



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Monitor

# Zorginkoop zorgverzekeraars

# **Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars**

maart 2010



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doelstellingen	7
1.3 Focus monitor	8
1.4 Uitvoering monitor	9
1.5 Leeswijzer	9
<b>2. Zorginkoop door zorgverzekeraars</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding	11
2.2 Zorginkoopbeleid zorgverzekeraars	11
2.3 Zorginkoop op de verschillende deelmarkten	13
2.3.1 Huisartsenzorg	16
2.3.2 Medisch specialistische zorg	17
2.3.3 Paramedische zorg	19
2.3.4 Geestelijke gezondheidszorg - Cure	20
2.3.5 Farmacie	21
2.3.6 Mondzorg	23
2.4 Overeenkomsten en verschillen tussen de markten	24
<b>3. Betekenis van de uitkomsten voor de NZa</b>	<b>27</b>
3.1 Schematisering van de verschillende markten	27
3.2 Kenmerken van deelmarkten en actiemogelijkheden NZa	28
3.3 Aanbevelingen en prioriteiten	30
<b>Bijlage 1. Schema prikkels zorginkoop</b>	<b>33</b>
<b>Bijlage 2. Toelichting prikkels zorginkoop</b>	<b>35</b>



## Vooraf

Voor u ligt de eerste monitor zorginkoop vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa heeft al vaker monitors van zorginkoopmarkten gepubliceerd, maar deze is de eerste overkoepelende monitor over zorginkoop.

In deze rapportage is voor een aantal deelmarkten beschreven welke prikkels en belemmeringen de zorgverzekeraars ervaren bij de invulling van de zorginkoop. Ook maakt de NZa een vergelijking tussen de verschillende inkoopmarkten om zo een beeld te kunnen schetsen waar verbetering van de voorwaarden voor een goede zorginkoop het meest nodig is.

Voor deze monitor maakte de NZa gebruik van vooral kwalitatieve informatie. Een aantal zorgverzekeraars zijn hierbij behulpzaam geweest. De uitkomsten zijn in een compacte vorm gerapporteerd.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM  
lid Raad van Bestuur/plv. voorzitter



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Een goed ontwikkelde zorginkoop door zorgverzekeraars is één van de cruciale succesfactoren voor de in 2006 ingezette stelselherziening. Het is de taak van de NZa om, vanuit het consumentenbelang en de werking van het stelsel, toezicht te houden op de zorgmarkten en de regulering daarvan. Binnen dat kader is het tevens de taak van de NZa om vast te stellen welke invulling zorgverzekeraars geven aan hun zorginkoopfunctie.

In de monitorrapportages van de NZa wordt de zorginkoop veelvuldig belicht vanuit het perspectief van de zorgaanbieder. Echter, de zorginkoop vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar blijft onderbelicht. Het ontbreekt de NZa aan inzicht welke prikkels en belemmeringen de zorgverzekeraars ervaren bij de invulling van de zorginkoop in z'n algemeenheid en verschillen en overeenkomsten daarbij tussen de te onderscheiden zorginkoopmarkten.

## 1.2 Doelstellingen

Omdat dit de eerste monitor van deze aard is die door de NZa is uitgevoerd moet nadrukkelijk een onderscheid gemaakt worden tussen een korte termijn doelstelling en een lange termijn doelstelling.

De (primaire) doelstelling van de monitor is het verkrijgen van inzicht in de huidige stand van zaken van de zorginkoop vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars.<sup>1</sup> Dit moet tevens inzicht geven in de werking van prikkels die actieve zorginkoop door de zorgverzekeraars mogelijk maken of belemmeren. Belangrijk daarbij is dat het tevens een overallbeeld geeft

---

1 Het is voor zorgverzekeraars ook mogelijk door middel van verticale integratie zelf zorg aan te bieden. Uit een inventarisatie van de NZa zelf (eind 2009) blijkt dat verticale integratie beperkt voorkomt in de eerstelijnszorg en bij apothekers, en nauwelijks bij medisch specialistische zorg. Tevens zijn zorgverzekeraars actief aan de 'randen' van de zorg (ondersteuning, arbo-zorg et cetera). Gebleken is dat verschillende gevallen van verticale samenwerking een langere levensduur hebben; er is geen sprake van een hausse van initiatieven op dat terrein sinds de invoering van de Wmg. Zie: Bijlage Monitor zorgverzekeringmarkt bij Kamerstuk Toetreders op de zorgverzekeringmarkt en verticale intergratie (n.a.v. toezeggingen en Motie Zijstra/ Van der Veen over het niet toestaan van fusies van zorgverzekeraars en zorgaanbieders). Kamerstuk, 25 januari 2010 (Z/M-2982676).

van die aspecten die deelmarktverstijgend zijn en van de verschillen en overeenkomsten tussen de verschillende markten.

Voor de korte termijn gaat het er daarmee om de risico's te kunnen bepalen die zich met betrekking tot de zorginkooprol van de zorgverzekeraars kunnen voordoen om zodoende focus te kunnen aanbrengen in de monitors voor de verschillende zorginkoopmarkten en de (conceptuele) samenhang tussen de verschillende monitors te versterken. Ook wil de NZa de inzichten gebruiken om marktpartijen uit te nodigen tot het doen van verbetervoorstellen daar waar dat nodig is.

Voor de langere termijn moet het (structureel) monitoren van de zorginkoop de NZa in staat stellen om de werking van verkeerde prikkels te veranderen zodat het inkopen van doelmatige, kwalitatief goede en bereikbare zorg door zorgverzekeraars gestimuleerd wordt. Het in deze monitor gehanteerde analyse-instrument moet in de toekomst ook gehanteerd kunnen worden voor analyse van de werking van prikkels bij het inkopen van AWBZ-zorg door zorgkantoren. Zowel reguleringsactiviteiten als toezichtmaatregelen (markttoezicht en het toezicht op wettelijke verplichtingen) zijn in beide gevallen aan de orde.

### **1.3 Focus monitor**

De korte termijn doelstelling leidt tot de volgende vraagstellingen:

- Welke strategieën voor de zorginkoop zijn bij zorgverzekeraars te onderscheiden?
- Is daarbij sprake van een onderscheid naar verschillende deelmarkten?
- Welke prikkels spelen daarbij een rol?
- In hoeverre is in de verschillende zorgmarkten voldaan aan de randvoorwaarden voor inkoop van doelmatige, kwalitatief goede en bereikbare zorg?
- In welke zorgmarkten zijn de verkeerde prikkels het sterkst aanwezig, en waar zijn de prikkels het minst aanwezig, met andere woorden waar liggen de grootste risico's voor een goede zorginkoop?

De bij de structurele doelstelling horende (vervolg)vragen zijn:

- Hoe verhouden de prikkels en de voorwaardenstructuur zich met de bevoegdheden van de NZa? Met andere woorden, wat is de relatie tussen prikkels en de gereedschapskist van de NZa?
- Welke interventies stelt de NZa voor, gegeven haar gereedschapskist?

## 1.4 Uitvoering monitor

Het onderzoek is gebaseerd op een drietal pijlers:

- Onderzoek naar hetgeen in de literatuur gesteld wordt over de te onderscheiden prikkels, eventueel gedifferentieerd naar de te onderscheiden inkoopmarkten.
- Secundaire analyse van beschikbare data over zorginkoop (bronnen: NZa-dossiers, Raad voor de Volksgezondheid (RVZ), Consumentenbond, enz.).
- Werkbezoeken (medio 2009) aan een zestal zorgverzekeraars waarbij bij elke zorgverzekeraar gesproken is met de direct verantwoordelijkheden voor het overallinkoopbeleid en de inkoopactiviteiten op een viertal deelmarkten (medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, paramedische zorg en GGZ-Cure). Bij de opzet van de gesprekken is gebruik gemaakt van de uitkomsten van de twee hierboven genoemde pijlers.
- Interne NZa-expertise met betrekking tot een tweetal deelmarkten (farmacie en mondzorg).

Parallel aan het onderzoek zorginkoop is voorts een onderzoek uitgevoerd naar zorgplicht vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar<sup>2</sup>. De informatie-uitvraag is zoveel mogelijk beperkt door beide activiteiten goed op elkaar af te stemmen. Zo zijn de werkbezoeken bij de zes zorgverzekeraars gecombineerd uitgevoerd. Hiermee heeft de NZa getracht de administratieve lasten van het onderzoek voor de zorgverzekeraars zo beperkt mogelijk te houden.

## 1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de bevindingen uit het onderzoek naar de zorginkoop. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de overeenkomsten en verschillen in hun visie op de zorginkoop (2.2), de zorginkoop op de zes onderzochte deelmarkten (2.3.1 t/m 2.3.6) en de overeenkomsten en verschillen tussen de deelmarkten (2.4). Voor een toelichting op het in hoofdstuk 2 gehanteerde analyseschema en de daarin onderscheiden prikkels wordt verwezen naar bijlage 1 en bijlage 2. Hoofdstuk 3 gaat in op de betekenis van de uitkomsten voor de NZa.

---

<sup>2</sup> Zie NZa 'Zorgplicht. Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop' (maart 2010)



## 2. Zorginkoop door zorgverzekeraars

### 2.1 Inleiding

Op basis van de literatuur is een onderzoek gedaan naar de prikkels die onderscheiden kunnen worden. De te onderscheiden prikkels zijn onderverdeeld in 'bovenstroomse prikkels', 'benedenstroomse prikkels', 'formele prikkels' en 'overig'. Hieronder een toelichting op dit onderscheid en de soorten prikkels die daarbinnen onderscheiden kunnen worden:

- Bovenstroomse prikkels (dat wil zeggen de prikkels die te relateren zijn aan de zorg die ingekocht moet worden): hieronder vallen de transparantie van de kwaliteit van de zorg, de transparantie van de kosten van de zorg, de productstructuur, de complexiteit van de zorg en de kenmerken van de marktstructuur.
- Benedenstroomse prikkels (dat wil zeggen de prikkels die de verzekeraar ondervindt vanuit de verzekerden): hieronder vallen de transparantie van de zorginkoop voor de verzekerde, de mate van bekendheid met de wensen van de verzekerde, de keuze van de eigen zorgaanbieder door de verzekerde en het risico van/de angst voor reputatieschade voor de zorgverzekeraar.
- Formele prikkels (dat wil zeggen de prikkels die voortkomen uit wet- en regelgeving rond de zorginkoop): hieronder vallen de mate van risicodragendheid van de zorgverzekeraar, het ontbreken van functionele omschrijving, schotten in de financiering, het representatiemodel, de zorgplicht en het eigen risico.
- Overig: hieronder valt de organisatie van de zorginkoop van de zorgverzekeraar.

In bijlage 1 is op grond van de literatuur voor de verschillende prikkels aangegeven hoe belangrijk deze prikkel is voor een goed functioneren van de zorginkoop. In bijlage 2 is beschreven hoe deze relatie tussen prikkel en zorginkoop gezien wordt.

### 2.2 Zorginkoopbeleid zorgverzekeraars

In deze paragraaf wordt ingegaan op de overeenkomsten en verschillen tussen zorgverzekeraars in hun visie op zorginkoop. Tevens wordt ingegaan op de stand van zaken van het inkoopbeleid in z'n algemeenheid. In paragraaf 2.3 wordt vervolgens ingegaan op het inkoopbeleid in de zes onderscheiden deelmarkten. Paragraaf 2.4 gaat in op de overeenkomsten en verschillen tussen de genoemde deelmarkten.

De typering in visie en strategie van zorginkoop kent de volgende overeenkomsten en verschillen:

- Sturing van de verzekerden. Zorgverzekeraars zien hun rol in de zorginkoop met name als facilitator voor de verzekerde: het helpen van de verzekerde bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder, vooral door het aanreiken van informatie. Er is sprake van verschillen tussen zorgverzekeraars in de mate waarin ze willen experimenteren met het beïnvloeden van patiëntenstromen. Te denken valt aan het verstrekken van informatie aan de verzekerde, het selecteren van voorkeursaanbieders (geldt vaak voor een beperkt aantal ingrepen) en/of het kwijtschelden van het eigen risico als de verzekerde gebruik maakt van aangewezen zorgaanbieders. Deze positionering heeft sterk te maken met de bezwaren (zoals ingeschat door de zorgverzekeraar) die verzekerden hebben tegen selectie van het zorgaanbod en met het feit dat verzekeraars niet op de stoel van de zorgaanbieder of de verwijzer willen gaan zitten.
- Selectie van en differentiatie tussen zorgaanbieders. Van selectieve zorginkoop, dat wil zeggen het selecteren van zorgaanbieders voor de verzekerde is op de zes onderscheiden deelenmarkten vrijwel geen sprake. Als al sprake is van selectieve zorginkoop dat heeft dat met name betrekking op een specifiek deel van de zorg, bijvoorbeeld inkoop van specifieke DBC's waarvan de transparantie eenduidig is, van ZBC's of van bepaalde zorgmodules. De rol van de zorginkoop zoals zorgverzekeraars die schetsen beperkt zich daarom tot het differentiëren tussen zorgaanbieders, zoals het aanwijzen van voorkeursaanbieders, het differentiëren van tarieven in contracten (vaak beperkt tot zorg of 'modules' van zorg die een beperkt aandeel van het totale zorgaanbod van de betreffende categorie zorgaanbieders uitmaken). Daarnaast is sprake van het maken van afspraken over informatieverstrekking door de zorgaanbieder (om meer zicht te krijgen op aard en kwaliteit van de geleverde zorg en die informatie in een later stadium in de zorginkoop of bij het faciliteren van verzekerden te gebruiken) en het 'taakstellend contracteren' (in contracten afspraken maken over verbetering van de zorg, al of niet gecombineerd met een financieel incentive). Een andere vorm van selectie geldt in de geneesmiddelenmarkt, met name het aanwijzen van preferente geneesmiddelen die zich ook in 2010 voortzet. Om verschillende redenen, zoals prijsverschillen en (minder) angst voor reputatieschade, hanteren de zorgverzekeraars hier een verdergaande vorm van selectie dan voor de andere deelenmarkten geldt.
- Over de gehele breedte van de zorgmarkten beschouwd lenen sommige markten zich meer voor een 'agressieve' benadering dan andere markten. In markten waarin de zorgverzekeraar hecht aan een lange termijn relatie met de zorgaanbieder zal de zorgverzekeraar

bijvoorbeeld kiezen voor een minder 'agressieve' benadering dan in een markt waarin de zorgverzekeraar frequent van aanbieder kan wisselen.

- Organisatieontwikkeling. Zorgverzekeraars verschillen in de snelheid waarmee ze de zorginkoop ontwikkeld en geprofessionaliseerd hebben en de vorderingen die ze daarin gemaakt hebben. Enkele zorgverzekeraars hebben eerst interne reorganisaties moeten doorvoeren voordat meer aandacht aan de zorginkoop besteed kon worden. Ook de landelijke of regionale positie van de zorgverzekeraar heeft invloed op de vorderingen die gemaakt zijn met betrekking tot het zorginkoopbeleid.
- Beleidsvorming. In het inkoopbeleid is niet zozeer sprake van een meerjarenplan waarin de te nemen stappen van een aantal jaren achtereen zijn uitgewerkt en waarin is aangegeven welk einddoel gerealiseerd moet worden. In plaats daarvan wordt op basis van de meest recente ervaringen gekeken welke vervolgstappen mogelijk zijn. Zorgverzekeraars laten zich vaker leiden door dat wat mogelijk is ('het laaghangende fruit' oftewel een voorzichtige, stapsgewijze benadering) in plaats van een inhoudelijk strategische prioritering. Verzekeraars hebben meestal wel uitgewerkt hoe ze zichzelf willen profileren/ positioneren naar de verzekerde.
- Focus eerstelijns/tweedelijns. Er kan sprake zijn van een verschil in focus van de zorgverzekeraars. Sommige verzekeraars focussen zich sterker op de tweedelijnszorg (o.a. in verband met omvang kosten), terwijl andere zich meer focussen op de eerstelijns (om daar zoveel mogelijk kwaliteit en kwantiteit van de zorgconsumptie te beïnvloeden).

## 2.3 Zorginkoop op de verschillende deelmarkten

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de vier deelmarkten die de NZa in de gespreksronde met de verschillende zorgverzekeraars heeft besproken, t.w. de huisartsenzorg (2.3.1), de medisch specialistische zorg (2.3.2), de paramedische zorg (2.3.3) en de geestelijke gezondheidszorg – Cure (2.3.4) en van de deelmarkten die zijn ingedeeld op basis van literatuurstudie en interne NZa-expertise, t.w. farmacie (2.3.5) en mondzorg (2.3.6). In het onderstaande schema (schema 1) is samengevat hoe, op basis van het onderzoek, de situatie van de zorginkoop op de verschillende deelmarkten wordt ingeschat. In vervolgonderzoek zal nagegaan worden of het schema voor toepassing op de zorginkoop in de AWBZ-markt nog aanpassing of uitbreiding behoeft en zal het schema ook worden toegepast op deelmarkten in de Cure die in deze monitor niet aan bod komen (bv. hulpmiddelenzorg en geïntegreerde

eerstelijnszorg). Voor een algemene toelichting op het schema wordt verwezen naar de bijlagen 1 en 2.

Schema 1: Prikkel in de zorginkoop door de zorgverzekeraars

	Bovenstroomse prikkels					Benedenstroomse prikkels			Formele prikkels					Overig			
	1. Transparantie kwaliteit van zorg	2. Transparantie kosten zorg	3. Productstructuur	4. Complexiteit van zorg	5. Kenmerken marktstructuur	6. Transparantie zorginkoop voor verzekerde	7. Mate van bekendheid met de wensen van de verzekerde	8. Keuze eigen zorgaanbieder door verzekerde	9. (Angst voor) Reputatieschade	10. Risicodragendheid zorgverzekeraar	11. Ontbreken van functionele omschrijving	12. Schotten in financiering	13. Representatiemodel	14. Zorgplicht	15. Eigen risico	16. Organisatie zorginkoop zorgverzekeraar	
Huisartsenzorg	R		R	R	R			R	R	G					B		
Ketenzorg	B		B	B	R			R	R	G					B		G
Paramedische zorg (m.n. fysiotherapie)	B		G		G	G			R	G							G
Medisch specialistische zorg (A-segment)	R				R	G		R	R	B		R	R		B		

Curatieve GGZ (instellingen)	R		R	R	G			R				R	R			
Curatieve GGZ (vrijgevestigd)	R			R								R				B
Farmacie	B	B	B	B	B	R		B	B	G				B		G
Mondzorg (tandartszorg)	R	B	R		B			B	B	G						
Mondzorg (mondhygiene / tandprothetica)	R	B	B		G			G	B	G						

G= Groen, R= Rood, B= Beide (zowel groen als rood)

Leeswijzer bij het schema:

- Toelichting kleuring: G (groen) geeft aan dat de prikkel een positief effect heeft op de zorginkoop door de zorgverzekeraar. Bijvoorbeeld: als de transparantie op kwaliteit van zorg hoog is (door de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie) geeft dat de zorgverzekeraar mogelijkheid om zijn inkooprol waar te kunnen maken en het risico dat teveel nadruk komt te liggen op de prijs te vermijden.
- R (rood) geeft aan dat de prikkel een negatief effect heeft op de zorginkoop;
- B (beide) geeft aan dat sprake kan zijn van zowel een positief als een negatief effect.
- Per deelmarkt: R (rood) geeft aan dat de kracht van de prikkel op de zorginkoop in de betreffende deelmarkt laag is. Bijvoorbeeld: de zorgverzekeraar geeft ten aanzien van de huisartsenzorg aan weinig inzicht te hebben in de kwaliteit van de geleverde zorg. In de paragrafen 2.3.1 t/m 2.3.6 worden de meest typerende kenmerken voor de zes genoemde deelmarkten (medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, paramedische zorg, GGZ-Cure, farmacie en mondzorg) er uitgelicht en beschreven.
- Een leeg vak wil zeggen dat het betreffende aspect in de gesprekken niet of nauwelijks expliciet naar voren is gebracht, of dat het belang ervan voor de zorgverzekeraars niet of nauwelijks een rol speelt.

### 2.3.1 Huisartsenzorg

De financiering van de huidige markt ziet er als volgt uit:

De huisartsenzorg kent een gemengde bekostiging, dat wil zeggen dat de huisarts zowel een inschrijftarief als een tarief per verrichting kan declareren. Hij/zij hoeft hiervoor geen contract te hebben met een zorgverzekeraar. Voor de huisartsenzorg bepaalt de NZa maximumtarieven. In de praktijk tenderen de tarieven nu nog naar de gestelde maxima. Het inschrijftarief en de verrichtingentarieven worden eventueel vermeerderd met een opslag voor een aantal modules, t.w. Praktijkondersteuning Huisarts (POH), een populatiegebonden vergoeding en de module modernisering en innovatie (M&I). Financiering van deze modules is alleen mogelijk als huisartsen daarover contractuele afspraken hebben met de verzekeraar. Het tarief voor de M&I-module is geen maximumtarief, maar is volledig vrij. Verzekeraars zijn voor de huisartsenzorg volledig risicodragend.

Een nieuwe ontwikkeling is het ontstaan van zorggroepen (een samenwerkingsorganisatie van hoofdzakelijk huisartsen) die zich richten zich op de uitvoering van (keten)zorgprogramma's voor chronische zorg. De zorggroepen maken daartoe contractafspraken met zorgverzekeraars.

De inkoop van de huisartsenzorg kent de volgende typering:

- Zorginkoop algemeen: voor zover sprake is van onderhandelingen en zorginkoop heeft dat met name betrekking op randvoorwaarden (zoals afspraken over verbetering van de bereikbaarheid) en over het toewijzen van enkele extra (M&I)-modules met een daaraan gekoppelde kostenvergoeding. Over overige zorginhoudelijke zaken (bijvoorbeeld zaken als doorverwijzing) worden, met uitzondering van ketenzorgprogramma's, weinig afspraken gemaakt.
- Transparantie kwaliteit van zorg en productstructuur: zorgverzekeraars vinden de huisartsenzorg weinig transparant, zowel qua productstructuur (met risico van dubbele bekostiging) als qua kwaliteit van zorg. Het verkrijgen van gegevens over prestatie-indicatoren, spiegelinformatie e.d. is belangrijk.
- Complexiteit van zorg: de huisarts is van groot belang voor het succes van ketenzorg. Dit versterkt het belang dat de zorgverzekeraar heeft bij het onderhouden van goede contacten met de huisartsen. Tegelijkertijd roept ketenzorg ook ambivalente reacties op bij de verzekeraars. Enerzijds is men het inhoudelijk eens met de nadruk die VWS legt op de ketenzorg (verbeterde afstemming tussen diverse zorgaanbieders) en ervaart men de schotten in de financiering als een groot knelpunt, anderzijds vraagt men zich af in hoeverre functionele bekostiging (van ketenzorg) meerwaarde heeft ('er is in de bekostiging al veel mogelijk en we vinden het al belangrijk, zij het met eigen prioriteringen').

- Kenmerken marktstructuur: de zorgverzekeraars geven aan dat de afhankelijkheid van de verzekeraar ten opzichte van de huisartsen groot is ('de huisarts verliest geen klanten, de verzekeraar wel'). Door de opkomst van de zorggroep zijn de huisartsen nog machtiger geworden. Goede prestaties van huisartsen worden door de verzekerde niet als een verdienste van de zorgverzekeraar gezien, terwijl problemen in de huisartsenzorg wel uitstralen op de verzekeraar (risico van reputatieschade). Dit betekent dat de zorgverzekeraar zich richting verzekerden niet kan profileren met huisartsenzorg. Voor de zorgverzekeraars ligt het doel voor wat betreft de huisartsenzorg met name in het in overleg raken met de huisartsen en het via die manier beïnvloeden van de keuzes van de huisartsen. De inkoop van huisartsenzorg door zorgverzekeraars is daarmee te kenschetsen als het 'aanschuiven aan tafel' bij de huisartsen. De prikkels om dat te wijzigen zijn gering c.q. de risico's voor de zorgverzekeraars als ze het anders aanpakken zijn groot.

Op basis van de typering wordt de zorginkoop van de huisartsenzorg gekarakteriseerd als reactieve zorginkoop met weinig prikkels. Voor de ketenzorg geldt een afwijkende karakterisering, namelijk actieve zorginkoop met prikkels gemiddeld.

### 2.3.2 Medisch specialistische zorg

De financiering van de huidige markt ziet er als volgt uit: Op dit moment is sprake van een duale situatie in de bekostiging van de medisch specialistische zorg. Deze dualiteit komt enerzijds voort uit een verschil in bekostiging tussen verschillende typen zorgaanbieders (ziekenhuizen en ZBC's), anderzijds uit het feit dat twee bekostigingssystemen naast elkaar lopen (DBC-systematiek en budgetsystematiek). ZBC's en vrijgevestigde medisch specialisten krijgen hun inkomsten op basis van volledige prestatiebekostiging. Ziekenhuizen worden nog voor circa 66% bekostigd via de budgetsystematiek (A-segment) en voor circa 34% via prestatiebekostiging op basis van DBC's (B-segment). In de risicoverevening lopen zorgverzekeraars in 2009 voor circa 60% risico over de kosten medisch specialistische hulp.

De inkoop van de medisch specialistische zorg kent de volgende typering:

- Transparantie kwaliteit van zorg: in het B-segment vinden onderhandeling plaats tussen zorgaanbieder en individuele zorgverzekeraars waarbij langzamerhand meer nadruk komt op kwaliteitsafspraken. De zorgverzekeraars geven aan dat de ontwikkelingen op het gebied van transparantie/kwaliteitsinstrumenten perspectief bieden, maar te langzaam vorderen. De ontwikkelde indicatoren zijn goed hanteerbaar, maar dekken nog een te beperkt gedeelte van de zorg.

- Productstructuur en schotten in financiering: onzekere factor in de zorginkoop en in de onderhandelingen wordt gevormd door de productstructuur en de schoningsoperatie bij wijzigingen in het B-segment en/of budgetonderdelen die uit het budget gehaald worden. Een stabiele productstructuur, uniformering van prestatiebeschrijvingen, duidelijkheid van de hoofdaannemer (in verband met risico van dubbele betaling), onderscheid A-/B-segment, ongelukkige grens tussen basisverzekering en aanvullende verzekering worden genoemd als belangrijke belemmeringen/randvoorwaarden voor een goede zorginkoop en voor een goede substitutie van tweede lijn naar eerste lijn.
- Kenmerken marktstructuur: de inkoop van medisch specialistische zorg heeft een hybride karakter, die samenvalt met de scheiding tussen A- en B-segment. De onderhandeling over en inkoop van het A-segment is een voortzetting van het budgetoverleg met de marktleider in combinatie met de andere zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar kan zich maar beperkt profileren door betere inkoop (zorgafspraken gelden voor alle patiënten) en contractitems hebben daarom vaak betrekking op niet-zorg gerelateerde zaken). Van selectieve zorginkoop is alleen bij ZBC's sprake; ziekenhuizen zijn allemaal gecontracteerd (waarbij niet in alle gevallen het hele spectrum gecontracteerd wordt). Groot belang wordt gehecht aan het onderhouden van een lange termijn relatie met de ziekenhuizen. Via die invalshoek wordt met de zorgaanbieders wel gesproken over zaken als specialisatie en concentratie van zorg.
- Keuze eigen zorgaanbieder door verzekerde en (angst voor) reputatieschade: in de medisch specialistische zorg experimenteren zorgverzekeraars beperkt/voorzichtig met de sturing van verzekerden (op basis van klanttevredenheidsonderzoeken, het verstrekken van keuze-informatie, selectieve contractering). Het risico van reputatieschade wordt als groot ingeschat.
- Risicodragendheid zorgverzekeraar: het verschil in risicodragendheid van de verzekeraars tussen ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg heeft hooguit een beperkt effect op de inkoop van medisch specialistische zorg door de zorgverzekeraars.
- Eigen risico: met de inzet van het eigen risico als middel om patiëntstromen te beïnvloeden wordt vooral geëxperimenteerd binnen de medisch specialistische zorg.

Op basis van de typering wordt de zorginkoop van de medisch specialistische zorg/A-segment gekarakteriseerd als reactieve zorginkoop met prikkels gemiddeld. De zorginkoop van het B-segment wordt gekarakteriseerd als actieve zorginkoop met veel prikkels.

### 2.3.3 Paramedische zorg

De financiering van de huidige markt ziet er als volgt uit: Binnen de paramedische zorg is sprake van grote verschillen tussen de diverse deelspecialismen voor wat betreft marktstructuur en financiering. De fysiotherapie neemt binnen de paramedische zorg een aanmerkelijk aandeel in beslag, en de zorgverzekeraars geven dan ook aan dat binnen de paramedische zorg hun aandacht voor wat betreft de zorginkoop met name uitgaat naar de fysiotherapie. Met ingang van 2008 wordt voor de fysiotherapeutische zorg met volledig vrije prijzen gewerkt. De zorgverzekeraars lopen over de kosten paramedische zorg 100% risico. Een belangrijk deel van de paramedische zorg is niet in de basisverzekering ondergebracht maar in de aanvullende verzekering.

De inkoop van de paramedische zorg kent de volgende typering:

- Transparantie kwaliteit van zorg: zorgverzekeraars hanteren verschillende instrumenten om kwaliteit in kaart te brengen en te benchmarken en daar financiële prikkels aan te koppelen. Belangrijk daarbij is dat het een systeem is waarin de lat steeds wat hoger gelegd wordt en zich niet de situatie voordoet waarin uiteindelijk alle aanbieders in de hoogste categorie terecht komen. Wens is om de slag te maken van procesindicatoren naar outcome-indicatoren.
- Productstructuur: zorg is niet functioneel omschreven in de Zvw en wordt deels op basis van aantal zittingen, deels op basis van behandelduur bekostigd. Dit vormt, samen met het feit dat paramedische zorg meestal buiten de basisverzekering valt, een belemmering voor ketenzorg, maar geen belemmering voor zorginkoop.
- Kenmerken marktstructuur: Ruim aanbod van zorgaanbieders en fragmentatie in het aanbod stellen de zorgverzekeraar in staat te differentiëren in de zorginkoop. Positieve ontwikkeling is het ontstaan van nieuwe ketens van zorgaanbieders die ook zorgen voor kwaliteitsselectie. Transparantie, vrije prijzen en marktstructuur (aanbod) leiden tot gedifferentieerd contracteren. Dat niet-gecontracteerde zorg altijd voor een deel moet worden vergoed vormt een belemmering bij de zorginkoop.
- Keuze eigen zorgaanbieder door verzekerde en (angst voor) reputatieschade: mobiliteit van verzekerden (naar fysiotherapeuten buiten hun eigen woonplaats) is erg laag; dit bepaalt het groot aantal fysiotherapeuten dat een contract krijgt aangeboden. Gevoeligheid bij verzekeraars voor mogelijke reputatieschade bij (gezamenlijke) acties fysiotherapeuten. Bekend raken met wensen verzekerden stuit op tekort aan capaciteit bij de cliëntenorganisaties.

Op basis van de typering wordt de zorginkoop van de fysiotherapie gekarakteriseerd als actieve zorginkoop met prikkels gemiddeld.

### 2.3.4 Geestelijke gezondheidszorg - Cure

De financiering van de huidige markt ziet er als volgt uit: De curatieve GGZ die door instellingen wordt verzorgd, wordt in 2009 bekostigd door middel van budget-parameters op basis van de werkelijke productie. Gedeclareerd wordt op basis van DBC's. Nieuwe toetreders worden ook bekostigd op basis van DBC's. GGZ-aanbieders maken voorafgaand aan het jaar met verzekeraars afspraken over zowel de budgetparameters als de DBC's waarbij de nadruk nog ligt op de budgetparameters. De huidige budgetbekostiging werkt als vangnet om een te hoge of te lage DBC-opbrengst op te vangen. Nieuwe toetreders en vrijgevestigden hebben geen vangnet: zij worden bekostigd op basis van DBC's (met uitzondering voor de eerstelijns psychologie die op verrichtingenbasis wordt gefinancierd). Voor zowel de budget-parameters als voor de DBC's voor de vrijgevestigden gelden maximumtarieven. Dit betekent dat over de tarieven kan worden onderhandeld en dit gebeurt in de praktijk ook. Zorgverzekeraars worden in 2009 via de ex postverevening nog voor 100% gecompenseerd voor de kosten curatieve GGZ; hierin zit dus geen prikkel om deze uitgaven te beheersen. Wel zijn tussen VWS en de zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de beheersing van het macrokader. Vanaf 2010 gaan de zorgverzekeraars gedeeltelijk risico lopen over deze kosten; door het introduceren van een drempelwaarde van € 10.000 waarboven de zorgverzekeraars volledig nagecalculeerd worden, is het effect hiervan het sterkst in de ambulante curatieve GGZ. Daarnaast komt er in 2010 een bandbreedteregeling op het financieel resultaat geneeskundige GGZ; in deze regeling worden kosten buiten de vastgestelde bandbreedte van € 15 (per verzekerde) voor 100% nagecalculeerd.

De inkoop van de GGZ-Cure kent de volgende typering:

- Transparantie kwaliteit van zorg: kwaliteit van de GGZ is nog weinig transparant. GGZ-zorg wordt door de zorgverzekeraars beschouwd als een 'black box'. Sturing op kwaliteit was sturing op diploma en verschuift via protocollering (waar GGZ veel gebruik van maakt) naar (poging tot) sturing op 'outcome'. Behoeft aan benchmark-gegevens is erg groot en zorgverzekeraars gebruiken financiële drukmiddelen om de informatie-uitwisseling te verbeteren.
- Productstructuur en complexiteit van zorg: inkoop op basis van DBC's vindt nog nauwelijks plaats. De huidige DBC-structuur voor verblijf is nog geen goed instrument om zorg in te kopen; deze geeft alleen inzicht in het behandeltraject. Zorgzwaarte is niet herkenbaar en complexe zorg past niet in de productstructuur. Mede door verloop DBC's en veranderde productstructuur is schadelast weinig inzichtelijk. Complex is dat er veel instanties bij de GGZ-zorg betrokken zijn (schotten) en de verantwoordelijkheid diffuus is.

- Kenmerken marktstructuur: er zijn belangrijke verschillen tussen vrijgevestigde zorgaanbieders en zorginstellingen. Met een mogelijke uitzondering voor kinder- en jeugdzorg is het aanbod van psychologen, psychiaters en psychotherapeuten voldoende. Daar is dan ook sprake van gedifferentieerde contractering. Op het gebied van zorgaanbod door instellingen is veelal sprake van hoge concentratie. De markt kent geen grote capaciteitsproblemen. Voor nieuwe instellingen vormt het huidige representatiemodel<sup>3</sup> met de daarbij gehanteerde 'budgetgaranties' een belangrijke toetredingsbarrière. Door groei van de vraag kunnen volumeproblemen ontstaan, vooral ook vanwege de latente vraag.
- Schotten in financiering en representatiemodel: het klassieke budgetstelsel houdt het representatiemodel en de collectieve contractering in het zadel. Dit model leidt tot scheve verhouding tussen verblijf en ambulante zorg (model prikkelt om verzekerde intramuraal te plaatsen in plaats van extramuraal) en belemmert implementatie van innovaties. De verschillende zorgvormen, geldstromen en verantwoordelijkheden (gemeente, justitie, zorgkantoor, zorgverzekeraar, provincie) werken belemmerend op de zorginkoop.
- Risicodragendheid zorgverzekeraar: zorgverzekeraars hebben tot nu toe nauwelijks belang om de kosten van de GGZ-zorg te beheersen in verband met de 100% ex-post verevening (2009); vanaf 2010 loopt de verzekeraar wel risico. Beheersing van het macrokader speelt voor de zorgverzekeraars wel een rol.

Op basis van de typering wordt de zorginkoop van de GGZ-Cure door instellingen gekarakteriseerd als reactieve zorginkoop met weinig prikkels. Voor de vrijgevestigde GGZ-Cure geldt een afwijkende karakterisering als gemiddeld actief met weinig prikkels.

### 2.3.5 Farmacie

De financiering van de huidige markt ziet er als volgt uit: Een onderscheid moet gemaakt worden naar de vergoeding van geneesmiddelen en de vergoeding voor de praktijkkosten van de apotheek. De NZa introduceerde per 1 juli 2008 een nieuwe tariefsysteem voor apotheekhoudenden, waarmee het voor het eerst mogelijk is dat apotheekhoudenden verschillende tarieven rekenen voor verschillende diensten (weekdoseersystemen, eigen bereidingen, extra informatie bij

---

3 Zie NZa 'Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen. De verhoudingen op de zorginkoopmarkt' (januari 2010)

eerste terhand-stelling). Tegelijkertijd is door diverse zorgverzekeraars individueel preferentiebeleid ingezet.

In december 2008 maakte de NZa het nieuwe maximumtarief voor 2009 bekend; in dit tarief wordt een onderhandelbare, gemaximeerde ruimte naar boven geboden; een lager tarief was al mogelijk. De nieuwe flexibiliteit biedt de mogelijkheid binnen bepaalde grenzen te onderhandelen over de prijs (hoogte vergoeding per receptregel en clawback-korting) en de kwaliteit van farmaceutische zorg.

De inkoop van de farmacie kent de volgende typering:

- Transparantie (van kwaliteit van zorg, kosten van zorg en van zorginkoop voor verzekerden): nog onvoldoende transparant zijn de toegevoegde waarde van de apotheker in termen van kwaliteit en uitwerking hiervan voor de patiënten, de transparantie van de inkoopvoordelen van het preferentiebeleid en de (on-)bekendheid voor de verzekerde welk specifiek middel in de loop van een jaar preferent en dus vergoed wordt. Preferentiebeleid kan hierdoor tot effect hebben dat de transparantie in de verzekeringsmarkt verkleind wordt. Wanneer geen contract is afgesloten is er vaak nog een betalingsovereenkomst, waardoor de verzekerde er alsnog weinig van merkt. De zorgverzekeraar blijft in verband met de zorgplicht betalen (tenzij het preferente geneesmiddel elders in de buurt te verkrijgen is).
- Keuze eigen zorgaanbieder door verzekerde: de zorgverzekeraars geven aan dat de verzekerde minder gehecht is aan zijn/haar apotheker (in vergelijking met bijvoorbeeld de huisarts). De zorgverzekeraar heeft daarom meer mogelijkheden om verzekerden te sturen.
- (Angst voor) Reputatieschade: zorgverzekeraars zijn minder bang voor reputatieschade omdat nu het imago heerst dat apothekers grootverdieners zijn. Zorgverzekeraars kunnen daarom selectieve zorginkoop toepassen door openbare apotheken niet te contracteren wanneer zij niet aan minimale kwaliteitseisen voldoen.
- Zorgplicht: de zorgplicht speelt een rol bij het preferentiebeleid (beperken van de aanspraak). Een verzekerde moet, in verband met de zorgplicht, altijd toegang hebben tot de werkzame stof van een geneesmiddel.
- Organisatie zorginkoop: de meer 'agressieve' zorginkoop door de zorgverzekeraars stelt hogere eisen aan de professionalisering van de zorginkoop.

Op basis van de typering wordt de zorginkoop van de farmaceutische zorg gekarakteriseerd als actieve zorginkoop met veel prikkels.

### 2.3.6 Mondzorg

De financiering van de huidige markt ziet er als volgt uit. De prestaties en tarieven voor de mondzorg worden door de NZa vastgesteld. Voor de mondzorg zijn meerdere prestaties beschreven die in verschillende lijsten zijn vastgelegd: de lijst tandheelkunde, de lijst orthodontie, de lijst tandtechniek in eigen beheer en de lijst tandheelkunde AWBZ. De meeste tarieven zijn maximumtarieven. In de lijsten zijn verrichtingen, abonnementstarieven en kostenbedragen opgenomen. Daarnaast kennen de lijsten afzonderlijke prestaties en/of tarieven voor bepaalde categorieën patiënten. De betaalde of verschuldigde kosten voor tandtechniek zijn, mits die niet in het tarief zijn verdisconteerd, in rekening te brengen door de zorgaanbieders. In dat geval betaalt de tandarts het verschuldigde bedrag aan de tandtechnicus en brengt de tandarts hetzelfde bedrag in rekening aan de patiënt. Daarnaast bestaat sinds 2005 de lijst tandtechniek in eigen beheer die alle mondzorgaanbieders moeten hanteren voor declaratie van de kosten indien zij zelf tandtechniekstukken maken. De prestaties zijn beschreven in de vorm van verrichtingen. In deze lijst zijn enkele tarieven niet vastgelegd, maar is bepaald dat deze te declareren zijn op basis van de werkelijke kostprijs.

Naast tandartsen moeten sinds de invoering van de Wmg ook mondhygiënist en tandprotheticen de lijst tandheelkunde gebruiken. Zelfstandig gevestigde mond-hygiënist declareren over het algemeen in de vorm van uurtarieven. Dit is een tijdelijke overgangsregeling totdat een nieuwe bekostigingsstructuur is ingevoerd voor de mondzorg. Het overgrote deel van de mondzorg is niet in de basis-verzekering ondergebracht maar in de aanvullende verzekering.

De inkoop van de mondzorg kent de volgende typering:

- Transparantie (van kwaliteit van zorg en kosten van zorg): consumenten hebben behoefte aan informatie over (opbouw van) prijs en kwaliteit van behandelaar en behandeling, aan meer begrijpelijke prestatiebeschrijvingen en codes op facturen en aan informatie over vergoedingen.
- Productstructuur: het is voor de consument niet transparant bij welke aanbieder hij voor een bepaalde prestatie terecht kan als verschillende aanbieders een soortgelijke prestatie leveren (tandartsen c.q. orthodontisten, mondhygiënist en tandprotheticen).
- Kenmerken marktstructuur: op landelijk niveau is sprake van een zekere balans tussen vraag en aanbod. In een aantal regio's bestaat het risico op een tekort aan aanbieders. Het risico op nadelige effecten voor de consument is zeer beperkt aanwezig. Dit komt vooral doordat voor de zorg die door orthodontisten en tandartsen wordt geleverd geen sprake is van een inkooprelatie met een verzekeraar.

- Keuze eigen zorgaanbieder door verzekerde: in de huidige praktijk is in bepaalde polissen van verzekeraars opgenomen dat een verzekerde alleen een vergoeding krijgt als de aanbieder een contract heeft afgesloten met de verzekeraar. Als een patiënt in dat geval er voor kiest om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan moet hij de behandeling volledig of gedeeltelijk zelf betalen. Hiervan gaat een sterk sturend effect uit. De verzekeraar beschikt in marktsegmenten met een hoge contracteringsgraad dus over mogelijkheden om aan keuzeondersteuning te doen of verzekerde te stimuleren om zorg kritisch in te kopen. Dit gaat in de mondzorg meer op voor de mondhygiënisten en (veel) minder voor tandartsen.
- Reputatieschade: een deel van de consumenten let bij de keuze voor een aanvullende verzekering bewust op de dekking van mondzorg, maar vanwege een gebrek aan transparantie over de prestaties en de dekking hebben ze niet door hoe volledig de dekking is. Vaak gaan ze ervan uit dat de dekking goed is. De angst voor reputatieschade is daarom beperkt; aan de andere kant is de prikkel om zich op basis van zijn inkoopprestaties op het gebied van mondzorg te onderscheiden niet groot.

Op basis van de typering wordt de zorginkoop van de mondzorg door tandartsen en orthodontisten gekarakteriseerd als reactieve zorginkoop met weinig prikkels. Voor de mondzorg door mondhygiënisten en tandprotheticici geldt een afwijkende karakterisering, namelijk actieve zorginkoop met weinig tot gemiddelde prikkels.

Daar waar zorgverzekeraars overgaan op het vergoeden van mondhygiënisten zonder contractering ontstaat een tendens naar een reactieve zorginkoop.

## 2.4 Overeenkomsten en verschillen tussen de markten

In paragraaf 2.2 is al kort ingegaan op algemene bevindingen ten aanzien van het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars. Dit betrof met name de visie en strategie op sturing van de verzekerden (rol als facilitator) en op de selectie van zorgaanbieders (slechts in beperkt mate). Op basis van schema 1 en de beschrijving van de zes verschillende deelmarkten (par. 2.3.1 t/m 2.3.6) kan over verschillen en overeenkomsten nog het volgende daaraan toegevoegd worden:

Transparantie kwaliteit van zorg<sup>4</sup>. Dit is een prikkel die een positieve invloed heeft op de zorginkoop, maar op vrijwel alle deelmarkten (ondanks grote verschillen die zich voordoen) nog steeds als onvoldoende wordt gekwalificeerd. Voor fysiotherapie lijken verzekeraars het verst te zijn; zij hanteren verschillende systemen om te benchmarken en financiële prikkels aan te koppelen. Deze systemen zijn nog niet uitontwikkeld maar kunnen wel als een basissysteem beschouwd worden. De situatie op de overige deelmarkten loopt uiteen van het maken van afspraken om gegevens uit te wisselen tot het wachten op het verder ontwikkelen van indicatoren. In al die situaties is de weg die nog afgelegd moet worden om tot een breed dekkend systeem te komen groot. Productstructuur, complexiteit van zorg en schotten in financiering. Alle drie de factoren zijn, met name bij complexe zorg, van groot belang voor een goede zorginkoop. Met uitzondering van fysiotherapie geldt voor alle deelmarkten dat naar het oordeel van de zorgverzekeraars sprake is van belangrijke knelpunten.

Kenmerken marktstructuur. Er zijn zowel deelmarkten waarin de inkoopmacht door de zorgverzekeraars in hun voordeel (fysiotherapie, klinische curatieve GGZ), als deelmarkten waarin deze in hun nadeel (huisartsenzorg, ziekenhuiszorg) ervaren wordt. Kenmerkend voor de laatste twee deelmarkten is dat het beide om zorgaanbieders gaat met een 'breed profiel' met daardoor een centrale positie in de zorg waar de verzekerde een groot belang hecht aan de eigen keuze en waarbij in de overwegingen van de zorgverzekeraars het risico voor reputatieschade (dat als hoog wordt ingeschat) zwaar meeweegt. Toch is het in beide deelmarkten geen alles of niets kwestie, getuige het verschil in de medisch specialistische zorg tussen A- en B-segment en de afwijkende positie van de ketenzorg binnen de huisartsenzorg.

Zorgplicht. De zorgverzekeraars geven aan dat het begrip zorgplicht vaak moeilijk te concretiseren is. Zij zijn van mening met hun huidige zorginkoop in z'n algemeenheid aan de zorgplicht (voldoende kwalitatief goede zorg) te voldoen en dat knelpunten die zich voordoen opgelost worden door individuele bemiddeling. De invloed van de zorgplicht op selectief contracteren wordt door zorgverzekeraars verschillend benoemd. Sommigen geven aan dat het een prikkel geeft om selectief te contracteren, anderen geven aan dat de zorgplicht de mogelijkheid voor selectieve contractering beperkt. Weer anderen zeggen dat de zorgplicht geen invloed heeft.

---

4 Over de mogelijkheid om collectief tot kwaliteitsparameters te komen: zie NZa 'Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen. De verhoudingen op de zorginkoopmarkt' (januari 2010), en NMA 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars' (december 2009)

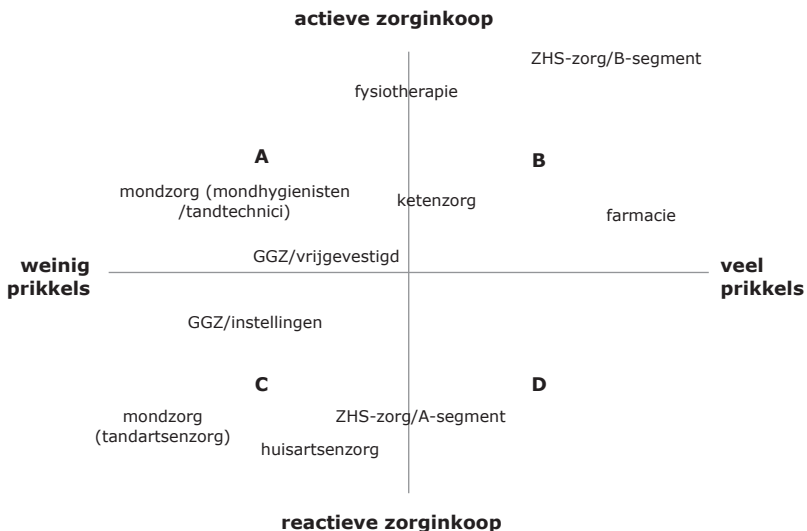
Een aantal prikkels die op basis van literatuur onderscheiden worden, worden door de zorgverzekeraars niet of nauwelijks genoemd bij de aandachtspunten of knelpunten voor hun zorginkoop. Het betreft: transparantie van de kosten van de zorg, mate van bekendheid met de wensen van de verzekerde en het ontbreken van functionele omschrijving.

### 3. Betekenis van de uitkomsten voor de NZa

#### 3.1 Schematisering van de verschillende markten

Op basis van de verzamelde informatie en de hiervoor beschreven kenmerken kunnen de verschillende deelmarkten onderscheiden worden naar de mate waarin de zorgverzekeraars daarin minder of meer actief of reactief optreden (dat wil zeggen zich meer of minder afhankelijk opstellen ten opzichte van de zorgaanbieder). In combinatie met de mate waarin per deelmarkt sprake is van veel/weinig prikkels levert dit het volgende schema op.

Schema 2: Schematisering van de verschillende markten



Leeswijzer:

Deze indeling is een eerste stap om de invloed van prikkels en de zorginkoopactiviteit van de zorgverzekeraars per zorgmarkt te typeren. Zowel de dimensie 'prikkels' als de dimensie 'activiteit' bestaan uit verschillende aspecten waardoor men voorzichtig moet zijn met het trekken van conclusies ten aanzien van de vergelijkbaarheid, de exacte positionering in het schema en de oorzaak - gevolg relatie.

## 3.2 Kenmerken van deelmarkten en actiemogelijkheden NZa

In het onderstaande schema is analoog aan schema 2 per kwadrant aangegeven welke actiemogelijkheden er voor de NZa liggen gezien de kenmerken van de kwadranten en de deelmarkten die zich in dat kwadrant bevinden.

In hoofdlijnen betekent deze schematisering dat in deelmarkten waarin sprake is van veel prikkels voor een goede zorginkoop en een actieve zorginkoop (kwadrant B) de NZa zich kan beperken tot het uitvoeren van marktscans om het functioneren van de markten te bewaken. In situaties waarin sprake is van weinig prikkels voor een goede zorginkoop en een reactieve zorginkoop (kwadrant C) kan de focus van de NZa liggen op het aanpassen van de regulering en op basis van een nulmeting de verbetering in het functioneren van de markt monitoren. In situaties met een actieve zorginkoop, maar weinig prikkels voor een goede zorginkoop (kwadrant A) kan de NZa via monitoring het terugvalrisico (van actief naar reactief) bewaken, met daarnaast focus op het aanpassen van de regulering. In situaties waarin sprake is van een reactieve zorginkoop, en veel prikkels voor een goede zorginkoop kan het onderzoek van de NZa zich focussen op de vraag waarom de zorginkoop niet van de grond komt.

Schema 3: Kenmerken van deelmarkten en de actiemogelijkheden van de NZa

	Weinig prikkels	Veel prikkels
Actieve zorginkoop	<p><b>Kwadrant A:</b> In deze markten zijn verzekeraars wel actief zonder adequate prikkels. Voorbeeld: differentiatie in tarieven op basis van kwaliteitscriteria zonder transparantie (bijv. eerstelijns/ tweedelijns GGZ)</p> <p>Geldt met name voor: vrijgevestigde / eerstelijns GGZ-Cure en mondzorg (mondhygiënist / tandprothetici)</p> <p>Opties NZa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensiveren ontwikkelen prikkels</li> <li>- Monitors ook insteken op gedragingen</li> <li>- Scherp markttoezicht</li> </ul> <p>N.b. NZa moet oog hebben voor mogelijke risico's zoals kaalslag en contracteringsproblemen</p>	<p><b>Kwadrant B:</b> In deze markten gaat het de goede kant op; er is sprake van prikkels voor de zorgverzekeraars en tevens van een actieve zorginkoop.</p> <p>Geldt met name voor: B-segment en farmacie, en (deels) ook voor fysiotherapie en ketenzorg.</p> <p>Opties NZa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meehelpen optimaliseren prikkels</li> <li>- In kaart brengen effect van bekostiging ketenzorg</li> </ul> <p>Monitoren op outcome-indicatoren</p>
Reactieve zorginkoop	<p><b>Kwadrant C:</b> Deze markten lopen achter; de zorginkoop is reactief en de prikkels zijn maar beperkt ontwikkeld.</p> <p>Geldt met name voor GGZ/ instellingen en mondzorg (tandartsenzorg) en (deels) ook voor A-segment en huisartsenzorg</p> <p>Opties NZa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het prioriteren van ontwikkeling van prikkels</li> </ul> <p>Markten daarop monitoren. Daarbij oog hebben voor ambities: welke markten laten zich prioriteren gezien structurele belemmeringen (bijvoorbeeld huisartsenzorg)</p>	<p><b>Kwadrant D:</b> Is in principe een lege cel. Als, ondanks veel prikkels, sprake is van reactieve zorginkoop is sprake van 'underachievement'. In dat geval zou geprikkeld kunnen worden door 'naming' (zie bv. ranglijst Consumenten bond voor beste zorginkoop)</p>

### 3.3 Aanbevelingen en prioriteiten

De NZa gebruikt de inzichten in deze monitor om in 2010 gesprekken te organiseren met marktpartijen. Daarin nodigt zij marktpartijen uit tot voorstellen tot verbetering van de prikkels voor zorginkoop daar waar nodig.

Tegelijk heeft de NZa voor zichzelf een aantal vervolgacties op het oog. Op basis van de hiervoor beschreven resultaten en typering is hieronder een uitwerking gegeven van de prioriteiten in vervolgacties en aanbevelingen. Gezien het verkennende en kwalitatieve karakter van deze monitor wordt in de aanbevelingen nog geen onderscheid gemaakt naar de verschillende deelmarkten. Op basis van vervolgonderzoek zal daar verder invulling aan gegeven worden.

- Verbetering van de transparantie van de kwaliteit van zorg. De doorontwikkeling van prestatie-indicatoren valt onder de regie van Zichtbare Zorg. Actie NZa: onderzoek doen naar de wijze waarop de indicatoren gebruikt worden in het inkoopproces, of daarmee op adequate wijze afspraken over kwaliteit gemaakt worden, de afstemming tussen de ingeplande indicatoren en de marktontwikkeling en mogelijkheden om het beschikbaar krijgen van kwaliteitsindicatoren te versnellen c.q. de dekkingsgraad te verhogen. De NZa start in 2010 een programmatransparantie (kwaliteitsindicatoren) waarvoor de genoemde punten input vormen.
- Keuze eigen zorgaanbieder door verzekerde/sturing van verzekerden. Onderzoek naar de vormen van beïnvloeding van consumenten (keuzegedrag) die de zorgverzekeraars hebben uitgetoetst, de effecten daarvan, de beperkingen die daaraan verbonden zijn, en de opties om de effecten van het keuzegedrag te versterken.
- Reikwijdte van de zorgplicht. Bij de invulling van de zorgplicht maken zorgverzekeraars gebruik van zorginkoop. Criteria voor de zorgplicht raken dus de zorginkoop. De NZa zal naar verwachting in het voorjaar van 2010 een toezicht-kader publiceren om duidelijkheid te bieden over de reikwijdte van de zorgplicht volgens de NZa. Dit toezichtkader wil niet zeggen dat alle normen zijn ingevuld; er is juist nog ruimte voor veldpartijen om zelf een andere invulling te geven aan kwaliteit, bereikbaarheid en tijdigheid.
- Prioritering van monitoractiviteiten binnen het NZa-programma 'monitoring en datakwaliteit'. Door middel van een risicoanalyse kan een selectie worden gemaakt van de zorgmarkten waarop de NZa zich zou moeten richten. Uitkomsten kunnen richting geven aan de focus op zorgmarkten, aan de dataverzameling en bij het opzetten van een monitor.

- Risicoverevening. De NZa moet meer inzicht krijgen in de mogelijkheden om de rol van de risicoverevening bij de zorginkoop te versterken. Meer specifiek: mogelijkheden om het vereveningssysteem zodanig aan te passen dat zorgverzekeraars adequate prikkels ondervinden die gelijk oplopen met de liberalisering van een aantal zorgmarkten. De NZa heeft in haar Werkprogramma 2010 het project risicoverevening opgenomen. Resultaten zijn onder andere een Visiedocument op risicoverevening en structurele betrokkenheid van de NZa bij de inrichting van de risicoverevening
- 'Rafelranden in de zorg'. In visies, adviezen en monitors meer aandacht voor de mogelijkheden om het inkoopproces te verbeteren door de wijze waarop de zorg is ondergebracht in verschillende regelingen te wijzigen (splitsing BV/AV, Zvw/AWBZ/Wmo, vast/variabel-segment).
- Contractering. De NZa moet de mogelijkheden en risico's van meerjarige contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders verkennen.
- Zorggroepen en ketenzorg. De NZa monitort de inkoop van ketenzorg en het machtsevenwicht tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder (al of niet deel uitmakend van de zorggroep) in relatie tot aspecten als transparantie, omvang zorgverzekeraar, effecten door contractering, vormen van zorggroepen.
- Representatiemodel. De NZa streeft naar versnelde afbouw van het representatie-model zodat dit model alleen nog gebruikt wordt voor de echte non-concurrentiële markten. De NZa heeft inmiddels een Visiedocument 'Inkoopmacht en collectief onderhandelen. De verhoudingen op de zorginkoopmarkt.' in januari 2010 gepubliceerd.
- Onderzoek zorginkoop 2010. In het kader van het programma Monitoring en datakwaliteit actualiseert de NZa het beeld van de in 2009 onderzochte deelmarkten op basis van schriftelijke bronnen en aanvullen met dataverzameling uit het programma. Daarnaast voert zij werkbezoeken aan zorgverzekeraars uit voor markten die in 2009 niet zijn onderzocht en aan zorgkantoren voor inkoop AWBZ-markten.



## Bijlage 1. Schema prikkels zorginkoop

	Bovenstroomse prikkels	Benedenstroomse prikkels	Formele prikkels	Overig
	1. Transparantie kwaliteit van zorg	6. Transparantie zorginkoop voor verzekerde	10. Risicodragendheid zorgverzekeraar	
	2. Transparantie kosten zorg	7. Mate van bekendheid met de wensen van de verzekerde	11. Ontbreken van functionele omschrijving	
	3. Productstructuur	8. Keuze eigen zorgaanbieder door verzekerde	12. Schotten in financiering	
	4. Complexiteit van zorg	9. (Angst voor) Reputatieschade	13. Representatiemodel	
	5. Kenmerken marktstructuur		14. Zorgplicht	
			15. Eigen risico	
			16. Organisatie zorginkoop zorgverzekeraar	
Algemeen	G	G	R	G
Deelmarkt-1				
Deelmarkt-2				
Deelmarkt-n				

G= Groen, R= Rood, B= Beide (zowel groen als rood)

Leeswijzer bij het schema: G (groen) geeft aan dat de prikkel een positief effect heeft op de zorginkoop door de zorgverzekeraar. Bijvoorbeeld: als de transparantie op kwaliteit van zorg hoog is (door de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie) geeft dat de zorgverzekeraar mogelijkheid om zijn inkooprol waar te kunnen maken en het risico dat teveel nadruk komt te liggen op de prijs te vermijden. R (rood) geeft aan dat de prikkel een negatief effect heeft op de zorginkoop; B (beide) geeft aan dat sprake kan zijn van zowel een positief als een negatief effect.



## Bijlage 2. Toelichting prikkels zorginkoop

Prikkel	De invloed bij aanwezigheid van de prikkel	Relatie met zorginkoop
<b>Bovenstroomse prikkels</b>		
1. Transparantie kwaliteit van zorg	Groen	<p>Een belangrijke voorwaarde voor de mogelijkheid om inkoopmacht uit te kunnen oefenen is dat zorgverzekeraars voldoende inzicht moeten hebben in de door zorgaanbieders geleverde kwaliteit. Als kwaliteit onvoldoende transparant is voor de zorgverzekeraars, kunnen deze de verschillende zorgaanbieders niet goed vergelijken en bestaat het risico dat er teveel nadruk komt te liggen op de prijs. Kwaliteit is alleen volledig transparant als de uitkomsten van de geleverde zorg gemeten worden (bijvoorbeeld het percentage patiënten waarbij een bepaalde behandeling succesvol is). Transparantie over het proces en de structuur van de geleverde zorg is eveneens zinvol, maar zonder informatie over uitkomsten op zich niet voldoende.</p>
2. Transparantie kosten zorg	Groen	<p>Het ontbreken van kostprijninformatie verhindert dat de zorgverzekeraar prijsafspraken maakt die in een redelijke verhouding tot de kostprijs staan. Op zichzelf (in perfecte markten) is transparantie over kosten van aanbieders geen voorwaarde voor succesvolle zorginkoop. Echter, de zorg is een markt waarin prijsstelling lange tijd op kunstmatige wijze is gereguleerd. Bij zorgverzekeraars ontbreekt het inzicht in de relatie tussen het geleverde product, de kosten en de prijs. Daarnaast biedt ook prijsvergelijking tussen zorgaanbieders maar beperkt toegevoegde waarde door de grote en deels onverklaarbare prijsverschillen tussen zorgaanbieders. Een ander aspect is dat de zorgverzekeraars hun eigen schadelast moeilijk kunnen voorspellen. Dit bemoeilijkt het doorgeven van voordelen van zorginkoop.</p>

<p>3. Productstructuur</p>	<p>Beide</p>	<p>Een goede productstructuur geeft de zorgverzekeraar inzicht in de door de zorgaanbieders te leveren zorg en in hetgeen de zorgverzekeraar inkoop. De productstructuur kan een probleem zijn als de zorg onvoldoende herkenbare prestaties bevat (al dan niet uitgedrukt in DBC's), het aantal DBC's te groot is voor adequate zorginkoop, de DBC's te gefragmenteerd zijn (behoefte aan keten-DBC's) en DBC's nog niet gekoppeld zijn aan kwaliteitsstandaarden.</p>
<p>4. Complexiteit van zorg</p>	<p>Rood</p>	<p>Zorgverzekeraars gaan op het gebied van zorginkoop steeds meer doelgroepgericht te werk. Ongeveer 20% van de verzekerden (met name ouderen en chronisch zieken) is verantwoordelijk voor 85% van de zorgkosten. Voor deze doelgroepen kunnen speciale zorgketens worden ontwikkeld om de kwaliteit, klantgerichtheid en/of kosteneffectiviteit van de zorg te verbeteren. Bij de zorginkoopafdeling van de zorgverzekeraars verandert de klassieke organisatie-invalshoek van verstrekkingen naar die van doelgroepen zoals 'diabeteszorg', 'COPD-zorg' of 'artrosezorg'.</p>
<p>5. Kenmerken marktstructuur</p>	<p>Beide</p>	<p>Vaak spreekt men van inkoopmacht als de concentratie aan de vraagzijde van de markt hoog is. Het is echter niet voldoende om aan te tonen dat de zorginkopers geconcentreerd zijn om te kunnen spreken van inkoopmacht. Ook de marktstructuur en andere karakteristieken van de markt (bijvoorbeeld de concentratie en macht van zorgaanbieders) spelen een grote rol. Men kan spreken van inkoopmacht wanneer zorgverzekeraars een significant deel van de zorg kunnen inkopen bij andere zorgaanbieders en in staat zijn consumenten actief naar deze andere aanbieders te verwijzen. Daarnaast is het ook belangrijk dat zorginkopers kunnen dreigen met het promoten van nieuwe toetreding tot de markt. Het aanbod in een bepaalde markt moet dus voor een zorgverzekeraar groot genoeg zijn om selectief te kunnen gaan contracteren.</p>

<b>Benedenstroomse prikkels</b>		
6. Transparantie zorginkoop voor verzekerde	Groen	Voor consumenten is het belangrijk dat verzekeraars kwaliteitsafspraken met aanbieders maken. Meer duidelijkheid over de kwaliteit van de ingekochte zorg en verschillen daarin tussen zorgaanbieders (waarom zijn preferente aanbieders beter?) kan stimuleren dat consumenten meer op kwaliteit gaan kiezen. Als verzekeraars hun inkoopvoordelen niet duidelijk kunnen maken kiest de verzekerde alleen op premie. In geval van het wel doorgeven van de voordelen van een sterk gedifferentieerde zorginkoop is er het risico van informatie-overload. Dit bewerkstelligt een tegengesteld effect: omdat men door de bomen het bos niet meer ziet kiest de verzekerde op dat wat wel duidelijk is (premie).
7. Mate van bekendheid met de wens van de verzekerde	Beide	Zorgverzekeraars en zorgaanbieders betrekken patiëntenverenigingen in toenemende mate bij de organisatie respectievelijk de inkoop van de beste zorg voor de patiënten. Door gebruik te maken van zorgstandaards houden de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders rekening met de eisen die de medische wetenschap stelt aan de zorgverlening, maar ook met de eisen die de zorggebruikers stellen aan de kwaliteit en de organisatie van de zorg en aan zelf-zorgaspecten van het zorgproces.

<p>8. Keuze eigen zorgaanbieder door verzekerde</p>	<p>Rood</p>	<p>Als de verzekerde alleen naar de zorgaanbieder van eigen keuze wil staat de zorgverzekeraar zwak bij de inkoop van zorg. Onderzoek suggereert dat de loyaliteit van de verzekerde per soort zorg verschilt. Een belangrijke voorwaarde om als goede inkoper op te treden (onderhandelingsmacht) is dat zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om verzekerden te sturen naar geselecteerde zorgaanbieders. Tegelijkertijd zullen verzekerden pas een polis kopen als de verzekeraar een aantrekkelijk netwerk van aanbieders aanbiedt. Zodra verzekerden terughoudend zijn te kiezen voor voorkeursaanbieders die door de zorgverzekeraar zijn aangewezen, zullen verzekeraars niet in staat zijn om actief als zorginkoper te acteren. De werking van instrumenten die de zorgverzekeraar kan inzetten (gedeeltelijk / geen vergoeding bij niet gecontracteerde instellingen, kwijtschelden eigen risico bij gebruik van preferente aanbieders, realiseren van lagere wachttijden, betere service) is dan verminderd.</p>
<p>9. Reputatieschade</p>	<p>Rood</p>	<p>(Angst voor) reputatieschade en verlies van klanten kan een belangrijke rol spelen in de keuzes die zorgverzekeraars maken en kan een belemmering vormen voor een goede werking en ontwikkeling van de zorginkoop. De klant ziet de zorgverzekeraar vooral als betaler en polisverkoper, en vereenzelvigt de rol van de zorgverzekeraar met de financiële aspecten van de zorginkoop. Verzekeraars die patiënten proberen te sturen naar andere zorgaanbieders of in hun keuzemogelijkheden willen beperken lopen het risico dat de verzekerden dit interpreteren als "de zorgverzekeraar wil bezuinigen" en dat overwegingen van kwaliteitsverbetering door de verzekerde niet vertrouwd worden.</p>

<b>Formele prikkels</b>		
10. Riscodragendheid zorgverzekeraar <sup>5</sup>	Groen	<p>Voor de zorgverzekeraar is risicodragendheid een belangrijke prikkel om goede zorg in te kopen. Wanneer er sprake is van volledige risicodragendheid kunnen de zorgverzekeraars de met inkoopmacht te behalen voordelen doorgeven aan de verzekerden. Als de voordelen deels worden afgeroomd zullen zorgverzekeraars minder sterke prikkels ondervinden om inkoopmacht daadwerkelijk uit te oefenen. Voor de inkoop van eerstelijnszorg (onder meer huisartsenzorg, kraamzorg, ziekenvervoer en genees- en hulpmiddelen) zijn zorgverzekeraars volledig risicodragend. Voor de GGZ-cure worden de kosten in 2009 nog volledig nagecalculeerd en lopen de zorgverzekeraars in dat jaar geen enkel financieel risico. Vanaf 2010 is wel sprake van (gedeeltelijke) risicodragendheid. Voor de ziekenhuiszorg geldt dat de zorgverzekeraars in 2009 op ruim 60 procent van de ziekenhuiskosten risico heeft gelopen. In de komende jaren zal het accent liggen bij de vergroting van de risicodragendheid voor de ziekenhuiszorg, zowel in het A- als in het B-segment.</p>
11. Ontbreken van functionele omschrijving	Rood	<p>In het besluit zorgverzekering wordt de zorg 'functioneel omschreven'. Dit betekent dat in de AMvB wordt vermeld wat tot het pakket behoort en wanneer daar aanspraak op bestaat, maar de daadwerkelijke invulling van waar de zorg wordt geleverd en door wie, kan worden ingevuld door de zorgverzekeraar. Een functionele omschrijving geeft de verzekeraar de ruimte om voor de verzekerden op financiële of kwalitatieve gronden zorgverleners te contracteren. De keuze van de verzekerden wordt dan beperkt tot de zorgverleners die gecontracteerd zijn) Een verzekeraar kan er ook voor kiezen te werken op basis van restitutie en geen zorgaanbieders te contracteren.</p>

<sup>5</sup> Zie ministerie van VWS "Beschrijving van het risicovereenigingssysteem van de Zorgverzekeringswet" (augustus 2007)

12. Schotten in financiering.	Rood	Schotten in de financiering bemoeilijken de inkoop van zorg. Het betreft enerzijds schotten die opgeworpen worden door de nog steeds sterk zorgaanbieder / instelling gerichte bekostiging. Anderzijds betreft het schotten tussen verschillende financieringsstromen (Zvw (BV+AV), AWBZ, WMO). Belemmeringen doen zich met name voor bij inkoop van ketenzorg en GGZ-zorg en bij substitutie tussen tweedelij en eerstelij.
13. Representatiemodel <sup>6</sup>	Rood	Het representatiemodel houdt in dat de door de representerende zorgverzekeraars (lokaal overleg) gesloten contracten met zorgaanbieders op non-concurrentiële deelmarkten, alsmede de overeengekomen tarieven en aanverwante afspraken, onverkort gelden voor alle zorgverzekeraars. Binnen de GGZ- en ziekenhuiszorgmarkt (enkel A-segment) wordt de zorg via dit representatiemodel ingekocht. Het representatiemodel beperkt de mogelijkheid voor zorgverzekeraars zich te onderscheiden door scherpe kwaliteitsafspraken te maken met de zorgaanbieders.

---

6 Zie NZa 'Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen. De verhoudingen op de zorginkoopmarkt' (januari 2010).

14. Zorgplicht	Beide	<p>De overheid heeft de verzekeraar een zorgplicht opgelegd om zo de publieke belangen te kunnen borgen (met name de toegankelijkheid). De verzekeraar kan de zorgplicht op twee manieren nakomen: 1. de verzekerde kiest zelf zijn zorgaanbieder; de verzekeraar restitueert de kosten aan de verzekerde (restitutiepolis). 2. de zorg is vooraf door de zorgverzekeraar gecontracteerd (naturapolis). In het laatste heeft de zorgverzekeraar een uitgebreidere verantwoordelijkheid ten aanzien van de voor de verzekerde te regelen zorg (zorgplicht). In dat geval is tevens sprake van een directe financiële relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, wat de zorgverzekeraar in staat stelt zijn zorgplicht met eigen beleid aan te vullen (afspraken over kwaliteit, doelmatigheid of transparantie). De zorgverzekeraar kan de zorgaanbieder ook een gegarandeerd aantal zorgconsumenten uit zijn verzekerdenbestand in het vooruitzicht stellen. De zorgplicht kan in de knel komen wanneer zorgaanbieders geen afspraken willen maken met de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars proberen in dergelijke gevallen administratieve overeenkomsten te sluiten en passen geen vergoedingsbeperking toe. Aangezien verzekerden graag naar hun 'eigen' huisarts of ziekenhuis willen, doen zorgverzekeraars veel moeite om huisartsen en ziekenhuizen breed te contracteren.</p>
----------------	-------	--

15. Eigen risico	Groen	Vanaf 2009 hebben de zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico te differentiëren. De zorgverzekeraars kunnen vormen van zorg aanwijzen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven. Hiermee kunnen ze verzekerden stimuleren gebruik te maken van zorg die de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd (preferente zorgaanbieders, doelmatige zorgarrangementen of preventieprogramma's). Dit geeft hen ook een middel om bij de zorginkoop nadere afspraken te maken over prijs/kwaliteit of om goede zorgaanbieders te belonen met een grotere omzet .
<b>Overig</b>		
16. Organisatie zorginkoop zorgverzekeraar	Groen	De precieze status ten aanzien van de zorginkooporganisatie (kwalitatief, kwantitatief, professionaliteit, organisatievorm, plaats in de organisatie) is zeer bepalend voor de kansen van de zorgverzekeraar om een serieuze speler te zijn op de zorginkoopmarkt.







De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) maakt en bewaakt goed werkende zorgmarkten. De belangen van de consument staan daarbij centraal.

Efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg en de kwaliteit zijn gewaarborgd. De consument krijgt zo de beste waar voor zijn zorgeuro.

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