

Bespreekpunten financiering zorginnovaties, doelmatigheid, projectuitkomsten

Programma commissie Op Eén Lijn ZonMw

Aldien Poll
14 januari 2014

Bespreekpunten financiering zorginnovaties, doelmatigheid, projectuitkomsten

Aldien Poll

14 januari 2014

Deze notitie is geschreven op verzoek van de Commissie Op één Lijn van ZonMw als input voor het voorzitters overleg binnen ZonMw. Dit voorzittersoverleg betreft de ervaringen in de verschillende programma commissies van ZonMw over implementatie van onderzoeks- of projectuitkomsten in de reguliere zorg.

Binnen de commissie wordt regelmatig gesproken over de mogelijkheden en onmogelijkheden van zorginkoop om vernieuwingen en doelmatige zorg te kunnen implementeren. Om hier zinvol over te kunnen praten is globaal inzicht in de financiële verantwoordelijkheden en sturingselementen van belang. Het kan tot beter inzicht leiden in kritische financiële succesfactoren voor implementatie van doelmatige zorg en innovatieve ideeën. En daarmee tot een beter advies aan de opdrachtgever of aan stakeholders.

Deze notitie is een eerste aanzet en pretendeert niet volledig te zijn.

Samenvatting/conclusie

Er zijn meerdere organisaties in het gezondheidszorgsysteem die bepalen welke zorg wel en niet vergoed kan worden en op welke wijze dit gebeurt. Deze organisaties zijn het ministerie van financiën, het ministerie van VWS, het CvZ, de NzA, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Bij implementatie van doelmatige zorg moeten verantwoordelijkheden van partijen in samenhang worden ingezet. Het lijkt geen zin te hebben om de organisaties afzonderlijk te benaderen met de vraag de implementatie van doelmatige zorg of andere innovaties te faciliteren.

De marktmeester (NzA) streeft naar meer controle en meer gedetailleerde regelgeving. De vraag is of de administraties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dit aan kunnen of dat er zoveel fouten zullen worden gemaakt in declaraties aan zorgaanbieders en aan verzekerden dat niet langer sprake kan zijn van 'goed verzekeraarschap'.

Instrumenten die ingezet kunnen worden ter ondersteuning van implementatie doelmatige zorg

Er zijn verschillende sturingsinstrumenten om afspraken te maken over doelmatigheid in de zorg. Deze zijn

- *Het basispakket (CvZ voert pakketbeheer uit)*
Zorg die vergoed wordt conform de Zorgverzekeringswet (ZvW) en door de toezichthouder als rechtmatige zorg wordt betiteld die een verzekeraar mag vergoeden.
- *Het Budgettair Kader Zorg (ministerie van financiën)*
De begroting van het ministerie van financiën waar het ministerie van VWS verantwoording over af moet leggen
- *Convenanten (ministerie van VWS)*
Afspraken tussen het ministerie van VWS en koepelorganisaties van zorgverleners en zorgaanbieders over ontwikkelingen in de groei van zorgkosten en over ontwikkeling van gewenste structuurwijzigingen in het zorgsysteem op basis waarvan mogelijke wetgeving opgesteld kan worden
- *Prestatie omschrijvingen (NzA)*
Beschrijving van het zorgaanbod (in produkten, activiteiten, of anderszins) meestal gebaseerd om richtlijnen en standaarden.
- *Produktomschrijvingen DBC onderhoud (NzA)*
DBC-Onderhoud ontwerpt en onderhoudt als onafhankelijke organisatie passende en up-to-date prestatiebeschrijvingen voor de tweedelijns zorg. Verantwoordelijkheid voor beheer en uitvoering ligt per 1 januari 2014 bij de NzA.
- *Prestatie beschikkingen (NzA)*
Prestatie die gedeclareerd mag worden als rechtmatige zorg
- *Vrije prijzen (NzA)*
Een prestatiebeschikking waarvan de prijzen vrij zijn en in onderhandeling tussen verzekeraar en zorgverlener of zorgaanbieder vastgesteld kunnen worden
- *Tariefsbeschikkingen (NzA)*
Prestatiebeschikking plus vastgesteld (maximum) tarief
- *Beleidsregels (NzA)*
Uitgebreide beschrijving van wat gedeclareerd mag worden, dit kan meer zijn dan goede zorg zoals beschreven in een richtlijn of standaard
- *Nadere regels (NzA)*
Administratieve regels over declaraties door zorgverleners, zorgaanbieders en verzekeraars
- *Polisvoorwaarden (verzekeraar)*
Afdекken van het financiële risico op zorgkosten geformuleerd in rechten voor de verzekerde op vergoeding van de zorg
- *Zorginkoopcontracten (verzekeraar met zorgverlener)*
Contracten tussen verzekeraar en zorgverlener / aanbieder over het vergoeden van bij individuele verzekerde geleverde zorg conform de beschikkingen, beleidsregels, nadere regels en polisvoorwaarden.
- *Management zorginstelling (zorginstelling)*
Administratieve - en inhoudelijke aansturing van zorgverleners door management bepalen voor een groot deel het logistieke - en administratieve gedrag van zorgverleners
- *Zorgverleners (volgen beroepsgroepen)*
Toepassen van standaarden en richtlijnen en zorg op maat
- *Verzekerden (kiezen zorgverlener en verzekeraar)*
Maken gebruik van zorg zoals vastgelegd in alle genoemde instrumenten.

Taken en verantwoordelijkheden

Taken en verantwoordelijkheden rond deze instrumenten zijn verschillend belegd. De belangrijkste partijen zijn het College voor zorgverzekeringen en de Nederlandse Zorgautoriteit. Het CvZ voert pakketbeheer uit en adviseert hiermee de minister van Volksgezondheid over de samenstelling van het pakket. Zorg die in het pakket is opgenomen kan vergoed worden door verzekeraars. Zorg die niet in het pakket is opgenomen kan niet vergoed worden. De zorg wordt in algemene functionele termen omschreven en vertaald in prestaties, producten of activiteiten door de NzA.

Het CvZ en de NzA stellen zo vast wat 'rechtmatige zorg' is en wat niet. De verzekeraar kan de prestaties, producten of activiteiten inkopen, of niet inkopen.

Daarnaast kan een verzekeraar die niet in het basispakket is opgenomen via aanvullende verzekeringen vergoeden.

Het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) , binnenkort Zorginstituut Nederland (ZIN)

Het CvZ adviseert het ministerie van VWS over aanspraken in het **basispakket**. Iedere inwoner in Nederland heeft conform de Zorgverzekeringswet (ZVW) recht op deze aanspraken in het basispakket. Voor opname van geneeskundige zorg in het pakket gelden twee basisregels:

- 1) het moet gaan om zorg zoals professionals die 'plegen te bieden' (richtlijnen en standaarden) en
- 2) de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en de praktijk' (zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruikmaken van het best beschikbare bewijsmateriaal).

Ministerie van financiën (Budgettair kader Zorg)

Het directoraat-generaal Rijksbegroting is verantwoordelijk voor de kaderstelling rond het begrotingsbeleid, de coördinatie van het begrotingsbeleid van de rijksoverheid en de beheersing van de uitgaven, dus ook voor de structuur en de regels rond het *Budgettair kader Zorg* (BKZ).

Verdeeld beschikbare zorgbudgetten (op basis van ramingen en convenanten) over dekkaders zoals Medisch Specialistische Zorg, GGz, Eerste lijn (verder onderverdeeld in enkele subkaders).

Inspectie der rijksfinanciën

Is onderdeel van het ministerie van Financiën en heeft een centrale rol in budgettaire processen en fungeert als 'de ogen en de oren van de minister van Financiën'. Onderhoudt de contacten van het ministerie van Financiën met de andere departementen. Deze contacten leiden tot intensieve advisering aan de minister van Financiën

Ministerie van VWS

Het ministerie is verantwoordelijk voor beleid op het terrein van gezondheidszorg, de maatschappelijke zorg en de sport. Ongeveer 5000 ambtenaren van dit ministerie maken het overheidsbeleid op het terrein van de gezondheidszorg, de maatschappelijke zorg en sport. VWS stimuleert mensen tot gezond gedrag: meer bewegen, niet roken, matig alcoholgebruik, veilig vrijen en gezond eten. Het ministerie kan beleidsafspraken maken met vertegenwoordigers in het zorgveld. Het betreft groeiafspraken in het Budgettair Kader Zorg met de koepelorganisaties van zorgaanbieders, maar ook ambities om beleid te evalueren en te verbeteren, vastgelegd in *convenanten*.

Nederlandse Zorgautoriteit

De NzA is marktmeester. In haar rol als regelgever stelt de NzA tarieven, prestaties en budgetten¹ vast waar dat moet en adviseert de minister van VWS over spelregels die nodig zijn in de zorg. Deze adviezen zijn gebaseerd op feiten, op onderzoeksdata en op analyses en hebben als doel dat de zorg van goede kwaliteit blijft en zo efficiënt mogelijk wordt geleverd.

Waar het kan laat ze de regelgeving los en mogen verzekeraars en zorgaanbieders zelf onderhandelen over inhoud, prijs, kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Uitkomsten van die onderhandelingen worden voorgelegd en goedgekeurd door de NzA.

De spelregels worden vastgelegd in:

- *In prestaties* staat het zorgaanbod beschreven. Dit kan beschreven worden in een DBC, verrichting, activiteit etc. Het betreft de zorgactiviteit of activiteiten die gedeclareerd kunnen worden en daarmee tot 'rechtmatige zorg' zijn bestempeld. Het betreft het handelen van zorgverleners of diagnostiek.
De prestaties zijn onderdeel van het basispakket; iedere verzekerde heeft daarmee recht op de prestatie zoals beschreven door de NzA.
- *In tariefbeschikkingen* staan de(maximum) tarieven én de bijbehorende prestaties (activiteiten en verrichtingen) die een zorgverlener in rekening kan brengen. Dit betreft rechtmatige zorg die door de Zorgautoriteit getoetst kan worden. Het betreft vooral tarieven voor complexe zorg in de ziekenhuizen (30%), tarieven in de AWBZ, deel huisartsenzorg en voor geboortezorg
 - (twee)jaarlijks voert de NzA een kostenonderzoek bij de zorgverleners uit (inkomsten uit declaraties worden vergeleken met kosten voor de praktijkvoering; het verschil wordt getoetst aan een van te voren afgesproken norminkomen. Bij afwijking van het norminkomen worden de tarieven het jaar daarna naar beneden of naar boven bijgesteld)
- *In prestatiebeschikking* staan alleen de prestaties vast, geen tarieven. Het betreft vooral tarieven in de niet complexe zorg in de ziekenhuizen (70%)
- *Vrije prijzen*. Kennen ook geen maximumtarieven, maar betreffen wel vastomschreven prestaties.
- *In beleidsregels* kunnen de volgende zaken beschreven worden: normen, rekenkundige waarden, procedures, feiten en omstandigheden, voorschriften, voorwaarden en beperkingen, tariefsoorten en prestatiebeschrijvingen. Met een beleidsregel kan afgeweken worden van gangbare tariefbeschikkingen en prestatiebeschikkingen, bijvoorbeeld in een beleidsregel innovatie.
- *Nadere regels* beschrijven de inrichting van administratie, bekendmaking van tarieven en de inrichting van declaraties. Deze regels verplichten de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders hun administratie conform de eisen van de NzA in te richten.

¹ Componenten voor bijvoorbeeld kapitaalslasten, huisvesting, inkomensberekeningen van instellingen en zorgverleners worden benoemd en berekend door de NzA. Deze worden doorberekend in de budgetten aan zorgverzekeraars waarmee zorg ingekocht kan worden.

Cultuur²:

De NzA heet een toezichhoudende rol en streeft daarin een strenge aanpak na. De NzA beschrijft haar rol als marktmeester in termen van 'zorgaanbieders en verzekeraars 'aanpakken', 'controleren', 'uitbreiden regelgeving'. De NzA roept verzekeraars op meer werk te maken van zorgfraude en roept verzekerden op vóór zorggebruik aanspraken en tarieven te controleren en áchteraf de declaraties te controleren. Regels moeten daardoor duidelijk en transparant zijn en niet voor meerdere uitleg vatbaar.

Keuzevrijheid

De marktmeester definieert 'keuzevrijheid' voor burgers als keuze tussen verschillen in polissen van verzekeraars. Meer verschillen betekent meer keuzevrijheid.

De verschillen kunnen vorm krijgen door het contracteerbeleid van verzekeraars. Zolang voldoende zorg wordt ingekocht worden verzekeraars door de NzA geacht niet alle medisch specialistische zorg, ggz of overige zorg te contracteren, maar keuzes te maken welke zorg wel en welke zorg niet gecontracteerd wordt bij welke zorgaanbieder.'indien verzekeraars meer verschil maken in contracten met ziekenhuizen hebben wij als verzekerden meer keuzevrijheid voor welk pakket van zorg we willen betalen'³.

Verzekeraars

Conform de zorgverzekeringswet heeft een zorgverzekeraar de taak om de kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid van de zorg te borgen. Hiertoe sluiten zij contracten met zorgverleners en zorgaanbieders (zorginkoop).

Om haar taak uit te kunnen voeren heeft iedere burger in Nederland de plicht zich te verzekeren bij een verzekeraar naar keuze. De zorgverzekeraar is vervolgens verplicht iedereen die zich aanmeldt te accepteren tegen dezelfde premie; er mag geen onderscheid gemaakt worden tussen verzekerden in één verzekering. Indien er verzekerden zijn die *zekere*, van te voren bekende, kosten zullen maken dan wordt de betreffende verzekeraar voor deze zekere kosten gecompenseerd (zie ook *risicoverevening*).

Een zorgverzekeraar kent twee belangrijke primaire processen

- *Commercieel proces:*

De verzekeraar kan alleen bestaan indien verzekerden jaarlijks een polis kopen. Op de commerciële markt worden polissen aangeboden die concurrerend zijn van andere verzekeraars in prijs of in inhoud. Verzekeraars bieden meestal verschillende polissen (labels) met verschillende premies aan om zo verschillende doelgroepen aan te trekken. De polissen staan in principe los van de taak om het zorgaanbod in Nederland van goede kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te houden! De polis is een contract tussen verzekerde en verzekeraar waarmee het risico voor de verzekerde op onverwachte zorgkosten worden afgedekt. *Tevens* geeft deze polis de verzekeraar de legitimiteit om zorgcontracten af te

² Stand van zaken zorgmarkt 2013, Nederlandse Zorgautoriteit

³ Theo Langejan, vz RvB NzA, in 'stand van zaken zorgmarkten 2013, pag. 42'

sluiten met zorgaanbieders en zorgverleners.

Rondom de verzekerden wordt in een administratie vastgelegd welke polis hij/zij heeft. Hoe meer afspraken of voorwaarden in een polis worden vastgelegd en hoe meer verschillende labels worden aangeboden hoe ingewikkelder de polis- administratie.

Polisvoorwaarden gelden voor alle verzekerden met zo'n polis. Er kan op individuele basis niet van worden afgeweken, tenzij er een '*handmatige*' correctie op basis van *coulance* plaatsvindt en een declaratie alsnog wordt geaccepteerd en betaald.

- *Zorginkoopproces*

De verzekeraar heeft als taak jaarlijks contracten te sluiten met zorgverleners (individuele) en met zorgaanbieders (instellingen). Deze contracten gaan over prijzen en volumes van prestaties zoals die door de Nza zijn gedefinieerd (prestatiebeschikkingen, soms ook tariefbeschikkingen), budgetafspraken zoals door de Nza zijn gedefinieerd en over de wijze van declareren. De contracten worden gesloten door verschillende inkoopteams binnen één verzekeraar en worden beheerd in verschillende administraties (ziekenhuisadministratie, GGz administratie, paramedie, farmacie, huisartsen etc). Ieder inkoopteam heeft zijn eigen begroting en rapporteert per kwartaal over de kosten.

Met deze contracten bewaakt de zorgverzekeraar de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van het zorgaanbod in Nederland. Deze contracten staan in principe los van de polisvoorwaarden!

De prestaties en de prijzen worden vastgelegd in een administratie bij de verzekeraar en bij de zorgverleners en aanbieders. Declaraties van zorgverleners en zorgaanbieders worden uitbetaald volgens deze in de administratie vastgelegde afspraken.

Het betreft prijzen en volumes over DBC's, inschrijftarieven, verrichtingen, modules etc.

Declaraties van zorgverleners en zorgaanbieders betreffen geleverde zorg op verzekerde niveau, ze worden dan ook op verzekerde niveau opgesteld, en worden uitbetaald volgens de in de administratie vastgelegde afspraken met de zorgaanbieder of zorgverlener.

De zorgverlener of zorgaanbieder kan bijvoorbeeld niet besluiten bij sommige verzekerden een deel van de prestatie tegen een ander tarief te declareren.

- *Matching commerciële proces en zorginkoopproces*

Een declaratie van een zorgverlener geschiedt op naam van de verzekerde. In de administratie van de verzekeraar wordt gecontroleerd of de verzekerde bekend is en wordt gecontroleerd of de prijzen conform de tabellen zijn. Indien er een mismatch is dan wordt de declaratie geweigerd.

Tevens wordt gecontroleerd of de persoon over wie gedeclareerd wordt een eigen bijdrage heeft en hoe hoog die is. Bij acceptatie van de declaratie ontvangt de verzekerde een bericht over het beslag op het eigen risico.

- *Risicoverevening*

Ieder jaar geeft de verzekeraar specifieke informatie uit de polisadministratie en alle

informatie uit de verschillende inkoop administraties aan het CvZ. Het CvZ koppelt de informatie op individueel verzekerde niveau en bepaalt of er sprake is van voorspelbare of onvoorspelbare kosten bij een individu. Voor voorspelbare kosten wordt de betreffende verzekeraar het jaar daarop gecompenseerd uit het gezamenlijk, door CvZ beheerde, fonds⁴.

Het fonds wordt gevuld met grosso modo de helft van de zorgpremies en wordt betaald door werkgevers (of overheid). De andere helft van de premie wordt rechtstreeks door de werknemer aan de zorgverzekeraar betaald. De totale zorgpremie per verzekerde boven de 18 jaar is in Nederland ongeveer € 2300,-

Voorspelbare kosten worden bepaald door jaarlijkse analyses van de zorgkosten bij alle verzekeraars. Deze analyses worden gekoppeld aan zorggebruik door groepen verzekerden. Zo is voorspelbaar dat ouderen meer zorg zullen gebruiken dan jongeren, dat vrouwen meer zorg gebruiken dan mannen en dat bijvoorbeeld mensen die insuline (diabetesmedicijn) gebruiken meer zorg gebruiken dan mensen die geen insuline gebruiken. Een verzekeraar met veel ouderen, veel vrouwen en veel insuline gebruikers heeft dus voorspelbaar meer zorgkosten per jaar dan een verzekeraar die minder van deze groepen heeft. De tweede verzekeraar heeft dus minder voorspelbare zorgkosten en kan een lagere premie vragen. Om een eerlijke concurrentie tussen verzekeraars te bewerkstelligen in hun premiestelling is bij wet bepaald dat verzekeraars onderling zekere risico's op zorgkosten verevenen.

⁴ In het fonds zit de helft van alle premiegelden van alle burgers. Verdeling van deze premiegelden vindt plaats naar rato van de voorspelbare zekere kosten die verzekerden van de verschillende verzekeraars zullen gaan maken in het jaar waarvoor de premie betaald is. Er zijn onder de verzekeraars netto betalende en netto ontvangende, afhankelijk van de voorspelbare ziektelast van de verzekerde populatie bij de verzekeraar.

Discussie

Bovenstaande informatie over instrumenten en verantwoordelijkheden leiden tot een aantal, niet limitatieve, discussie punten.

- Er zijn meerdere partijen en instrumenten die zich bezig houden met betaalbaarheid en doelmatigheid van zorg. Als er sprake is van een keten van doelmatigheidsinstrumenten en verantwoordelijkheden dan kan er een volgtijdelijke activiteit zichtbaar worden gemaakt: CVZ (basispakket) – NzA (prestaties en beschikkingen) – verzekeraars (inkoop en polisvoorwaarden) – management zorginstelling – zorgverleners (toepassen richtlijnen/standaarden/zorg op maat) – verzekerden (preventie en zorg op maat)

de vraag is of er onafhankelijk van elkaar doelmatigheidsactiviteiten ingezet kunnen worden

- Omschrijvingen van prestaties, activiteiten, budgetten, etc. zijn in merendeel van de gevallen uitgedrukt in uren, volumes, kosten, soms ook in procesafspraken. Uitkomstmaten in termen van kwaliteit zijn nog niet opgenomen.

kwiteit als toegevoegde waarde in het handelen van een zorgverleners heeft nog geen plek in de keten van doelmatigheidsinstrumenten.

Het kwaliteitsinstituut heeft ook nog geen plek in de keten.

- De NzA definieert prestaties en regels waarmee de veldpartijen hun contracten kunnen sluiten. De invloed van deze prestaties en regels is groot.

in de discussie over doelmatigheid en implementatie van innovaties zou de NzA nadrukkelijker betrokken kunnen worden. Met betrekking tot ziekenhuiszorg zou dit het DBC onderhoudsorgaan kunnen zijn

- Door transitie van DBC naar DOT financiering en door de beleidsontwikkeling naar 'populatiefinanciering in de eerste lijn' wordt er een deur geopend om naar integrale kosten van een groep mensen te kijken in plaats van naar de kosten per aanbieder of behandelaar. Er wordt hiermee een nieuw sturingsinstrument geïntroduceerd dat de mogelijkheid biedt voor professionals en verzekeraars om afspraken te maken over de totale kosten bij een groep mensen met eenzelfde aandoening of met dezelfde kenmerken (allemaal ingeschreven in dezelfde huisartsenpraktijk)

deze integrale afspraken kunnen alleen tot stand komen wanneer tegelijkertijd afspraken over kwaliteit gemaakt kunnen worden. De kans doet zich anders voor dat er alleen nog maar op verlaging van de kosten wordt gestuurd door de zorgaanbieder of de zorgverlener die een contract sluit voor de integrale kosten van een groep patiënten/verzekerden

- Om zorginkoopafspraken sturend te laten zijn moeten ze controleerbaar zijn, daartoe moeten afspraken, per zorgaanbieder of zorgverlener, vastgelegd worden in de administratie van de verzekeraars. Het vastleggen in administraties is een complex traject, waarvan vervolgens niet meer kan worden afgeweken, tenzij er sprake is van 'coulance' (een handmatige aanpassing op verzekerde niveau). Afspraken gelden bovendien voor 'alle verzekerden' die bij de zorgaanbieder of de zorgverlener zorg ontvangen, het is haast ondoenlijk een declaratie soms toe te staan en soms niet.

hoe gedetailleerder een verzekeraar afspraken vastlegt in een administratief systeem hoe groter de kans op fouten wordt en declaraties foutief of niet worden uitbetaald of verzekerden terecht of onterecht rekeningen krijgen. Een verzekeraar zal daarom niet te gedetailleerd vast willen leggen om te voorkomen dat er sprake is van 'slecht verzekeraarschap'.

- Er is een trend gaande om in plaats van basispakket, prestatiebeschikkingen en zorginkoopcontracten ook via polisvoorwaarden de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het zorgaanbod te verbeteren. Door in polisvoorwaarden op te nemen welke zorg bij welke zorgverlener of zorgaanbieder wel en niet vergoed wordt kan de verzekeraar gebruik van het zorgaanbod sturen. Declaraties worden dan niet alleen getoetst aan de vraag of iemand verzekerd is en aan de hoogte van de eigen bijdrage, maar ook aan de overige polisvoorwaarden. Het vastleggen van de afspraken heeft gevolgen voor de declaraties en administraties van de zorgaanbieders en voor de administraties van verzekeraars. De interne afstemming tussen polisvoorwaarden op verzekerden niveau en inkoopafspraken op aanbieders niveau wordt daarmee een uitdagend administratief proces waarbij verschillende administraties binnen de verzekeraars en binnen zorgaanbieders op elkaar aangesloten moeten worden. In de aansluiting moet maatwerk mogelijk zijn omdat verzekerden verschillende polissen (labels) kiezen (met en zonder beperkte vergoedingen) waar in sommige gevallen ook nog van afgeweken moet kunnen worden (bijvoorbeeld: uitsluiting Ziekenhuis A, tenzij).

Het risico ontstaat dat verkeerde declaraties betaald of niet betaald worden aan zorgaanbieders en dat verkeerde rekeningen voor niet verzekerde zorg naar verzekerden gestuurd worden. Dit is een groot afbreuk risico voor de verzekeraar als het gaat om 'goed verzekeraarschap'. Uitsluitingen in polisvoorwaarden zal daarom alleen 'relatief eenvoudig vast te leggen' keuzes betreffen die mogelijk meer effect zullen hebben op keuzevrijheid dan op doelmatigheidsverbetering.

- de marktmeester streeft een cultuur van aanpakken en controleren na en streeft naar verdere detaillering van regelgeving. De vraag is hoe zich dit verhoudt tot de mogelijkheden in administratieve systemen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders en tot zorg op maat.

de vraag is op welke wijze doelmatigheidsverbetering, innovaties en samenwerkingsafspraken in deze cultuur aansluiten bij de administratieve systemen en verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars en zorgaanbieders/zorgverleners

Wat kan Zonmw doen?

- 1.** De doelmatigheidsketen in kaart brengen voor de verschillende doelmatigheidsparels en analyseren wat de consequenties zijn voor de verschillende ketenpartners (ministerie van financiën, ministerie van VWS, CvZ, NzA, verzekeraar, management instelling, zorgverlener)
- 2.** NzA (inclusief DBC onderhoud) adviseren over opname doelmatigheids uitkomsten in prestatie omschrijvingen of beleidsregels
- 3.** Samenwerken met kwaliteitsinstituut
- 4.** Verzekerden informeren over doelmatigheidsuitkomsten
- 5.** Doelmatigheidsuitkomsten introduceren bij startende discussie over populatiemanagement en financiering.