de organisatie vormen, hierdoor groot is. Er is veel tijd en aandacht van hen nodig om nieuwe medewerkers op te leiden en daarnaast dienen deze medewerkers ook de gaten in de organisatie te vullen op het moment dat medewerkers met een tijdelijk contract vertrekken. Ten tweede geldt dat steeds weer opnieuw geïnvesteerd dient te worden in de opleiding van nieuwe medewerkers, die na korte tijd weer zouden kunnen vertrekken.

Onduidelijke rol projectenpool

Een van de manieren waarop de NZa invulling geeft aan de flexibiliteit van de organisatie, is de projectenpool. Feitelijk is dit geen pool van projecten, maar van projectmedewerkers. Deze medewerkers worden voor kortere of langere tijd ingezet binnen de verschillende directies. Het accent in de inzet lag in het verleden op de directie Cure. Momenteel zijn de medewerkers van de pool ongeveer gelijk verdeeld over de directies Cure en Toezicht & Handhaving.²⁸¹

In 2013 heeft een evaluatie van de projectenpool plaatsgevonden. Daaruit is gebleken dat de directies die gebruik maken van de pool tevreden zijn over de kwaliteit en kundigheid, de (snelle) inzetbaarheid, de aansluiting binnen de directie of de projectgroep, de output en flexibiliteit van medewerkers. Over het algemeen kunnen de directies ook goed uit de voeten met de breed inzetbare competenties van deze projectmedewerkers.²⁸² Belangrijk punt van aandacht is de terughoudendheid van de directies om te investeren in de kennisontwikkeling en de ontwikkelmogelijkheden van poolmedewerkers, vanuit de gedachte 'eigen mensen eerst'. Een tweede aandachtspunt is het vraagstuk waar de personele en functionele verantwoordelijkheden voor de betreffende medewerkers belegd zijn.

Punt van aandacht is verder de rol van de projectenpool in de invulling van de benodigde flexibiliteit in de organisatie. Zoals eerder beschreven geschiedt deze invulling nogal op ad hoc basis, waardoor de exacte rol van de projectenpool en de eisen die deze rol stelt aan de medewerkers onvoldoende duidelijk zijn.

Gedreven organisatie met betrokken medewerkers

Ten aanzien van het werkklimaat is sprake van een grote betrokkenheid en inzet van medewerkers. Ook de onderlinge saamhorigheid onder (groepen van) medewerkers is

²⁸¹ NZa, Memo tussentijdse evaluatie Projectenpool (2013), p.1

²⁸² NZa, Memo tussentijdse evaluatie Projectenpool (2013), p.2

groot. In het onlangs uitgevoerde MTO geeft een ruime meerderheid van de medewerkers aan het werk inhoudelijk interessant en uitdagend te vinden, hard te werken en veel waardering te hebben voor de samenwerking met collega's.²⁸³ De keerzijde hiervan is dat gesproken wordt over een organisatie die gedreven wordt door het leveren van prestaties en waar minder ruimte bestaat voor het aangeven van grenzen, reflecteren en het uiten van twijfels of onzekerheden.

Een indicator voor de gezondheid van de organisatie is het ziekteverzuim. Bij de NZa is dit vanaf 2010 afgenomen tot een niveau onder dat van andere toezichthouders en onder de zogenaamde Verbaannorm (zie Tabel 14).

Tabel 14 - Verzuim in procenten (Bron: Jaarverslagen NZa, OPTA en NMa)

Organisatie	2010	2011	2012	2013
NZa	3,7%	3,2%	3,2%	2,7%
OPTA*	3,0%	3,4%	4,8%	4,4%
NMa*	4,4%	4,3%	4,0%	
Verbaannorm	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%

* Vanaf 2013 vormen NMa, Consumentenautoriteit en OPTA samen de ACM. De cijfers voor de jaren 2012 en 2013 zijn gebaseerd op het jaarverslag 2013 van de ACM.

Heldere beoordelingscyclus, met uitzondering van vlootstouw

Een belangrijk onderdeel van het HRM-beleid is de jaarlijkse beoordelingscyclus. Deze cyclus bestaat uit verschillende onderdelen en mondt uit in een formele beoordeling. Als input voor deze beoordeling vindt door de Raad van Bestuur en de directie een vlootstouw plaats.

Uit het MTO blijkt dat deze beoordelingscyclus door de medewerkers als positief wordt beoordeeld.²⁸⁴ Medewerkers geven aan dat de cyclus eenduidig en transparant is ingevuld, al worden er in het doorlopen van deze cyclus wel duidelijke verschillen tussen de directies ervaren. Een punt van aandacht zijn de twijfels van medewerkers over de objectiviteit van de vlootstouw. Dit is zorgelijk omdat er de afgelopen periode maatregelen zijn getroffen om deze objectiviteit beter te borgen, bijvoorbeeld door het protocolleren van de beoordeling.

Competentie- en kennismangement in ontwikkeling

Aan het competentie management is binnen de NZa in reactie op de voorgaande evaluatie in 2009 veel aandacht besteed. Deze acties hebben geleid tot verbeteringen. Zo is er organisatiebreed een ontwikkelingsprogramma voor medewerkers opgezet en is er een competentiehandboek opgesteld. In het recente MTO beoordelen de medewerkers de mogelijkheden tot competentieontwikkeling en het volgen van opleidingen dan ook als positief. Dit onderzoek geeft wel aan dat de competentieontwikkeling rondom het relatief nieuwe thema fraudebestrijding nog extra aandacht behoeft.

²⁸³ NZa, Medewerkerstevredenheidsonderzoek (2014), p.22

²⁸⁴ NZa, Medewerkerstevredenheidsonderzoek (2014), p. 25

Wat betreft kennismanagement beschikt de NZa over kundige medewerkers die goed thuis zijn in de wereld van regulering en toezicht binnen de zorg. Gezien het verloop van het tijdelijk personeel vergt de borging van hun kennis wel de nodige aandacht. Het systeem dat hiervoor ontwikkeld is, Kennisnet genaamd, vervult hierin echter nog maar een bescheiden rol. Hierop wordt in paragraaf 7.7 nader ingegaan.

Aanvullend is het beeld van partijen in het veld dat de NZa in brede zin beperkte kennis heeft van de operationele processen bij zorgaanbieders. Hierdoor is het voor medewerkers lastig om zich in te leven in de belevingswereld van sommige veldpartijen en hiermee voldoende rekening te houden.

Rol HRM-unit binnen integraal management

De stafunit HRM heeft een kaderstellende, ondersteunde, adviserende en toetsende rol ten aanzien van het personeelsbeleid binnen de directies. De directeuren en managers hebben vanuit het principe van integraal management de vrijheid om binnen de centraal gestelde kaders hun personeelsbeleid vorm te geven. Een consequentie hiervan is dat de verschillen tussen de beleidsdirecties in de omgang met het personeelsbeleid groot zijn. Dit blijkt ook uit de waardering van medewerkers zoals gemeten in het MTO. Het ontbreekt aan interne reflectie op de vraag of de bestaande verschillen wenselijk zijn.

7.7 Aandachtsgebied informatievoorziening en ICT

7.7.1 Context

Voor het uitvoeren van haar kerntaken maakt de NZa gebruik van grote hoeveelheden informatie. Leidde de introductie van de DBC-systematiek al tot omvangrijke stromen aan gegevens, door de marktscans en zorgfraude-opsporing zijn deze stromen de afgelopen jaren verder toegenomen.²⁸⁵ Dit aandachtsgebied betreft de wijze waarop de NZa met deze stromen omgaat en de ICT-systemen die deze stromen ondersteunen.

De NZa maakt onderscheid tussen vier informatiestromen:²⁸⁶

- vragen
- data
- kennis en informatie
- documenten.

Een belangrijk deel van informatiestromen verloopt via het Informatie- en Coördinatiecentrum (ICC). De unit Informatie- en Facilitair Management houdt zich bezig met de ICT die benodigd is om de stromen te faciliteren. Beide onderdelen van de organisatie maken onderdeel uit van de directie Bedrijfsvoering en Informatie.²⁸⁷

Ter ondersteuning van de vier informatiestromen maakt de NZa gebruik van een breed scala aan systemen. In de voorgaande evaluatie van de NZa in 2009 werd geconstateerd dat deze systemen nog onvoldoende op orde waren, zowel systeemtechnisch als op het gebied

²⁸⁵ NZa, Informatieplan 2014-2018 (2013)

²⁸⁶ NZa, Memo Organisatievorm van het ICC (2011)

²⁸⁷ NZa, Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa (2011)

van service levels.²⁸⁸ De afgelopen periode zijn meerdere projecten uitgevoerd om de systemen te vernieuwen en te verbeteren.

Informatievoorziening

Een van de meest belangrijke projecten die in de afgelopen jaren is uitgevoerd, betrof het project 'Professionaliseren Informatiestromen'. Dit project is in 2009 van start gegaan. De aanleiding voor het uitvoeren van dit project was dat de vier beschreven informatiestromen onvoldoende helder waren gestructureerd. Concrete knelpunten waren:

- onduidelijke verantwoordelijkheden voor het beheer en de verstrekking van informatie;
- gebrek aan overzicht over de beschikbare informatie en kennis binnen de NZa
- gebrek aan een duidelijke contactpunten voor externen
- gebrek aan een gestructureerde manier van documentatie en archivering.²⁸⁹

In 2011 zijn onder de vlag van het programma 'Informatievoorziening' meerdere projecten uitgevoerd, gericht op het realiseren van een eenduidige en gestructureerde kanaalsturing van informatiestromen, zowel binnen de NZa als tussen de NZa en derden.²⁹⁰ Een van de projecten betrof de oprichting van het ICC als front office van de NZa. Dit centrum ging opereren als centraal informatiepunt dat vragen beantwoordt en gegevens uitvraagt, ontvangt, beheert, opslaat en verstrekt.²⁹¹ Het ICC bestaat uit drie teams:

- Datacentrum: verantwoordelijk voor inkomende en uitgaande datastromen
- Voorlichting: verantwoordelijk voor inkomende vragenstromen en meldingen
- Documentaire Informatievoorziening (DIV): verantwoordelijk voor inkomende digitale en fysieke poststromen.

ICT

Sinds de voorgaande evaluatie in 2009 is ook een groot aantal veranderingen doorgevoerd in de ICT-systemen ter ondersteuning van de informatiestromen. In 2011 is besloten om het aflopende contract met CapGemini niet te verlengen en is via een aanbesteding een nieuwe dienstverlener geselecteerd. Dit betrof Nobel (nu Pink Elephant geheten). In nauwe samenwerking met deze partij is onderzocht hoe de ICT-architectuur van de NZa eruit zou moeten zien. Het ontwerp hiervoor is vertaald in het meerjarenprogramma 'De nieuwe werkplek' dat in 2012 van start is gegaan. In het kader van dit project zijn de fysieke ICT-werkplekken vervangen, heeft een upgrade van de werkplekautomatisering plaatsgevonden en zijn twee nieuwe systemen opgeleverd: een kennismanagementsysteem (Kennisset) en een CRM-systeem (PerfectView). Het programma 'De nieuwe werkplek' is inmiddels afgerond.

Een aanvullende, ingrijpende verandering in de ICT heeft in 2013 plaatsgevonden. Het betrof hier de vervanging van het systeem waarmee de beleidsdirecties Zorgmarkten Cure en Care sinds eind jaren tachtig de berekening en de verwerking van de budgetten en tarieven van zorgaanbieders uitvoerden. Het oude systeem is vervangen door een platform (Mendix) dat het voor de NZa mogelijk maakt om zelf applicaties te ontwikkelen. Een

²⁸⁸ Boer & Croon, Evaluatie CVZ en NZa (2009)

²⁸⁹ NZa, Memo Organisatievorm van het ICC (2011).

²⁹⁰ NZa, Jaarverslag 2011 (2012)

²⁹¹ NZa, Memo Organisatievorm van het ICC (2011)

voorbeeld van een dergelijke applicatie is het Meldpunt Zorgfraude dat momenteel wordt gebruikt door de verschillende instanties die actief zijn op het gebied van zorgfraude.²⁹²

Meerjarenplan informatie en ICT

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de NZa in 2013 het Informatieplan 2014-2018 opgesteld.²⁹³ In afwijking op het tot dan toe geldende proces om, in het kader van het werkprogramma, een jaar vooruit te kijken, heeft dit plan een langere horizon. Het verzoek van het ministerie van VWS om dit plan op te stellen, werd ingegeven door de grilligheid in de budgettering van de ICT-investeringen. In het plan zijn de benodigde toekomstige ICT-ontwikkelingen beschreven en zijn de financiële consequenties voor zowel de investeringen als de exploitatie van de ICT in beeld gebracht.

7.7.2 Bevindingen informatievoorziening

Functioneren ICC

De realisatie van het ICC heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het kanaliseren van de informatiestromen. De werkprocessen en verantwoordelijkheden rond informatieverzoeken zijn hiermee duidelijk vastgelegd. Niet alleen functioneert het ICC in operationele zin naar behoren, het centrum heeft ook effectieve werkrelaties opgebouwd met de aanpalende onderdelen van de NZa, waardoor het centrum goed is ingebed in de organisatie. Met het ICC is voor externe partijen een duidelijke ingang bij de NZa gecreëerd dat in staat is om het merendeel van de vragen van deze partijen te beantwoorden. Ook heeft het ICC gegevens voor zowel interne als externe afnemers toegankelijk gemaakt. Gegevensstromen zijn gedigitaliseerd en toegankelijk gemaakt middels speciale, beveiligde portals. Dit heeft geleid tot een afname van de administratieve belasting van medewerkers, een van de doelen die met het oprichten van het ICC werd nagestreefd.

Groei werkpakket ICC

Een van de aandachtspunten voor het ICC is de omvang van het werkpakket. Door de toename van het aantal Wob-verzoeken en het aantal vragen van externe partijen aan de NZa (zie paragraaf 7.4.2) is de werklast voor het ICC de afgelopen jaren sterk toegenomen.

Het 'team Voorlichting', verantwoordelijk voor de beantwoording van dit toenemende aantal externe vragen, heeft de groei in werkzaamheden vooralsnog weten op te vangen, mede door een goede samenwerking met de beleidsdirecties. De directies Care en Cure hebben een 'team Bereikbaarheid' ingesteld, waarbij van elke directie twee medewerkers per dag bereikbaarheidsdienst hebben. Met hun inzet ondersteunen zij de activiteiten van het ICC. Het team springt ook in als er sprake is van pieken en achterstanden in de te beantwoorden vragen door deze in één keer in zogenaamde 'veegweken' af te handelen.

Ook voor het team Documentaire Informatievoorziening (DIV) is de werklast de afgelopen jaren een attentiepunt geweest. Het team kent grote piekmomenten in de werkdruk, die samenhangen met de jaarplanning van de beleidsdirecties. Mede hierdoor resteert er weinig tijd om aan de slag te gaan met meer langetermijnprojecten.

²⁹² NZa, Jaarverslag 2013 (2014)

²⁹³ NZa, Informatieplan 2014-2018, 2013

Het Datacentrum was de afgelopen jaren het meest kwetsbare onderdeel van het ICC. Dit centrum heeft lange tijd te maken gehad met een onderbezetting, waardoor het vrijwel continu achter de feiten heeft aangelopen.

In 2014 is er door extra middelen uit het budget voor fraudebestrijding meer ruimte gekomen om de bezettingsproblemen binnen de drie teams van het ICC op te lossen. De verwachting is dat de grootste knelpunten hiermee verholpen kunnen worden.

Onduidelijke borging kwaliteit gegevens

Een ander aandachtspunt in de afwikkeling van de informatiestromen is de borging van de kwaliteit van de gegevens. De verantwoordelijkheden hieromtrent zijn op papier wel helder belegd, maar het naleven van deze afspraken in de praktijk vergt nog aandacht. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gegevens ligt bij de beleidsdirecties. Deze zijn zich hier niet altijd van bewust, waardoor het ontbreekt aan eigenaarschap. Het afgelopen jaar is door het ICC wel geïnvesteerd in een instrument om beter te kunnen sturen op kwaliteit van gegevens, maar dit instrument wordt door de beleidsdirecties nog maar beperkt benut.

Strategisch belang onderbelicht

Voor de informatievoorziening geldt dat het perspectief er vooral op gericht is om de operationele werkzaamheden zo goed mogelijk uit te voeren. Hierin zijn de afgelopen jaren ook belangrijke stappen voorwaarts gezet. Door de groei van de werkzaamheden en de druk op de formatie die dit oplevert, resteert er weinig tijd om na te denken over de meer strategische ontwikkelingen op langere termijn. Deze ontwikkelingen stellen naar verwachting nieuwe en zwaardere eisen aan de informatiestromen. De toenemende aandacht voor toezicht en handhaving zal bijvoorbeeld aanvullende inspanningen vergen om de vertrouwelijkheid van informatie te garanderen, de uitwisseling van (vertrouwelijke en beveiligde) informatie met ketenpartners mogelijk te maken en meer te kunnen doen met *big data*. Daarnaast zal ook de integratie van DBC-O in de komende jaren van grote invloed zijn op de inrichting van de informatievoorziening binnen de NZa.

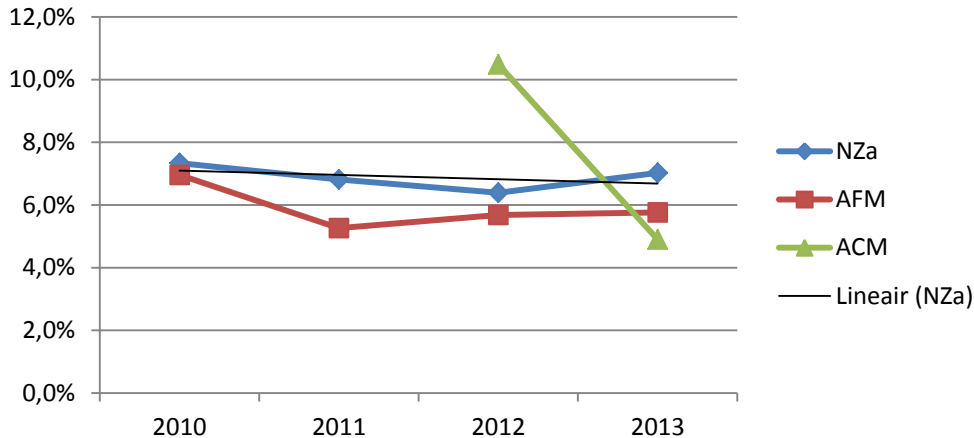
Binnen de NZa bestaan wel plannen hoe met dergelijke ontwikkelingen om te gaan, maar het ontbreekt nog aan het organisatiebrede besef dat informatieverwerking dé kritieke succesfactor is voor het toekomstig functioneren van de organisatie. Zowel de doelmatigheid als de doeltreffendheid van de NZa zijn hier voor een belangrijk deel van afhankelijk. In die zin is er behoefte aan een meer strategische benadering van het onderwerp en een prominentere plaatsing ervan binnen de bedrijfsvoering.

7.7.3 Bevindingen ICT

Stabiele ICT-kosten in lijn met andere toezichthouders

De toenemende aandacht voor informatiestromen en ICT heeft in de afgelopen periode niet geleid tot een toename in de absolute en relatieve omvang van de automatiseringskosten van de NZa. De kosten zijn in de periode van 2010 tot 2014 bij benadering gelijk gebleven. Ook ten opzichte van de AFM en de ACM wijken de automatiseringskosten van de NZa niet sterk af (zie Figuur 13).

Figuur 13 - ICT-budget als percentage van totale lasten van NZa, AFM en ACM (Bron: Jaarverslagen NZa, ACM en AFM)



Ontwikkeling in alignment met primaire werkprocessen

De afgelopen jaren is veel energie gestoken in het verbeteren van de afstemming tussen de primaire werkprocessen en de ICT. Recent is een sturingsmodel ontwikkeld dat gericht is op een integrale afstemming over de behoeften op het vlak van ICT en de prioriteitstelling in de ICT-investeringen.²⁹⁴ De stappen die hiervoor zijn gezet zijn:

- het benoemen van een portefeuillehouder voor ICT in de Raad van Bestuur;
- het instellen van een alignment-structuur tussen de primaire werkprocessen en de ICT;
- het inrichten van een regie-organisatie voor de uitvoering van alle ICT-projecten.²⁹⁵

Dit model moet een oplossing bieden voor de nu nog beperkte aansluiting van de ICT-functie op de primaire bedrijfsprocessen binnen de beleidsdirecties. In het recente MTO geven medewerkers bijvoorbeeld aan dat nieuwe systemen onvoldoende aansluiten op hun behoeften en ook niet gebruiksvriendelijk zijn. Ook is er kritiek op het feit dat er onvoldoende aandacht is voor het informeren en opleiden van toekomstige gebruikers van deze systemen. Door deze omstandigheden wordt een aantal nieuwe systemen vooralsnog slechts beperkt gebruikt (zie verder).

Met de implementatie van het model is een begin gemaakt met het verbeteren van de primaire werkprocessen en de ICT, en het vanuit een meer strategisch perspectief te kijken naar ICT-investeringen. Een van de eerste producten van de alignmentstructuur is het Informatieplan 2014-2018. Bij het opstellen van dit plan is gebruik gemaakt van de inbreng vanuit de verschillende beleidsdirecties. Door het ontbreken van een NZa-brede strategische agenda is het echter de vraag of dit plan voldoende aansluit op de organisatiebrede ontwikkeling van de NZa. Een aanvullend aandachtspunt is de financiering, omdat er vooralsnog onvoldoende middelen beschikbaar zijn. Omdat de implementatie van het plan al wel gestart is, is hier sprake van een risico.

²⁹⁴ NZa – Architectuur & Governance 2012-2016 (2011).

²⁹⁵ NZa – Informatieplan 2014-2018 (2013).

Wisselende beelden implementatie nieuwe systemen

De afgelopen jaren zijn er meerdere initiatieven genomen om de ICT-voorzieningen binnen de NZa te professionaliseren. Zo hebben de introductie van het Mendix-platform en de digitalisering van processen op het gebied van HRM en financiën geleid tot significante verbeteringen in de ondersteuning van de activiteiten van de beleidsdirecties. Ook is de werkplekautomatisering sterk verbeterd.

Er zijn echter ook initiatieven die tot nu toe minder succesvol zijn geweest dan verwacht. Twee prominente voorbeelden hiervan zijn de realisatie en implementatie van de organisatiebrede systemen Kennisnet en CRM / Perfectview. De redenen voor het beperkte succes zijn de te beperkte betrokkenheid van gebruikers bij de ontwikkeling en het ontbreken van voldoende aandacht, tijd en budget voor de implementatiefase van de systemen.

Het systeem Kennisnet wordt nog maar beperkt gebruikt. Dit systeem is bedoeld om in reactie op de voorgaande evaluatie het kennismanagement binnen de organisatie te verbeteren.²⁹⁶ In het jaarverslag van 2011 staat vermeld dat dit systeem gereed is en dat het in 2012 door medewerkers gevuld dient te gaan worden.²⁹⁷ Tot op heden is dit slechts beperkt gebeurd en wordt het systeem ook nog maar door een enkel bedrijfsonderdeel gebruikt. Eén reden daarvoor is het beperkte beschikbare geheugen; een tweede reden is dat er geen organisatiebrede afspraken zijn gemaakt over het gebruik van het systeem. Het is aan elke directie zelf om te bepalen het systeem al dan niet te gaan gebruiken. Daarnaast is er geen traject in gang gezet om het oude systeem uit te faseren.

Het nieuwe CRM-systeem PerfectView moet een zaakgerichte manier van werken op basis van een centraal klanten- en adressenbestand mogelijk maken. Een aantal organisatieonderdelen is met dit systeem aan de slag gegaan. Omdat het in de praktijk echter onvoldoende bleek aan te sluiten op de functionele behoeften van de gebruikers en ook de gebruiksvriendelijkheid als een belemmering werd gezien, zijn in de loop van de tijd nieuwe functionaliteiten aan het systeem toegevoegd. Een consequentie hiervan was dat het systeem trager ging werken en als nog minder gebruiksvriendelijk werd ervaren. Gebruikers zijn hierdoor afgehaakt en teruggevallen op hun oude manier van werken.

Zowel Kennisnet als CRM / Perfectview worden nu verder ontwikkeld, mede op basis van input van toekomstige gebruikers. Naast het verbeteren van de systemen, zou echter ook een plan opgesteld moeten worden om de systemen effectief organisatiebreed te kunnen implementeren.

Afhankelijkheid van externe dienstverlener

Een belangrijk deel van de ICT is door de NZa uitbesteed aan een externe dienstverlener. In algemene zin geven de medewerkers aan over deze dienstverlening tevreden te zijn, al wordt wel een sterke afhankelijkheid ervaren. Aandachtspunten in de relatie met deze dienstverlener zijn de kennis van de operationele werkprocessen van de NZa en het vermogen om op strategisch niveau mee te denken over de ontwikkelingen op het gebied

²⁹⁶ Boer & Croon, Evaluatie CVZ en NZa (2009)

²⁹⁷ NZa, Jaarverslag 2011 (2012)

van de informatievoorziening en de ICT. Deze punten maken de NZa kwetsbaar, vooral ook omdat de intern beschikbare expertise beperkt is.

7.8 Aandachtsgebied externe communicatie en samenwerking

7.8.1 Context

Het laatste aandachtsgebied dat we in dit hoofdstuk behandelen, richt zich op de relatie met samenwerkingspartners en de communicatie met de belanghebbenden in het krachtenveld rond de NZa. Primair gaat het hierbij om consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarnaast gaat het om een groot aantal aanvullende partijen, waaronder belangenorganisaties, onderzoeksinstituten en andere toezichthouders.

De samenwerking tussen de NZa en de genoemde partijen is voor een deel wettelijk verankerd.²⁹⁸ Deze wettelijke verankering heeft vooral betrekking op de benodigde informatie-uitwisseling. Zo vraagt het Centraal Bureau voor de Statistiek periodiek gegevens op over afgesloten en gedeclareerde DBC's om daarmee statistische analyses uit te voeren voor de Nederlandse zorgmarkt. Voor de samenwerking met een groot aantal partijen zijn door de NZa protocollen opgesteld, waarin de voorwaarden voor informatie-uitwisseling zijn vastgelegd. Daar waar de samenwerking verder gaat dan het uitwisselen van informatie is veelal geen sprake van wettelijke voorschriften.

Naast de bilaterale samenwerking met partijen participeert de NZa in meerdere brede samenwerkingsverbanden. De deelname hieraan vloeit voort uit de intensivering van de werkzaamheden van de NZa op het gebied van toezicht en handhaving. Verschillende samenwerkingsverbanden zijn al kort aan de orde gekomen in paragraaf 5.5.2. De belangrijkste samenwerkingsverbanden van de NZa zijn:

- Markttoezichthoudersberaad: op het gebied van toezicht bundelt de NZa haar krachten met andere toezichthouders in het Markttoezichthoudersberaad.²⁹⁹ Elke toezichthouder heeft een eigen taak en markt, maar aanvullend daarop bundelt het orgaan op gezamenlijke thema's en vraagstukken de krachten van toezichthouders door middel van kennis- en informatie-uitwisseling³⁰⁰
- Gepast gebruik: in april 2014 heeft de NZa het 'Tweede convenant Gepast gebruik' ondertekend, samen met DBC Onderhoud, ZonMw, Zorginstituut Nederland en acht vertegenwoordigers van patiënten, verzekerden, zorgverleners en zorgverzekeraars.³⁰¹ In dit convenant bevestigen de twaalf partijen hun commitment om een gepaster gebruik van zorg te realiseren. Eens in de zes weken wordt in een rondetafelbijeenkomst casuïstiek besproken en worden structurele belemmeringen onder de aandacht gebracht

²⁹⁸ WMG (art.17, 21, 22, 61, 63, 64, 65, 67, 69, 70), AWBZ (art.9a, 54, 55), ZVW (art. 91, 93)

²⁹⁹ Naast de NZa en ACM zijn hier ook de Autoriteit Financiële Markten, het College bescherming persoonsgegevens, de Nederlandsche Bank en de Kansspelautoriteit in verenigd.

³⁰⁰ Markttoezichthoudersberaad, Agenda 2014 (2014)

³⁰¹ ActiZ, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Zorgverzekeraars Nederland, de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

- Taskforce Integriteit Zorgsector: in deze taskforce werkt de NZa met meerdere publieke partijen samen om een verbetering van de preventie, detectie en repressie van zorgfraude te bewerkstelligen.³⁰² In dit kader is op 1 januari 2014 ook het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding opgericht
- Stuurgroep Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces: deze stuurgroep heeft in 2013 het Project Intensivering Controle en Toezicht opgevolgd en beoogt de kwaliteit van declaraties in het zorgdomein te verbeteren. De NZa is hierin een van de deelnemende partijen
- Centraal Selectieoverleg: dit is een breed selectieoverleg over ernstige fraudesignalen in de zorg, dat gevoerd wordt tussen het Functioneel Parket van het OM, NZa, FIOD, IGZ en ISWZ. Dit vindt sinds 2014 plaats ter vervanging van de overleggen die het OM met elke toezichthouder afzonderlijk voerde
- Verzamelpunt Zorgfraude: de NZa is beheerder van het in 2013 opgerichte verzamelpunt ter uitwisseling van informatie en signalen over mogelijke fraude tussen verschillende toezichthouders in de zorg, inspecties en zorgverzekeraars.

7.8.2 Bevindingen

De bevindingen vallen uiteen in observaties ten aanzien van externe communicatie enerzijds en de samenwerking met derden anderzijds.

Wisselende externe beelden

De beelden die stakeholders hebben bij het functioneren van de NZa zijn wisselend. Stakeholders geven aan dat de NZa een professionele organisatie is, die bestaat uit kundige en betrokken medewerkers, waarmee het in een één-op-één relatie in procesmatige zin prettig samenwerken is. Wij concluderen daarmee dat het operationeel relatiemanagement op orde is. Door de sterk wisselende contactpersonen, ontbreekt het echter aan continuïteit in de relaties. Vanuit de NZa is dit soms een bewuste keuze om cliëntisme en integriteitsproblemen te voorkomen. De vraag is of deze strategie in dergelijke gevallen voldoende gecommuniceerd is met externe partners.

Verder is het beeld van zorgaanbieders dat de afstand van de NZa tot het operationele werkveld van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars te groot is. Medewerkers van de NZa, zo zegt men, kunnen zich onvoldoende een voorstelling maken van wat zich op uitvoeringsniveau binnen deze organisaties afspeelt. De NZa wordt in dit licht ervaren als een organisatie die sterk gericht is op de formele regels en procedures. Er is naar de mening van partijen weinig ruimte voor dialoog en de responsiviteit op signalen vanuit de markt wordt als beperkt ervaren. Hierbij ervaren partijen ook dat de NZa door de wisselende bezetting moeite heeft om het hoge (en gewaardeerde) kennisniveau vast te houden.

Hoewel het bovenstaande beeld voor een belangrijk deel past bij een partij met een rol van toezichthouder, kan de NZa meer doen aan het beheren van de verwachtingen van

³⁰² Het ministerie van VWS, De Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst, Belastingdienst, Openbaar Ministerie en het Centrum Indicatiestelling Zorg

veldpartijen door meer proactief te communiceren. De organisatie is immers gebaat bij goede verhoudingen met het werkveld, zeker in het licht van haar rol van bewaker van publieke belangen.

De NZa onderkent dit punt, maar zoekt nog naar een manier om hiermee om te gaan. Op het gebied van fraudebestrijding zoekt de organisatie bijvoorbeeld wel actief de samenwerking met ketenpartners op (getuige ook de eerder beschreven samenwerkingsverbanden), maar is het nog zoeken naar de wijze waarop de formele en vastomlijnde wettelijke opdracht die de NZa heeft zich kan verhouden tot de flexibiliteit die nodig is om effectief met ketenpartners op te trekken.

Operationele benadering van relatiemanagement

In relatie tot het bovenstaande ligt de nadruk in het relatiemanagement op de uitvoering van de operationele activiteiten en ontbreekt een meer strategische benadering. Zo ontbreekt het bijvoorbeeld aan informatie over de tevredenheid van externe partners aangaande de samenwerking met de NZa. Ook zijn voor de samenwerkingsrelaties van de NZa geen langetermijndoelen geformuleerd. Dit kan in samenhang worden gezien met de afwezigheid van een strategische agenda. Door het ontbreken daarvan is de invulling van de relaties met de partijen in de directe werkomgeving op de lange termijn ingewikkeld.

Achterstallig onderhoud website

Over de middelen die de NZa voor haar communicatie inzet, is het beeld van externe partijen wisselend. Hierbij past de opmerking dat dit beeld sterk wordt bepaald door de tevredenheid over de website van de NZa. De belanghebbenden die deze regelmatig raadplegen geven aan dat deze website niet klantvriendelijk is ingericht. Men geeft aan dat de website niet duidelijk weergeeft wat de organisatie voor welke doelgroep kan betekenen. Daarnaast is de website moeilijk te doorzoeken en bevat deze regelmatig verouderde informatie.³⁰³ Een voorbeeld hiervan is de informatie over het Risico Analyse Model Zorgverzekeraars. De laatste versie van dit model op de website stamt uit 2010. Navraag leert dat dit model in het geheel niet meer wordt toegepast (zie ook paragraaf 5.1). De problemen met de website zijn binnen de NZa bekend. Door eenmalig extra budget beschikbaar te stellen, zullen deze in 2014 voor een belangrijk deel verholpen worden.

In de communicatie ontbreekt het aan een strategisch plan dat gericht is op het presenteren van de NZa als een zelfstandige organisatie. De organisatie is hierin weinig sturend. Er wordt met andere woorden niet actief ingezet op het profileren en positioneren van de organisatie binnen het relevante krachtenveld. Deze observatie houdt mogelijk verband met het ontbreken van een eigen strategische agenda, waardoor het profiel van de organisatie onvoldoende scherp gedefinieerd is.

Inbedding communicatiefunctie verbeterd

De externe communicatiefunctie *an sich* is binnen de NZa effectief georganiseerd. In het onlangs gehouden MTO wordt de invulling hiervan als positief beoordeeld.³⁰⁴ Een aandachtspunt hierbij is de verbinding tussen de unit Corporate Communicatie en de overige onderdelen van de organisatie. Deze verbinding is de afgelopen jaren verbeterd,

³⁰³ NZa, Rapportage 'Wat vind jij van Communicatie?' (2014), p.2

³⁰⁴ Rapportage 'Wat vind jij van Communicatie?' (2014), p.1

onder meer door de directere betrokkenheid van communicatiemedewerkers bij de activiteiten van de beleidsdirecties en door de samenwerking met het nieuw ingerichte Informatie- en Coördinatiecentrum. Tegelijk is slechts een beperkt gedeelte van de medewerkers van de NZa op de hoogte van de communicatie-activiteiten.

7.9 Tussenconclusies functioneren NZa

In dit hoofdstuk stond de vraag centraal of de NZa met de door haar geleverde prestaties bijdraagt aan het realiseren van de bedoelingen van de wetgever en of zij deze prestaties realiseert tegen zo laag mogelijke kosten en met een zo hoog mogelijke kwaliteit.

Het overkoepelende beeld van AEF uit de evaluatie is dat de NZa zich in de afgelopen jaren verder ontwikkeld heeft tot een professionele inhoudelijk kundige organisatie, gericht op het leveren van een betekenisvolle bijdrage aan de ontwikkeling van het zorgstelsel. Deze ontwikkeling heeft plaatsgevonden in een turbulente werkomgeving en een complex en bij tijd en wijle ook wispelturig politiek-bestuurlijk krachtenveld. Voor de NZa betekende dit dat de organisatie vrijwel structureel 'alle zeilen bij heeft moeten zetten' om aan de verwachtingen te voldoen. De resultaten die de NZa heeft neergezet zijn dan ook voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de kundigheid, gedrevenheid en betrokkenheid van haar medewerkers.

In relatie tot de voorgaande evaluatie is de NZa er echter slechts gedeeltelijk in geslaagd om zich te ontwikkelen tot 'een instituut dat, zonder zich al te veel aan te trekken van de waan van de dag, het optimaal functioneren van zorgmarkten bewaakt en bevordert'.³⁰⁵ Het beeld van AEF is dat de NZa nog te weinig in staat is gesteld en geweest een eigen, onafhankelijke positie te verwerven en daarmee los te komen van de waan van de dag.

Aan deze situatie liggen verschillende oorzaken ten grondslag, die niet alle binnen de beïnvloedingssfeer van de NZa liggen. Belangrijke oorzaken zijn de rol die de WMG aan het ministerie van VWS toedicht, de beleidsgevoelige taakopdracht van de NZa en de transitie van het zorgstelsel. Binnen de eigen beïnvloedingssfeer ontbreekt het de NZa aan een eigen strategische agenda en maakt de organisatie in haar optreden naar de buitenwereld onvoldoende een scheiding tussen haar rollen als controleur, bewaker en regulator.

Deze oorzaken hebben tot gevolg dat in de relatie tussen het ministerie van VWS en de NZa, met name op het vlak van regulering, sprake is van een onduidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering. Hierbij is het beeld dat de NZa zich vooral (moet) richt(en) op de beleidsdoelen van het ministerie van VWS op de korte termijn, waardoor de doelstellingen van de WMG, die meer gericht zijn op de lange termijn, enigszins op de achtergrond raken. Dit wordt versterkt door het feit dat de exploitatiebijdrage die de NZa van het ministerie van VWS ontvangt, gestoeld is op de betreffende beleidsdoelen. Hierdoor ontbreekt het vanuit het ministerie van VWS aan een scherp afgebakende, consistente taakopdracht voor de NZa.

Gegeven de beschreven context heeft de NZa zich de afgelopen jaren vooral sterk gericht op de complexe vraagstellingen die op de organisatie afkwamen. Deze gerichtheid past bij de inhoudelijke gedrevenheid van de organisatie. Op het gebied van de bedrijfsvoering zijn

³⁰⁵ Boer & Croon, Evaluatie CVZ en NZa (2009)

de afgelopen jaren weliswaar stappen voorwaarts gezet, maar is nog ruimte voor verdere verbetering.

In haar bedrijfsvoering is de NZa in een groot aantal opzichten *in control*: de primaire en ondersteunende werkprocessen worden conform de geldende richtlijnen uitgevoerd, de interne en externe informatievoorziening is grotendeels op orde, de interne sturing is over het algemeen adequaat en de externe verantwoording over de geleverde prestaties in de richting van het ministerie van VWS is professioneel en transparant.

Op een aantal punten is de bedrijfsvoering van de NZa tegelijk ook kwetsbaar:

- de topstructuur is weinig integratief in de zin dat de samenhang in de activiteiten en de afstemming tussen de directies verbetering behoeft;³⁰⁶
- de interne checks & balances zijn relatief zwak ontwikkeld, waardoor er tussen de beleids- en stafdirecties onvoldoende ‘tegenkracht’ georganiseerd is om in de besluitvorming te zorgen voor een integrale afweging van belangen;
- het ontbreekt binnen de NZa aan een interne auditfunctie, die het functioneren van de organisatie in brede zin monitort en op basis van de resultaten hiervan adviezen geeft aan de Raad van Bestuur;
- een kritisch deel van de exploitatiebijdrage van het ministerie van VWS aan de NZa bestaat al langere tijd uit incidentele middelen, wat maakt dat de NZa geen structurele invulling kan geven aan de activiteiten die met deze middelen uit te voeren zijn;
- het ontbreekt de NZa aan een organisatiebrede aanpak voor de omgang met het (vooral als gevolg van de incidentele middelen) grote aantal tijdelijke medewerkers, waardoor voor een aantal bedrijfsonderdelen sprake is van een continuïteitsrisico;
- de benadering van de informatievoorziening en ICT is nogal instrumenteel, waarbij het strategisch belang van deze onderwerpen in brede zin binnen de organisatie wordt onderschat;
- de ontwikkelingen op het gebied van ICT vinden op te grote afstand van de primaire processen plaats, waardoor het risico bestaat dat applicaties niet voldoen aan de behoeften van toekomstige gebruikers.³⁰⁷

De partijen die opereren in het zorgstelsel typeren de NZa als een sterke inhoudelijke organisatie met kundige, gedreven en betrokken medewerkers. Het beeld van deze partijen is tegelijk wel, dat de NZa zich de afgelopen jaren steeds meer is gaan richten op de formele procedures en minder sensitief is geworden voor signalen uit de omgeving.

³⁰⁶ Met de recente introductie van een Gemeenschappelijk Management Team is hier een eerste stap in gemaakt.

³⁰⁷ Door de introductie van een alignmentstructuur zijn op dit punt in de afgelopen periode verbeteringen in gang gezet.

8 Conclusies en aanbevelingen

In wat volgt staan wij stil bij de belangrijkste conclusies uit de voorgaande hoofdstukken en hoe die zich tot elkaar verhouden. Op basis van een synthese van deze conclusies komen wij tot een aantal aanbevelingen.

8.1 Conclusies

Met de komst van de WMG en Zvw in 2006 is een radicale verandering in gang gezet over hoe zorgverlening in Nederland wordt georganiseerd. In plaats van een aanbodgestuurd zorgstelsel met de overheid als centrale speler, werd een nieuw, vraaggestuurd stelsel beoogd met private zorgverzekeraars als centrale spelers, concurrentie tussen zorg-aanbieders, en verzekerden en patiënten als kritische consumenten van zorg.

Deze in 2006 ingezette systeemwijziging is te zien als een proces: concurrentie ontstaat in de regel niet vanzelf; zorgverzekeraars moeten uiteindelijk een financiële baten zien in het oppakken van een rol als kritische inkopers, en de overheid staat meer op afstand dan voorheen bij het organiseren van zorg. Anno 2014 staan we ergens op het pad tussen vraagsturing en aanbodsturing; het is de taak van deze evaluatie geweest om te onderzoeken hoe de WMG als wettelijk instrument en de NZa als uitvoerder van dit instrumentarium op dit pad hebben gefunctioneerd.

In de periode die deze wets- en organisatie-evaluatie omvat hebben continu aanpassingen plaatsgevonden in het beleidskader. Dit is logisch, gezien het feit dat de ontwikkeling van aanbodsturing naar vraagsturing nog in volle gang is. Omdat beleidsdoelen en -prioriteiten regelmatig aan verandering onderhevig zijn, ontstaat er geen consistente dataset van beleidsoutput die afgemeten kan worden ten opzichte van een referentiepunt. Daarnaast zijn causale verbanden tussen voorgenomen beleid en marktontwikkelingen moeilijk vast te stellen, wanneer ze niet geïsoleerd kunnen worden van andere ontwikkelingen in de zorgmarkten.

Binnen bovenstaande context en methodologische grenzen heeft AEF een professioneel verantwoorde en onafhankelijke evaluatie kunnen uitvoeren. Uit deze evaluatie komen conclusies voort, die aanleiding geven tot concrete aanbevelingen op beleids- en organisatieniveau. Alvorens tot deze aanbevelingen over te gaan, staan wij eerst stil bij de belangrijkste conclusies per thema, waarna een synthese volgt van deze conclusies ten opzichte van de hoofdvragen van dit onderzoek.

8.1.1 Conclusies tarief- en prestatieregulering

De deelvraag die wij beantwoordden in dit thema luidt: *In hoeverre draagt tarief- en prestatieregulering bij aan het functioneren van het zorgstelsel?*

Het functioneren van het zorgstelsel is afhankelijk van een aanzienlijk aantal factoren, een aantal waarvan opgenomen is in de verschillende deelvragen binnen dit thema. Een belangrijke indicator voor het functioneren van tarief- en prestatieregulering is in hoeverre de 'drie-eenheid' van doelen van de WMG – te weten, betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg – nagestreefd wordt door tarief- en prestatieregulering. De bevindingen uit hoofdstuk 3 geven hierbij aanleiding tot de volgende constatering.

Ten eerste is de betaalbaarheid van zorg de dominante doelstelling voor tarief- en prestatieregulering. Dit uit zich zowel op beleidsniveau, als op inkoop- en declaratieniveau.

De meeste initiatieven op beleidsniveau hebben betrekking op betaalbaarheid van zorg, met de MBI's als meest pregnante voorbeelden. Ook binnen het inkoopproces is betaalbaarheid voor zorgverzekeraars de belangrijkste overweging. Daarnaast is het opvallend dat de daadwerkelijke toegevoegde waarde van tarieven en/of prestaties is afgenomen in de periode van deze evaluatie.

Dit heeft geleid tot de situatie waarin we op dit moment verkeren, waar betaalbaarheid van zorg binnen het BKZ veelal wordt afgedwongen door bestuurlijke akkoorden tussen de minister en marktpartijen, met in sommige sectoren een MBI als slot op de deur. Uit deze afspraken over gemaximeerde uitgavengroei volgen budgetafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waardoor er de facto minder terecht komt van de beoogde onderhandeling tussen beide partijen aan de hand van prestatiebeschrijvingen.

Ten tweede blijkt uit hoofdstuk 3 dat tarief- en prestatieregulering in wisselende mate bijdraagt aan het waarborgen of vergroten van toegankelijkheid van zorg. Met name binnen de GGZ en AWBZ zien wij contouren van positieve effecten op toegankelijkheid: binnen deze sectoren heeft prestatieregulering er toe bijgedragen dat zorg bereikbaar, en laagdrempeliger geworden is voor patiënten en hun naasten. Wij hebben aanleiding om te stellen dat een vergelijkbare ontwikkeling binnen de medisch-specialistische zorg met de komst van de DOT-systematiek beperkter heeft plaatsgevonden. Wat betreft het effect van tarief- en prestatieregulering op de toegankelijkheid van eerstelijnszorg kunnen wij geen eenduidig beeld schetsen. Het relatief kleine effect op toegankelijkheid (door de toegenomen aandacht voor betaalbaarheid) lijkt op basis van de beschikbare informatie overigens niet tot problemen en risico's geleid te hebben.

Ten slotte blijkt dat de huidige wijze van tarief- en prestatieregulering relatief weinig bijdraagt aan het inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg. Met name binnen de curatieve zorg was het doel van tarief- en prestatieregulering dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteit, prijs en volume zouden inkopen bij zorgaanbieders. Zorginkoop aan de hand van kwalitatieve criteria heeft in de periode van evaluatie echter op zeer beperkte schaal plaatsgevonden, en wij constateren dat beperkte inzichtelijkheid van kwaliteit van zorg aan de hand van prestatiebeschrijvingen hier debet aan kan zijn.

Naast deze constatering op het gebied van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit komt uit hoofdstuk 3 nog een aantal bevindingen voort die de huidige inrichting van tarief- en prestatieregulering aan de hand van de WMG ter discussie stellen. Deze kritiek is overigens over het algemeen niet van toepassing op AWBZ-zorg. Binnen de langdurige zorg zijn tarief- en prestatiebeschrijvingen in de vorm van ZZP's de basis geworden voor een integrale behandeling en bekostiging in de vorm van een declaratietaal die inzichtelijk en hanteerbaar is voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliënten en hun naasten.

Binnen de medisch-specialistische zorg constateren wij dat prestatiebeschrijvingen in beperkte mate als 'declaratietaal' gebruikt worden tussen verzekeraars en aanbieders; er wordt op grote schaal ingekocht aan de hand van aanneemsommen of budgetplafonds. De met DBC en DOT beoogde transparantie van zorginkoop is niet tot stand gekomen, zodat het onderling vergelijken van zorgaanbieders op basis van zorgprestaties minder goed mogelijk is.

Daarnaast blijkt dat – hoewel het onder artikel 35 WMG wettelijk verboden is om zorg te declareren die niet onder door NZa vastgestelde prestatiebeschrijving valt – dit in de

aanvullende zorg op grote schaal plaatsvindt, zonder dat dit tot noemenswaardige problemen leidt bij zorgaanbieders als zorgverzekeraars.

Er lijkt ruimte te zijn om de inrichting van tarief- en prestatieregulering aan de hand van verbodsbepalingen in bepaalde mate te herzien, door zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte te geven om zelf zorgprestaties overeen te komen. Dit kan uiting krijgen in het uitbreiden van facultatieve prestaties in deelmarkten, of in het terugschalen van prestatieregulering in aanvullende zorg en het vrije segment van medisch-specialistische zorg. Hiermee komt de minister bij tarief- en prestatieregulering meer op afstand te staan, in een rol die meer past bij de positie die de WMG oorspronkelijk beoogde ten opzichte van zorgverzekeraars en zorgaanbieders als privaat onderhandelende partijen. Een aantal randvoorwaarden is echter van belang voor het slagen van een 'gebodsstelsel' in deze vorm. Dit heeft met name te maken met een aantal vormen van afgeleid gebruik van tarief- en prestatieregulering, bijvoorbeeld op het gebied van risicoverevening of pakket-afbakening. Ook is het van groot belang dat toegezien wordt op de transparantie en vergelijkbaarheid van zorgprestaties die zelfstandig worden overeengekomen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Onze conclusie bij dit thema is daarom dat tarief- en prestatieregulering in haar huidige vorm in beperkte mate bijdraagt aan het functioneren van het zorgstelsel. Dit gaat met name op voor curatieve zorg. Hoewel tariefregulering stelselmatig afgebouwd is, ligt er nog altijd veel nadruk op betaalbaarheid die afgedwongen wordt door de overheid. Hierdoor komt de rol van zorgverzekeraars als spil van het zorgstelsel minder tot uitdrukking; het is immers de Minister die uitgavengroei controleert. Een neveneffect van de nadruk op betaalbaarheid binnen tarief- en prestatieregulering is dat toegankelijkheid en kwaliteit van zorg een te geringe rol spelen bij zorginkoop. Prestatiebeschrijvingen spelen in een aantal sectoren te weinig een rol bij zorginkoop en/of declaraties. Dit is het meest pregnante signaal dat de toegevoegde waarde van de huidige inrichting van prestatieregulering binnen het zorgstelsel te gering is.

8.1.2 Conclusies markttoezicht

De deelvraag die wij in dit thema beantwoorden luidt: *Is het markttoezichts-instrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

Het markttoezichtsinstrumentarium dat de WMG biedt heeft als doel om economische machtsposities en informatie-asymmetrie te voorkomen. Dit heeft geleid tot het adagium van markten 'maken en bewaken' dat de NZa hanteert bij het toepassen van markttoezicht op basis van de WMG. De deelvraag van dit thema is tweeledig en richt zich op de effecten van de wijze waarop de WMG toegepast wordt (slagvaardigheid) en de manier waarop de WMG al dan niet toegepast kan worden (toepasbaarheid). Wij behandelen beide componenten in omgekeerde volgorde.

De WMG maakt het mogelijk verplichtingen op te stellen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht (AMM), transparantie af te dwingen, verplichtingen op te leggen bij het contracteren tussen partijen op basis van artikel 45 WMG en fusies te toetsen op procedurele gronden en informeel van zienswijzen te voorzien. Het is onze indruk dat dit instrumentarium vanuit de WMG afdoende slagvaardig ingezet kan worden door de NZa, met uitzondering van fusietoezicht. De WMG biedt voldoende handvatten om disciplinerend op te treden ten opzichte van marktpartijen en het is daarbij positief dat de NZa veel aandacht besteedt aan de proportionaliteit van verplichtingen in AMM-besluiten en artikel

45 WMG prudent toepast. De zorgspecifieke fusietoets is nog te kort in bedrijf voor een objectief oordeel over haar slagvaardigheid. De slagvaardigheid van NZa-zienswijzen aan de ACM is beperkt, aangezien de zienswijzen volgens de ACM te weinig aansluiten bij de fusietoetsing van de ACM.

In hoeverre het markttoezichtsinstrumentarium vanuit de WMG voldoende toepasbaar is, is minder eenvoudig te beantwoorden. Hier is namelijk moeilijk een scheiding aan te brengen tussen de toepasbaarheid van de instrumenten en de daadwerkelijke toepassing ervan door de NZa.

Het AMM-instrumentarium is weinig toegepast en er zijn weinig verplichtingen uit voortgekomen. NZa beredeneert dat marktmacht van zorgaanbieders ('verkoopmacht') schadelijker is voor consumenten dan marktmacht van zorgverzekeraars ('inkoopmacht'), en besteedt daarom meer aandacht aan verkoopmacht. Dit beleidsuitgangspunt is van een aantal aannames afhankelijk die op dit moment niet allemaal meer van toepassing zijn. Gezien de potentiële impact van het AMM-instrumentarium is de NZa naar de sector toe verplicht haar beleidsuitgangspunten voortdurend te blijven motiveren, en bij te stellen wanneer wetgeving of marktontwikkelingen veranderen. Naar ons oordeel is daar op dit moment reden toe.

Het transparantie-instrumentarium van de NZa lijkt voldoende toepasbaar. De NZa heeft echter relatief weinig gebruik gemaakt van het instrumentarium om transparantie af te dwingen, met name waar het gaat om kwaliteitstransparantie. Het instrumentarium van art 45, waarin voorwaarden aan overeenkomsten gesteld kan worden, lijkt voldoende toepasbaar. De NZa stelt zich met reden terughoudend op in de toepassing van artikel 45.

Wij concluderen dat het instrumentarium van NZa vanuit de WMG over het algemeen slagvaardig is. De praktische toepassing van dit instrumentarium is echter beperkt geweest in de periode van evaluatie. In sommige gevallen kan dit verklaard worden vanuit een terughoudende houding van de NZa, zoals bij artikel 45 WMG en verplichtingen ten aanzien van (kwaliteits)transparantie. Bovendien zijn er aanwijzingen dat NZa het AMM-instrumentarium niet voldoende toepasbaar acht om toetsing van de bestuursrechter te doorstaan. Dit verklaart het lage aantal AMM-procedures en de prioritering van zaken met bijzonder hoge marktaandelen en verkoopmacht.

8.1.3 Conclusies uitvoeringstoezicht Zvw

De deelvraag die we in deze deelvraag beantwoorden luidt: *Is het instrumentarium voor uitvoeringstoezicht op de Zvw voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

De WMG draagt de NZa op toezicht te houden op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Sinds 2009 is binnen deze taak een tweedeling ontstaan, waarbij naast de 'kroonjuwelen' van de Zorgverzekeringswet (zorgplicht, acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie) de controles door zorgverzekeraars en fraudebestrijding een steeds grotere rol zijn gaan spelen. Daardoor is het uitvoeringstoezicht – gedeeltelijk onder druk van publiek debat – omvangrijker geworden dan in het private stelsel was beoogd.

Er zijn geen signalen dat het instrumentarium van de NZa voor het Zvw-domein niet toepasbaar is. Het instrumentarium van de NZa lijkt bovendien voldoende slagvaardig. De stevige inzet van het handavingsinstrumentarium in de afgelopen anderhalf jaar heeft partijen in het veld wakker geschud.

Ondanks de stevige inzet van het handhavingsinstrumentarium voelen zorgverzekeraars zich niet altijd aangesproken door de aanwijzingen van de NZa. De aanwijzingen van de NZa gaan namelijk voornamelijk over controles die verzekeraars dienen uit te voeren en dus over indirect toezicht op zorgaanbieders. Verzekeraars voelen zich onterecht gestraft door de NZa voor het feit dat aanbieders hun zaken niet op orde hebben. De verhoudingen lijken hier nog niet uitgekristalliseerd. De manier waarop de NZa invulling geeft aan het toezicht kan daarnaast in het veld op weinig draagvlak rekenen. Er is kritiek op de protocollering en de manier waarop de NZa die handhaaft.

Wij concluderen dat de WMG de NZa voldoende toepasbare en slagvaardige instrumenten biedt om effectief toe te zien op de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Wel is er door het toegenomen toezicht op de juiste aanlevering van informatie voor de risicoverevening een spanning ontstaan tussen de bedoelde private opzet van het stelsel en de taken van de NZa. Het uitvoeringstoezicht sluit daardoor niet goed meer aan op de wettelijke rol van de NZa in het domein van de Zorgverzekeringswet.

8.1.4 Conclusies uitvoeringstoezicht AWBZ

In hoofdstuk 6 beantwoorden wij de deelvraag: *Is het instrumentarium voor het uitvoeringstoezicht op de doel- en rechtmatige uitvoering van de AWBZ door Zorgkantoren, AWBZ-verzekeraars en CAK voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*

De WMG stelt de NZa als doel om toe te zien op de doelmatige en rechtmatige uitvoering van de AWBZ. Dit houdt in dat de NZa onder andere toeziet op zorgplicht en acceptatieplicht van de AWBZ-verzekeraars, op contractering door zorgkantoren, op doelmatige uitvoering van de AWBZ en op de inning en administratie van eigen bijdragen door het CAK. Naast de vele beleidswijzigingen die plaats hebben gevonden in de langdurige zorg, is ook binnen dit domein meer aandacht ontstaan voor fraude.

Er zijn geen signalen dat het handhavingsinstrumentarium voor de AWBZ te weinig toepasbaar of slagvaardig is. Wel geeft de NZa aan dat ze zorgkantoren directer zou willen kunnen aanspreken. Hoewel het wetsvoorstel VTO WMG voorziet in de door de NZa gewenste verandering, zou die met de invoering van de WLZ weer ongedaan gemaakt worden. Het blijft dus een wens van de NZa om directer handhavingsinstrumenten te kunnen inzetten bij zorgkantoren.

De juridische structuur van de uitvoering van de AWBZ lijkt op orde in relatie tot de toepasbaarheid van het instrumentarium van de NZa. De constructie van zorgkantoren is juridisch ingewikkeld, maar hun positie lijkt afgezien van de hierboven besproken, hoofdzakelijk administratieve, beperking geen obstakel te zijn voor een effectieve inzet van het instrumentarium van de NZa.

Wij komen tot de conclusie dat er vanuit de WMG genoeg mogelijkheid is voor de NZa om het toezichtsinstrumentarium op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ slagvaardig toe te passen. Binnen de sector zijn er twijfels over de effectiviteit van het toezicht van de NZa. Er is ook naar onze mening ruimte voor verbetering van de daadwerkelijke uitvoering van dit instrumentarium richting een *principle-based* in plaats van *rule-based* toepassing. De NZa is het afgelopen jaar begonnen stappen te zetten in deze richting, maar haar toezicht wordt in het veld nog als te ambtelijk ervaren.

8.1.5 Conclusies functioneren van de Nederlandse zorgautoriteit

De deelvraag die wij in dit thema beantwoorden luidt: *Draagt de NZa met de door haar geleverde prestaties in bedrijfsmatige zin bij aan het realiseren van de bedoelingen van de wetgever en realiseert de NZa haar prestaties tegen zo laag mogelijke kosten en met een zo hoog mogelijke kwaliteit?* Deze deelvraag valt uiteen in een beoordeling van de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de organisatie.

Voor de doeltreffendheid geldt dat de NZa in de afgelopen periode een betekenisvolle bijdrage heeft geleverd aan het verbeteren van de werking van het zorgstelsel. De wijze waarop dit gebeurd is, kenmerkt zich door een sterke inhoudelijke focus, een grote gedrevenheid en betrokkenheid van medewerkers en een sterke gerichtheid op het bereiken van tastbare resultaten met betrekking tot het naleven van wetten, regels en procedures. Er zijn echter ook factoren aan te wijzen die de NZa in haar doeltreffendheid belemmeren. Voor een deel liggen deze buiten de eigen invloedssfeer van de organisatie. Zo heeft het vanuit het ministerie van VWS, onder meer door de beleidsgevoeligheid van de activiteiten van de NZa, ontbroken aan een strak omliggende taakopdracht. Het beeld hierbij is dat de meer op korte termijn gerichte beleidsprioriteiten in de aansturing van de NZa een belangrijkere rol spelen dan de langetermijndoelen van de WMG. Vooral op het gebied van regulering heeft dit geleid tot een voor de buitenwereld diffuse sturingsrelatie tussen het ministerie van VWS en de NZa en een onduidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering.

Binnen de eigen invloedssfeer van de NZa is vooral het ontbreken van een eigen strategische agenda (afgeleid van de langetermijndoelen van de WMG) een belemmering om koersvast te opereren. Daarnaast is de voor de buitenwereld onduidelijk ingevulde scheiding tussen de verschillende rollen die de NZa vervult een handicap in het functioneren. Partijen weten onvoldoende of ze te maken hebben met de NZa als controleur van uitgaven, bewaker van marktverhoudingen of reguleerder van tarieven dan wel prestaties. Tot slot heeft het strikt willen voldoen aan de geldende wetten, regels en procedures, onder meer op het gebied van het uitvoeringstoezicht op de Zvw geleid tot een verstarring in het opereren van de organisatie, waardoor de relaties met externe partijen onder druk zijn komen te staan.

Voor de doelmatigheid geldt dat de NZa de afgelopen jaren vrijwel structureel 'alle zeilen moest bijzetten' om aan alle verwachtingen te voldoen. Dit als gevolg van de transitie van het zorgstelsel en de politiek-bestuurlijke dynamiek die daarmee samenhangt. Hierdoor heeft het accent in de activiteiten sterk gelegen op de inhoud van het werk en minder op de bedrijfsvoering. De sturing op doelmatigheid van de organisatie is hierdoor enigszins op de achtergrond geraakt. Dit neemt niet weg dat er de afgelopen jaren wel verbeteringen in de bedrijfsvoering zijn doorgevoerd, onder meer waar het gaat om het verbeteren van de operationele informatievoorziening en het efficiënter inrichten van het proces van budgettering binnen de directie Zorgmarkten Care.

Tegelijk is de bedrijfsvoering van de NZa op een aantal punten kwetsbaar. De belangrijkste daarvan punten zijn de beperkte interne samenwerking tussen vooral de beleidsdirecties, de zwak functionerende interne *checks and balances* tussen beleids- en stafdirecties (onder meer door het ontbreken van een audit functie), de afhankelijkheid van incidentele middelen voor een aantal kritische activiteiten, het (als afgeleide hiervan) relatief grote aantal tijdelijke medewerkers en de weinig strategische benadering van de interne informatievoorziening en ICT.

Overall heeft de NZa in haar functioneren de afgelopen jaren een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt. Deze ontwikkeling heeft zich echter vooral voorgedaan op inhoudelijk terrein. Gezien de transitie van het zorgstelsel, de nauwe relatie met het ministerie van VWS en de interne gedrevenheid binnen de organisatie is dit verklaarbaar. De ontwikkeling van de bedrijfsvoering is hierbij op een aantal fronten achtergebleven en verdient de komende periode op een aantal punten extra aandacht. Het bijtrekken van dit ‘tweede been’ is nodig om de NZa in staat te stellen haar gezaghebbende rol als toezichthouder in de toekomst in stand te houden en verder te ontwikkelen.

8.1.6 Beantwoording centrale onderzoeksvragen

Dit evaluatieonderzoek is uitgevoerd aan de hand van twee door de opdrachtgever geformuleerde centrale onderzoeksvragen:

- 1 *Hoe wordt de WMG in de praktijk toegepast en welke eventuele knelpunten en problemen doen zich daarbij voor? Geven deze bevindingen in het licht van de doelstelling van de WMG aanleiding de wet of het beleid te wijzigen?*
- 2 *Op welke wijze functioneert de NZa en welke conclusies en aanbevelingen volgen hieruit?*

Wij concluderen dat de WMG op een aantal gebieden goed functioneert en op andere gebieden minder goed aansluit bij ontwikkelingen in het Nederlandse zorgstelsel. Op het gebied van tarief- en prestatieregulering functioneert de WMG naar ons oordeel niet optimaal: er is een te grote nadruk op (macro)betaalbaarheid ontstaan, en hierdoor raken de andere doelen van tarief- en prestatieregulering – met name kwaliteit van zorg – in de verdrinking. Ook blijkt dat het met de WMG beoogde systeem van prestatiebeschrijvingen in de curatieve zorg in beperkte mate wordt toegepast bij zorginkoop.

Op het gebied van uitvoeringstoezicht en markttoezicht zijn over het algemeen de juiste instrumenten in de WMG aanwezig. Bij fusietoezicht liggen de zaken ingewikkelder. Hoewel de effecten van de recentelijk ingevoerde zorgspecifieke fusietoets te prematuur zijn om mee te nemen in de conclusies van dit onderzoek, kunnen wij wel stellen dat de kritiek op de wijze van goedkeuring van concentratie in de zorg door ACM vanuit de WMG niet gepareerd kan worden.

De toepassing van de WMG staat voor een gedeelte los van haar functioneren op papier. Hier zien wij, in aanvulling op het functioneren van de wet, een aantal knelpunten. Deze knelpunten concentreren zich met name in het toezicht dat de WMG inricht. Op het gebied van markttoezicht en uitvoeringstoezicht biedt de WMG over het algemeen de juiste instrumenten om toezichtstaken uit te voeren. Er doet zich echter een aantal knelpunten voor bij de uitvoering van die toezichtstaken.

Binnen het markttoezicht gaat de NZa, mede gezien haar brede mandaat, terughoudend te werk. Op het gebied van aanmerkelijke marktmacht hangt dit wellicht samen met de toepasbaarheid van het instrumentarium, maar met name bij het aanzetten tot kwaliteits-transparantie onder zorgaanbieders is de NZa te terughoudend te werk gegaan. Op meerdere plekken in ons onderzoek komt terug hoe belangrijk het is dat de kwaliteit van zorgaanbieders inzichtelijk is voor zorgverzekeraars en consumenten. Zonder inzicht in kwaliteit kan zorginkoop niet optimaal plaatsvinden en worden de dynamische zorgmarkten die het stelsel beoogt in hun ontwikkeling belemmerd. Gezien deze centrale rol van kwaliteitstransparantie is het van belang dat hieraan in het markttoezicht meer aandacht wordt besteed.

Daarnaast is een rode lijn door het markttoezicht dat er relatief meer aandacht besteed wordt aan verkoopmacht van zorgaanbieders, en minder aan inkoopmacht door zorgverzekeraars. De NZa stelt zich op het beleidsuitgangspunt dat de effecten van inkoopmacht voordelig zijn voor de consument, terwijl verkoopmacht nadelige effecten voor consumenten heeft. Het is de vraag of de assumpties die ten grondslag liggen aan dit uitgangspunt voldoende *up to date* zijn in het licht van veranderende omstandigheden in de markt en het wetgevingskader. De NZa heeft een plicht hier helder over te communiceren.

Het uitvoeringstoezicht kan op basis van de WMG goed uitgevoerd worden. Het huidige takenpakket van de NZa op dit gebied gaat echter, mede onder druk van buiten, verder dan de oorspronkelijke intentie van de wetgever. Door de grote politieke en publieke aandacht voor fraude, gepast gebruik en incorrect declareren heeft uitvoeringstoezicht zich ontwikkeld van een *low profile* administratief controlemechanisme tot een vorm van quasi-regulering. Hiermee worden de doelen die de WMG met uitvoeringstoezicht beoogt voorbijgeschoten, waardoor de NZa in onrustig vaarwater opereert en er druk op de organisatie ontstaat.

Daar waar het gaat om het functioneren van de NZa is de aandacht de afgelopen jaren vooral uitgegaan naar de beleidsmatige vraagstellingen die vanuit het ministerie van VWS op de organisatie afkwamen. Deze vraagstellingen lagen niet per definitie in het logische verlengde van de langetermijndoelen van de WMG. Door de directe invloed van het ministerie van VWS op activiteiten van de NZa (vooral daar waar het gaat om regulering) en de afwezigheid van een eigen strategische agenda, is door de NZa onvoldoende nadrukkelijk op deze langetermijndoelen gestuurd.

Het beroep dat met de beleidsmatige vraagstellingen op de organisatie werd gedaan en de gedrevenheid van de NZa om met deze vraagstellingen aan de slag te gaan, maakten dat de focus de afgelopen jaren in mindere mate op de interne bedrijfsvoering heeft gelegen. Ondanks dat in deze bedrijfsvoering wel stappen voorwaarts zijn gemaakt, is sprake van een aantal kwetsbaarheden. Deze kwetsbaarheden zijn een gevolg van onder meer de te beperkte interne samenhang en afstemming, de zwak ontwikkelde interne *checks and balances*, de afhankelijkheid van een relatief grote groep tijdelijke medewerkers en de weinig strategische benadering van de informatievoorziening en de ICT. Het beeld van AEF is dat deze kwetsbaarheden een risico vormen voor het functioneren van de organisatie op lange termijn en daarmee voor de kwaliteit van uitvoering van de regulerings- en toezichtstaken.

8.2 Aanbevelingen

Op basis van de deel- en hoofdconclusies van dit evaluatieonderzoek komen wij tot een aantal concrete aanbevelingen. Deze aanbevelingen groeperen wij aan de hand van de afzonderlijke thema's van dit onderzoek en formuleren wij puntsgewijs.

8.2.1 Tarief en prestatieregulering

- **Breng meer evenwicht tussen de doelstellingen van tarief- en prestatieregulering.** Door de bestuurlijke nadruk op betaalbaarheid zijn toegankelijkheid en kwaliteit van zorg ondergesneeuwd in het zorginkoopproces. De bestuurlijke akkoorden en het MBI hebben budgettering geherintroduceerd in de zorg. Hierdoor wordt, met name binnen de medisch-specialistische zorg, vooral onderhandeld op basis van prijs en volume en zijn zorgverzekeraars minder geprikkeld om in te kopen op basis van kwaliteit. Om werkelijke

prestatiebekostiging tot stand te laten komen, zal het belang van door de overheid afgedwongen budgettering teruggeschaald moeten worden. Als er meer evenwicht is tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg kan prestatiebekostiging beter tot wasdom komen. De DBC-zorgproducten (DOT's) in de medisch-specialistische zorg kunnen op die manier een functionele rol spelen in een zorginkoopproces waarin naast prijs en volume ook kwaliteit een prominente rol speelt.

- **Besteed meer aandacht aan de monitoring van ketenzorg.** Op dit moment is onduidelijk of integrale bekostiging van ketenzorg ook tot integrale zorg geleid heeft en of de beoogde substitutie vanuit de tweede lijn plaatsvindt. Er is daarom aanleiding om het functioneren van ketenzorg grondig te evalueren.
- **Overweeg om de verbodsbepaling uit artikel 35 WMG los te laten.** Er is gelegenheid om op grotere schaal zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf zorgprestaties overeen te laten komen, waarbij de NZa toeziet op transparantie en vergelijkbaarheid van deze vrije zorgprestaties. Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is zorgdragen voor vormen van afgeleid gebruik van het huidige stelsel van prestatieregulering, zoals voor pakketafbakening en risicoverevening.

8.2.2 Markttoezicht

- **Motiveer de prioritering van inkoopmacht en verkoopmacht beter.** NZa motiveert haar prioritering van het tegengaan van verkoopmacht boven het tegengaan van inkoopmacht vanuit de aanname dat in een concurrerende zorgverzekeringsmarkt inkoopmacht van zorgverzekeraars de consument ten goede komt, terwijl verkoopmacht van zorgaanbieders negatieve gevolgen voor consumenten heeft. De aannames die ten grondslag liggen aan deze prioritering zijn echter veranderd, met name op het gebied van risicodragendheid van zorgverzekeraars en de mogelijkheid tot selectief contracteren. Daarnaast bestaat er onder zorgaanbieders veel onvrede over vermeende inkoopmacht van zorgverzekeraars, en worden *soft law* instrumenten als *good contracting practices* als ontoereikend gezien om tegenwicht te bieden. Het is daarom op zijn minst zaak dat NZa beter motiveert waarom verkoopmacht anno 2014 meer aandacht verdient dan inkoopmacht, en haar markttoezicht aldus beter toelicht.
- **Besteed meer aandacht aan het stimuleren van kwaliteitstransparantie van zorgaanbieders.** Zorginkoop op basis van kwaliteitscriteria vindt op te beperkte schaal plaats. Zoals hierboven aangegeven heeft dit deels te maken met de huidige inrichting van tarief- en prestatieregulering. Tegelijkertijd is er in het markttoezicht van de NZa te weinig aandacht geweest voor het stimuleren van kwaliteitstransparantie onder zorgaanbieders. Zeker wanneer het mogelijk wordt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om op grotere schaal zelfstandig prestaties overeen te komen, is het zaak dat sterker wordt toegezien op de vergelijkbaarheid en uniformiteit van dergelijke prestaties.
- **Verleg binnen de NZa econometrische capaciteit van zorgfusies naar AMM-toezicht.** De geavanceerde econometrische modellen in zienswijzen van de NZa bij voorgenomen zorgfusies spelen in beperkte mate een rol in de goedkeuringsprocedure van ACM. Bovendien wordt met deze modellen het algemeen consumentenbelang van fusies te eenzijdig getoetst op alleen betaalbaarheid van zorg. Wij raden daarom aan dat de NZa in haar zienswijzen uniformer aandacht besteedt aan effecten op zowel betaalbaarheid, toegankelijk en kwaliteit van zorg. De rekenkracht van de voor fusies gebruikte econometrische modellen kan vervolgens goed van pas komen binnen AMM-toezicht.

8.2.3 Uitvoeringstoezicht Zvw

- **Stuur de inrichting van uitvoeringstoezicht op de Zvw bij.** De invulling van het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars is doorgeschoten richting de bestrijding van fraude, incorrect declareren, ongepast gebruik en misbruik. Het toezicht

is steeds meer gericht op macrobetaalbaarheid en is erg bureaucratisch van aard geworden. Door de grote politiek-bestuurlijke aandacht voor fraude en gepast gebruik is er relatief minder aandacht voor de klassieke doelen van uitvoeringstoezicht (zorgplicht, acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie). Ook bestaat er een spanning tussen de oorspronkelijke opzet van het Zvw-domein als een privaatrechtelijk stelsel en de verantwoordelijkheden van de NZa als toezichthouder op de besteding van middelen in de zorg. Deze situatie maakt een heroverweging van de reikwijdte en aard van het uitvoeringstoezicht noodzakelijk, waarbij moet worden nagegaan hoe de activiteiten van de NZa zich dienen te verhouden tot de privaatrechtelijk opzet van het Zvw-domein.

8.2.4 Uitvoeringstoezicht AWBZ

- **Beweeg in het uitvoeringstoezicht op de AWBZ van rule-based naar principle-based toezicht.** Over het algemeen is het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door AWBZ verzekeraars, zorgkantoren en het CAK voldoende slagvaardig en toepasbaar. Bij de inrichting van deze vorm van uitvoeringstoezicht heeft de NZa zich echter te veel gericht op het in detail naleven van regels; wij raden aan meer aandacht te besteden aan toezicht op principe-niveau, waarbinnen zorgkantoren meer speelruimte krijgen.

8.2.5 Functioneren NZa

- **Herijk de sturingsrelatie tussen het ministerie van VWS en de NZa.** Binnen deze sturingsrelatie kan meer dan nu een onderscheid gemaakt worden tussen de uiteenlopende inhoudelijke rollen van de NZa (controleur, bewaker en regulator) en de opdrachtgevers- en eigendomsrelatie.³⁰⁸ Voor een gezaghebbende rolinvulling door de NZa is in de toekomst behoefte aan voldoende onafhankelijkheid ten opzichte van het departement.
- **Ontwikkel als NZa een eigen strategische agenda gericht op de toekomstige ontwikkeling van de organisatie.** Hiervoor dient vanuit de langetermijndoelen van de WMG een vertaling te worden gemaakt naar de primaire werkprocessen en van daaruit naar de bedrijfsvoering. Onderdeel van de agenda is het herijken van de verhouding tussen regulering en toezicht. Het onderzoek laat zien dat er ruimte is om de regulerende rol van de NZa verder af te bouwen en meer ruimte te geven aan het veld. Deregulering vraagt wel om een sterke en gezaghebbende toezichthouder die het algemeen belang bewaakt en ingrijpt waar dat nodig is. In het licht van dit ontwikkelingsperspectief is er – althans op dit moment – geen reden om te tornen aan het samengaan van regulering en toezicht binnen één toezichthouder.
- **Verbeter binnen de NZa de samenwerking tussen de directies.** Hierbij is het onder meer van belang de interne verantwoordelijkheden zodanig in te richten, dat in de aansturing het functioneren van de NZa als één organisatie centraal staat.
- **Intensiveer het toezicht op het functioneren van de NZa door het installeren van een externe, onafhankelijke auditcommissie.** Deze auditcommissie dient zich primair te richten op het monitoren van de (langetermijn)bedrijfsvoering binnen de NZa en het op basis van de uitkomsten hiervan adviseren van de Raad van Bestuur.
- **Versterk de interne checks & balances binnen de NZa.** Hiervoor dienen de stafdirecties (vooral daar waar het gaat om de informatievoorziening, de ICT en de HRM) beter in positie te worden gebracht en de interne controlefunctie versterkt te worden.

³⁰⁸ De scheiding tussen de opdrachtgevers- en eigendomsrelatie is binnen het ministerie van VWS reeds in voorbereiding.

- **Verken vanuit de NZa de mogelijkheden om op het terrein van de ondersteunende werkprocessen nader samen te werken met gelieerde partijen.** Gezien de schaalgrootte van de NZa is het aan te bevelen te onderzoeken op welke gebieden samenwerking met partijen zoals de IGZ, het Zorginstituut, andere toezichthouders en het ministerie van VWS toegevoegde waarde heeft.
- **Voer een integrale audit uit op het terrein van informatievoorziening en ICT.** Er hebben op een aantal deelterreinen van ICT al audits plaatsgevonden. In aanvulling hierop is er behoefte aan een integrale audit met een strategisch langetermijnperspectief. De resultaten van deze audit zijn te benutten voor een herijking van het Informatieplan 2014-2018, de integratie van DBC-O en de selectie van een nieuwe ICT-partner.
- **Vergroot de stabiliteit en continuïteit in de financiering van de NZa door de exploitatiebijdrage los te koppelen van het jaarlijkse werkprogramma.** Door de exploitatiebijdrage te relateren aan de op te stellen strategische agenda en het functiegebouw van de NZa, zijn meer garanties in te bouwen voor de continuïteit van de organisatie. Om de flexibiliteit in de organisatie, die nodig is om tussentijdse opdrachten van VWS op te vangen, te waarborgen, is een deel van de exploitatiebijdrage te reserveren voor nieuwe, onvoorziene werkzaamheden.
- **Gebruik de begroting als kader voor het jaarlijkse werkprogramma.** Aan de hand van de prioriteiten in de strategische agenda is te bepalen welke processen en projecten binnen de budgettaire ruimte uit te voeren zijn. Hiermee worden de geldende kaders leidend voor de activiteiten.
- **Richt het interne mobiliteitsbeleid op de doorstroming van medewerkers op alle niveaus binnen de organisatie.** De uitgangspunten hiervoor dient te zijn een evenwichtige opbouw van de organisatie, voldoende doorgroeimogelijkheden voor de medewerkers en een geleidelijke, maar continue vernieuwing van de organisatie.
- **Ga op een meer strategische en systematische manier om met de flexibele schil aan medewerkers en inhuur van externe expertise.** Hierbij is uit te gaan van de incidentele behoeften van de organisatie aan specifieke expertise en de tijdelijke karakter van een deel van de financiering vanuit het ministerie van VWS.
- **Versterk het strategisch relatiemanagement met de belangrijkste stakeholders.** Naast een plan voor de benadering van deze stakeholders gaat het om het vergroten van de sensitiviteit van de organisatie in relatie tot ontwikkelingen in het werkveld. Dit betekent niet dat alle signalen tot actie hoeven te leiden, maar wel dat beargumenteerde terugkoppeling plaatsvindt.
- **Concretiseer de criteria die gebruikt worden voor de jaarlijkse beoordeling van de NZa.** Hierbij dient te worden aangesloten op de aandachtspunten die voortvloeien uit de voorliggende evaluatie, zodat de voortgang op deze punten periodiek gemonitord wordt.

8.2.6 Tot slot

De conclusies en aanbevelingen hebben met elkaar gemeen dat ze erop gericht zijn om het door de WMG beoogde zorgstelsel beter tot zijn recht te laten komen. De evaluatie laat zien dat binnen de contouren van het huidige stelsel, dan wel met beperkte aanpassingen, er de nodige ruimte is voor verbetering.

Van belang daarbij is in onze ogen dat er voldoende samenhang wordt aangebracht in de vervolgvactiteiten, zowel ten aanzien van de wet als bij de organisatorische ontwikkeling van de NZa. Voor beide – maar in het bijzonder voor het laatste thema – geldt dat het ontwikkelen van het stelsel vraagt om een consistente en voorspelbare lijn vanuit het departement, en – gezien de recente ontwikkelingen – ruimte om invulling te geven aan de taakopdracht op langere termijn.

Bijlage 1. Lijst met afkortingen

ACM	Autoriteit Consument en Markt
AEF	Andersson Elffers Felix
AMM	Aanmerkelijke Marktmacht
AWB	Algemene Wet Bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
DBC	Diagnose-Behandel Combinatie
DNB	De Nederlandsche Bank
DOT	DBC Op weg naar Transparantie
EZb	Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GCP	Good Contracting Practices
IKCD	(Stuurgroep) Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces
M&O	Misbruik en Oneigenlijk gebruik
MBI	Macro-Beheersinstrument
MvT	Memorie van Toelichting
Mw	Mededingingswet
NMA	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PiNCeT	Project Intensivering Controle en Toezicht
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlage 2. Referenties

Wetteksten, parlementaire stukken

- . Aanwijzing administratie-instellingen bijzondere ziektekosten, *Stcrt. 2013, 30391*.
- . Aanwijzing inzake voortzetting van het macrobeheersinstrument voor geriatrische revalidatiezorg, *Stcrt. 34464, 2013*.
- . Administratiebesluit bijzondere ziektekosten, *Stb. 1983, 253*.
- . Algemene wet bijzondere ziektekosten, *Stb. 1967, 617*.
- . Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG, *Stb. 2006, 431*.
- . Besluit zorgverzekering, *Stb. 2005, 389*.
- . Evaluaties Zvw, Wzt, WMG, CVZ en NZa, *Kamerstukken II, 2009/10, 29689, nr. 282*.
- . Gewijzigd amendement van het lid Schippers ter vervanging van dat gedrukt onder nr. 20, *Kamerstukken II, 2005/06, 30186, nr. 37*.
- . Herziening zorgstelsel, *Kamerstukken II, 2013/14, 29689, nr. 479*.
- . Invoering diagnose behandel combinaties in GGZ, *Kamerstukken II, 2008/09, 29248, nr. 71*.
- . Invoering diagnose behandel combinaties, *Kamerstukken II, 2010/11, 29248, nr. 216*.
- . Invoering diagnose behandel combinaties, *Kamerstukken II, 2012/13, 29248, nr. 248*.
- . Invoering diagnose behandel combinaties, *Kamerstukken II, 2012/13, 29248, nr. 257*.
- . Kaderstellende visie toezicht, *Kamerstukken II, 2005/06, 27831, nr. 15*.
- . Kaderwet Zelfstandige Bestuursorganen, *Stb. 2006. 587*.
- . Kamerstukken II, 2012-2013, 33253 nr. 39 (amendement lid Van der Staaij).
- . Kamerstukken II, 2012-2013, 33253, nr. 6 (Nota naar aanleiding van verslag).
- . Macrobeheersinstrument curatieve zorg, *Kamerstukken II, 2010-2011, 29284, nr. 219*.
- . Memorie van Toelichting van wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg, *Kamerstukken II, 2011/12, 33253, nr. 3*.
- . Memorie van Toelichting Wet Marktordening Gezondheidszorg, *Kamerstukken II, 2004/05, 30186, nr. 3*.

- . Memorie van Toelichting Zorgverzekeringswet, *Kamerstukken II*, 2003/04, 29763, nr. 3.
- . Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014-2017, 2013.
- . Onderhandelaarsresultaat geestelijk gezondheidszorg 2014-2017, 2013.
- . Onderhandelaarsresultaat medisch-specialistische zorg 2014-2017, 2013.
- . Plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg, *Kamerstukken II* 2013-2014, 28828 nr. 50
- . Plan van aanpak fraude in de zorg, *Kamerstukken II*, 2013/14, 28828, nr. 50.
- . Project intensivering controle en toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet, 2012.
- . Regeling bezoldiging en beheerskosten bestuursorganen volksgezondheid, *Stb.2011*, nr. 11257.
- . Regeling zorgverzekering, *Stb. 1983*, 253, 2005.
- . Resultaten zorgoverleg, *Kamerstukken II*, 2012/13, 33566, nr. 29.
- . Toekomst AWBZ, *Kamerstukken II*, 2010/11, 30597, nr. 198.
- . Toekomst AWBZ, *Kamerstukken II*, 2013/14, 30597, nr. 373.
- . Uitvoeringstoets macrobeheersinstrument, *Kamerstukken II*, 2011/12, 29248, nr. 218.
- . Veegwet VWS 2013, *Stb. 2013*, 560, 2013.
- . Verzoek uitvoering fraudetoets, *Kamerstukken II*, 2014/15, 28828, nr. 32.
- . Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG, *kamerstukken-II*, 2009/10, 32393, nr. 3.
- . Wet beperking contracteerplicht en invoering maximumtarieven, *Stb. 1991*, 584, 1991.
- . Wet marktordening gezondheidszorg, *Stb. 2006*, 415.
- . Wet van 27 november 2013 tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg, *Stb. 2013*, 522
- . Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben, *Kamerstukken II*, 2012/13, 33362, nr. 1.
- . Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg, *Kamerstukken II*, 2011/12, 33253, nr. 1.

- . Zorg die loont, *Kamerstukken II*, 2010/11, 32620, nr. 6.
- . Zorgverzekeringswet, Stb. 2005, 358, 2005.

Publicaties Nederlandse Zorgautoriteit

- , *Aanwijzing Beperfect Clinics B.V.*, november 2011.
- , *Aanwijzing F. Fathi*, mei 2012.
- , *Aanwijzing M.Fathi h.o.d.n. Tandartsenpraktijk Floriande*, mei 2012.
- , *Aanwijzing tandarts*, maart 2011.
- , *Advies bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg*, 2014
- , *Advies inzake gedrag tandartsen*, 2012.
- , *Advies organisatie DBC-systematiek*, 2013.
- , *Advies Overheveling langdurige GGZ naar de Zvw Bekostiging van de langdurige GGZ gericht op behandeling en verblijf*, 2013.
- , *Advies overheveling langdurige GGZ naar de Zvw*, 2013.
- , *Advies uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars*, 2012.
- , *Advies verkorten doorlooptijden DBC-zorgproducten*, 2013.
- , *Beïnvloedingsstrategie transparantietoezicht mondzorg*, 2012.
- , *Beleidsregel aanmerkelijke marktmacht in de zorg*, 2007.
- , *Beleidsregel AL/BR-100.069, Aanmerkelijke Marktmacht in de zorg*, 2007,
- , *Beleidsregel BR/CU-7058, Experiment vrije prijsvorming mondzorg*, 2012.
- , *Beleidsregel CA-300-485, Ketenzorg dementie (2012)*.
- , *Beleidsregel handhaving*, 2012.
- , *Beleidsregel herallocatie ZZP-invoering*, 2009.
- , *Beleidsregel huisartsenzorg - verrichtingenlijst M&I*, 2012.
- , *Beleidsregel informatieverstrekking zorgverzekeraars*, 2011.
- , *Beleidsregel informatieverstrekking zorgverzekeraars*, 2012.
- , *Beleidsregel informatieverstrekking zorgverzekeraars*, 2013.
- , *Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties*, 2012.

- , *Beleidsregel integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)*, 2012.
- , *Beleidsregel integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen*, 2013.
- , *Beleidsregel invoering zorgzwaartepakketten*, 2009.
- , *Beleidsregel ketenzorg dementie*, 2011.
- , *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten*, 2009.
- , *Beleidsregel regelarme Instellingen*, 2014.
- , *Beleidsregel samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten*, 2013.
- , *Beleidsregel TH/BR-012 Transparantie zorgaanbieders*, 2014.
- , *Beleidsregel transparantie zorgaanbieders*, 2014.
- , *Bijlage 4 consultatiedocument Publieke en private taken en verantwoordelijkheden binnen de DBC-systematiek*, 2013.
- , *Boetebesluit BePerfect Clinics BV*, november 2012.
- , *Boetebesluit Eurosmile BV*, augustus 2012
- , *Boetebesluit St. Antonius Ziekenhuis*, februari 2014
- , *Brief aan de minister over vervolgstappen in onderzoek onregelmatigheden declaraties*, 2014.
- , *Brief bevindingen monitor zorginkoop*, 2014.
- , *Brief evaluatie transitie model medisch-specialistische zorg*, 2012.
- , *Brief onderzoek Europsyche*, 2012.
- , *Brief rapport toezichtonderzoek cGGZ*, 2013.
- , *Brief tussenrapportage Europsyche*, 2013.
- , *Consultatiedocument: (In) het belang van de consument*, 2007.
- , *Good Contracting Practices*, 2010.
- , *Good Contracting Practices*, 2014.
- , *Impactanalyse verkorten doorlooptijd DBC-zorgproducten*, 2013.
- , *Informatiemodel uitvoeringsverslag 2010*, 2010.
- , *Informatiemodel uitvoeringsverslag 2011*, 2011.

- , *Informatiemodel uitvoeringsverslag 2012*, 2012.
- , *Informatiemodel uitvoeringsverslag 2013*, 2013.
- , *Invoering prestatiebekostiging curatieve GGZ*, 2012.
- , *Jaarrapportage signaaltoezicht 2010*, 2011.
- , *Jaarrapportage signaaltoezicht 2012*, 2013.
- , *Jaarrapportage signalen 2009*, 2010.
- , *Marktscan AWBZ 2013*, 2013.
- , *Marktscan extramurale AWBZ*, 2012.
- , *Marktscan intramurale AWBZ*, 2012.
- , *Marktscan medisch-specialistische zorg 2011*, 2011.
- , *Marktscan medisch-specialistische zorg 2012*, 2013.
- , *Marktscan Mondzorg-juni*, 2012
- , *Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2011*, 2011.
- , *Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2012*, 2012.
- , *Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2013*, 2013.
- , *Model jaarverslag CAK*, 2013.
- , *Monitor extramurale farmacie*, 2010.
- , *Monitor zorginkoop*, 2010.
- , *Monitor zorginkoop*, 2014.
- , *Monitor zorgverzekeringsmarkt 2009*, 2009.
- , *Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars*, 2014.
- , *Onderzoek zorgfraude: Tussenrapport*, 2013.
- , *Prestatiemeting AWBZ 2009*, 2009.
- , *Prestatiemeting AWBZ 2010*, 2010.
- , *Prestatiemeting AWBZ 2011*, 2011.
- , *Prestatiemeting AWBZ 2012*, 2012.
- , *Prestatiemeting AWBZ 2013*, 2013.
- , *Protocol accountantsonderzoek concessiehouders AWBZ*, 2013.

- , *Protocol onderzoek Zvw met oplevering in 2014*, 2013.
- , *Protocol vereveningsonderzoek Zvw 2009*, 2009.
- , *Protocol vereveningsonderzoek Zvw en onderzoek uitvoeringsverslag 2010*, 2010.
- , *Protocol vereveningsonderzoek Zvw met oplevering in 2012 en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw 2011*, 2011.
- , *Protocol vereveningsonderzoek Zvw met oplevering in 2013 en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw 2012*, 2012.
- , *RAM Zorgverzekeringswet 2008*, 2008.
- , *RAM Zorgverzekeringswet 2009*, 2009.
- , *RAM Zorgverzekeringswet 2010*, 2010.
- , *Rapport materiële controle zorgverzekeraars*, 2009.
- , *Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2012; Vereveningsonderzoek en compensatie eigen risico (CER)*, 2014.
- , *Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2009: Onderdeel acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht*, 2010.
- , *Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2009; Onderdeel vereveningstaken en compensatie eigen risico (CER)*, 2010.
- , *Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2010: Onderdeel acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht*, 2011.
- , *Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2010; Onderdeel vereveningsonderzoek Zvw en compensatie eigen risico (CER)*, 2012.
- , *Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011: Onderdelen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, Zorgplicht*, 2012.
- , *Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011; Onderdeel vereveningsonderzoek Zvw en compensatie eigen risico (CER)*, 2012.
- , *Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2012: Onderdelen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, Zorgplicht*, 2013.
- , *Regeling administratieve organisatie en interne controle AWBZ-Zorgaanbieders 2013, Stcrt. 2013, 35289*, 2013.
- , *Regeling controle en administratie AWBZ-Verzekeraars, Stcrt. 2006, 246*, 2006.
- , *Regeling controle en administratie zorgverzekeraars, Stcrt. 2012, 26404*, 2012.
- , *Richtsnoer informatieverstrekking Zorgverzekeraars 2009*, 2009.
- , *Richtsnoer informatieverstrekking Zorgverzekeraars 2010*, 2010.

- , *Risicoanalysemodel AWBZ-Zorgverzekeraars*, 2007.
- , *Selectielijst van de Nederlandse Zorgautoriteit en rechtsvoorgangers op het beleidsterrein toezicht en regulering in de gezondheidszorg, 1949-, 2011.*
- , *Stand van de zorgmarkten 2011*, 2011.
- , *Stand van de zorgmarkten 2012*, 2012.
- , *Stand van de zorgmarkten 2013*, 2013.
- , *Tariefbeschikkingen mondzorg*, 2013
- , *Thematisch onderzoek zorgplicht*, 2010.
- , *Toelichting RAM*, 2007.
- , *Toetsingskader Zorgplicht Zvw*, 2013.
- , *Toezietskader zorgplicht zorgverzekeraars*, 2013.
- , *Toezietsonderzoek mondzorg*, 2011.
- , *Toezietsstrategie cGGZ*, 2013.
- , *Uitvoering AWBZ 2009*, 2010.
- , *Uitvoering AWBZ 2010*, 2011.
- , *Uitvoering AWBZ 2011*, 2012.
- , *Uitvoering AWBZ 2012*, 2013.
- , *Uitvoeringstoets MBI*, 2011.
- , *Uitvoeringstoets mededingingsanalyse zorggroepen*, 2010.
- , *Uitvoeringstoets Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg, Verruiming grenzen en soorten ketens (2010)*
- , *Verantwoordingsdocument invoering prestatiebekostiging medisch-specialistische zorg: Uitwerking van implementatie per 2012*, 2011.
- , *Visiedocument Richting geven aan keuzes*, 2007.
- , *Visiedocument functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen*, 2006.
- , *Visiedocument inkoopmacht en collectief onderhandelen*, 2010.
- , *Visiedocument marktimperfecties in de medisch-specialistische zorg*, 2010.
- , *Visiedocument monitoring Zicht op de zorgmarkten*, 2010.

- , *Visiedocument toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem*, 2006.
- , *Visiedocument transparantie*, 2009.
- , *Visiedocument zorgplicht medisch-specialistische zorg*, 2013.
- , *Voorlichting onderhoud zorgzwaartebekostiging: Gestructureerde samenwerking tussen overheid en veldpartijen onder coördinatie van de NZa*, 2011.
- , *Werkafspraken tussen NMa en NZa m.b.t. concentratiezaken*, 2008.
- , *Zicht op toezicht*, 2009.
- , *Zorgverzekeraars voldoen aan zorgplicht en kopen steeds beter zorg in*, *Website NZa* <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Zorgverzekeraars-voldoen-aan-zorgplicht-en-kopen-steeds-beter-zorg-in/>, 30 juni 2014.

Interne documenten Nederlandse Zorgautoriteit

- , *Architectuur & Governance 2012-2016*, 2011.
- , *Audit Informatievoorziening NZa*, 2009.
- , *Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging*, 2011.
- , *Bestuursreglement*, 2011.
- , *Functiegebouw*, 2010.
- , *Functiegebouw*, 2011.
- , *Functiegebouw*, 2012.
- , *Functiegebouw*, 2013.
- , *Handboek DIV*, 2013.
- , *Hoofdpijnen Hot Scan Informatievoorziening NZa*, 2010.
- , *Informatiebeleid 2012 – 2016*, 2011.
- , *Informatieplan 2014 – 2018*, 2013.
- , *Jaarverslag 2009*, 2010.
- , *Jaarverslag 2010*, 2011.
- , *Jaarverslag 2011*, 2012.
- , *Jaarverslag 2012*, 2013.
- , *Jaarverslag 2013*, 2014.
- , *Kwaliteitsprotocol Informatielijn 2.0*, 2013.
- , *Medewerkerstevredenheidsonderzoek*, 2014.

- , *Memo aandacht voor de steunpilaren*, 2011.
 - , *Memo anticiperend personeelsbeleid - stand van zaken*, 2014.
 - , *Memo archief en postprocessen*, 2014.
 - , *Memo controle op kosten outsourcing*, 2012.
 - , *Memo handleiding bij onvoldoende functioneren*, 2010.
 - , *Memo inwerkbeleid NZa*, 2014.
 - , *Memo organisatievorm van het ICC*, 2011.
 - , *Memo spelregels beheer en control 2013*, 2013.
 - , *Memo tussentijdse evaluatie Projectenpool*, 2013.
 - , *Notulen bijeenkomst alignmentmanagers informatieplan 2014 - 2018*, 2013.
 - , *Notulen strategisch alignmentoverleg 17 oktober 2013*, 2013.
 - , *Notulen strategisch alignmentoverleg 18 juli 2013*, 2013.
 - , *Opleidingsbeleid*, 2012.
 - , *Procesbeschrijving afhandelen externe informatieonderzoeken*, 2013.
 - , *Procesplaat Afhandelen externe informatieverzoeken*, 2012.
 - , *Protocol agressie*, 2014.
 - , *Rapportage enquête "Wat vind jij van Communicatie"*, 2014.
 - , *Samenwerkingsmodel analyse en gebruik data*, 2014.
 - , *Stappenplan en toelichting bij stappenplan Wob-verzoeken*, 2010.
 - , *Stappenplan gebruikerswensen CRM*, 2014.
 - , *Strategieoverleg: Transparantie, data en informatie - deel 1: "open data"*, 2013.
 - , *Toetsingskader informatieverzoeken publieke partijen*, 2014.
 - , *Werkinstructie klachtenbehandeling over dienstverlening Informatielijn*.
- Mazars, *EDP audit Informatiebeveiliging*, 2014.

Secundaire literatuur

- . AEF (2014) Verkenning opsporingsfunctie in de zorg
- . Algemene Rekenkamer, Kaderwet ZBO's: Reikwijdte en implementatie, 2012.
 - , *Uitgavenbeheersing in de zorg: Deel 2*, 2013.
 - , *Uitgavenbeheersing in de zorg: Deel 1*, 2011.

- . Beetsma, 'Overheid maakt zichzelf onbetrouwbaar met flip-flop tandartstarieven', Me Judice, 10 juli 2012
- . Bendis en Byler, 'Creating a National Innovation Framework: Building a Public-Private Support System to Encourage Innovation', Science Progress, 2009.
- . Boer & Croon, *Evaluatie CVZ en NZa*, 2009.
- . Commissie Baarsma, *Advies commissie macrobeheersinstrument*, 2012.
- . Consortium onderzoek kwaliteit van zorg, *De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg: Tijd voor een brede benadering*, 2012.
- . CPB, *CPB policy brief 2010/11: Trends in gezondheid en zorg*, 2011.
- . CPB, *Toekomst voor de zorg*, 2013.
- . DBC-Onderhoud, *Position paper zorginnovatie*, 2013.
- . De Kam en Donders, 'Zonder zorg vaart niemand wel', in: *Een economisch gezonde gezondheidszorg. KVS Preadviezen*, 2012.
- . Douven en Boone, 'Budgetten en marktwerking in de zorg: waarom en hoe?', in: *Een economisch gezonde gezondheidszorg: KVS preadviezen*, 2012.
- . Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging; *Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken: Tweede rapportage*, 2012
- . Gootzen en Bonte, 'Het rendement van Ketenzorg', *Medisch contact* 64 (4), 2010.
- . Guus Schrijvers, *Ruimte voor ziekenhuisinnovaties*, 2010.
- . Halbersma, Rein, Johan van Manen en Wolf Sauter, *Research paper NZa: Voldoen de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstelsel?*, 2012.
- . InEen (2014), *Transparante ketenzorg diabetes mellitus, copd en vrm, rapportage zorggroepen over 2013: op weg naar genuanceerde rapportage van zorg*
- . Inspectie der Rijksfinanciën, *Curatieve zorg 2.0: Rapport brede heroverwegingen*, bijlage bij Kamerstukken II, 2009/10, 32359, nr. 1.
- . Loozen, Schut en Varkevisser, 'Fusie zorgverzekeraars Achmea en De Friesland: hoezo functioneel concentratietoezicht?', *Markt & Mededinging* 5, 2011, p. 169-177
- . Loozen, Varkevisser en Schut, 'Beoordeling ziekenhuisfusies door ACM: staat de consument wel echt centraal?', *Markt & Mededinging* 1, 2014 p. 5-14
- . M. Varkevisser en E. Schut, 'Zorgspecifieke fusietoets is overbodig en ongewenst', *Tijdschrift voor toezicht* 2(1), 2011, 33-41
- . Maasdam, 'Publieke belangen in de zorg geborgd door toepassing mededingingsregels door de Nederlandse Mededingsautoriteit?' in: *Ars Aequi* 07/08, 2011, p. 540-548

- . Markttoezichthoudersberaad, *Criteria voor goed toezicht*, 2013.
- . ———, *Agenda 2014*, 2014.
- . Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *'Minder last, meer effect: Zes principes van goed toezicht'*, 2005.
- . NMa en NZa, *Richtsnoeren zorggroepen*, 2010.
- . NMa, *Richtsnoeren voor de zorgsector*, 2010.
- . NVZ, NFU, ZKN, ZN en VWS, *Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord ziekenhuiszorg 2012-2015*, 2011.
- . NZa et al., *Convenant bestrijding zorgfraude*, 2013.
- . Pomp, Marc, *Research paper NZa: No risk, no gain*, 2012.
- . RIVM, *Experimenteren met de keten-dbc diabetes: De eerste zichtbare effecten*, 2009
- . ———, *Zorgbalans: De prestaties van de Nederlandse zorg*, 2004.
- . ———, *Zorgbalans: De prestaties van de Nederlandse zorg*, 2010.
- . ———, *Zorgbalans*, 2012.
- . RVZ, *De staat van het stelsel*, 2004.
- . Sauter, 'Aanmerkelijke marktmacht in de zorg,' *Markt en Mededinging* 8, 2007, p. 3-11
- . Sauter, Wolf, 'Research paper NZa: An analysis of the general consumer interest as a source of regulatory legitimacy in the case of the Dutch healthcare authority', 2008.
- . Schut, Loozen en Varkevisser, 'Consumentenwelvaart en de beoordeling van ziekenhuisfusies', *ESB Dossier Consumentenwelvaart als beleidsdoelstelling*, 99,2014, p. 40-45
- . Trimbos Instituut, *Trendrapportage GGZ: Ambulantisering*, 2012.
- . Triple A, *Onderzoek gedifferentieerd macrobeheersinstrument*, 2013.
- . Van Damme, 'Concurrentie en samenwerking op de zorgverleningsmarkt,' *Een economisch gezonde gezondheidszorg: KVS pre-adviezen*, 2012, p. 179-200
- . Van Kleef, Richard, Erik Schut en Wynand van de Ven, *Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening*, 2014.
- . Wiggers en Sluijs, 'Menzis - apotheek J.D. Van Dalen', *Markt en Mededinging* 3, 2010, p. 114-120
- . Wiggers en Sluijs, 'Menzis - apotheek J.D. Van Dalen', *Markt en Mededinging* 4, 2011, p. 145-150

- . Wiggers, *De NMa en de NZa in de curatieve zorgsector* (2013)
- . ZN, *Advies alternatief MBI*, 2013.

———, *Eindrapportage onderzoek mogelijk misbruik transitie-model: ‘Spelen met regels én systeem in transitie’*, 2013.
- . ZonMw, *Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg*, 2009.

Overig

- . NMa, Zaak 3022/ Stichting automatisering gezondheidszorg Breda, 2004
- . NMa, Zaak 2501/Dienstapothek Assen, 2004
- . NMa, Zaak 6424/Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen, 2009
- . ACM, Zaak 7545/HagaZiekenhuis – Reinier de Graaf Groep, 2013
- . ACM, Zaak 13.1465.22/Isala – Noorderboog, 2014

Bijlage 3. Lijst met gesprekspartners

Organisatie	Naam	Functie
Achmea	Nelleke de Kruijff	Manager stafbureau zorginkoop
ACM	Krijn Schep	Senior beleidsmedewerker
ACM	Tineke Serlie	MT-lid directie mededinging
Actiz	Herma Oosterom	Senior beleidsadviseur
Actiz	Michiel Kooijman	Juridisch beleidsadviseur
ASR	Geert van Kruistum	Senior business consultant ziektekosten
CAK	Jacqueline van den Burg	Accounthouder VWS/beleidsadviseur
CIZ	Pauline de la Court	Hoofd afdeling fraudebestrijding
CZ	Rens van Oosterhout	Manager farmacie en curatieve GGZ
DNB	Dagmar van Ravenswaay Claasen	Hoofd toezicht zorgverzekeraars
DNB	Peter Hoekstra	Coördinator verzekeringscluster toezicht
DSW	Aad de Groot	Directielid
DSW	Chris Oomen	Bestuursvoorzitter
DSW	Dirk Pons	Directielid
Erasmus universiteit	Wynand van de Ven	Professor of health insurance
FLORET	Jan Koen Sluijs	Advocaat/partner
GGZ Nederland	Paul van Rooij	Directeur
IederIn	Marijke Hempenius	Beleidsmedewerker
IGZ	Joke de Vries	Hoofdinspecteur Maatschappelijke Zorg
InEen	Hansmaarten Bolle	Directeur
KNMP	Leon Tinke	Algemeen directeur
KNMP	Jean Hermans	Hoofd beleid
KVVP	Judith Veenendaal	Directeur
LHV	Ad Vermaas	Senior beleidsmedewerker
LHV	Lodi Hennink	Algemeen directeur
Loyens & Loeff	Marc Wiggers	Advocaat
Medisch Spectrum Twente	Bas Leerink	Voorzitter raad van bestuur
Menzis	Hans Springer	Manager inkoop langdurige zorg
Menzis	Joëlline Verloop-Goossen	Secretaris CFO/CRO
Menzis	Ruben Wenselaar	Vice-voorzitter raad van bestuur
Ministerie van VWS	Adriaan Brouwer	Coördinerend beleidsmedewerker
Ministerie van VWS	Bas van der Dungen	DG curatieve zorg
Ministerie van VWS	Caroline Bos-de Jager	Senior juridisch beleidsadviseur
Ministerie van VWS	Dmitri Schakelaar	Projectcoördinator
Ministerie van VWS	Frank Hoogendijk	Coördinerend beleidsmedewerker GGZ
Ministerie van VWS	Fred Krapels	Hoofd tweedelijns somatische zorg/plv. directeur curatieve zorg
Ministerie van VWS	Gelle Klein Ikkink	Directeur zorgverzekeringen
Ministerie van VWS	Henriëtte Ribberink	Juridisch beleidsmedewerker
Ministerie van VWS	Janneke Boer	Projectleider kwaliteitsinstituut

Ministerie van VWS	Joost Moes	Senior beleidsmedewerker
Ministerie van VWS	Jorit de Kruijff	Juridisch beleidsadviseur
Ministerie van VWS	Kees Molenaar	Programmamanager
Ministerie van VWS	Marcel Amelung	Senior beleidsmedewerker
Ministerie van VWS	Margaret Hof	Accounthouder de NZa
Ministerie van VWS	Mariken Meijs	Projectleider/beleidsjurist
Ministerie van VWS	Rudo van den Brink	Senior beleidsadviseur
Ministerie van VWS	Veronique Esman	Directeur curatieve zorg
Nationale Ombudsman	Marcel Haddink	Teamleider zorg en onderwijs
Nefarma	Jan Oltvoort	Senior beleidsadviseur
Nefarma	Michel Dutrée	Directeur-generaal
NFU	Frank de Bos	Coördinator sturing en financiering
NMT	Albert-Jan Rijnsburger	Hoofd sturing en financiering
NPCF	Winy Toersen	Senior beleidsmedewerker
NvPF	Bart van den Bemt	Secretaris/ Vice-voorzitter
n.v.t.	Guus Schrijvers	Oud-hoogleraar public health, gezondheidseconoom
NVZ	Lilianne van der Velde	Beleidsadviseur
NVZ	Margot van der Starre	Directeur
NZa	Annemiek van der Laan	Unitmanager economisch en medisch bureau
NZa	Bernard Creutzberg	Beleidsmedewerker
NZa	Cornelis Jan Diepeveen	Senior beleidsmedewerker
NZa	Daan Molenaar	Unitmanager Markttoezicht en Toezicht Zorgverzekeraars
NZa	Dick Evelein	Unitmanager informatie- en coördinatie centrum
NZa	Eldert Boersma	Beleidsmedewerker toezicht
NZa	Erik Langeveld	Beleidsmedewerker toezicht
NZa	Eva Flikkema	Senior beleidsadviseur, voorzitter ondernemingsraad
NZa	Eveline van der Waarde	Manager finance & control
NZa	Hanneke Miedema	Manager communicatie
NZa	Hein Mak	Unitmanager informatie en facilitair management
NZa	Jan Hakker	Senior onderzoeker
NZa	Katinka Lops	Beleidsmedewerker
NZa	Loes de Maat	Directeur toezicht en handhaving
NZa	Manou van der Kraan	Unitmanager projectenpool
NZa	Martijn de Keizer	Directiesecretaris toezicht en handhaving
NZa	Martine van de Kerkhof	Unitmanager HRM
NZa	Maurice van de Werd	Adviseur planning en control
NZa	Michiel Lugt	Manager toezicht
NZa	Michiel Veersma	Strategisch-juridisch adviseur RvB
NZa	Mindert Mulder	Directeur cure
NZa	Misja Mikkers	Directeur strategie en juridische zaken
NZa	Rein Halbersma	Expert economisch-medisch bureau
NZa	Rik Lagerwaard	Directeur care
NZa	Ruud van Donk	Unitmanager juridische zaken
NZa	Sander Koopman	Unitmanager care

NZa	Tim Maas	Directeur bedrijfsvoering en informatie
NZa	Vincent Pelgrom	Beleidsmedewerker
NZa	Wim Komrij	Plv. directeur toezicht en handhaving
ONVZ	Erno Kleijnenberg	Directeur
Orde van Medisch Specialisten	Ernst Ziere	Directeur organisatie en financiën
V&VN	Francis Bolle	Senior adviseur
V&VN	Helma Zijlstra	Directeur
VGN	Hans Cosijnse	Senior beleidsadviseur
VGZ	Hans van Noorden	Directeur langdurige zorg
VGZ	Mirjam Klerks	Hoofd juridische zaken
VGZ	Peter Hoppener	Divisievoorzitter zorg
Westfries Gasthuis	Hugo Keuzenkamp	Directielid
ZKN	Marijn Lamers	Manager kwaliteit en veiligheid
Zorg en Zekerheid	Anneke Augustinus	Manager inkoop zorg AWBZ
Zorgverzekeraars Nederland	Pieter Hasekamp	Algemeen directeur
-	Eitel Homan	Voormalig lid raad van bestuur NZa
-	Theo Langejan	Voormalig lid raad van bestuur NZa

Bijlage 4. Overzicht van deelvragen

- 1 *In hoeverre draagt tarief- en prestatieregulering bij aan het functioneren van het zorgstelsel?*
 - In hoeverre levert tarief- en prestatieregulering een noodzakelijke bijdrage aan de doelen van de WMG (Betaalbaarheid, toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg)? Is tarief- en prestatieregulering effectief en doelmatig in het bereiken van deze doelen?
 - Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met algemeen consumentenbelang?
 - Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met het instrument begrenzing voor macrokostenbeheersing?
 - Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met dynamiek en innovatie in de zorgverleningsmarkt?
 - Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met multidisciplinaire samenwerking?
 - Is tarief- en prestatieregulering nodig binnen aanvullende pakketten?
 - Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met fraudebestendigheid?
 - Hoe functioneert tarief- en prestatieregulering in verband met het verbodsstelsel en het mogelijke alternatief daarvan? In hoeverre dient een verbodsstelsel de doelen van de WMG?
- 2 *Is het markttoezichtsinstrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*
 - Is het AMM-instrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de met het instrument beoogde doelen te behalen?
 - Is het AMM-instrumentarium en de toepassing daarvan door de NZa nodig naast het mededingingsinstrumentarium en de toepassing daarvan door de ACM?
 - In hoeverre draagt markttoezicht en met name het fusietoezicht, door de NZa, bij aan het op gang brengen van de markt?
 - Is het transparantie-instrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de met het instrument beoogde doelen te behalen?
 - Is het art. 45-instrumentarium voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de met het instrument beoogde doelen te behalen?

- 3 *Is het instrumentarium voor uitvoeringstoezicht op de Zvw voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*
- In welke mate dragen de NZa en WMG bij aan een goede zorginkoop door zorgverzekeraars?
 - In hoeverre dragen WMG en de NZa bij aan de bescherming van het algemeen consumentenbelang, waaronder de beschikbaarheid van keuze-informatie en transparantie?
 - In hoeverre draagt het rechtmatigheidstoezicht van de NZa eraan bij dat zorgverzekeraars (formele en materiële) controles uitvoeren zodat fraude door zorgaanbieders wordt voorkomen dan wel aangepakt?
 - Is het rechtmatigheidstoezicht van de NZa effectief ter bestrijding van fraude?
- 4 *Is het instrumentarium voor het uitvoeringstoezicht op de doel- en rechtmatige uitvoering van de AWBZ door Zorgkantoren, AWBZ-verzekeraars en CAK voldoende toepasbaar en slagvaardig in te zetten om de beoogde doelen te behalen?*
- In welke mate draagt het doel- en rechtmatigheidstoezicht van de NZa bij aan de bestrijding van fraude?
 - Is de wijze waarop de NZa de prestaties van concessiehouders meet en de keuze voor aandachtsgebieden, zoals Zorg in natura, Klachtenbehandeling, Contracteerproces, Materiële Controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik, effectief?
 - Beschikt de NZa over een afdoende handhavingsinstrumentarium?
 - In welke mate dragen het doel- en rechtmatigheidstoezicht van de NZa en het instrumentarium van de WMG bij aan de bescherming van het algemeen consumentenbelang?
- 5 *Draagt de NZa met de door haar geleverde prestaties in bedrijfsmatige zin bij aan het realiseren van de bedoelingen van de wetgever en realiseert de NZa haar prestaties tegen zo laag mogelijke kosten en met een zo hoog mogelijke kwaliteit?*

Bij deze vraag zijn geen vragen maar aandachtspunten gedefinieerd, te weten:

- de (effectieve) inzet van het beschikbare instrumentarium en de kruisbestuiving tussen regulering- en (markt)toezichtstaken. Belangrijk aandachtspunt hierbij is het belang van fraudebestrijding. Bij de evaluatie van de inzet van de NZa op het gebied van markttoezicht dient de werkwijze van de ACM betrokken te worden inclusief de consequenties daarvan voor de NZa
- het bedrijfsmatig-organisatorisch functioneren van de NZa, waarbij specifieke aandacht wordt gevraagd voor de stand van zaken m.b.t. automatisering van de primaire werkzaamheden, de kwaliteit van de informatie die daar uit voortvloeit voor intern en extern gebruik, of die op orde is en gewaarborgd. Dit mede met het oog op tijdige gegevensaanlevering voor het budgettaire besluitvormingsproces bij VWS

- de relatie die de NZa met de minister/staatssecretaris c.q. het ministerie van VWS onderhoudt, waarbij specifieke aandacht wordt gevraagd voor de scheiding beleid en uitvoering
- de relaties die de NZa met stakeholders onderhoudt. Het gaat daarbij om collega-zbo's (artikel 17 WMG), zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en patiëntenorganisaties
- de bedrijfsmatig-organisatorische criteria die worden gehanteerd bij de beoordeling van het jaarlijks functioneren van de NZa met ingang van het jaarverslag 2011. Het gaat daarbij om de volgende criteria: kwaliteit verantwoordingsinformatie, toestand financiën, kwaliteit bedrijfsvoering, doeltreffendheid en doelmatigheid en goed bestuur (governance).

Datum

1 september 2014

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Auteurs

Aris van Veldhuisen

Robert-Jaap Voorn

Jasper Sluijs

Katy Hofstede

Allard Amelink

Jane Fain

Met medewerking van

Paul de Bijl, Radicand Economics

Jan Boone, TILEC

Foto omslag

Jannes Linders

Referentie

GV278-3-457

Andersson Elffers Felix

www.aef.nl