

**Advies**

# **Uitvoeringstoets experimenten vrije prestaties**

Ruimte voor vrije prestaties in de bekostiging



## Inhoud

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>8</b>
1.1 Aanleiding	8
1.2 Opdracht	8
1.3 Leeswijzer	9
<b>2. Deregulering</b>	<b>10</b>
2.1 Deregulering in de zorg	10
2.2 Voorwaarden voor deregulering	11
2.3 Toelichting experiment	12
<b>3. Toetsing marktomstandigheden per sector</b>	<b>14</b>
3.1 Inleiding	14
3.2 Optie 1: Orthoptie, podotherapie, huidtherapie en optometrie	15
3.2.1 Orthoptie	15
3.2.2 Optometrie	16
3.2.3 Huidtherapie	17
3.2.4 Podotherapie	17
3.3 Optie 2: Eerstelijns zorg	18
3.3.1 Farmacie	18
3.3.2 Fysiotherapie	19
3.3.3 Oefentherapie	19
3.3.4 Diëtetiek	19
3.4 Optie 3: Cosmetische chirurgie	20
3.5 Optie 4: Regionale experimenten	21
3.6 Conclusie	21
<b>4. Draagvlak bij belanghebbenden</b>	<b>22</b>
4.1 Draagvlak experimenten opties 1, 2, 3 en 4	22
4.1.1 Optie 1: Orthoptie, podotherapie, huidtherapie en optometrie	22
4.1.2 Optie 2: Eerstelijnszorg	22
4.1.3 Optie 3: Cosmetische zorg	23
4.1.4 Optie 4: Regionale experimenten	24
4.2 Consumentenorganisaties en de SKGZ	24
4.3 Zorgverzekeraars	25
4.4 Inspectie voor de Gezondheidszorg	26
4.5 Zorginstituut Nederland	27
4.6 Conclusie	28
<b>5. Toezicht</b>	<b>29</b>
5.1 Inleiding	29
5.2 Transparantievoorschriften	29
5.3 Naleving van declaratievoorschriften	30
5.4 Naleving van administratievoorschriften	31
5.5 Informatieverplichtingen	31
5.6 Zorgplicht	32
5.7 Conclusie	32
<b>6. Financiële beheersbaarheid en risicoverevening</b>	<b>34</b>
6.1 Inzicht in kosten	34
6.2 Financiële beheersbaarheid op macroniveau	34
6.3 Risicoverevening	35
6.3.1 Prestaties en uitgaven per verzekerde	35
6.3.2 Gevolgen voor experimenten met vrije prestaties	36
6.3.3 Mogelijke maatregelen	37

6.3.4	Conclusie	37
<b>7.</b>	<b>Overige randvoorwaarden</b>	<b>38</b>
7.1	Verzekerde zorg	38
7.2	Eigen risico en eigen bijdrage	39
7.3	Natura- en of restitutiepolis	40
7.4	Administratieve lasten	41
7.5	Kwaliteit	41
7.6	Zorginkoop	42
7.7	Samenwerking en mededinging	42
7.8	Aanwijzing voor uitvoering experiment	43
7.9	Monitoring/evaluatie experiment	43
<b>8.</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>44</b>
8.1	Conclusies	44
8.2	Openbare consultatie	49
8.3	Aanbevelingen	50
	<b>Bijlage 1: Opdrachtbrief VWS</b>	<b>53</b>

## Managementsamenvatting

De minister van Volksgezondheid, Welzijn Sport (VWS) heeft ons gevraagd om te onderzoeken waar en in welke omvang een experiment voor drie jaar met vrije prestaties in de curatieve zorg verantwoord kan worden uitgevoerd. Dit heeft zij gedaan naar aanleiding van de brief 'Kwaliteit loont' waarin de minister van VWS heeft aangekondigd dat zij partijen in de zorg meer mogelijkheden wil geven voor innovatie door zorgverzekeraars en zorgaanbieders ruimte te bieden voor het overeenkomen van vrije prestaties.<sup>1</sup>

De minister vraagt de NZa om uiterlijk 1 oktober 2016 advies uit te brengen over de uitvoerbaarheid en toezichtbaarheid van de volgende experimenteeropties:

1. Optie 1: Sectoren waarbij de extramurale zorglevering al volledig gedereguleerd is voor wat betreft tarief- en prestatieregulering, maar waarbij de intramurale zorglevering nog wel gereguleerd wordt (orthoptie, huidtherapie, podotherapie en optometrie).
2. Optie 2: Sectoren waar de NZa nu al een facultatieve prestatie heeft vastgesteld (fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvies en farmacie).
3. Optie 3: Sectoren waarbij in de evaluatie van de Wmg is gebleken dat in beperkte mate gebruik gemaakt wordt van door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen (cosmetische chirurgie).
4. Optie 4: Naast de voorgaande drie landelijke experimenten, een regionaal experiment met vrije prestaties in een bepaalde sector, met uitzondering van een sector waar de afgelopen vijf jaar een experiment is gestart.

De minister van VWS heeft ons verzocht om onder meer in te gaan op de marktomstandigheden per optie, draagvlak in de sector, toezicht, financiële beheersbaarheid en of experimenten bijdragen aan een afname van administratieve lasten. Op basis van het advies van de NZa zal de minister van VWS een besluit nemen over het al dan niet instellen van een experiment met vrije prestaties per 1 januari 2018.

### *Marktomstandigheden*

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de marktomstandigheden binnen de verschillende opties. Hieruit komt naar voren dat optie 2 (eerstelijnszorg) en optie 3 (cosmetische chirurgie) in aanmerking kunnen komen voor een experiment met vrije prestaties. De marktomstandigheden bij deze opties laten dit toe. Voor optie 1 (orthoptie, podotherapie, huidtherapie en optometrie) geldt dat de extramurale markt al vrijgegeven is. Voor de intramurale markt stelt de NZa voor de huidtherapie en de podotherapie geen prestatiebeschrijvingen vast waardoor een experiment met vrije prestaties niet van toepassing lijkt te zijn. Voor wat betreft de intramurale markt voor de orthoptie en de optometrie zien wij dat deze klein is. Het gevolg daarvan is dat deze zorg nauwelijks onderwerp van gesprek is tijdens de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het volume van deze zorg (intramuraal) is zo klein dat het niet waarschijnlijk is dat hier, op dit moment, binnen de contractering voldoende aandacht voor zal zijn, ook niet wanneer sprake is van een experiment met vrije prestaties. Daardoor zou mogelijk zowel

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2014/15, 31 765 nr. 116 (brief 'Kwaliteit loont').

de animo voor het experiment gering zijn, als ook tegenwicht van de zijde van zorgverzekeraars ontbreken. Contracteergraad en voldoende evenwicht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ziet de NZa als voorwaarden voor het dereguleren van markten.

#### *Draagvlak belanghebbenden*

De NZa heeft met diverse partijen en belanghebbenden gesproken over de mogelijkheid van experimenteren met vrije prestaties. Hieruit is naar voren gekomen dat het draagvlak voor experimenten met vrije prestaties beperkt is. Het blijkt dat de partijen in het algemeen aangeven dat zij de stap naar vrije prestaties om verschillende redenen nog niet willen zetten. Uit onze uitvoeringstoets blijkt bijvoorbeeld dat de prestatiebeschrijvingen die de NZa vaststelt door partijen in veel gevallen niet als knellend voor innovatie worden ervaren. Binnen de huidige prestatie- en tariefregulering is er volgens partijen al veel mogelijk. Partijen hebben verder aangegeven dat zij vernieuwing en deregulering vooral zien in nieuwe vormen van samenwerking en substitutie. Dit is nu vaak financieel lastig te regelen vanwege de bestaande schotten in de bekostiging.

Partijen kijken verschillend tegen de vier experimenteeropties aan. De zorgaanbieders van optometrie, orthoptie en huidtherapie, staan niet negatief tegenover experimenten met vrije prestaties (optie 1). Zij vragen zich wel af of dit de moeite waard is gelet op de kleine markt en het beperkte volume. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars in sectoren waar nu facultatieve prestaties mogelijk zijn, zijn geen voorstander van experimenten met vrije prestaties (optie 2). Zorgaanbieders van cosmetische zorg zijn voorstander van het vrijgeven van prestaties voor cosmetische chirurgie. Een voorwaarde daarbij is dat vooraf wel helder moet zijn welke zorg verzekerd is en welke zorg niet. Er zijn geen wensen of voorstellen voor experimenten gemeld bij de NZa die zouden kunnen vallen onder optie 4.

Via de experimenten kunnen zowel zorgverzekeraars en zorgaanbieders als zorgaanbieders en patiënten afspraken maken over vrije prestaties. Zorgaanbieders en consumentenorganisaties zien echter vooral nadelen en uitvoeringsproblemen bij experimenten met vrije prestaties. Daarnaast zien zij maar beperkt mogelijkheden om afspraken te maken met patiënten (informatieachterstand, kwetsbare burger). Mogelijk zijn er wel een aantal patiëntenorganisaties waar afspraken mee gemaakt kunnen worden.

#### *Randvoorwaarden en toezicht*

In de uitvoeringstoets beschrijven we verder een aantal aspecten die van belang zijn voor het uitvoeren van experimenten met vrije prestaties, zoals toezicht, de risicoverevening, de afbakening tussen verzekerde en niet verzekerde zorg, eigen risico en eigen bijdrage van verzekerden, administratieve lasten, kwaliteit, zorginkoop, samenwerking en mededinging, en de evaluatie/monitoring van het experiment. Deregulering van (delen van) de zorgmarkt door middel van vrije prestaties heeft bijvoorbeeld invloed op toezicht door de NZa en controle door zorgverzekeraars. Binnen het toezicht van de NZa zal er een verschuiving optreden van toezicht op naleving van prestatie- en tariefregulering naar toezicht op transparantieplichtingen. Bij zorgverzekeraars kan de risicoverevening een negatieve prikkel opleveren voor experimenten met vrije prestaties. Daarnaast vormen

uitvoeringslasten een belemmering. In welke mate de genoemde aspecten relevant zijn voor een experiment verschilt per sector.

*Advies NZa*

De marktomstandigheden voor optie 1 bij de orthoptie en de optometrie zijn naar de mening van de NZa niet van dien aard dat, op dit moment, een experiment verantwoord kan worden vormgegeven. Voor experimenten met vrije prestaties bij optie 1 is er wel draagvlak bij de vertegenwoordigers van de zorgaanbieders die wij hebben gesproken, maar zij vragen zich af in hoeverre er werkelijk ruimte zal ontstaan. De NZa adviseert om voor optie 1 geen experiment met vrije prestaties te starten. Voor optie 2 vormen de marktomstandigheden op zich geen beletsel, maar is geen draagvlak voor een experiment met vrije prestaties.

Bij optie 3 wordt de bestaande werkwijze gelegitimeerd. De NZa geeft dan ook de voorkeur aan het legitimeren van de bestaande praktijk in plaats van het starten van een experiment. Indien dat om wat voor reden dan ook vooralsnog niet haalbaar is, biedt een experiment de mogelijkheid om de ontstane situatie tijdelijk te formaliseren. Voor optie 4 (regionale experimenten) hebben wij in de consultatiefase van dit advies een expliciete oproep aan belanghebbenden en partijen gedaan om initiatieven aan te melden. Er zijn door partijen geen concrete initiatieven gemeld.

Partijen en belanghebbenden geven aan dat de huidige prestaties in veel gevallen niet als knellend voor innovatie worden ervaren. Binnen de huidige prestatie- en tariefregulering is er volgens partijen al veel mogelijk. De belanghebbenden zien kansen voor vernieuwing en deregulering vooral in nieuwe vormen van samenwerking tussen verschillende sectoren en in substitutie van zorg. Dit is nu financieel vaak lastig te regelen vanwege bestaande schotten in de bekostiging in de curatieve zorg. De NZa adviseert daarom te bekijken waar deze door partijen ervaren belemmeringen voor nieuwe vormen van samenwerking en substitutie (schottenproblematiek) precies zitten en te bezien of en zo ja welke oplossingen haalbaar zijn om het doel van het experiment, betere kwaliteit van zorg voor de burger door maatwerk, te bereiken. Mogelijk biedt een experiment met vrije prestaties hier kansen. Experimenten met vrije prestaties kunnen ruimte bieden aan zorginnovatie en innovatieve vormen van bekostiging zoals ketenafspraken, uitkomstfinanciering, populatiebekostiging of casemanagement.

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op 17 maart 2016 per brief verzocht om te adviseren over een experiment met vrije prestaties in de curatieve zorg (zie bijlage 1 bij deze uitvoeringstoets). Dit heeft zij gedaan naar aanleiding van de brief 'Kwaliteit loont'<sup>2</sup> waarin de minister van VWS heeft aangekondigd dat zij partijen in de zorg meer mogelijkheden wil geven voor innovatie door zorgverzekeraars en zorgaanbieders ruimte te bieden voor het overeenkomen van vrije prestaties.

## 1.2 Opdracht

Het experiment houdt in dat er binnen een bepaalde sector gedurende maximaal drie jaar vrije prestaties gelden in het geval sprake is van een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar of tussen zorgaanbieder en patiënt. Wanneer de betreffende partijen niet tot een prestatieafspraken kunnen komen dan gelden de prestatiebeschrijvingen, die zijn vastgesteld door de NZa, de zogenaamde 'terugvaloptie'. De reikwijdte van de experimenten zijn de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of het aanvullende pakket.

De minister van VWS vraagt de NZa om uiterlijk 1 oktober 2016 advies uit te brengen over de uitvoerbaarheid van en toezichtbaarheid op de volgende experimenteeropties:

1. Optie 1: Sectoren waarbij de extramurale zorglevering al volledig gedereguleerd is voor wat betreft tarief- en prestatieregulering, maar waarbij de intramurale zorglevering nog wel gereguleerd wordt (orthopectie, huidtherapie, podotherapie en optometrie).
2. Optie 2: Sectoren waar de NZa nu al een facultatieve prestatie heeft vastgesteld (fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvies en farmacie).
3. Optie 3: Sectoren waarbij in de evaluatie van de Wmg is gebleken dat in beperkte mate gebruik gemaakt wordt van door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen (cosmetische chirurgie).
4. Optie 4: Naast de voorgaande drie landelijke experimenten, een regionaal experiment met vrije prestaties in een bepaalde sector, met uitzondering van een sector waar de afgelopen vijf jaar een experiment is gestart.

Op basis van dit advies zal de minister van VWS een besluit nemen over het al dan niet instellen van het experiment met vrije prestaties per 1 januari 2018.

In de opdrachtbrief van VWS zijn de volgende vragen aan de NZa gesteld:

1. Is er voldoende draagvlak in de sector; onder patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders?
2. Knellen de bestaande prestaties voor innovaties? En zo ja, waarom?

---

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2014/15, 31 765 nr. 116 (brief 'Kwaliteit loont').



3. Hoe kan worden vastgesteld of de zorg, verzekerde zorg betreft? Waar ligt het onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg en hoe wordt dit voor de betrokken partijen duidelijk gemaakt? Bij de beantwoording van deze vragen verzoek ik u ZiNL te betrekken.
4. Is adequaat toezicht en controle door NZa en verzekeraars mogelijk?
5. Blijft inzicht ten aanzien van de kosten (op macroniveau) mogelijk?
6. Is financiële beheersbaarheid op macroniveau mogelijk? In het geval er een zeer grote financiële belasting ontstaat, wordt het experiment stopgezet.
7. Kan eventueel afgeleid gebruik van prestatiebeschrijvingen, zoals bij eigen risico, risicoverevening en informatievoorziening, bij het vrijgeven van de prestaties worden geborgd?
8. Kan een experiment in deze sector bijdragen aan een afname van de administratieve lasten en zo ja op welke manier?
9. Is er voldoende overleg tussen de verzekeraar en de aanbieder?
10. Zijn er voldoende waarborgen om de vergelijkbaarheid voor de patiënt (transparantie) en verzekeraar (inkoop) over zorgproduct, prijs en kwaliteit te waarborgen?
11. Zijn extra voorwaarden noodzakelijk voor het invoeren van vrije prestaties tussen zorgaanbieder en patiënt, bijvoorbeeld ter bescherming van de patiënt? Dit voor natura- en voor restitutiepolissen.

### 1.3 Leeswijzer

In deze uitvoeringstoets zullen we eerst kort ingaan op deregulering in de zorg in algemene zin. Daarna beschrijven we de marktomstandigheden voor de experimenteeropties 1 tot en met 4 zoals beschreven onder paragraaf 1.2.

In hoofdstuk 4 worden de standpunten van partijen toegelicht aan de hand van de gesprekken die we met ze gevoerd hebben. Vervolgens gaan we in op toezicht, de financiële beheersbaarheid, de risicoverevening en de overige randvoorwaarden die van belang zijn bij experimenten met vrije prestaties. De uitvoeringstoets wordt afgesloten met een conclusie (beantwoording van de door VWS gestelde vragen), een samenvatting van de reacties die we hebben ontvangen via de openbare consultatie van een conceptversie van het advies en aanbevelingen.

## 2. Deregulering

### 2.1 Deregulering in de zorg

In het huidige systeem zijn de meeste vormen van zorg gereguleerd aan de hand van door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen en tarieven. De wettelijke basis hiervoor is de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De Wmg is van toepassing op zorg als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg (Wlz), Zvw en handelingen op het gebied van de gezondheidszorg die worden uitgevoerd door zorgverleners die zijn ingeschreven in het BIG-register.<sup>3</sup>

De regulering van prestatiebeschrijvingen en tarieven binnen de verschillende zorgmarkten beoogt de nadelige effecten van bepaalde marktimperfecties (bijvoorbeeld gebrek aan transparantie over prijs/kwaliteit, te grote macht van zorgaanbieders, etc.) te ondervangen. Als bepaalde marktgebreken inmiddels niet meer aanwezig zijn of op andere wijze (buiten de overheid om) kunnen worden opgevangen, is het afbouwen van de mate van regulering (deregulering) volgens de NZa gewenst. Zoals ook toegelicht in het rapport 'Signalering Deregulering eerstelijns zorgmarkten' dat de NZa in oktober 2014 heeft uitgebracht.<sup>4</sup> In dit rapport heeft de NZa aangegeven dat het bij deregulering van tarieven en prestaties van belang is dat er een zorgvuldig traject wordt doorlopen. Bij iedere markt en bij iedere stap richting deregulering moet kritisch worden gekeken naar de marktomstandigheden.

Uit het eerder genoemde signaleringsrapport blijkt dat er diverse stappen kunnen worden genomen om te komen tot deregulering, bijvoorbeeld door het vrijgeven van tarieven, door het introduceren van facultatieve prestaties of het vrijgeven van prestaties. In deze uitvoeringstoets gaan we alleen in op het vrijgeven van prestaties. Bij het vrijgeven van prestaties is in tegenstelling tot bij de facultatieve prestaties geen vaststelling van de prestatiebeschrijving door de NZa vereist en de prestatiebeschrijving wordt ook niet door de NZa openbaar gemaakt.

Deregulering van prestaties kan ruimte bieden aan zorginnovatie en innovatieve vormen van bekostiging zoals ketenafspraken, uitkomstfinanciering, populatiebekostiging of casemanagement. Hierdoor kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgaanbieders en burgers beter inspelen op de individuele wensen van burgers en daardoor maatwerk leveren. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en burgers hebben meer vrijheid om de organisatie en bekostiging van de zorg naar eigen inzichten in te vullen. Deregulering door middel van vrije prestaties kan bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

---

<sup>3</sup> Structurele uitbreidingen of beperkingen van de toepassing van bepalingen van de Wmg zijn in een algemene maatregel van bestuur, het Besluit uitbreiding en beperkingssfeer Wmg, opgenomen. De Wmg is onder meer ook van toepassing op personen die zijn ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg of door personen als bedoeld in artikel 34 van die wet, voor zover het betreft werkzaamheden in het kader van hun beroepsuitoefening, al dan niet onder eigen verantwoordelijkheid uitgevoerd, en die niet zijn begrepen onder artikel 1, onder b, van de wet. Zie artikel 2 sub c Besluit uitbreiding en beperkingssfeer Wmg. Het BIG-register is ingesteld op basis van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

<sup>4</sup> [Signalering Deregulering eerstelijns zorgmarkten, oktober 2014.](#)

De huidige Wmg kent een verbodsstelsel. Dit betekent dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet mogen declareren tenzij de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen en/of tarieven gehanteerd worden.

Via het wetsvoorstel 'Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg' dat momenteel aanhangig is bij de Tweede Kamer wordt de Wmg gewijzigd in die zin dat voortaan sprake is van 'vrij, tenzij'. Dat wil zeggen dat tarieven en prestatiebeschrijvingen niet gereguleerd hoeven te zijn, tenzij expliciet anders wordt besloten door de minister van VWS. Dit wijkt af van het huidige 'gereguleerd, tenzij'. In eerste instantie wordt via de ministeriële regelingen aangesloten bij de huidige regulering. Met dit wetsvoorstel wordt daarmee niet direct het al dan niet vrijlaten van verplichte prestatiebeschrijvingen of tarieven in een sector geregeld. De verdere omslag naar vrije tarieven en/of vrije prestatiebeschrijvingen wordt stapsgewijs verkend, waar nodig via experimenten.<sup>5</sup>

Om experimenten met vrije prestaties op basis van de Wmg mogelijk te maken kan gebruik worden gemaakt van de experimenteerbepaling (artikel 58) in de Wmg.

## 2.2 Voorwaarden voor deregulering

Voor het vrijgeven van de prestaties via een experiment moet aan de door VWS genoemde voorwaarden zijn voldaan. Bij het vrijgeven van de prestaties zullen bepaalde transparantie- en registratieverplichtingen in gewijzigde vorm in stand blijven (bijvoorbeeld de plicht om de prestatie op transparante wijze te vermelden op de factuur) en zullen ook aanvullende verplichtingen moeten worden opgelegd (bijvoorbeeld minimale eisen aan de elementen die in prestatiebeschrijvingen moeten worden opgenomen).

Indien de minister van VWS besluit tot het uitvoeren van het experiment is dat een eerste tussenstap naar het vrijgeven van de prestaties, op voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars of tussen zorgaanbieders en patiënten. De huidige NZa-prestaties fungeren daarbij als 'terugvaloptie' indien geen overeenkomst tot stand is gekomen. Deze tussenstap maakt het mogelijk om te experimenteren met vrije prestaties, inclusief de bijbehorende regelgeving op het gebied van transparantie- en registratieverplichtingen. Hierdoor kan worden getoetst en gemonitord of de betreffende (deel)sector op termijn klaar is voor het volledig vrijgeven van de prestaties.

Het definitief vrijgeven van de prestatiebeschrijvingen is de meest vergaande stap in de deregulering. Hierdoor wordt maximale vrijheid gegeven aan partijen om te komen tot adequate prijzen en producten. Er is geen terugval meer op NZa-prestatiebeschrijvingen bij geen overeenkomst met een zorgverzekeraar.

Deze dereguleringsstap kan volgens VWS worden toegepast zodra is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- lage toetredingsdrempels;

---

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2015/16, 34 445 nr. 3 (memorie van toelichting).

- voldoende aanbod;
- geen verkoopmacht;
- voldoende contracteergraad, prikkel voor zorgverzekeraars om goed in te kopen;
- geen negatieve externe effecten.<sup>6</sup>

Deze eerste vier voorwaarden worden in het volgende hoofdstuk getoetst voor de verschillende opties. De vijfde voorwaarde komt elders aan bod (onder meer in hoofdstuk 5).

## 2.3 Toelichting experiment

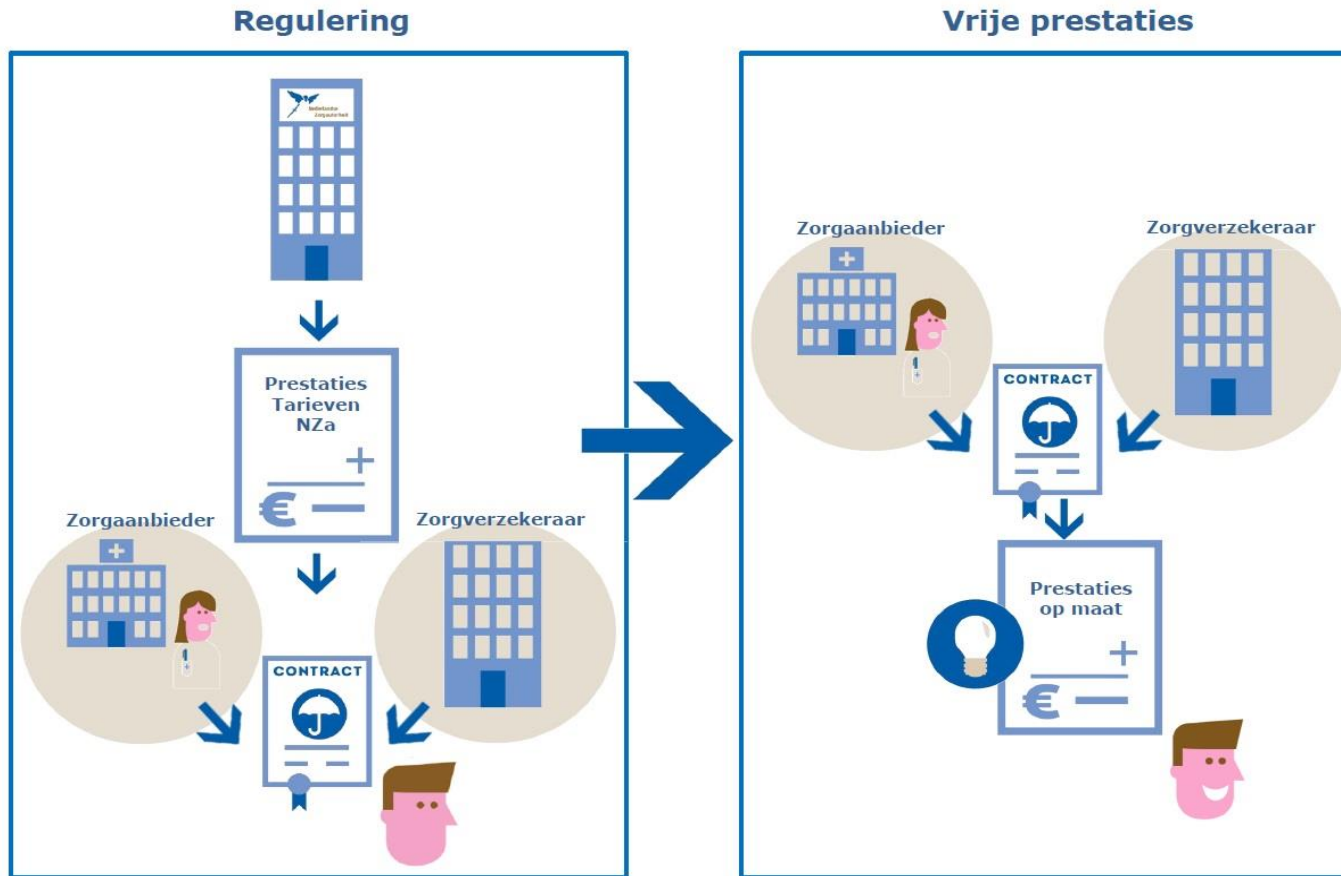
In de huidige situatie stelt NZa prestatiebeschrijvingen vast. Alleen door de NZa vastgestelde prestaties mogen door zorgaanbieders gedeclareerd worden. Deze prestaties zijn in de meeste gevallen voorzien van een tarief dat ook door de NZa vastgesteld is. Het kan daarbij gaan om een vast tarief, waarbij de prijs van een prestatie vaststaat, of om een maximumtarief, waarbij de prijs van een prestatie onderhandelbaar is tot dit maximum. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken tijdens de onderhandelingen afspraken over de op landelijk niveau vastgestelde prestaties en de prijs daarvan. Zodra de zorgaanbieder een prestatie geleverd heeft, wordt deze in rekening gebracht bij de (zorgverzekeraar van de) patiënt.

Het vaststellen van prestatiebeschrijvingen en tarieven door de NZa valt weg indien er vrije prestaties gelden. Dit geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid om te onderhandelen over hoe een prestatie er moet uitzien en welke prijs daarvoor in rekening gebracht mag worden. Ook is het mogelijk dat deze onderhandeling plaatsvindt tussen de zorgaanbieder en de patiënt. Een voordeel van het in samenspraak creëren van een prestatie is dat innovatieve vormen van zorg, die nu niet in door de NZa vastgestelde prestaties opgenomen zijn, tegen een passende vergoeding in rekening gebracht kunnen worden. Daarnaast biedt dit de mogelijkheid om zorg op maat te leveren voor de patiënt.

De huidige situatie en de situatie van vrije prestaties zijn in onderstaande figuur schematisch weergegeven. Tijdens de looptijd van het experiment zal de NZa als terugvaloptie prestaties en tarieven blijven vaststellen. Van deze prestaties en tarieven mag afgeweken worden indien de zorgaanbieder hierover afspraken gemaakt heeft met de (zorgverzekeraar van de) patiënt. Zodra het experiment leidt tot een keuze voor vrije prestaties vervalt de rol van de NZa hierin.

---

<sup>6</sup> Dit betreft mogelijke negatieve externe effecten als: doorzenden van patiënten naar zorgaanbieders op andere markten van zorgverlening zonder medische noodzaak (afwentelrisico's), het leveren van meer zorg of duurdere zorg dan medisch noodzakelijk is (volume-effecten), belemmeringen voor de ziektekostenverzekeraars voor de uitoefening van de formele en materiële controle, belemmeringen voor het toezicht op de naleving en handhaving door de NZa.



## 3. Toetsing marktomstandigheden per sector

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt voor de verschillende opties per onderdeel beschreven wat valt onder de prestatiebeschrijvingen van de NZa, hoe de regulering momenteel geregeld wordt, en of er specifieke marktomstandigheden zijn die bepalend zijn voor het laten slagen van een experiment. Wat betreft optie 2 (waar nu facultatieve prestaties gelden) geldt dat momenteel door de NZa gewerkt wordt aan een monitor 'Eerstelijns'. Hier wordt ook aandacht besteed aan de contractering van deze sectoren. De resultaten van deze monitor worden later dit jaar (2016) verwacht.

Om te beoordelen of de marktomstandigheden voor deze vier opties geschikt zijn is een beoordelingsschema opgesteld waarin de volgende voorwaarden aan bod komen:

- lage toetredingsdrempels;
- voldoende aanbod;
- geen verkoopmacht;
- voldoende contracteergraad, prikkel voor verzekeraars om goed in te kopen;
- geen negatieve externe effecten.

Het beoordelingsschema dat hieronder is opgenomen wordt voor de verschillende opties hierna ook (deels) tekstueel uitgewerkt.

## Toetsing marktomstandigheden per sector

		Lage toetredingsdrempels	Voldoende aanbod	Geen verkoopmacht	Voldoende contracteergaad	Geen negatieve externe effecten
<b>1</b>	Orthoptie	+	+	+	-	+
	Huidtherapie	+	+	+	-	+
	Podotherapie	+	+	-	-	+/-
	Optometrie	+	+	+	-	+
<b>2</b>	Fysiotherapie	+	+	+*	+*	+/-
	Oefentherapie	+	+	+*	+*	+/-
	Dieetadvisering	+	+/-	+*	+*	+/-
	Farmacie	+	+	+*	+*	+/-
<b>3</b>	Cosmetische chirurgie	+	+	+	n.v.t.	+

Bron: NZa

\* Actuele informatie volgt in marktscan eerstelijnszorg die later dit jaar wordt uitgebracht. Er zijn geen signalen dat hier knelpunten zijn.

### 3.2 Optie 1: Orthoptie, podotherapie, huidtherapie en optometrie

In het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub Wmg) is geregeld dat orthoptie, podotherapie, huidtherapie en optometrie vrijgesteld zijn van de tarief- en prestatieregulering door de NZa. Een uitzondering hierop is als de orthoptie, podotherapie, huidtherapie en optometrie wordt geleverd door of vanwege een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) of die deel uitmaakt van een prestatie of geheel van prestaties waarvoor een tarief in rekening wordt gebracht. Dit betekent dat er geen prestaties of tarieven zijn vastgesteld door de NZa voor de extramurale zorglevering in de eerstelijns voor orthoptie, podotherapie, huidtherapie en optometrie.

#### 3.2.1 Orthoptie

##### *Werkzaamheden Orthoptie*

De werkzaamheden van de orthoptist zijn gericht op de diagnostiek van het mono- en binoculaire zien en op het herstel en behoud daarvan. Daarvoor kan de orthoptist een aantal onderzoeken doen en op basis van die onderzoeken een behandelplan opstellen en uitvoeren. Indien nodig adviseert de orthoptist of de patiënt verwezen moet worden naar een andere zorgverlener. De orthoptist is voornamelijk werkzaam in de tweedelijns. Naar schatting werkt 5% van de orthoptisten in de eerstelijns en 95% in de tweedelijns.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Plan geïntegreerde oogzorg, OVN, NOG en NVvO, 2 oktober 2013, p. 6.

### *Prestaties en tarieven Orthoptie*

Voor de orthoptie in de eerstelijns stelt de NZa geen prestaties en tarieven vast. Voor de orthoptie geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg zijn er vier prestaties (Overige zorgproducten) met (max/max) tarieven vastgesteld. Deze prestaties kunnen alleen als Overig zorgproduct gedeclareerd worden wanneer ze niet plaatsvinden in het kader van een zorgvraag waarvoor al een DBC-zorgproduct is geopend. De screening, het onderzoek of de behandeling moet worden uitgevoerd door een orthoptist die de patiënten ziet op een orthoptisch spreekuur. Het overgrote deel van de orthoptie valt binnen het DBC-zorgproduct van de oogarts en is niet zelfstandig declarabel. De gereguleerde zorg van orthoptisten wordt in de tweedelijns door oogheelkundige centra en ziekenhuizen geleverd. De zorg die zelfstandig, buiten de DBC-zorgproducten, wordt gedeclareerd beslaat een minimaal deel van alle producten. Deze zorg is nauwelijks onderwerp in de onderhandeling tussen instellingen en zorgverzekeraar. Het volume is zo klein dat het niet waarschijnlijk is dat hier binnen de contractering voldoende aandacht voor is.

### *Conclusie*

Er is nauwelijks sprake van een (afzonderlijke) markt voor intramurale orthoptie. Om die reden is naar onze mening dan ook niet voldaan aan de voorwaarden voor het dereguleren ervan, met name als het gaat om voldoende contracteergraad en prikkels voor zorgverzekeraars om goed in te kopen.

## **3.2.2 Optometrie**

### *Werkzaamheden Optometrie*

Een optometrist sluit door diagnostiek mogelijke medische oorzaken van oogafwijkingen uit en schrijft, zo nodig, corrigerende brillenglazen, contactlenzen of andere optische hulpmiddelen voor. Tevens kan de optometrist visueel therapeutische adviezen en oefeningen geven. Als er een pathologische reden ten grondslag ligt aan de oorzaak van visuele klachten dan zal de optometrist rapporteren c.q. doorsturen naar de huisarts en oogarts. Naar schatting is 70% van het totale aantal optometristen in Nederland werkzaam in de eerstelijns, vooral in de optiekbranche.<sup>8</sup>

In de tweedelijns voert de optometrist werkzaamheden uit onder verantwoordelijkheid van de oogarts. Naast diagnostiek betreft dit ook onderzoek bij behandeling van oculaire pathologie. Ook is het mogelijk dat de optometrist in de instellingen voor medisch specialistische zorg zelfstandig onderzoek doet dat los staat van het zorgtraject van de oogarts. Een deel van de diagnostiek die optometristen leveren, komt overeen met de algemeen gebruikelijke diagnostische technieken binnen de oogheelkundige zorg valt ook onder het criterium 'zoals medisch specialisten plegen te bieden'.

### *Prestaties en tarieven Optometrie*

Voor de optometrie in de eerstelijns heeft de NZa geen prestatiebeschrijvingen en tarieven vastgesteld. Voor de instellingen voor medisch specialistische zorg zijn er drie prestaties Overige zorgproducten met (max/max) tarieven vastgesteld. Deze prestaties kunnen alleen als Overig zorgproduct gedeclareerd worden wanneer ze niet plaatsvinden in het kader van een zorgvraag waarvoor al een DBC-zorgproduct is

<sup>8</sup> Plan geïntegreerde oogzorg, OVN, NOG en NVvO, 2 oktober 2013, p. 6.



geopend. Het onderzoek of de behandeling moet worden uitgevoerd door een optometrist die de patiënten ziet op een optometrisch spreekuur.

De gereguleerde zorg van optometristen wordt binnen oogheelkundige centra en ziekenhuizen geleverd. Voornamelijk ten behoeve van zorgtrajecten van de oogarts. De declaratie gaat dan via het DBC-zorgproduct van de oogheekunde. Zelfstandige prestaties van de optometrie binnen de tweedelij worden niet veel geleverd en zijn naar verwachting geen onderwerp in de onderhandeling tussen instellingen en zorgverzekeraars.

#### *Conclusie*

Er is nauwelijks sprake van een afzonderlijke markt voor intramurale optometrie. Om die reden is naar onze mening dan ook niet voldaan aan de voorwaarden voor het dereguleren ervan, met name als het gaat om voldoende contracteergraad en prikkels voor zorgverzekeraars om goed in te kopen.

### **3.2.3 Huidtherapie**

#### *Werkzaamheden huidtherapeut*

De werkzaamheden van de huidtherapeut zijn erop gericht om klachten als gevolg van huidandoeningen te verminderen, op te lossen of te voorkomen. Patiënten kunnen bij de huidtherapeut terecht met huidproblemen en wensen op het gebied van cosmetische verbeteringen. De huidtherapeuten zijn werkzaam in de eerstelij. Er geldt directe toegang voor huidtherapie, er is dus geen verwijzing nodig. Huidtherapie wordt niet als zelfstandige prestatie door instellingen geleverd. In sommige gevallen zijn zelfstandige praktijken in een ziekenhuis gehuisvest.

#### *Prestaties en tarieven huidtherapie*

De NZa heeft voor de voor de eerstelij huidtherapie geen prestatiebeschrijvingen en tarieven vastgesteld. Huidtherapeuten zijn bijna nooit werkzaam in de tweedelij en maken geen gebruik van de DBC-zorgproducten of Overige zorgproducten.

#### *Conclusie*

Voor huidtherapie stelt de NZa geen prestatiebeschrijvingen en tarieven vast. Om die reden heeft de NZa er ook van afgezien om verder naar de markt te kijken. Wij hebben geen signalen dat dit tot knelpunten voor de burgers leidt.

### **3.2.4 Podotherapie**

#### *Werkzaamheden podotherapeut*

Een podotherapeut behandelt patiënten met voetklachten en/of klachten aan het bewegingsapparaat die voortvloeien uit het niet goed functioneren van de voeten. Doel van de behandeling is het verminderen, opheffen of compenseren van afwijkingen in de voetstand of het bewegingsapparaat. Podotherapeuten zijn werkzaam in de eerstelij. Zij declareren niet zelfstandig prestaties in de tweedelij.

#### *Prestaties en tarieven podotherapie*

De NZa heeft specifiek voor deze sector en beroepsgroep geen prestatiebeschrijvingen en tarieven vastgesteld. Voetzorg voor diabetici is door Zorginstituut Nederland geduid als zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Daarom zijn voor deze specifieke voetzorg wel prestaties

vastgesteld door de NZa. Deze prestaties kennen maximumtarieven en kunnen alleen door huisartsen in rekening worden gebracht (huisartsenzorg valt buiten het bereik van deze uitvoeringstoets). In de praktijk wordt voetzorg voor diabetici meestal door podotherapeuten, podologen en pedicures uitgevoerd. De huisarts of de medisch specialist voert de screening uit, waarin het zorgprofiel in principe wordt vastgesteld.

#### *Conclusie*

De NZa stelt voor podotherapie geen prestaties en tarieven vast. Om die reden heeft de NZa er ook van afgezien om verder naar de markt te kijken. Wij hebben geen signalen dat dit tot knelpunten voor de burgers leidt.

### **3.3 Optie 2: Eerstelijns zorg**

Onder deze optie vallen de eerstelijnssectoren waarbij op dit moment al vrije tarieven gelden waarbij ook de mogelijkheid is gegeven om facultatieve prestaties overeen te komen.

#### **3.3.1 Farmacie**

##### *Werkzaamheden farmacie*

Extramurale farmaceutische zorg is het verstrekken van een product (geneesmiddelen en hulpmiddelen) en de bijbehorende zorgverlening (verstrekken van informatie en begeleiding) voor een verantwoord gebruik van het product. Deze zorg wordt geleverd door openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen.

##### *Prestaties en tarieven farmacie*

Voor farmacie gelden vrije tarieven. De prestaties die een apotheker in rekening mag brengen, zijn vastgelegd in een prestatiebeschrijvingsbeschikking van de NZa. Hierin zijn voor 2016 14 prestaties opgenomen, waarvan één facultatieve prestatie. Naast prestaties voor de terhandstelling van een geneesmiddel gelden per 2012 ook een aantal (aanvullende) prestaties die de zorgverlenende taken van de apothekers beschrijven en niet één op één gerelateerd zijn aan het uitgeven van een geneesmiddel.

De enige aangevraagde en vastgestelde facultatieve prestatie is therapieverbetering bij patiënten met astma/COPD. Daarnaast zijn er een viertal deelprestaties die alleen in rekening kunnen worden gebracht in combinatie met specifieke basisprestaties. Het betreft deelprestaties voor een reguliere en bijzondere magistrale bereiding, een verstrekking in de avond, nacht en op zondag en dienstverlening thuis.

Een belangrijk kenmerk van de inkoop van farmaceutische zorg is dat driekwart van de apotheken zich laat vertegenwoordigen tijdens het contracteerproces. Een kwart van de apotheken sluit op individuele basis een contract af met een zorgverzekeraar. Zelfstandige apotheken, die niet zijn aangesloten bij een ketenbedrijf, kiezen het vaakst voor een hoofdaannemer als vertegenwoordigingsvorm. Ook apotheekhoudende huisartsen laten zich grotendeels (93%) vertegenwoordigen in het contracteerproces door een organisatie.

#### *Conclusie*

Er zijn geen aanwijzingen om aan te nemen dat de marktomstandigheden belemmerend kunnen zijn voor het starten van een experiment met vrije prestaties binnen de farmacie.

### 3.3.2 Fysiotherapie

#### *Werkzaamheden fysiotherapeut*

Fysiotherapie is gericht op het bewegend functioneren van de mens. Mensen kunnen voor een breed scala aan klachten bij een fysiotherapeut terecht. Daarnaast vormen ook preventieve behandelingen een belangrijk onderdeel van fysiotherapeutische behandelingen.

#### *Prestaties en tarieven fysiotherapeut*

Voor fysiotherapie gelden vrije tarieven. Er bestaan 26 prestaties, waaronder een aantal facultatieve prestaties. De 26 prestaties bestaan uit prestaties voor screening, intake en onderzoek, verschillende (gespecialiseerde) zittingen, groepszittingen, verslaglegging en toeslagen. Tot nu toe zijn er acht facultatieve prestaties vastgesteld. Deze betreffen allemaal zorgtrajecten na (bepaalde) operatieve ingrepen. Naar aanleiding van klachten van zorgaanbieders over inkoopmacht van zorgverzekeraars heeft de NZa in 2015 onderzoek gedaan naar, onder meer, de contractering van fysiotherapie.<sup>9</sup> Uit dit onderzoek blijkt dat voor alle verzekerden binnen een redelijke tijd en afstand fysiotherapeutische zorg beschikbaar is. Dit ondanks de signalen dat fysiotherapeuten moeite hebben met de lage tarieven en de beperkte ruimte die zij ervaren in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Uit het onderzoek blijkt ook dat voor fysiotherapie de meeste zorgverzekeraars bijna alle zorgaanbieders contracteren die een contract zouden willen aangaan met de betreffende zorgverzekeraar.

#### *Conclusie*

Er zijn geen aanwijzingen om aan te nemen dat de marktomstandigheden belemmerend kunnen zijn voor het starten van een experiment met vrije prestaties.

### 3.3.3 Oefentherapie

#### *Werkzaamheden oefentherapeut*

Behandelaars Oefentherapie Cesar/Mensendieck zijn paramedici die zich gespecialiseerd hebben in houding en beweging. Bij behandelingen richten zij zich op het verbeteren van de individuele houdings- en bewegingsgewoonten.

#### *Prestaties en tarieven oefentherapeut*

Voor oefentherapie gelden vrije tarieven. Er bestaan 22 prestaties, waaronder één facultatieve prestatie. De 22 prestaties bestaan uit prestaties voor screening, intake en onderzoek, verschillende (gespecialiseerde) zittingen, groepszittingen, verslaglegging en toeslagen.

#### *Conclusie*

Er zijn geen aanwijzingen om aan te nemen dat de marktomstandigheden belemmerend kunnen zijn voor het starten van een experiment met vrije prestaties.

### 3.3.4 Diëtetiek

#### *Werkzaamheden diëtist*

<sup>9</sup> NZa, Rapport 'Zorgcontracten in kaart', juni 2015.  
<http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Feitencheck-voldoende-fysiotherapie-logopedie-en-verloskundige-zorg-beschikbaar/>.

Dieetadviesing bestaat uit activiteiten om te helpen voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van stoornissen of beperkingen die met voeding samenhangen of door voeding beïnvloedt kunnen worden.

#### *Prestaties en tarieven diëtist*

De tarieven van de prestaties voor diëtetiek zijn vrij. De zorg van een diëtist wordt in rekening gebracht aan de hand van de behandeltijd, in één of meerdere delen van steeds een kwartier. Hiervoor zijn een vijftal prestaties opgenomen in de prestatiebeschrijvingsbeschikking, inclusief de mogelijkheid van een facultatieve prestatie. Er zijn op dit moment echter geen facultatieve prestaties vastgelegd door de NZa.

#### *Conclusie*

Er zijn geen aanwijzingen om aan te nemen dat de marktomstandigheden belemmerend kunnen zijn voor het starten van een experiment met vrije prestaties.

### **3.4 Optie 3: Cosmetische chirurgie**

#### *Werkzaamheden cosmetische chirurgie*

Cosmetische chirurgie is dat deel van de geneeskunde dat zich bezig houdt met het herstel van uiterlijke onvolkomenheden van aangezicht, borsten, buik en/of ledematen. Deze zorg wordt voornamelijk door plastisch chirurgen, oogartsen, dermatologen en chirurgen geleverd, die werkzaam zijn in ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra (ZBC's).

#### *Prestaties en tarieven cosmetische chirurgie*

Binnen het dbc-systeem zijn tientallen zorgproducten gedefinieerd die cosmetische zorg beschrijven. In het algemeen zijn dit zorgproducten die ook in het kader van een medische indicatie kunnen worden uitgevoerd. De declaratiecode faciliteert het inzicht of er sprake is van (on)verzekerde zorg. Deze zorgproducten zijn voorzien van vrije tarieven. Veel ZBC's die cosmetische chirurgie leveren hanteren hiervoor, in tegenstelling tot ziekenhuizen, eigen niet de door de NZa vastgestelde prestaties.

Cosmetische chirurgie zonder medische indicatie maakt geen onderdeel uit van het verzekerde pakket. In het algemeen is deze zorg ook niet opgenomen in de aanvullende verzekering. Binnen de contractering is nauwelijks of geen rol weggelegd voor de zorgverzekeraar. De patiënt maakt zelf afspraken over deze zorg met de zorgaanbieder. Regionaal en landelijk zijn er veel zorgaanbieders van cosmetische chirurgie. Het is eenvoudig voor nieuwe toetreders om deze markt te betreden. De patiënt heeft veel keuzemogelijkheden. De transparantie van informatie over het zorgaanbod, prijzen en wachttijden lijkt voldoende geborgd. Zorgaanbieders maken deze informatie transparant op hun websites; daarnaast wordt vaak voorafgaand aan de behandeling een gespecificeerde offerte opgesteld zodat patiënten op basis van voldoende informatie hun keuze voor een zorgaanbieder en behandeling kunnen maken.

Een experiment met vrije prestaties creëert een (potentieel) gelijk speelveld voor alle zorgaanbieders, doordat de huidige praktijk in veel ZBC's wordt gedoogd. Wel is de afbakening van verzekerde en onverzekerde zorg een aandachtspunt, bijvoorbeeld voor de risicoverevening en voor de patiënt. Deze afbakening is momenteel aan

verandering onderhevig.<sup>10</sup> Daarnaast kan een experiment voor cosmetische chirurgie met zich meebrengen dat inhoudelijk gezien dezelfde zorg, afhankelijk van de indicatie, buiten het experiment valt en nog wel gereguleerd is. Dit kan prikkels en uitvoeringsconsequenties met zich meebrengen, waardoor dit een plek moet krijgen in de evaluatie en monitoring van het experiment.

#### *Conclusie*

Er zijn geen aanwijzingen om aan te nemen dat de marktomstandigheden belemmerend zijn voor het starten van een experiment met vrije prestaties voor cosmetische chirurgie.

### **3.5 Optie 4: Regionale experimenten**

De marktomstandigheden van regionale experimenten zijn niet beoordeeld omdat er geen regionale experimenten gemeld zijn bij de NZa. Belangrijke kanttekening die VWS maakt bij deze experimenten is dat een experiment alleen mogelijk is voor sectoren waar de afgelopen vijf jaar geen experimenten hebben plaatsgevonden.

### **3.6 Conclusie**

Op basis van onze analyses concluderen wij dat optie 2 (eerstelijnszorg) en optie 3 (cosmetische chirurgie) in aanmerking komen voor een experiment met vrije prestaties. De marktomstandigheden bij optie 2 laten dit toe, er is voldoende contracteergraad en er zijn geen grote onevenwichtigheden tussen vraag en aanbod. Bovendien is de stap van facultatieve naar vrije prestaties klein. Bij de cosmetische chirurgie is het vrijgeven van de prestaties in feite het legitimeren van de bestaande praktijk. Ons is niet gebleken dat zich op dit moment in de cosmetische chirurgie risico's voor de consumentenbelangen voordoen die zijn terug te voeren op tarief-/prestatieregulering.

Bij optie 1 (orthoptie, podotherapie, huidtherapie en optometrie) is voor een deel (namelijk orthoptie en optometrie) nog sprake van tariefregulering (bij instellingen). Vrijgeven van deze prestaties vereist ook het vrijgeven van de tarieven, wat op een uitbreiding van het B-segment in de medisch specialistische zorg neerkomt voor wat betreft het experiment. Daarnaast komen wij op grond van onze analyse tot de conclusie dat de marktomstandigheden van dien aard zijn dat het niet wenselijk is om, op dit moment, een experiment te starten met vrije prestaties. De (intramurale) markt voor orthoptie en optometrie is te klein waardoor sprake is van onvoldoende contractering en onvoldoende prikkels voor zorgverzekeraars om goed in te kopen. Het geringe aanbod en de geringe vraag leiden er naar onze mening toe dat een experiment voor partijen een onevenredig grote inspanning zou vragen om specifieke afspraken te maken over prestaties. Bovendien zijn wij van mening dat de markt te klein is om op basis van een experiment op deze deelmarkten algemene conclusies te kunnen trekken over het effect van vrije prestaties op deze markt.

---

<sup>10</sup> Zie Brief VWS 'Pakketmaatregelen en eigen bijdragen Zw 2017', 20 juli 2016.

## 4. Draagvlak bij belanghebbenden

Voorafgaand aan het opstellen van de uitvoeringstoets hebben we met diverse belanghebbenden en partijen in het zorgveld gesproken. In dit hoofdstuk zullen we beschrijven wat er uit deze gesprekken naar voren is gekomen en welke inzichten deze gesprekken hebben opgeleverd voor het experimenteren met vrije prestaties.

### 4.1 Draagvlak experimenten opties 1, 2, 3 en 4

#### 4.1.1 Optie 1: Orthoptie, podotherapie, huidtherapie en optometrie

Er is gesproken met beroepsgroepen van de huidtherapeuten, de optometristen en de orthoptisten.<sup>11</sup> De huidtherapeuten zien door deregulering mogelijkheden om de zorgarrangementen die zij definiëren uit te voeren (extramuraal). Deze betreffen vooral zorg die valt onder de aanvullende verzekering. Deregulering zou in hun ogen een manier kunnen zijn om de arrangementen meer legitimiteit mee te geven en ontwikkeling te stimuleren. De verenigingen voor oogheelkunde, optometrie en orthoptie vragen zich echter af of experimenten met het vrijgeven van prestaties en tarieven in de tweede lijn kansrijk zijn vanwege de niche positie die deze zorg binnen instellingen heeft. Zij verwachten daarom dat er weinig ruimte is voor aparte afspraken met zorgverzekeraars over experimenten met vrije prestaties.

Ook is in het gesprek met ziekenhuizen en zelfstandige klinieken besproken dat deze zorg onderdeel van de uitvoeringstoets is. Zij zijn niet tegen deregulering maar vinden de markt voor optometrie en orthoptie te klein.

#### *Conclusie*

De beroepsgroepen geven aan dat de markt klein is. Zij vragen zich daarom af of het voor hen de moeite waard is om te experimenteren met vrije prestaties.

#### 4.1.2 Optie 2: Eerstelijnszorg

Er is gesproken met vertegenwoordigers van fysio- en oefentherapie, diëtisten en farmacie.<sup>12</sup>

De probleemstelling die geschetst wordt in de opdrachtbrief van de minister van VWS (bijlage 1 bij deze uitvoeringstoets) onderschrijven partijen niet. Zij zien de huidige gereguleerde prestaties in veel gevallen niet als belemmering voor innovatie.

---

<sup>11</sup> De NZa heeft gesproken met de Nederlandse Vereniging van huidtherapeuten (NVH), de Optometristen Vereniging Nederland (OVN), de Nederlandse Vereniging van orthoptisten (NVVO) en het oogheelkundig gezelschap (NOG).

<sup>12</sup> Dit betreft het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapeuten (KNGF), de Vereniging van Oefentherapie, Cesar en Mensendieck (VvOCM), de Vereniging van Nederlandse Diëtisten (NVD), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), De Nederlandse Apothekers Coöperatie (NAPCO), Stichting Dienstapotheken Nederland, Associatie van ketenapotheken (ASKA), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Alliance en Nederlands Farmaceutische Zorggroep (NFZ).

De facultatieve prestatie geeft veldpartijen voldoende vrijheid om tot een nieuwe prestatiebeschrijving te komen. De brief en de opdracht focussen zich op innovatie binnen één sector, terwijl de uitdagingen volgens de aanbieders juist zitten in het samenwerken en substitutie omdat dit nu niet altijd mogelijk is door de bestaande schotten in de bekostiging. Partijen missen hierbij de aansluiting met andere beleidslijnen die de minister van VWS uit aan het uitzetten is. Zo noemen partijen dat de afstand in regelgeving tussen sectoren door een experiment met vrije prestaties groter wordt omdat de ene sector nog maximumtarieven kent en de andere sector hiermee mogelijk zelfs al deels vrije prestaties zou kennen. Dit kan de samenwerking in de praktijk bemoeilijken. Partijen noemen het eigen risico als voorbeeld. Patiënten hoeven geen eigen risico voor huisartsenzorg te betalen, maar wel voor farmacie. Dit levert volgens partijen een ongelijk speelveld op voor bijvoorbeeld de medicatiebeoordeling die zowel door de huisarts als door de apotheker uitgevoerd kan worden.

Partijen vinden de mogelijkheid om afspraken te maken met patiënten wel interessant. Met een aantal patiëntenorganisaties zouden mogelijk afspraken gemaakt kunnen worden. Hierbij worden verenigingen voor chronische aandoeningen zoals Parkinson, Reuma of Diabetes als voorbeelden genoemd. Partijen verwachten geen afspraken te gaan maken met individuele patiënten, de huidige prestaties bieden al voldoende ruimte voor maatwerk.

Partijen zien ook mogelijkheden voor de optie waarbij de vrije prestatie kan worden ingezet om te gaan werken richting een bekostigingssysteem dat gebaseerd is op uitkomsten in plaats van op verrichtingen. Optie 4 zou een mogelijkheid zijn, als dit experiment ruimte zou bieden voor samenwerking over de lijnen/schotten heen. Partijen denken dan aan de mogelijkheden om bijvoorbeeld samen te werken, om substitutie van de tweede- naar de eerstelijns te stimuleren en om samenwerking in de bredere zin van het woord te bevorderen. Voor deregulering moet het wel mogelijk zijn een evenwichtig gesprek te voeren met de zorgverzekeraar. Wat betreft bewijslast en het bouwen van goede business cases zien de zorgaanbieders ook een rol voor de zorgverzekeraars: die bezitten veel meer data dan zichzelf. Nu wordt de bewijslast, bijvoorbeeld in het geval van facultatieve prestaties, nog vaak bij de zorgaanbieder gelegd.

Partijen zien wel een risico bij minder uniformiteit in prestaties en vrezende daardoor extra administratieve lasten. Dit kan ten koste gaan van kennisdeling. Verder geven partijen aan dat er vooraf duidelijkheid moet zijn over randvoorwaarden zoals aanspraak en het eigen risico.

#### *Conclusie*

Partijen zijn niet enthousiast over experimenten met vrije prestaties. Zij zien wel voordelen/mogelijkheden voor experimenten met optie 4 (regionale experimenten).

#### **4.1.3 Optie 3: Cosmetische zorg**

Er is gesproken met de beroepsgroepen die cosmetische zorg leveren, in de vorm van plastische chirurgie, oogheelkunde, dermatologie en heelkunde.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Dit betreft de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en Nederlandse Vereniging Voor Heelkunde (NVVH).

Partijen staan positief tegenover deregulering. Wel plaatsen de beroepsgroepen vraagtekens bij het vrijgeven van prestaties en het afbakenen van verzekerde en onverzekerde zorg. Veel ingrepen vallen, als er sprake is van een medische indicatie, onder het verzekerde pakket. De vraag is of het wenselijk is om hiervoor verschillende systemen van declaraties (gereguleerd én gedereguleerd) te gebruiken.

Men herkent het beeld dat ziekenhuizen op dit moment de NZa prestatiebeschrijvingen gebruiken voor het declareren van zorg, terwijl sommige zelfstandige behandelcentra bij aanvullende zorg zelf prestaties definiëren en in rekening brengen. De beroepsgroepen zien met de mogelijkheid van vrije prestaties kansen voor het leveren van meer maatwerk aan de patiënt ('zorgarrangementen op maat'). Concreet worden, naast de zorg die nu al buiten de NZa prestatiebeschrijvingen door ZBC's wordt gedeclareerd, als voorbeelden handchirurgie (plastische chirurgie), ooglidcorrecties (oogheelkunde), refractiechirurgie (oogheelkunde), acne (dermatologie) en varices (dermatologie en heelkunde) genoemd. Het inbouwen van meer vrijheden biedt de mogelijkheid om samen met de patiënt te bespreken welke prestaties worden gedeclareerd en welke kosten onder welke prestaties vallen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een offertetraject voorafgaand aan de operatie plaatsvinden, waarin de wensen van de patiënt met bijbehorende kosten worden gespecificeerd. Naast meer maatwerk zien de beroepsgroepen ook dat vrije prestaties meer ruimte bieden voor de inzet van ondersteunend personeel. De huidige NZa prestaties gaan uit van periodiek (elke 120 dagen) face-to-face contact tussen medisch specialist en patiënt. Bij vrije prestaties kan een zorgaanbieder hier op een andere manier invulling aan geven, bijvoorbeeld door de inzet van een ander type beroepsbeoefenaren.

Ook vanuit de ziekenhuizen en ZBC's is er draagvlak voor een experiment in de cosmetische chirurgie, mede om een gelijk speelveld te creëren tussen ZBC's en ziekenhuizen.<sup>14</sup> In de UMC's wordt niet of nauwelijks cosmetische chirurgie geleverd, en is deze vraag dus minder van toepassing.

#### *Conclusie*

Partijen zijn voorstander van experimenten met vrije prestaties. Zij plaatsen wel vraagtekens bij het vrijgeven van prestaties en het afbakenen van verzekerde en onverzekerde zorg.

#### **4.1.4 Optie 4: Regionale experimenten**

De NZa heeft niet gesproken met specifieke partijen die aan de slag wilden gaan met regionale experimenten. In de gespreksrondes met de overige partijen en tijdens de consultatieronde heeft de NZa benadrukt dat zij graag regionale initiatieven van partijen ontvangt, maar tot nu toe heeft zich nog niemand gemeld.

## **4.2 Consumentenorganisaties en de SKGZ**

Consumentenorganisaties en de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) zien knelpunten bij het vrijgeven van

---

<sup>14</sup> De NZa heeft gesproken met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN).



prestaties.<sup>15</sup> Belangrijke aandachtspunten die zij noemen zijn de informatie-asymmetrie, het ontbreken van kwaliteitsrichtlijnen (zou volgens SKGZ een voorwaarde moeten zijn), onduidelijkheid over de aanspraak, transparantie/vergelijkbaarheid en het borgen van de kwaliteit van zorg. Partijen zouden graag een onafhankelijke derde partij benoemd willen zien, die snel uitspraken kan doen over of bepaalde zorg via de vrije prestaties verzekerd is of niet.

Het bieden van ruimte voor innovatie en maatwerk wordt wel als positief gezien, mits er voldoende 'checks and balances' zijn ingebouwd. Consumentenorganisaties en SKGZ zijn het erover eens dat een experiment op kleine schaal, met bijvoorbeeld bepaalde patiëntgroepen, wel een optie kan zijn. Zij zien de individuele (en kwetsbare) patiënt niet zo snel afspraken maken met zorgaanbieders over vrije prestaties. Bij de uitvoering van de experimenten moet goed worden gekeken naar hoe patiëntrechten worden gewaarborgd.

Daarnaast moet worden uitgewerkt hoe partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars of patiënten) de afspraken die zij met elkaar maken over vrije prestaties kunnen inbedden in hun eigen declaratie/administratiesystemen.

#### *Conclusie*

Partijen zijn in principe geen voorstander van het vrijgeven van prestaties voor gehele sectoren. Ze zien wel een aantal mogelijkheden waarmee geëxperimenteerd kan worden, zoals experimenten op kleine schaal met bepaalde patiëntengroepen.

### **4.3 Zorgverzekeraars**

Zorgverzekeraars vragen zich af wat de meerwaarde is voor de patiënt om regelgeving los te laten.<sup>16</sup> Zij ervaren momenteel wel knelpunten voor innovatie, maar zien deregulering niet als oplossing hiervoor. De huidige regelgeving biedt al ruimte voor innovatie. Deze ruimte wordt nu echter nog niet optimaal benut omdat niet voldaan wordt aan bepaalde randvoorwaarden. Zorgverzekeraars merken dat innovatie lastig van de grond komt, vermoedelijk omdat de financiële prikkels verkeerd liggen. De nadruk ligt nu nog erg op het draaien van productie. Een ander knelpunt dat door zorgverzekeraars gesignaleerd wordt, is dat geen ruimte geboden wordt voor experimenten over de schotten heen binnen de curatieve zorg. Juist deze samenwerkingsexperimenten komen niet terug in de brief met de opdracht voor de uitvoeringstoets. Zorgverzekeraars willen deze knelpunten oplossen zodat de huidige ruimte voor innovatie beter benut kan worden. Dereguleren met vrije prestaties is hiervoor niet nodig.

Op het moment dat er veel verschillende prestaties ontstaan, is het lastig om het overzicht te houden van wat er allemaal in het veld gebeurt (eenheid van taal). Zorgverzekeraars vinden het goed dat er nu een centraal registratiepunt is van alle prestaties (in de vorm van de NZa). Partijen kunnen zien welke initiatieven er al lopen zodat daar bij aangesloten kan worden. Een veelheid aan prestaties kan onnodig verwarring veroorzaken voor alle partijen in de zorg.

---

<sup>15</sup> De NZa heeft gesproken met de volgende consumentenorganisaties: de Consumentenbond, de Patiëntenfederatie Nederland, het Landelijk Meldpunt Zorg, en Iederin.

<sup>16</sup> De NZa heeft gesproken met ZN en de volgende zorgverzekeraars: DSW, ONVZ, Achmea en VGZ.

Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat het praktisch niet haalbaar is om bij verschillende zorgaanbieders te onderhandelen over verschillende prestaties. Ook zijn zorgverzekeraars bang dat het veel onduidelijkheid gaat opleveren in de overstapperiode.

Zorgverzekeraars hebben grote twijfels bij het overeenkomen van prestaties tussen patiënt en zorgaanbieder. De vraag is of de gemiddelde patiënt in staat is deze afspraken te maken. Zorgverzekeraars zien een risico dat de zorg veel meer aanbod gestuurd wordt als deze overeenkomsten tussen patiënt en zorgaanbieder worden toegestaan.

Zorgverzekeraars hebben op dit moment geen behoefte aan extra experimenteerruimte voor deregulering. Mocht er toch gekozen worden voor een experiment, dan pleiten de zorgverzekeraars voor een kleinschalig, strak afgebakend experiment. Op deze manier kan er goed gemonitord worden welke knelpunten en mogelijkheden een experiment met vrije prestaties biedt. Een experiment moet ook tussentijds kunnen worden aangepast of stopgezet. Zorgverzekeraars zien bovendien meer in een experiment binnen de aanvullende verzekering. Door hier op te focussen vallen veel knelpunten rondom bijvoorbeeld het eigen risico, de risicoverevening en verantwoording weg.

Ten aanzien van de verschillende opties geven de zorgverzekeraars het volgende aan. Het is voor zorgverzekeraars niet duidelijk welk probleem er opgelost wordt door de prestaties voor intramurale zorg vrij te geven voor orthoptisten, optometristen, podotherapeuten en huidtherapeuten. Zij zien daarnaast in de eerstelijns een meerwaarde voor de facultatieve prestatie, op die manier is er één centraal punt waar de prestaties worden geregistreerd. Bij de cosmetische chirurgie is vaak niet duidelijk welke zorg verzekerd is en onder het basispakket valt. Hier zal eerst duidelijkheid over moeten zijn voordat de prestaties vrij kunnen worden gegeven.

#### *Conclusie*

Zorgverzekeraars zijn geen voorstander van experimenten met vrije prestaties. Zij zien vooral risico's en verwachten niet dat het vrijgeven van prestaties leidt tot meer innovatie en maatwerk.

## **4.4 Inspectie voor de Gezondheidszorg**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op de kwaliteit en veiligheid van zorg, ook in het geval van innovatie. De IGZ zet in op toezicht op de meest risicovolle zorgprocessen (zorg voor de meest kwetsbare groepen). De sectoren die genoemd worden in de brief van VWS vallen hier niet direct onder. Ze zouden graag proactief meedenken over hoe het toezicht hierop eruit moet zien. Onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg is door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) minder van belang voor de IGZ. De rol van zorgverzekeraars op het gebied van kwaliteit ziet de IGZ als minimaal/marginaal; er wordt maar heel weinig ingekocht op kwaliteit.

Bij optie 1 vindt de IGZ het van belang dat zowel intramuraal als extramuraal dezelfde richtlijnen gelden. Dit is ook van belang bij optie 2. Het moet transparant zijn voor de patiënt welke zorg hij gaat ontvangen. De IGZ ziet bij optie 2 ten aanzien van die transparantie een risico. Wat betreft optie 3 ziet de IGZ wel mogelijkheden voor zover de zorg wordt geleverd in ziekenhuizen en niet in particuliere klinieken. De IGZ

constateert dat er kwaliteitsverschillen zitten tussen de zorg die wordt geleverd in ziekenhuizen en zorg die wordt geleverd in particuliere klinieken. Mits goed afgebakend qua sector/regio en duur is optie 4 mogelijk. Als voorbeeld noemen de IGZ hierbij substitutie van zorg van de tweede- naar de eerstelijns.

#### *Conclusie*

De IGZ neemt geen duidelijk standpunt in maar geeft wel aan dat het experimenteren met vrije prestaties alleen zou moeten gebeuren als voldaan is aan een aantal voorwaarden.

## **4.5 Zorginstituut Nederland**

Zorginstituut Nederland adviseert de overheid over de inhoud en omvang van het basispakket. Gezien het open systeem van aanspraken heeft de zorgverzekeraar primair een rol ten aanzien van de vraag of er sprake is van verzekerde zorg.<sup>17</sup> Als een zorgverzekeraar in het kader van een experiment over deregulering een prestatie met een zorgaanbieder afsprekt, sluit dit goed aan bij zijn rol in het duidingsproces. In de opdrachtbrief van VWS wordt de mogelijkheid van een tweezijdige afspraak over prestaties genoemd. Het Zorginstituut vraagt hierbij specifiek aandacht voor afspraken tussen zorgaanbieder en patiënt(en). Hoe gaat een zorgverzekeraar hier, bijvoorbeeld in het kader van de aanvullende verzekering, mee om? Hierbij dient voorkomen te worden dat er bij het declareren en vergoeden van zorg door de zorgverzekeraar, discussie ontstaat over de overeengekomen prestatie. Mede om die reden ziet het Zorginstituut bij voorkeur aanvragen vanuit de driehoek zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patiënt.

Verder voorziet het Zorginstituut bij de genoemde sectoren in de opdrachtbrief complexiteit in de uitvoering van een experiment op het gebied van deregulering. Ten eerste bevinden deze sectoren zich veelal op het grensvlak van verzekerde/onverzekerde zorg. Zo lopen er bij fysiotherapie en cosmetische chirurgie momenteel zelfs duidingstrajecten.<sup>18</sup> Tijdens deze duidingstrajecten wordt afgesproken of bepaalde vormen van zorg binnen het verzekerde pakket vallen of niet. Naast het grensvlak van verzekerde/onverzekerde zorg speelt bij deze sectoren ook de vraag of er sprake is van zorg in de zin van de Wmg. Tenslotte maakt een deel van de zorg onderdeel uit van keten-dbc's of dbc's binnen de medisch specialistische zorg. Hierbij kan gedacht worden aan optometrie en orthoptie. Deze versnippering brengt uitvoeringsconsequenties met zich mee.

De IGZ heeft een rol ten aanzien van toezicht op de ondergrens van de kwaliteit van zorg. Het Zorginstituut heeft, zeker gezien de komst van het Kwaliteitsinstituut, ook een rol ten aanzien van kwaliteit. Een deel van de sectoren betreft voornamelijk 'eenpitters' (apothekers, fysiotherapeuten etc.). Het Zorginstituut uit zorgen over de beperkte aanwezigheid van richtlijnen in deze sectoren. De grote hoeveelheid zorgaanbieders brengt ook belemmeringen in het toezicht en transparantie met zich mee. Het is van belang dat bij een experiment op het gebied van deregulering geborgd is en blijft dat er kwalitatief verantwoorde zorg wordt geleverd.

<sup>17</sup> Zie Brief aan TK 'Beoordeling zorg basispakket Zvw' (847884-142737-Z), 9 oktober 2015.

<sup>18</sup> Zie Brief VWS 'Pakketmaatregelen en eigen bijdragen Zvw 2017', 20 juli 2016.

### Conclusie

Zorginstituut Nederland neemt geen duidelijk standpunt in maar geeft wel aan dat het invoeren van vrije prestaties alleen zou moeten gebeuren als voldaan is aan een aantal voorwaarden zoals de borging van kwaliteit via richtlijnen en de afbakening van verzekerde zorg.

## 4.6 Conclusie

Er wordt door partijen heel wisselend gereageerd op het voorgestelde experiment met vrije prestaties.

In het algemeen geven partijen algemene aandachtspunten voor experimenten met vrije prestaties. Eén daarvan is de aanspraak. Het moet volgens partijen vooraf duidelijk zijn, of de zorg verzekerd is of niet.

Een ander aandachtspunt zijn de administratieve lasten. Door prestaties vrij te geven, zal de uniformiteit in prestaties afnemen. Door de wisselende afspraken die gemaakt worden over de prestaties maar ook door de toename in registratie- en transparantieplichtingen, zullen de administratieve lasten volgens partijen toenemen.

Vertegenwoordigers van zorgaanbieders en consumentenorganisaties zien beperkt opties om afspraken te maken met patiënten. Zij geven aan dat er een aantal patiëntengroepen zijn waar mogelijk afspraken mee gemaakt kunnen worden. Patiëntengroepen van bepaalde chronische aandoeningen lijken het meest in aanmerking te komen. Met individuele patiënten is dit volgens zorgaanbieders en consumentenorganisaties niet mogelijk.

De zorgaanbieders binnen optie 1, het vrijgeven van optometrie, orthoptie en huidtherapie, staan positief tegenover dereguleren. Wel vragen zij zich af of een experimentvorm in de tweedelij van de grond komt vanwege de niche-positie binnen instellingen van deze zorg.

De zorgaanbieders en zorgverzekeraars in sectoren waar nu facultatieve prestaties gelden, zijn geen voorstander voor het vrijgeven van deze prestaties (binnen optie 2). De facultatieve prestatie heeft als meerwaarde dat de prestaties op één plek (in dit geval NZa) geregistreerd worden en het voor andere partijen (deels) bekend is wat andere initiatieven doen. Op deze manier wordt kennis meer gedeeld en ontstaan er niet onnodig veel, soortgelijke initiatieven.

Zorgaanbieders van cosmetische zorg zijn voorstander van het vrijgeven van de cosmetische chirurgie prestaties. Bij het vrijgeven van deze prestaties is de afbakening van verzekerde en onverzekerde zorg een punt van aandacht omdat cosmetische chirurgie met een medische indicatie binnen het verzekerde pakket valt.

Er zijn geen experimenten naar voren gekomen die zouden kunnen vallen onder optie 4. Opties die daarvoor genoemd worden zien voornamelijk op experimenten breder dan één sector om via die weg samenwerking over de schotten heen en substitutie te bevorderen.

## 5. Toezicht

### 5.1 Inleiding

Toezicht op de juiste naleving van regels is noodzakelijk om het vertrouwen in het zorgstelsel te behouden. Deregulering van een gereguleerde markt zorgt voor een verschuiving in welke regels van belang zijn om de markt goed te laten functioneren. Er vindt daarbij een verschuiving plaats van het beschermen van belangen van burgers door de overheid zelf, naar het geven van een kader waarbinnen marktpartijen – waartoe dan ook de burger gaat behoren - zelf de belangen van burgers in acht nemen.

Het huidige toezicht van de NZa op zorgaanbieders kent verscheidene facetten. De onderdelen waarop de NZa ten aanzien van zorgaanbieders toezicht houdt zijn transparantie, naleving van declaratievoorschriften, naleving van administratieve verplichtingen alsmede de verplichting tot het aanleveren van informatie aan de NZa. Ten aanzien van het toezicht op zorgverzekeraars is vooral uitvoering van de zorgplicht van belang. Hieronder zullen de verschillende onderdelen worden behandeld.

Deze analyses over de verschillende aspecten die van belang zijn bij het toezicht zijn algemeen geldend voor de verschillende opties. Wanneer er voor een optie een specifieke analyse of een uitzondering geldt dan geven we dat aan.

### 5.2 Transparantievoorschriften

Transparantie is een voorwaarde voor het goed functioneren van (zorg)markten. In een (sterk) gereguleerde markt kunnen verzekerden/patiënten hun informatie halen bij de overheid. In een gedereguleerde markt kan de overheid deze informatie niet langer verstrekken. De verzekerde/patiënt zal zijn informatie dan moeten halen bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars of vergelijkingssites. Essentiële voorwaarde is dat marktpartijen de verzekerde/patiënt de juiste en volledige informatie verschaffen over de kosten van de behandeling en de wijze waarop deze kosten worden vastgesteld en berekend. Toezicht op de naleving van transparantievoorschriften is dan ook van groot belang voor het goed functioneren van een gedereguleerde zorgmarkt.

Voor partijen bij een overeenkomst gelden nu al transparantieplichtingen. Zonder de inhoud van een overeenkomst te kennen, kan immers geen overeenkomst tot stand komen. Dit algemene civielrechtelijke beginsel is uiteraard ook geldend bij de geneeskundige behandelovereenkomst, opgenomen in Boek 7 Burgerlijk Wetboek. Op grond van de geneeskundige behandelovereenkomst geldt een verplichting van de hulpverlener tot het voorlichten van de patiënt over de behandeling. Uiteraard spelen de kosten van een behandeling mee bij het kiezen van een behandeling. Op deze grond rust ook op een hulpverlener de plicht tot transparantie over de te verwachten kosten. Deze transparantieplichting op grond van het BW is niet rechtstreeks te handhaven door de NZa. Uiteraard kan de maatstaf voor de transparantieplichting voortvloeiend uit de geneeskundige behandelovereenkomst wel een rol spelen bij invulling van de open normen uit de Wmg en de daarop gebaseerde nadere regels met betrekking tot transparantieplichtingen.

In de Wmg zijn specifieke bepalingen (artikelen 38, 39 en 40 Wmg) opgenomen over transparantie. Op grond van deze bepalingen heeft de NZa nadere regels vastgesteld. Voor zorgaanbieders zijn de volgende transparantieverplichtingen te onderscheiden:

- tijdig informeren van de patiënt over de kosten van een prestatie, d.w.z. vóór de prestatie wordt geleverd;
- zorgvuldig informeren van de patiënt over de kosten van een prestatie, met name geldt hier dat de zorgaanbieder goed moet informeren of een prestatie binnen het verzekerde pakket valt;
- duidelijk zijn naar de patiënt welke elementen kostendragend zijn. Alleen wanneer dat inzichtelijk is, kan de patiënt verschillende zorgaanbieders op de juiste wijze vergelijken.

Voor zorgverzekeraars zijn de volgende transparantieverplichtingen te onderscheiden:

- zorgvuldig en tijdig informeren van zijn verzekerden of een zorgaanbieder voor een specifieke prestatie een overeenkomst heeft met die zorgverzekeraar;
- zorgvuldig en tijdig informeren van zijn verzekerden over de kosten van een prestatie;
- informatieverschaffing naar zijn verzekerden over de vraag of het afnemen van een prestatie van invloed is op het aanspreken van het eigen risico.

Het belang van transparantieverplichtingen groeit naar mate er meer variatie is in het aantal behandelingen en de kosten voor deze behandelingen dan wel vergoedingen daarvan. Kosten voor en het aanspreken van het eigen risico bij behandelingen zijn dan geen element in de afweging die een verzekerde/patiënt maakt. Bij een gedereguleerde markt zijn deze elementen wel variabel en kunnen deze de keuze van een verzekerde/patiënt wezenlijk beïnvloeden. Daarmee groeit het belang van transparantieverplichtingen in een gedereguleerde markt.

Uit bovenstaande blijkt dat de eerdere genoemde al geldende transparantieverplichtingen bij experimenten met vrije prestaties aangevuld moeten worden met de verplichting voor een zorgaanbieder en zorgverzekeraar om aan zijn patiënt/verzekerde duidelijk te maken wat de kosten zijn van verschillende behandelopties en of dit al dan niet gevolgen heeft voor het eigen risico van de patiënt/verzekerde.

### **5.3 Naleving van declaratievoorschriften**

Binnen de zorg zijn enkele deelmarkten sterk gereguleerd. Deze regulering uit zich onder meer in tarief- en prestatieregulering op bestuursrechtelijk detailniveau. In het geval van vrije prestaties is er bij niet-nakoming van wat is overeengekomen sprake van schending van een enkel privaatrechtelijke overeenkomst. Voor de NZa is er geen mogelijkheid om in die situatie handhavend op te treden omdat geen publiekrecht vastgestelde tarief- of prestatievoorschrift is overtreden. De NZa behoudt dan alleen nog de mogelijkheid te handhaven bij schending van declaratievoorschriften. Afgevraagd moet worden of in een dergelijk geval eisen aan de declaratie niet meer zien op transparantie nadat de behandeling heeft plaatsgehad. De regels waaraan een declaratie moet voldoen zijn bedoeld om te controleren of voldaan is aan de prestatie- en tariefregelgeving. In een gedereguleerde situatie vervalt die noodzaak tot controle. Om die reden zullen ook de regels waaraan declaraties

dienen te voldoen, wellicht kunnen komen te vervallen of worden vereenvoudigd.

## 5.4 Naleving van administratievoorschriften

Correct registreren is de basis van correct declareren. Zonder juiste informatie over de geleverde behandeling kan immers niet worden vastgesteld wat daarvoor in rekening moet worden gebracht en of dit binnen het verzekerde pakket valt.

Voor zorgaanbieders gelden verschillende administratieverplichtingen. In de eerste plaats de administratieverplichtingen zoals die gelden voor eenieder handelend in beroep of bedrijf. Hierbij kan worden gedacht aan de bepalingen opgenomen in Boek 2 en Boek 3 Burgerlijk Wetboek. Naast deze algemene administratieverplichtingen geldt op grond van de geneeskundige behandelovereenkomst de verplichting tot dossiervoering voor hulpverleners. Zoals hierboven uiteengezet kan de verplichting tot dossiervoering van de individuele hulpverlener niet rechtstreeks worden gehandhaafd door de NZa, maar speelt deze wel een rol bij de invulling van de open normen op grond van de Wmg.

In de Wmg is in artikel 36 Wmg voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars de verplichting opgenomen een zodanige administratie te voeren dat daaruit (kort gezegd) de overeengekomen en geleverde prestaties blijken. De NZa heeft nadere regels vastgesteld die mede zijn gebaseerd op artikel 36 Wmg. Omdat het ondoenlijk en onwenselijk is op detailniveau voor te schrijven op welke wijze een zorgaanbieder zijn administratie vormgeeft, zijn de administratieverplichtingen ruim geformuleerd.

Op dit moment is om die reden handhaving van administratievoorschriften ondergeschikt aan handhaving van de naleving van declaratievoorschriften. Pas als op grond van de administratie niet is vast te stellen of is voldaan aan de declaratievoorschriften, is een overtreding van de administratieverplichtingen vast te stellen.

Om deze reden kunnen experimenten met vrije prestaties gevolgen hebben voor handhaving door de NZa. Binnen de huidige kaders weten de toezichthouders van de NZa welke minimale set aan administratie zij moeten aantreffen in administratie van een zorgaanbieder. Deze minimale set vloeit immers voort uit de voor die zorgaanbieder geldende declaratieregels en het feit dat de overeengekomen en geleverde prestaties in de administratie moeten zijn opgenomen. Indien er sprake is van vrije prestaties valt een minimale set aan administratie niet meer te voorspellen. Uiteraard blijft de zorgaanbieder wel verplicht de overeengekomen en geleverde prestaties op te nemen in zijn administratie.

## 5.5 Informatieverplichtingen

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn gehouden bepaalde informatie te verstrekken aan de NZa. Deze gegevens zien op de door hen geleverde prestaties en in rekening gebrachte tarieven. Deze gegevens heeft de NZa nodig om inzicht te krijgen in de markt. Daarnaast is informatieverstrekking aan Zorginstituut Nederland noodzakelijk voor het bepalen van de risicoverevening.

Experimenten met vrije prestaties hoeven op zichzelf geen gevolgen te hebben voor de verplichting informatie te verstrekken aan de NZa. Uiteraard kan deregulering wel gevolgen hebben voor de aan te leveren informatie. Op dit moment het nog niet mogelijk een uitspraak te doen welke informatie aanvullend zal moeten worden aangeleverd om de huidige informatiepositie van de NZa te behouden, een en ander is te zeer verbonden met de precieze invulling van een eventueel experiment. Door de mogelijkheid om maatwerkafspraken te maken zijn bijvoorbeeld de aan te leveren gegevens niet goed vergelijkbaar meer tussen de verschillende zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

## 5.6 Zorgplicht

Zorgverzekeraars zijn gehouden voldoende zorg in te kopen voor hen (natura) verzekerden. Zij hebben als het ware een zogenoemde 'zorgplicht'. Deze zorgplicht is een essentiële voorwaarde voor het goed functioneren van de zorgmarkt. Immers, alleen op deze manier wordt geborgd dat verzekerden toegang hebben tot de zorg uit het basispakket van hun zorgverzekering. De zorgplicht van zorgverzekeraars is verankerd in de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de Zvw is echter geen definitie opgenomen van zorgplicht. In het Toetsingskader zorgplicht Zvw wordt voor zorgplicht de volgende definitie gehanteerd:

*“Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt verstaan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.”<sup>19</sup>*

Wij verwachten niet dat experimenten met vrije prestaties gevolgen zal hebben voor de zorgplicht. Immers, de zorgverzekeraar blijft gehouden voldoende zorg voor zijn verzekerden beschikbaar te stellen/vergoeden voor zover daar aanspraak op gemaakt kan worden.

## 5.7 Conclusie

Deregulering van (delen van) de zorgmarkt door middel van vrije prestaties heeft invloed op toezicht door de NZa en controle door zorgverzekeraars. Binnen het toezicht van de NZa zal er een verschuiving optreden van toezicht op naleving van prestatie- en tariefregulering naar toezicht op transparantieverplichtingen. In haar toezicht zal de NZa mogelijk een grotere verscheidenheid aan administratieve vormen gaan zien. Vraag is of dit problematisch is, aangezien de administratieve verplichting met name van belang was bij de vaststelling van mogelijke overtredingen van prestatie- en tariefregulering. Controle door zorgverzekeraars blijft mogelijk. De verhouding tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders blijft een civielrechtelijke overeenkomst. Weliswaar wordt in een gereguleerde markt de inhoud van deze overeenkomst bepaald door de overheid door middel van de prestatie- en tariefregulering. Controle op nakoming van de overeenkomst is op dit moment nog steeds mogelijk door partijen bij de overeenkomst. Bij een experiment met een vrije prestatie zal ook

---

<sup>19</sup> Beleidsregel TH/BR-018 Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, december 2014.



meer van de inhoud van de overeenkomst worden bepaald door marktpartijen. Op zichzelf maakt dit echter de controle op de nakoming van deze verbintenis niet anders.

## 6. Financiële beheersbaarheid en risicoverevening

In dit hoofdstuk staan we stil bij de financiële beheersbaarheid en de risicoverevening. Deze analyses zijn algemeen geldend voor de verschillende opties. Wanneer er voor een optie een specifieke analyse of een uitzondering geldt dan geven we dat aan.

### 6.1 Inzicht in kosten

De kosten van of uitgaven aan zorg kunnen ook bij vrije prestaties in beeld worden gebracht. Dat kan op twee manieren: via de kosten die de zorgverlener maakt of via de uitgaven die de zorgverzekeraar of patiënt heeft voor de ontvangen prestatie. Inzicht in uitgaven van zorgverzekeraars voor gedeclareerde prestaties is van belang omdat het grootste deel van deze uitgaven ten laste komt van de Zvw en daarmee onder de collectieve lasten valt. Dat geldt niet voor uitgaven aan de aanvullende verzekering en ook niet voor de uitgaven die geheel voor eigen rekening van de patiënt komen. De uitgaven die zorgverzekeraars ten laste van de Zvw hebben, worden bovendien gebruikt in de risicoverevening en voor het actualiseren van de risicovereveningsparameters.

### 6.2 Financiële beheersbaarheid op macroniveau

Voor de beheersing van de uitgaven aan zorg zijn in het algemeen een aantal aspecten van belang, zoals:

- Zitten er verkeerde prikkels in het systeem die het volume en/of de prijs opdrijven?
- Lopen zorgverzekeraars of zorgaanbieders een financieel risico over hun kosten of kunnen ze alle kosten- of uitgavenstijgingen afwentelen?
- Is er een mechanisme waarmee een stijging van uitgaven kan worden gecorrigeerd?

Deze aspecten zijn zowel van belang in de reguliere bekostiging als in het kader van experimenten met vrije prestaties. Zorgaanbieders hebben vrijwel in alle deelmarkten van de zorg een prikkel om het volume te vergroten. Daarnaast lopen zorgverzekeraars risico over hun uitgaven. Om de kosten te beheersen kan gebruik worden gemaakt van het macrobeheersinstrument (mbi). Dit geldt voor verzekerde zorg. Hiermee kan de NZa, op aanwijzing van de minister van VWS, een eventuele overschrijding van de macro kaders voor de uitgaven terughalen. Bij experimenten met vrije prestaties is het handhaven van het mbi mogelijk. Een aandachtspunt daarbij is dat bij vrije prestaties het onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg lastiger is te maken. Van belang is dat er een juiste controle plaatsvindt of de geleverde zorg onder de basisverzekering valt en onder welk mbi-kader. De controle hierop zal meer tijd vergen. Er kan ook voor worden gekozen om experimenten met vrije prestaties buiten het mbi te laten vallen.

## 6.3 Risicoverevening

Een groot deel van de huidige vastgestelde prestatiebeschrijvingen wordt gebruikt voor de risicoverevening. De risicoverevening voor de Zvw is gebaseerd op een (statistisch) model waarmee op basis van kenmerken van verzekerden een schatting van de verwachte kosten voor de zorgverzekeraar wordt gemaakt. Om dit model actueel te houden, moeten de zorgverzekeraars jaarlijks de kosten per verzekerde opgeven aan Zorginstituut Nederland volgens een standaardformaat.

In het kader van het experimenten met vrije prestaties zijn daarbij de volgende punten van belang:

- De risicoverevening ziet alleen op uitgaven die ten laste van de Zvw komen, d.w.z. ten laste van het basispakket. Voor zover het experiment betrekking heeft op prestaties die buiten de Zvw vallen, zijn er dus geen gevolgen voor de risicoverevening en de aan te leveren informatie. Voor de risicoverevening is het dus belangrijk dat duidelijk moet zijn of de in het experiment overeen te komen prestaties binnen het verzekerde pakket vallen. Als een combinatie van verzekerde en onverzekerde zorg in dezelfde prestatie is opgenomen, moeten de uitgaven door de zorgverzekeraar gesplitst kunnen worden.
- In het kader van de risicoverevening valt inmiddels de meeste zorg onder de variabele zorgkosten.<sup>20</sup> De regeling risicoverevening 2016 maakt nog enkele uitzonderingen. Eén daarvan heeft betrekking op uitgaven van zorgverzekeraars in het kader van een Wmg experiment.<sup>21</sup> Het is wenselijk om de dereguleringsexperimenten niet in een apart (voor de zorgverzekeraar gunstiger) risicovereveningsregime onder te brengen.
- De risicoverevening en de daarvoor aan te leveren gegevens zijn gebaseerd op de aanname dat uitgaven aan een specifieke verzekerde zijn toe te wijzen. Voor de meeste prestaties is dat inderdaad zo. Er zijn echter ook prestatievormen denkbaar waarbij dat niet het geval is.

Het model van de risicoverevening is een dynamisch model dat jaarlijks wordt aangepast. De afgelopen jaren zijn verbeteringen doorgevoerd die tot doel hebben om te voorkomen dat (groepen) verzekerden voor zorgverzekeraars voorspelbaar verliesgevend zijn. Om die reden worden specifieke parameters (gezondheidskenmerken en/of kenmerken van gebruik van zorg) toegevoegd aan het model. Aanpassingen in de risicoverevening hebben in het algemeen een relatief lange doorlooptijd omdat het geruime tijd duurt voordat de werkelijke uitgaven zijn vastgesteld en in het model verwerkt kunnen worden.

### 6.3.1 Prestaties en uitgaven per verzekerde

Om de risicoverevening goed uit te voeren, is inzicht in de schadelast per verzekerde nodig. Alleen daarmee kan de relatie tussen bepaalde kenmerken van verzekerden en schadelast worden vastgesteld. Daarbij wordt in principe naar werkelijke (vergoede) zorgconsumptie van verzekerden gekeken (met een aantal uitzonderingen).

<sup>20</sup> De variabele zorgkosten zijn kortweg gezegd de kosten waarover de zorgverzekeraars risico lopen. Voor sommige deelprestaties gelden nog ex post vereveningen die het risico maximeren.

<sup>21</sup> Regeling risicoverevening 2016, artikel 14 lid 1, Staatscourant 2015 nr. 39697.

We zien in de praktijk contractvormen waarbij een deel van de uitgaven niet aan een specifieke verzekerde is gekoppeld. Dit zien we vooral in de instellingsgebonden zorg waar zorgverzekeraars een omzetplafond of andere contractvormen afspreken en waar, in aanvulling op de overeengekomen prijzen voor de prestaties, een aanvullende afrekening plaatsvindt in de vorm van een bijbetaling door de zorgverzekeraar of een terugbetaling door de zorgaanbieder. Ook deze uitgaven zullen moeten worden ingebracht in de risicovereeniging.

Daarnaast is het in het kader van het experiment met vrije prestaties denkbaar dat vormen van populatiebepaling of abonnement-achtige prestaties worden aangeboden. Bij dergelijke prestaties is een van de kenmerken dat, afhankelijk van de gekozen vorm, er geen directe relatie bestaat tussen de prestatie en de aan een individuele verzekerde geleverde zorg.

Er zijn dan verschillende manieren mogelijk om toch de uitgaven per verzekerde vast te stellen of te schatten.<sup>22</sup>

Aangezien het experiment met vrije prestaties mede bedoeld is om innovatie en innovatieve vergoedingsvormen te stimuleren adviseren we dergelijke prestaties niet uit te sluiten van het experiment. Het verdient dan aanbeveling dat het Zorginstituut een eenduidige systematiek voor de toerekening van schadelast aan verzekerden vaststelt voor niet persoons gebonden prestaties en deze in het Handboek Zorgverzekeraars opneemt. Dit heeft het Zorginstituut ook gedaan voor de verrekening van bijvoorbeeld bedragen in het kader van plafond of lumpsum afspraken in de medisch specialistische zorg.<sup>23</sup> In de huidige regelgeving is het aan de zorgverzekeraar om hiervoor een 'logische' verdeelsleutel te hanteren.

### 6.3.2 Gevolgen voor experimenten met vrije prestaties

Voor wat betreft de uitgaven is een aantal aspecten van belang:

- Zorgverzekeraars (en toezichhouders) moeten kunnen vaststellen of uitgaven terecht ten laste van de Zvw (en de risicovereeniging) worden gebracht.
- Zorgverzekeraars hebben een prikkel om uitgaven die gekoppeld zijn aan een specifieke parameter, te verantwoorden.

Het eerste aspect betreft de vaststelling of zorg behoort tot het verzekerde pakket. Het tweede aspect heeft naar verwachting gevolgen voor het gedrag van zorgverzekeraars. Immers, zodra een specifieke parameter is vastgesteld voor een gezondheidskenmerk of zorggebruik, heeft een zorgverzekeraar een negatieve prikkel om een andere prestatie af te spreken waar die parameter geen deel meer van uit maakt. Voorbeeld: de risicovereeniging kent de FKG (farmaceutische kosten groepen) waar de uitgaven aan geneesmiddelen mee worden gecompenseerd.

Een zorgverzekeraar die een all-in prestatie met een zorgaanbieder overeenkomt, waar de geneesmiddelenkosten in zijn inbegrepen, doet zich zelf te kort omdat hij dan de aan de FKG gekoppelde compensatie mist.

---

<sup>22</sup> Zie bijvoorbeeld Schadelast toerekening, een literatuuroverzicht, Marc Pomp, april 2014 (niet gepubliceerd rapport in opdracht van de NZa).

<sup>23</sup> Ook het protocol van de NZa voorziet hierin, zie [https://www.nza.nl/1048076/1048181/Protocol\\_Onderzoek\\_Zvw\\_met\\_oplevering\\_in\\_2\\_016.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048181/Protocol_Onderzoek_Zvw_met_oplevering_in_2_016.pdf) p. 39.

Dat geldt voor een groot aantal specifieke kenmerken, waaronder geneesmiddelen (anders dan de dienstverlening door de apotheker), hulpmiddelen, fysiotherapie, verpleging, geriatrie, GGZ, chronische zorg etc. Voor de niet specifiek benoemde kenmerken doet deze negatieve prikkel zich niet voor. Zo wordt huisartsenzorg via de algemene kosten versleuteld en hebben vrije prestaties geen invloed op de verevening. Dit geldt ook voor bijvoorbeeld de dienstverlening door de apotheker.

### 6.3.3 Mogelijke maatregelen

De negatieve prikkel van de risicoverevening kan worden weggenomen door een dubbele verantwoording te hanteren. Dat betekent dat zowel de nieuwe prestaties als de huidige prestaties moeten worden vastgelegd en aangeleverd aan de zorgverzekeraar (en door de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut). Daarmee worden echter de administratieve lasten verzaamd. Niet direct patiëntgebonden prestaties of uitgaven hoeven verder geen probleem te zijn, zo lang de zorgverzekeraar die maar via een logische verdeelsleutel aan verzekerden toerekent. Een andere manier is om aparte codes voor de experimenten vast te stellen, maar dat heeft tot nadeel dat deze met vertraging in de verevening doorwerken.

Er kan ook besloten worden om uitgaven in het kader van de experimenten onder de vaste kosten van de risicoverevening te brengen, maar dat geeft een verkeerde prikkel aan de zorgverzekeraars vanuit een oogpunt van uitgavenbeheersing en gaat ook in tegen het huidige beleid dat juist gericht is op vergroten van de risicodragendheid.

### 6.3.4 Conclusie

Het systeem van de risicoverevening beoogt voor zorgverzekeraars een level playing field te creëren en is daarmee een belangrijk element in de werking van het stelsel. Tegelijkertijd zien we echter dat het systeem in de praktijk leidt tot een zekere starheid als het gaat om het toekennen van meer vrijheidsgraden voor lokale afspraken. Iets dergelijks zien we ook aan de aanbodkant waar de bereidheid van zorgverleners/zorginstellingen om de betrekkelijke 'veiligheid' van bestaande prestatiebeschrijvingen los te laten gering is.

Daarmee lijkt echter een situatie te ontstaan waarin (de details van ) de diverse reguleringsmodellen aan aanbieder- en verzekeraarszijde elkaar wederzijds in een houdgreep houden, en waarin weinig ruimte voor een experiment lijkt te bestaan.

Voor een experiment met vrije prestaties bij optie 1 is lastig vast te stellen wat het effect is voor de risicoverevening; vermoedelijk gaat dit om laag volume. Optie 2 kent voor vooral de fysiotherapie de hiervoor beschreven negatieve prikkel.<sup>24</sup> Voor fysiotherapie geldt bovendien de bijkomstigheid dat de eerste 20 behandelingen buiten de Zvw vallen.<sup>25</sup> Dat maakt verantwoording van de uitgaven bij bijvoorbeeld gecombineerde prestaties of een abonnement-prestatie bewerkelijk. Optie 3 (cosmetische chirurgie) valt grotendeels buiten de Zvw en daarmee ook buiten de risicoverevening. Bij optie 4 ( regionale experimenten) kan zich mogelijk ook een negatieve prikkel voor de betrokken zorgverzekeraar(s) voor.

<sup>24</sup> Voor fysiotherapie gelden de FGG, fysiotherapie gebruiksgroepen als parameter in de verevening 2016.

<sup>25</sup> Behoudens uitzonderingen bij bepaalde specifieke diagnoses.

## 7. Overige randvoorwaarden

In dit hoofdstuk staan we stil bij de overige randvoorwaarden die van belang zijn voor de keuze om een experiment met vrije prestaties te starten of niet. Wanneer er voor een optie een specifieke analyse of een uitzondering geldt dan geven we dat aan.

### 7.1 Verzekerde zorg

De zorgverzekering is een privaatrechtelijk vormgegeven verzekering met publieke randvoorwaarden. Eén van die randvoorwaarden is dat centraal wordt vastgelegd wat verzekerde zorg is. De inhoud en omvang van het basispakket moet voor iedere Zvw-verzekerde gelijk zijn. De Zvw bevat functiegerichte aanspraken. Dat betekent dat in de wet alleen een omschrijving van de zorg is opgenomen en dat niet bepaald is door wie, waar en onder welke voorwaarden de zorg kan worden verleend. Ook de declarabele prestaties (die door de Wmg zijn voorgeschreven) liggen niet in de Zvw vast. Zorgverzekeraars leggen binnen de wet- en regelgeving de inhoud en omvang van het verzekerde pakket uit. Op grond van het Besluit zorgverzekering geldt daarbij het criterium dat de inhoud en omvang van de zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van die maatstaf, door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Dit betekent kortom dat als de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk én als de verzekerde er redelijkerwijs op is aangewezen dat de zorg verzekerd is. Dit geldt zowel voor de huidige gereguleerde prestaties als voor eventuele toekomstige vrije prestaties.

Zoals hierboven staat beschreven, is vanwege het private karakter van de zorgverzekering het aan zorgverzekeraars zelf om op grond van de wettelijke kaders de inhoud en omvang van het verzekerde pakket vast te stellen. Dit doen zij niet alleen. Zorgverzekeraars kunnen gezamenlijk met zorgaanbieders en patiëntenorganisaties het verzekerde pakket nader uitleggen.

Zorginstituut Nederland heeft als wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van het basispakket te bevorderen en richtlijnen te geven. Daarnaast kan Zorginstituut Nederland zowel gevraagd als ongevraagd een standpunt innemen en duidelijkheid verschaffen over de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut bepaalt zelf aan welke vormen van zorg aandacht wordt geschonken en welke prioriteiten er worden gesteld. Ook adviseert de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) bij geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering tussen zorgverzekeraars en verzekerden. Zodra is vastgesteld dat een bepaalde vorm van zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zal Zorginstituut Nederland ook toetsen aan andere criteria, de zogenaamde pakketcriteria, om te bezien of sprake zou moeten zijn van zorg die onder het basispakket van de zorgverzekering valt. Dat zijn de volgende criteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

Wanneer de prestatiebeschrijvingen vrij worden gelaten is het van belang dat helder is voor de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar, de

patiënt, Zorginstituut Nederland, de NZa en de IGZ welke zorg onder die vrije prestatiebeschrijving valt. Een belangrijk aspect daarbij is de vraag of de zorg verzekerd is of niet. Door de vrije prestatiebeschrijvingen die mogelijk worden gemaakt door deze experimenten zal er een groter beroep worden gedaan op zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zich expliciet uit te spreken of de zorg verzekerd is of niet. Daarnaast hebben zij ook nog de verantwoordelijkheid om gelijkheid voor alle burgers te borgen. De zorgverzekeraars hebben namelijk de plicht om iedereen, ongeacht persoonlijke kenmerken, een zorgverzekering aan te bieden. Een grotere vrijheid in de omschrijving van de vrije prestatiebeschrijvingen mag niet leiden tot verschillen in toegang tot verzekerde zorg als zodanig, maar wel in de verschillen van toegang tot bepaalde zorgaanbieders. De vraag of de zorg via een experiment al dan niet verzekerd is, is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Of er sprake is van verzekerde zorg, is afhankelijk van:

- indicatie of andere (patiënt)kenmerken (cosmetische chirurgie fysiotherapie, oefentherapie, farmacie)
- aantal behandelingen (fysiotherapie, oefentherapie) of aantal behandeluren (diëtetiek)
- of dit onderdeel uitmaakt van een medisch specialistische behandeling (orthopectie, optometrie, huidtherapie, podotherapie).

Naast afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan het via de experimenten mogelijk gemaakt worden dat zorgaanbieders en patiënten vrije prestatiebeschrijvingen met elkaar afspreken. Bij de totstandkoming van deze afspraken zijn in eerste instantie geen zorgverzekeraars betrokken. Wanneer de zorgaanbieder en/of de patiënt de zorg die wordt geboden via de vrije prestatiebeschrijving echter vergoed wil krijgen, zal de zorgverzekeraar hier alsnog een rol bij spelen. Dit kan mogelijk knelpunten opleveren als de zorgaanbieder een andere 'duiding' heeft gegeven bij de vraag of de zorg wel of niet verzekerd is. Het is immers mogelijk dat de zorgverzekeraar hierover een andere mening heeft. Dit kan voor een patiënt nadelig uitpakken als later blijkt dat de zorgverzekeraar de nota van de zorg niet wil vergoeden. Voor de burgers is relevant of ze de prijs die voor de prestatie betaald wordt, geheel, gedeeltelijk of niet krijgen vergoed.

Voor de NZa is het van belang dat sprake is van een rechtmatige uitvoering van de Zvw. Dit houdt in dat alleen zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht. Dit betekent dat voor de NZa in verband met onze toezichthoudende taak ook helder moet zijn of de zorg die wordt geleverd via de experimenten met vrije prestaties onder de verzekerde zorg valt.

## 7.2 Eigen risico en eigen bijdrage

Binnen de Zvw geldt een verplicht eigen risico, en voor sommige aanspraken een eigen bijdrage. De NZa houdt toezicht op het correct uitvoeren hiervan. Het is van belang dat zorgverzekeraars deze taken ook goed kunnen blijven uitvoeren bij experimenten met vrije prestaties.

Door verschillende partijen (Zorginstituut Nederland, zorgaanbieders, patiënten en consumentenorganisaties en de SKGZ) worden knelpunten voorzien bij de uitvoering van het eigen risico. Knelpunten die voorzien worden zijn de volgende:

- Discussie over (on)verzekerde zorg kan effect hebben op uitputting van het eigen risico.
- Onduidelijkheid over de hoogte van de tarieven in verband met verrekenen van het eigen risico<sup>26</sup>.

Door middel van transparantieverplichtingen kunnen patiënten en zorgverzekeraars zien welke tarieven voor prestaties worden gehanteerd en is vergelijking tussen zorgaanbieders mogelijk. Dit komt de vergelijkbaarheid voor de patiënt en de manier van verrekenen niet ten goede. Er moet een beoordeling plaats kunnen vinden of het gaat over zorg die onder het eigen risico valt of niet. De verrekening van het eigen risico van prestaties die deels wel en deels niet onder de Zvw vallen is lastig uit te voeren, tenzij een zorgverzekeraar hiervoor een ander model gaat hanteren.

In het geval van vrije tarieven kan geen gebruik worden gemaakt van de tarieven die voor de gereguleerde prestaties gelden. Er moet per prestatie een eigen prijs worden gedefinieerd, waarmee het eigen risico van de patiënt wordt verrekend. Belangrijk is dat de wijze waarop de prijs is vastgesteld, zorgt voor een voor de patiënt begrijpelijke verrekening met het eigen risico.

### 7.3 Natura- en of restitutiepolis

Voor de verzekerde is van belang of hij/zij de geleverde zorg geheel of gedeeltelijk vergoed krijgt van de zorgverzekeraar en of eventueel een eigen risico of eigen bijdrage is verschuldigd. Hiervoor is de verzekeringspolis bepalend. Bij een naturapolis zal de verzekerde in beginsel gebruik maken van een gecontracteerde zorgverlener. Als die vervolgens een vrije prestatie levert, zal hierover een afspraak met de zorgverzekeraar van de patiënt zijn gemaakt. Dit wijkt niet af van de huidige situatie bij gecontracteerde prijzen. Indien de zorgverlener niet gecontracteerd is, zal vergoeding plaatsvinden volgens de polisvoorwaarden voor niet gecontracteerde zorgverleners. Bij een restitutiepolis zal de zorgverzekeraar alle zorg vergoeden, mits dit onderdeel uitmaakt van het basispakket en mits de zorg niet duurder is dan in Nederlandse marktomstandigheden redelijk passend is. Zowel bij naturapolissen als bij combinatiepolissen kunnen daar nog aanvullende voorwaarden op van toepassing zijn, bijvoorbeeld dat de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners gelimiteerd is tot een bepaald percentage van de gemiddeld gecontracteerde prijs. Bij vrije prestaties zien we hier een mogelijk knelpunt. De zorgverzekeraar zal immers moeten nagaan of 1) de prestatie behoort tot de verzekerde zorg en 2) of de prijs in overeenstemming is met wat hij elders gecontracteerd heeft. Bij afwijkende prestaties is vooral dat laatste mogelijk een knelpunt: er ontbreekt immers een referentieprijs. De zorgverzekeraar zal hiervoor een regeling moeten treffen in de polisvoorwaarden. Vanuit de patiënt bezien bestaat hier een risico op onverwachte kosten als hij/zij niet van tevoren heeft geïnformeerd bij zijn/haar zorgverzekeraar of en hoeveel er van een genoten prestatie wordt vergoed. Dit is te ondervangen als de zorgverlener 1) gehouden is om de patiënt te informeren of de prestatie die hij aanbiedt gecontracteerd is door de zorgverzekeraar en 2) in alle gevallen waar dat niet zo is, een offerte uit te brengen waarin een omschrijving is

---

<sup>26</sup> Deze discussie speelt thans breder, ook ten aanzien van gereguleerde prestaties.



opgenomen van de prestatie(s) en van de totale kosten dan wel de kosten per deelprestatie van de behandeling.

## 7.4 Administratieve lasten

Het is evident dat een vermindering van de regelgeving van de overheid leidt tot minder verplichtingen voor partijen. Daar zal tegenover staan dat er in de private sfeer mogelijk (meer) afspraken worden gemaakt over registratie, administratie en verantwoording van zorg. Ook zullen verplichtingen blijven gelden voor bijvoorbeeld de werking van de risicoverevening. Daarnaast zullen bij vrije prestaties een ander soort voorschriften worden gesteld om de informatiebehoefte en transparantie te borgen. De hoeveelheid administratie zal door deze factoren samen niet noodzakelijk minder worden.

In de werkgroep Administratieve lasten paramedische zorg die door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gestart is naar aanleiding van het traject 'Het roer moet om' bij de huisartsen, geven zorgaanbieders aan dat de diversiteit tussen zorgverzekeraars, binnen de huidige geregleerde prestaties, al leidt tot extra administratieve lasten. De zorgaanbieders moeten van verschillende zorgverzekeraars weten welke criteria gelden voor het leveren, registreren en declareren van zorg. Dit levert extra lasten op en daarom wordt in de verschillende werkgroepen bekeken waar registratie- en aanvraag procedures geüniformeerd kunnen worden. Als ook de prestatiesbeschrijvingen per zorgverzekeraar verschillen, zullen deze ervaren administratieve lasten bij de zorgaanbieders verder toenemen. Ook voor de zorgverzekeraar kan er sprake zijn van een toename van administratieve lasten doordat verschillende prestaties gehanteerd worden bij verschillende zorgaanbieders en/of patiënten.

## 7.5 Kwaliteit

Door het bieden van meer ruimte in prestaties is de verwachting dat zorgverleners geprikkeld worden om zich te gaan onderscheiden in kwaliteit en innovatie en dat zorgverzekeraars gebruik maken van de ruimte die ze krijgen om in te kopen op het gebied van kwaliteit en innovatie. Anderzijds is het zo dat door de opzet van het experiment prestaties niet meer centraal worden geregistreerd, waardoor er minder van elkaar geleerd zal worden (zoals nu bij de facultatieve prestatie wel gebeurt). Het kan dus voorkomen dat dezelfde soort vrije prestaties op verschillende plekken worden ontworpen en opgedane kennis niet wordt uitgewisseld. Partijen waarbij nu de facultatieve prestatie geldt zijn daarom wel voorstander van een centrale registratie, ook om uniformiteit van zorg waar nodig te waarborgen.

Daarbij is het wel zo dat de kwaliteit van de zorg die geboden wordt, geborgd moet blijven. Zoals ook aangegeven in het verzoek van de minister van VWS is de IGZ verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van zorg, ook tijdens dit experiment. De IGZ geeft aan dat voor het succesvol uitvoeren van het experiment heldere kaders nodig zijn omdat innoveren per definitie risico's met zich meebrengt. De IGZ ziet er op toe dat de innovatie niet ten koste gaat van kwaliteit en veiligheid van zorg.

De IGZ zet in op toezicht op de meest risicovolle zorgprocessen (zorg voor de meest kwetsbare groepen). De sectoren waarvoor het experiment zou gelden, vallen hier niet direct onder. De IGZ moet

helderheid krijgen over wat er van hen verwacht wordt in het kader van een eventueel experiment. Is dat vooral reactief toezicht of ook het op voorhand meedenken over mogelijke risico's en hoe deze te ondervangen? Hierbij geeft de IGZ zelf aan dat zorgstandaarden (voor zover deze er zijn) als handvat kunnen worden gebruikt voor toezicht, maar dat niet alles handhaafbaar is. Voor goede normeringen en zorgstandaarden is ook het veld zelf aan zet.

## 7.6 Zorginkoop

De brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben overeenstemming bereikt over het instellen van een geschillencommissie voor geschillen rondom het contracteerproces. Hiervoor hebben zij een convenant gesloten. Geschillen over de inkoop van zorg kunnen worden voorgelegd aan het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI) waarbinnen een 'Onafhankelijke Geschillencommissie Zorgcontractering' wordt gevormd. Partijen hebben afspraken gemaakt over de procedures en de verschillende mogelijkheden die er zijn om een geschil op te lossen (mediation, arbitrage, bindend advies). Om de geschillencommissie ook voor kleine zorgaanbieders toegankelijk te maken, is er voor hen de mogelijkheid van een door de zorgverzekeraars te betalen tegemoetkoming in de kosten van de geschilprocedure. De geschillencommissie behandelt in eerste instantie geschillen over de contractering van zorg op grond van de Zvw en vanaf 1 april 2017 ook de Wlz. Contractafspraken over zorg waarvoor een eventueel experiment met vrije prestaties plaatsvindt zal, voor zover het Zvw-zorg betreft, ook onder de reikwijdte van de geschillencommissie vallen. Voor zorg uit het aanvullend pakket geldt dit alleen als deze in combinatie met Zvw-zorg wordt ingekocht of als onderdeel van een (integrale) gecontracteerde prestatie.

## 7.7 Samenwerking en mededinging

Bij experimenten met vrije prestaties en de afspraken daarover is de Mededingingswet en het verbod op het beperken van de concurrentie van belang. De uitgangspunten van het toezicht van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) gelden zowel voor markten met als zonder prestatie- en tariefregulering. Als in het kader van experimenteren met vrije prestaties andere prestaties worden gehanteerd dan hoeft dat, gelet op de mogelijkheden tot samenwerking, niet beperkt te zijn tot enkele zorgaanbieders. Zolang binnen de voorwaarden en eisen van de Mededingingswet wordt gewerkt kunnen meerdere zorgaanbieders gezamenlijk afspraken maken over vrije prestaties. Bij een gezamenlijke aanpak in een bepaalde regio kunnen de inspanningen en de lasten van het ontwikkelen van vrije prestaties gedeeld worden. Dit kan drempelverlagend werken voor deelname aan een experiment. Begin 2015 hebben zorgaanbieders in de eerstelijnszorg, en vooral de huisartsen, protest aangetekend tegen de macht van de zorgverzekeraars en het toepassen van de Mededingingswet op huisartsen. De ACM heeft op 19 september 2015 inzicht gegeven in de wijze waarop zij toezicht houdt op zorgaanbieders in de eerste lijn.<sup>27</sup> Volgens de ACM biedt de Mededingingswet ruimte voor samenwerking die het belang van de patiënt en verzekerde dient. De ACM noemt als vormen van samenwerking die zijn toegestaan:

---

<sup>27</sup> Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn, 19 september 2015. Het document is te raadplegen op de website van de ACM.

- Landelijke ontwikkelingen en beleid
- Regionale ontwikkelingen: sociaal, economisch, demografisch
- Zorginhoudelijke ontwikkelingen: nieuwe standaarden, beschikbare technologie
- Regionale behoeften: zorgbehoeften van verschillende doelgroepen, toe- of afname van een bepaalde zorgvraag, afstemmingsvraagstukken tussen verschillende zorgaanbieders
- Regionaal zorgaanbod: signaleren van regionale 'witte vlekken', problemen in infrastructuur
- Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en -indicatoren
- Bespreken van de beschikbaarheid in expertisegebieden en vaardigheden
- Delen van zorginhoudelijke benchmarkinformatie
- Ontwikkeling van innovatieve projecten of diensten
- Opstellen businesscases, in kaart brengen van noodzakelijke randvoorwaarden, investeringskosten, kostenopbouw materiaal en personeel.

## 7.8 Aanwijzing voor uitvoering experiment

Op basis van dit advies zal de minister van VWS een besluit nemen over het al dan niet instellen van het experiment met vrije prestaties per 1 januari 2018. Om een experiment daadwerkelijk mogelijk te maken en te laten starten is op basis van de Wmg een aanwijzing van de minister van VWS vereist. Op basis van die aanwijzing zal de NZa vervolgens een specifieke experimenteerbeleidsregel opstellen. Uiterlijk 1 mei 2017 (beleidscyclus medisch specialistische zorg) of 1 juli 2017 zal deze experimenteerbeleidsregel door de NZa moeten worden vastgesteld zodat belanghebbenden rekening kunnen houden met een experiment met vrije prestaties in het kader van de zorginkoop.

## 7.9 Monitoring/evaluatie experiment

Het experiment heeft in het huidige voorstel een maximale duur van drie jaar. De minister van VWS kan ervoor kiezen om het experiment met maximaal twee jaar te verlengen. Ook kan zij ervoor kiezen om het experiment tussentijds stop te zetten als er ongewenste effecten optreden.

Om dergelijke besluiten te kunnen nemen, is het van belang dat de NZa de effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid doorlopend monitort. Vragen die hierbij beantwoord kunnen worden zijn (onder meer) of partijen actief gebruik maken van de nieuwe mogelijkheden en deze mogelijkheden inderdaad meer innovatie en maatwerk voor de burger op gang brengen. En of er ongewenste neveneffecten zijn die optreden (zoals prijseffecten zonder aantoonbare meerwaarde op gebied van service en kwaliteit).

Wat er precies gemonitord wordt komt voort uit de criteria en randvoorwaarden die de minister van VWS benoemd in haar aanwijzing voor de uitvoering van het experiment met vrije prestaties. Deze criteria en randvoorwaarden beschrijven waaraan voldaan moet worden om het experiment succesvol te laten zijn.

Daarnaast is het van belang om op voorhand na te denken over de wijze waarop wordt omgegaan met de overgang in geval van het (tussentijds) stopzetten van het experiment, dan wel het omzetten van het experiment naar de nieuwe status quo.

## 8. Conclusies en aanbevelingen

### 8.1 Conclusies

In deze paragraaf worden de vragen die VWS in haar brief van 17 maart 2016 heeft gesteld beantwoord.

*1. Is er voldoende draagvlak in de sector; onder patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders?*

Uit de gespreksrondes en de consultatieronde is naar voren gekomen dat het draagvlak voor en de behoefte aan een experiment met vrije prestaties wisselt. Consumentenorganisaties zien alleen ruimte voor gerichte experimenten voor specifieke patiëntengroepen en niet voor sectorbrede experimenten. Zorgverzekeraars zijn in het algemeen geen voorstander van experimenten met vrije prestaties. Het draagvlak bij orthoptie optometrie en huidtherapie is er wel maar partijen herkennen het beeld dat de markt te klein is. Bij de fysiotherapeuten, oefentherapeuten en de farmacie is geen draagvlak voor experimenten met vrije prestaties. Bij de zorgaanbieders van cosmetische chirurgie is het draagvlak het grootst. Bij de cosmetische chirurgie is het in de praktijk zo dat particuliere klinieken, die uitsluitend onverzekerde zorg leveren, zich niet houden aan de bestaande prestatieregulering. Met een experiment wordt deze situatie gelegitimeerd en ontstaat een (potentieel) gelijk speelveld tussen particuliere klinieken en ziekenhuizen.

*2. Knellen de bestaande prestaties voor innovaties? En zo ja, waarom?*

De voornaamste beleidsdoelstelling van deregulering door middel van vrije prestaties is het wegnemen van belemmeringen voor innovatieve zorgvormen en het anders organiseren en betalen van zorg. Uit onze uitvoeringstoets blijkt dat de prestaties die de NZa vaststelt door partijen veelal niet als knellend voor innovatie worden ervaren. Dit kan voornamelijk verklaard worden door het feit dat bestaande prestaties en regelingen al mogelijkheden bieden voor de bekostiging van innovaties (o.a. facultatieve prestatie, vrije tarieven, beleidsregel Innovatie). Voor zover er wel knelpunten zijn ten aanzien van passende prestaties voor innovatie, liggen die volgens de partijen vooral op het terrein van samenwerking over de schotten heen. Daarmee vallen die knelpunten buiten de beoogde reikwijdte van de experimenten.

*3. Hoe kan worden vastgesteld of de zorg, verzekerde zorg betreft? Waar ligt het onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg en hoe wordt dit voor de betrokken partijen duidelijk gemaakt? Bij de beantwoording van deze vragen verzoek ik u ZiNL te betrekken.*

Zoals aangegeven in de opdrachtbrief van 17 maart 2016 van de minister van VWS is het Zorginstituut Nederland verantwoordelijk voor de duiding van het verzekerde pakket. De NZa is in gesprek gegaan met het Zorginstituut. Gezien het open systeem van aanspraken heeft de zorgverzekeraar primair een rol ten aanzien van de vraag of er sprake is van verzekerde zorg.<sup>28</sup> Van belang is dat voorafgaand aan het experiment duidelijk is of er sprake is van verzekerde dan wel onverzekerde zorg. Als een zorgverzekeraar een vrije prestatie afsprekt

---

<sup>28</sup> Zie Brief aan TK 'Beoordeling zorg basispakket Zvw' (847884-142737-Z), 9 oktober 2015.

is hij hierbij ook primair verantwoordelijk voor de duiding van de aanspraak. Voor alle genoemde sectoren geldt dat deze zich op het grensvlak van verzekerde en onverzekerde zorg bevinden. Of er sprake is van verzekerde zorg, is afhankelijk van:

- indicatie of andere (patiënt)kenmerken (cosmetische chirurgie fysiotherapie, oefentherapie, farmacie)
- aantal behandelingen (fysiotherapie, oefentherapie) of aantal behandeluren (diëtetiek)
- of dit onderdeel uitmaakt van een medisch specialistische behandeling (orthoptie, optometrie, huidtherapie, podotherapie).

Het dereguleren van prestaties heeft geen gevolgen voor de aanspraak. Ook de financiële prikkels – gegeven de tariefsoort en het macrobeersingsinstrument – voor het declareren van (on)verzekerde zorg veranderen niet. Wel dient er bij deregulering via vrije prestaties bij de declaratie op het niveau van de individuele verzekerde nog steeds onderscheid gemaakt te worden tussen Zvw- en niet Zvw-zorg, mede in het kader van de risicoverevening en het verrekenen van het eigen risico. Ook dient de patiënt vooraf geïnformeerd te worden over de zorg uit het basispakket wordt vergoed. Ten aanzien van deze informatievoorziening hebben zorgaanbieder en zorgverzekeraar een verantwoordelijkheid.

#### *4. Is adequaat toezicht en controle door NZa en verzekeraars mogelijk?*

Deregulering van (delen van) de zorgmarkt door middel van vrije prestaties heeft invloed op toezicht door de NZa en controle door zorgverzekeraars. Binnen het toezicht van de NZa zal een verschuiving optreden van toezicht op naleving van prestatie- en tariefregulering naar toezicht op transparantieverplichtingen. De al geldende transparantieverplichtingen blijven onverkort gelden. Echter, patiënten dienen na invoering van het experiment ook te worden geïnformeerd over het experiment. In haar toezicht zal de NZa mogelijk een grotere verscheidenheid aan administratieve vormen gaan zien. Het is de vraag of dit problematisch is aangezien de administratieve verplichting voornamelijk van belang was bij de vaststelling van mogelijke overtredingen van prestatie- en tariefregulering. Controle door zorgverzekeraars blijft mogelijk. De verhouding tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders blijft een civielrechtelijke overeenkomst. Weliswaar wordt in een gereguleerde markt de inhoud van deze overeenkomst bepaald door de overheid aan de hand van de prestatie- en tariefregulering. Bij een experiment met een vrije prestatie zal ook meer van de inhoud van de overeenkomst worden bepaald door marktpartijen. Op zichzelf maakt dit echter de controle op de nakoming van deze overeenkomst niet anders.

#### *5. Blijft inzicht ten aanzien van de kosten (op macroniveau) mogelijk?*

De kosten van, en uitgaven aan zorg kunnen (en moeten) ook bij experimenten met vrije prestaties in beeld worden gebracht. Als de prestaties deel uitmaken van het verzekerde pakket, moet de zorgverzekeraar de uitgaven vastleggen en kunnen verantwoorden. De uitgaven moeten ook voor de risicoverevening worden aangeleverd. Daarbij zou een prestatie die uit meerdere aanspraken bestaat ook in verschillende categorieën moeten worden verdeeld, tenzij in het kader van het experiment anders wordt bepaald. Voor uitgaven aan prestaties buiten het basispakket geldt deze beperking niet. Er kan ook voor gekozen worden om de uitgaven binnen het experiment buiten de risicoverevening om, afzonderlijk in kaart te brengen, zodat het effect van het experiment gemonitord kan worden. De uitgaven binnen het experiment kunnen dan worden vergeleken met uitgaven (voor een vergelijkbare populatie) buiten het experiment. Dit heeft wel invloed op

de administratieve lasten. Als er twijfels zijn over het inzicht in kosten kan de NZa declaratie- en informatieverplichtingen opleggen die inzicht in de kosten kunnen borgen.

*6. Is financiële beheersbaarheid op macroniveau mogelijk? In het geval er een zeer grote financiële belasting ontstaat, wordt het experiment stopgezet.*

Een experiment kan door(volume)prikkels en upcoding financiële risico's met zich mee brengen. Het is de taak van de zorgverzekeraar om die risico's te beheersen. De NZa kan helpen door transparantie- en/of declaratieverplichtingen te maken. Door het volgen van volume en omzet kan gedurende het experiment worden beoordeeld of er sprake is van grote financiële belasting. De primaire verantwoordelijkheid ligt bij de zorgverzekeraar. Bij de start van het experiment kunnen afspraken worden gemaakt over rapportage van de financiële impact. Afhankelijk van de impact kunnen maatregelen worden genomen. Het is echter een beleidsmatige keuze om bij het instellen van een experiment de mate waarin zorgverzekeraars risico lopen al dan niet te wijzigen. Zo kan ervoor gekozen worden de prestaties die bij het experiment horen, buiten het macrobeheersingsinstrument (mbi) te laten vallen. De uitgaven zouden, indien daar goede registratieafspraken aan te grondslag liggen, wel kunnen worden gemonitord om te bepalen of een aanpassing van het mbi alsnog gewenst is. Een andere mogelijkheid is om het mbi voor de experimenten te handhaven. De omzet uit vrije prestaties kan als onderdeel van de omzet onder het mbi worden gedefinieerd.

*7. Kan eventueel afgeleid gebruik van prestatiebeschrijvingen, zoals bij eigen risico, risicoverevening en informatievoorziening, bij het vrijgeven van de prestaties worden geborgd?*

De huidige door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen worden gebruikt voor een aantal systeemtaken zoals de afrekening van het eigen risico en de risicoverevening. Voor alle opties geldt dat, net als in de reguliere situatie, het belangrijk is dat de verrekening met het eigen risico voor de patiënt op een begrijpelijke wijze plaats vindt. Per prestatie wordt een prijs afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, waarmee ook het eigen risico van de patiënt kan worden verrekend. Bij het eigen risico worden de uitgaven van verzekerde zorg verrekend met het (resterende) eigen risico. Niet de prestatie, maar de prijs is daarvoor bepalend, naast uiteraard de vraag of sprake is van zorg uit het basispakket. Op het eigen risico zijn wij ingegaan in paragraaf 7.2. Bij fysiotherapie kan er wel sprake zijn van een knelpunt als bijvoorbeeld slechts een deel van de behandeling wordt vergoed zoals bij fysiotherapie voor de in de verzekering opgenomen indicaties. Daar komen de eerste 20 behandelingen voor eigen rekening van de verzekerde. Als er dan andere prestaties zijn overeengekomen, is de afbakening lastig. Voor de risicoverevening is relevant of een zorgverzekeraar de uitgaven per verzekerde kan opgeven. Voor prestaties waar geen directe relatie is tussen individueel zorggebruik en de prestatie kan de zorgverzekeraar de uitgaven aan verzekerden toerekenen via een zelf te bepalen verdeelsleutel. Wij voorzien hier geen problemen voor de gevraagde opties. Het systeem van de risicoverevening kan wel negatieve prikkels voor zorgverzekeraars met zich meebrengen voor het aangaan van een experiment. Voor wat betreft informatievoorziening maken we een onderscheid tussen informatievoorziening aan consumenten, informatie aan

zorgverzekeraars en informatie benodigd voor (de uitvoering van) overheidsbeleid.

Vrije prestaties zijn op zich geen belemmering voor informatievoorziening aan consumenten. De zorgverlener moet, net als nu het geval is, de patiënt informeren over de aard van de behandeling en de daaraan verbonden kosten. In de marktsegmenten waar vrije prijzen gelden, geldt ook de verplichting om een (passanten-) prijslijst te tonen. Er loopt nog een landelijke discussie over het (verplicht) openbaar maken van contractprijzen. Voor vrije prestaties zullen vergelijkbare eisen gelden. Een beperking zit er in dat consumenten (de prijzen van) afwijkende prestaties minder eenvoudig met elkaar kunnen vergelijken. Prijs- en aanbodverschillen tussen zorgaanbieders worden minder makkelijk te overzien en te duiden.

Zorgverzekeraars die vrije prestaties overeenkomen met zorgverleners of instellingen zullen over alle benodigde informatie beschikken. Dit ligt anders voor zorgverzekeraars waarvan verzekerden individueel een afspraak maken met een zorgaanbieder. In die situatie zijn zorgverzekeraars afhankelijk van de factuur die een verzekerde indient. Voor de informatie die nodig is voor de uitvoering en voorbereiding van overheidsbeleid voorzien we geen knelpunten. De uitgaven zijn bekend, net als de omzet van de zorgverlener. Beide kunnen via de bestaande wegen in beeld worden gebracht. De enige beperking is dat prijsvergelijkingen op productniveau niet mogelijk zijn als sprake is van ongelijksoortige producten.

*8. Kan een experiment in deze sector bijdragen aan een afname van de administratieve lasten en zo ja op welke manier?*

Het dereguleren van prestaties leidt naar verwachting niet tot een vermindering van de (ervaren) administratieve lasten. Het betreft een verplaatsing van administratieve lasten van publieke naar private regels. Ook worden publieke registratie- en declaratiebepalingen (gedeeltelijk) vertaald naar publieke informatie- en transparantieplichtingen. Bovendien zal er bij een experiment sprake zijn van een (tijdelijke) dubbeling in de administratieve processen. Indien en voor zover er sprake is van deregulering bij wijze van experiment, zal er mogelijk zelfs sprake zijn van een toename van de administratieve lasten. Dit omdat zowel aan de reguliere administratieve verplichtingen moet worden voldaan (bijvoorbeeld voor zorg die de zorgaanbieder wel aanbiedt, maar niet onder het experiment met vrije prestaties valt) als aan administratieve verplichtingen die samenhangen met het experiment.

*9. Is er voldoende overleg tussen de verzekeraar en de aanbieder?*

De mate van overleg verschilt per sector en kan variëren in perceptie tussen betrokken partijen.

Orthoptie, optometrie, huidtherapie en podotherapie wordt in extramurale setting beperkt gecontracteerd door zorgverzekeraars. Bij orthoptie en optometrie is nog sprake van tariefregulering (bij instellingen). Intramuraal vormt deze zorgvorm niet of nauwelijks onderwerp van onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, aangezien het een minimaal deel van het totale zorgaanbod van een instelling beslaat. Er is dan ook geen sprake van voldoende overleg over deze specifieke zorgvormen.

Voor fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek en farmacie geldt dat, hoewel er vanuit zorgaanbieders klachten zijn over de inkoopmacht van zorgverzekeraars, tot op heden niet is gebleken dat dit leidt tot problemen op het gebied van zorgplicht. Op voorhand is dan ook niet aan te nemen dat de mate van overleg tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder een belemmering vormt voor een experiment.

Aangezien de cosmetische chirurgie (grotendeels) buiten het basispakket en de aanvullende verzekering valt, vormt dit geen onderdeel van overleg tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Dit maakt de kans dat een experiment met vrije prestaties in deze sector tot stand komt, beperkt. In deze sector ligt een afspraak over een vrije prestatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar niet voor de hand, maar biedt een afspraak tussen zorgaanbieder en patiënt(en) wel een mogelijkheid.

*10. Zijn er voldoende waarborgen om de vergelijkbaarheid voor de patiënt (transparantie) en verzekeraar (inkoop) over zorgproduct, prijs en kwaliteit te waarborgen?*

Door middel van transparantieverplichtingen (via internet, ophangen van prijslijsten, informatieverstrekking door de aanbieder e.d.) kunnen patiënten en zorgverzekeraars zien welke prestaties en welke tarieven worden gehanteerd en is vergelijking tussen zorgaanbieders mogelijk. Deze transparantieverplichtingen moeten ook borgen dat de inhoud van de prestatie duidelijk kenbaar wordt gemaakt. Een patiënt zou voordat hij een overeenkomst aangaat op de hoogte moeten worden gesteld van de reguliere prestaties en tarieven en het alternatieve voorstel dat hem nu wordt voorgelegd. Om discussies te voorkomen zou dit kunnen worden vastgelegd in een overeenkomst. Ook kan de zorgaanbieder een rol spelen door de patiënt te wijzen op het belang van het informeren van een zorgverzekeraar over wat en hoeveel er vergoed wordt. De zorgverzekeraars moeten goed op de hoogte worden gehouden van alle initiatieven.

*11. Zijn extra voorwaarden noodzakelijk voor het invoeren van vrije prestaties tussen zorgaanbieder en patiënt, bijvoorbeeld ter bescherming van de patiënt? Dit voor natura- en voor restitutiepolissen.*

Voor de informatie van de zorgverlener aan de patiënt verwijzen wij naar het antwoord bij vraag 7. De zorgverlener die een overeenkomst met een zorgverzekeraar heeft, zal de verzekerde daar eveneens over informeren. Deze verplichtingen gelden nu ook al en hieraan verandert niets indien vrije prestaties naast vrije prijzen worden ingevoerd. Voor de verzekerde is daarnaast van belang of hij/zij de geleverde zorg geheel of gedeeltelijk vergoed krijgt van de zorgverzekeraar en of eventueel een eigen risico of eigen bijdrage is verschuldigd. Hiervoor is de verzekeringspolis bepalend. Bij een naturapolis zal de verzekerde in beginsel gebruik maken van een gecontracteerde zorgverlener. Als die vervolgens een vrije prestatie levert, zal hierover een afspraak met de zorgverzekeraar van de patiënt zijn gemaakt. Dit wijkt niet af van de huidige situatie bij gecontracteerde prijzen. Indien de zorgverlener niet gecontracteerd is, zal vergoeding plaatsvinden volgens de polisvoorwaarden voor niet gecontracteerde zorgverleners. Bij een restitutiepolis zal de zorgverzekeraar alle zorg vergoeden, mits dit onderdeel uitmaakt van het basispakket en mits de zorg niet duurder is dan in Nederlandse marktomstandigheden redelijk passend is. Zowel bij naturapolissen als bij combinatiepolissen kunnen daar nog aanvullende voorwaarden op van toepassing zijn, bijvoorbeeld dat de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners gelimiteerd is tot een bepaald percentage van de gemiddeld gecontracteerde prijs. Bij vrije prestaties zien we hier een mogelijk knelpunt. De zorgverzekeraar zal immers moeten nagaan of 1) de prestatie behoort tot de verzekerde zorg en 2) of de prijs in overeenstemming is met wat hij elders gecontracteerd heeft. Bij afwijkende prestaties is vooral dat laatste mogelijk een knelpunt: er ontbreekt immers een referentieprijs. De zorgverzekeraar zal hiervoor een regeling moeten treffen in de



polisvoorwaarden. Vanuit de patiënt bezien bestaat hier een risico op onverwachte kosten als hij/zij niet van te voren heeft geïnformeerd bij zijn/haar zorgverzekeraar of en hoeveel er van een genoten prestatie wordt vergoed. Dit is te ondervangen als de zorgverlener 1) gehouden is om de patiënt te informeren of de prestatie die hij aanbiedt gecontracteerd is door de zorgverzekeraar en 2) in alle gevallen waar dat niet zo is, een offerte uit te brengen waarin een omschrijving is opgenomen van de prestatie(s) en van de totale kosten dan wel de kosten per deelprestatie van de behandeling.

## 8.2 Openbare consultatie

In de periode van 23 augustus tot en met 9 september 2016 hebben wij het conceptadvies via de website openbaar gemaakt en iedereen de mogelijkheid gegeven om hierop te reageren en mee te denken. Hiertoe hebben wij een aantal consultatievragen opgesteld. In totaal hebben wij veertien reacties ontvangen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, brancheorganisaties, patiënten- en consumentenorganisaties en individuele zorgverleners.

Uit de reacties op het conceptadvies komt naar voren dat de conclusies en aanbevelingen die wij doen op hoofdlijnen onderschreven worden. Het starten van een experiment met vrije prestaties wordt binnen de onderzochte sectoren niet als waardevol ervaren. Enkel binnen optie 3 (cosmetische chirurgie) wordt een experiment gedragen maar dit leidt slechts tot het legitimeren van de ontstane werkwijze.

In de huidige situatie zijn er volgens partijen voldoende mogelijkheden om maatwerkafspraken te maken. Daarbij wordt verwezen naar de beleidsregel innovatie en afspraken over facultatieve prestaties. De huidige prestaties worden veelal niet als belemmerend ervaren voor innovatie.

Partijen zien vooral risico's als het gaat om experimenten met vrije prestaties. Daarbij valt te denken aan verhoogde administratieve lasten voor betrokken partijen, maar ook verminderde transparantie en vergelijkbaarheid van zorg voor verzekerden en patiënten. Ook zullen patiënten afhankelijk zijn van de afspraken die gemaakt worden in hun omgeving om voor bepaalde vormen van zorg in aanmerking te komen. Daarnaast is het een uitdaging om duidelijk aan te kunnen geven of een bepaalde prestatie onder verzekerde of onverzekerde zorg valt en of de patiënt hier eigen risico over moet betalen. Voor patiënten moet (vooraf) helder zijn of en hoeveel zij zelf moeten betalen. Dit vergt ook een aanscherping van transparantieverplichtingen. Tot slot bemoeilijken vrije prestaties het bepalen van een marktconform tarief voor restitutieverzekeringen. Een marktconform tarief kan immers alleen bepaald worden door de kosten van soortgelijke prestaties te vergelijken.

Huidige knelpunten worden vooral ervaren door de verschillen in bekostiging tussen verschillende sectoren. In lijn met de aanbevelingen van de NZa zien partijen dan ook mogelijkheden voor experimenten met vrije prestaties in samenwerkingen en substitutie van zorg waarbij meerdere sectoren betrokken zijn. De bestaande schotten in de bekostiging staan deze samenwerking in de weg. Vrije prestaties zouden hier een uitkomst kunnen bieden. Als een experiment met vrije prestaties de huidige knelpunten kan oplossen, zijn partijen bereid afspraken met elkaar te maken. Het maken van afspraken met individuele patiënten wordt als minder zinvol ervaren. Partijen geven aan

eerder afspraken te maken met patiëntenverenigingen over zorg voor een bepaalde doelgroep. Ook de burger vertegenwoordigende organisaties geven aan dat het belangrijk is dat individuele patiënten vertegenwoordigd worden en dat er een duidelijk aanspreekpunt voor de patiënt moet zijn bij ieder experiment.

Uit de consultatie zijn geen specifieke voorbeelden voor een regionaal experiment naar voren gekomen. Wel wordt veelvuldig verwezen naar multidisciplinaire samenwerkingen en zorg voor een afgebakende doelgroep. Ook wordt het belang van heldere zorgstandaarden binnen een experiment genoemd, zodat daadwerkelijk op resultaten ten aanzien van kwaliteit en kosten gemeten kan worden.

### 8.3 Aanbevelingen

Op basis van onze bevindingen en analyses en de reacties van belanghebbenden en partijen komen wij tot de volgende aanbevelingen.

Een eventueel experiment biedt de mogelijkheid aan burgers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om aan de slag te gaan met vrije prestaties. Ondanks dat partijen over het algemeen aangeven dat zij die stap nog niet willen zetten, kan via een dergelijk experiment worden onderzocht wat de daadwerkelijke meerwaarde is van vrije prestaties. De NZa adviseert echter om het bereik van experimenten met vrije prestaties breder te trekken. Uit gesprekken met belanghebbenden is namelijk naar voren gekomen dat de huidige prestaties in veel gevallen niet als knellend voor innovatie worden ervaren. Wel kunnen de bestaande mogelijkheden en ruimte binnen de regelgeving breder kenbaar worden gemaakt. De NZa zal dit in de voorlichting actief onder de aandacht brengen van belanghebbenden en partijen. De belanghebbenden zien kansen voor vernieuwing en deregulering vooral in nieuwe vormen van samenwerking tussen verschillende sectoren en in substitutie van zorg. Dit is nu financieel vaak lastig te regelen vanwege bestaande schotten in de bekostiging in de curatieve zorg. De NZa adviseert daarom om te bekijken waar deze door partijen ervaren belemmeringen voor nieuwe vormen van samenwerking en substitutie (schottenproblematiek) precies zitten en te bezien of en zo ja welke oplossingen haalbaar zijn om het doel van het experiment, betere kwaliteit van zorg voor de burger door maatwerk, te bereiken. Mogelijk biedt een experiment met vrije prestaties hier kansen.

Hieronder schetsen wij een aantal voorbeelden die mogelijk kunnen worden gebruikt voor een experiment met vrije prestaties:

#### *Experimenten over de schotten heen*

Als een patiënt met lage rugpijn naar een ziekenhuis wordt verwezen kan hij of zij bij drie verschillende specialismen terecht: neurologie, neurochirurgie, orthopedie. Bij alle specialismen bestaat een keuze tussen conservatief behandelen en opereren. Bij een vrije prestatie zou er één gebundelde vergoeding 'lage rugpijn' voor groepen patiënten kunnen gelden. Daarbij krijgen behandelaren in de eerste en tweede lijn een 'budget' gebaseerd op de gemiddelde mix van patiënten en ze kunnen zelf sturen op de optimale behandelingen met de keuze conservatief of operatief behandelen. In dit geval kan een experiment met vrije prestaties ook de schotten in de bekostiging in de eerste en tweede lijn helpen overbruggen.

Een ander voorbeeld is een oudere patiënt met een heupfractuur en twee chronische aandoeningen: artrose en chronisch hartfalen. De patiënt wordt in eerste instantie behandeld in het ziekenhuis voor een heupprothese. Afhankelijk van de thuissituatie en het sociale netwerk zal de verdere behandeling thuis kunnen plaatsvinden met ondersteuning vanuit de eerste lijn door de huisarts en de fysiotherapeut. Via een experiment met een vrije prestatie kan de zorg rondom deze patiënt met een samenstel van aandoeningen op maat worden gemaakt rondom zijn of haar specifieke aandoeningen. Dit betreft dan bijvoorbeeld een prestatie over de schotten van de disciplines en de eerste en tweede lijn heen.

De beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties geeft zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders de mogelijkheid om maximaal drie jaar kleinschalig te experimenteren met zorg waarvoor nog geen prestatie bestaat. Na afloop van het experiment vindt een evaluatie plaats, waarna partijen een reguliere zorgprestatie kunnen aanvragen. Het experiment kan dan in stand gelaten worden tot het moment dat de NZa een reguliere prestatie heeft vastgesteld. In de praktijk komt het echter voor dat binnen de beleidsregel Innovatie geëxperimenteerd wordt met prestaties die worden geleverd door verschillende zorgaanbieders, zowel in de eerste- als tweedelij. Het is in die gevallen, na afloop van de innovatieve periode van 5 jaar, moeilijk voor de NZa om een reguliere prestatie vast te stellen. Voor deze vormen van samenwerking over de schotten heen zouden (experimenten met) vrije prestaties een uitkomst kunnen bieden.

#### *Rol van de burger bij vrije prestaties*

In een eventueel experiment wordt de mogelijkheid geboden aan patiënten en aan zorgverzekeraars om samen met zorgaanbieders prestaties vorm te geven. Het is daarom van belang dat patiënten op de hoogte worden gesteld van deze mogelijkheid. Het zelf vaststellen van prestaties lijkt voor een zeer selecte groep patiënten weggelegd. Wellicht zijn patiënten vertegenwoordigd door een patiëntenvereniging (bijvoorbeeld in het geval van een chronische ziekte) het beste in staat om aan een dergelijk experiment mee te doen. Deze groep heeft het beste inzicht in hun eigen ziekte en zorgbehoefte en kan de gevolgen van een eigen overeengekomen prestatie waarschijnlijk het beste inschatten. Een patiëntenvereniging kan een belangrijke rol spelen in het vertegenwoordigen van (de belangen van) de burger bij het maken van deze afspraken. Randvoorwaarde voor deregulering is dat informatie voldoende transparant is, ook voor de burger. De NZa heeft geconstateerd dat in de genoemde sectoren ten algemene aan deze marktomstandigheden wordt voldaan als het gaat om transparantie van prijs, zorgaanbod en wachttijden. Op het gebied van transparantie van kwaliteitsinformatie dienen verbeterlagen te worden gemaakt, om de burger in staat te stellen een afgewogen keuze voor zorgaanbod en prestatie te maken.

#### *Positieve prikkels*

De experimenten met vrije prestaties bevatten op korte termijn weinig voordelen voor de deelnemende partijen. Bij zorgverzekeraars kan de risicoverevening zelfs een negatieve prikkel opleveren. Daarnaast vormen uitvoeringslasten, en bijbehorende aanpassingen in ICT-systemen en werkprocessen, een belemmering. De NZa adviseert om positieve prikkels te introduceren, zodat de kans dat experimenten daadwerkelijk van de grond komen worden vergroot. Dit in lijn met eerdere experimenten (vrijwaring financiële korting, afspraken over

beschikbaar kader, etc.) Dit vergroot ook de kans op een regionaal experiment (optie 4). Tot op heden heeft zich hiervoor geen kandidaat gemeld bij de NZa.

#### *Risicoverevening*

Om de risicoverevening goed uit te voeren is inzicht in de schadelast per verzekerde nodig. Aangezien het experiment mede bedoeld is om innovatie en innovatieve vergoedingsvormen te stimuleren, willen we prestaties zonder een directe relatie tussen de prestatie en de aan de individuele verzekerde geleverde zorg, niet uitsluiten. Het verdient aanbeveling dat het Zorginstituut een eenduidige systematiek voor de toerekening van schadelast aan individuele verzekerden vaststelt voor niet-persoonsgebonden prestaties en deze in het Handboek Zorgverzekeraars opneemt.

#### *Duur en monitoring experiment*

Indien gestart wordt met een experiment: Een experiment met een looptijd van drie jaar is kort om resultaten te kunnen meten. Het verdient aandacht om in een aanwijzing concreet te maken wat er gemonitord moet worden, hoe wordt gezorgd voor een goede nulmeting en hoe geborgd wordt dat er voldoende data aanwezig zijn aan het einde van het experiment. Aan de hand hiervan kan een keuze worden gemaakt over verlenging, stopzetting of het definitief invoeren van vrije prestaties.

## **Bijlage 1: Opdrachtbrief VWS**



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

NZA Nederlandse Zorgautoriteit

VWS  
DGCZ  
DMC

**Bezoekadres**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**

Datum **17 MAART 2016**  
Betreft uitvoeringstoets experiment meer ruimte voor vrije prestaties in de bekostiging

**Kenmerk**  
41379 148202-MC

**Uw brief**

**Bijlage(n)**

-

Geachte mevrouw K, \_

In mijn brief 'Kwaliteit loont' heb ik aangekondigd partijen in de zorg meer ruimte te willen bieden voor innovatie, door verzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte te bieden voor vrije prestaties. Ik wil hiervoor per 1 januari 2018 een experiment invoeren in de curatieve zorg.

*Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.*

Dit experiment houdt het volgende in:

- Voor de bij het experiment betrokken prestaties gelden vrije prestaties in geval er sprake is van een overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekeraar of zorgaanbieder en patiënt. Artikel 35 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is niet van toepassing op de bij het experiment betrokken prestaties. Zorgaanbieders en verzekeraars of zorgaanbieders en patiënten kunnen dan zelf afspraken maken over de inhoud van de prestatie.
- Indien zorgaanbieder en verzekeraar of zorgaanbieder en patiënt niet gezamenlijk tot een prestatieafpraak kunnen komen, geldt de prestatiebeschrijving die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft vastgesteld (terugvalprestatie) voor de geleverde zorg.
- De NZa zal jaarlijks de (markt)effecten van het experiment op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van die zorg monitoren en hierover VWS informeren op nader af te spreken wijze en tijdstippen.
- De reikwijdte betreft de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of het aanvullend pakket. De maximale duur van het experiment bedraagt 3 jaar.
- De NZa ziet niet toe op de inhoud van de prestaties, maar wel op andere punten, zoals de:
  - rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw;
  - door de NZa vastgestelde administratievoorschriften en transparantievoorschriften;
  - door de NZa vastgestelde informatie- en declaratievoorschriften.
- De Inspectie voor de gezondheidszorg is verantwoordelijk voor toezicht op de kwaliteit van de zorg.



- Het Zorginstituut Nederland (ZiNL) is verantwoordelijk voor duiding van het pakket.

**VWS**  
DGCZ  
DMC

Om te kunnen bepalen of, waar en in welke omvang ik een dergelijk experiment verantwoord kan uitvoeren, verzoek ik u mij uiterlijk 1 oktober 2016 te adviseren over de uitvoerbaarheid en toezichtbaarheid van een dergelijk experiment voor de volgende vier sectoren:

**Kenmerk**  
941379-148202-MC

1. Sectoren waarbij de extramurale zorglevering al volledig gedereguleerd is voor wat betreft tarief- en prestatieregulering, maar waarbij de intramurale zorglevering nog wel gereguleerd wordt (orthoptie, huidtherapie, podotherapie en optometrie).
2. Facultatieve prestaties in die sectoren waar de NZa nu al een facultatieve prestatie heeft vastgesteld (fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvies en farmacie).
3. Sectoren waarbij in de evaluatie van de Wmg is gebleken dat in beperkte mate gebruik gemaakt wordt van vastgestelde prestatiebeschrijvingen (cosmetische chirurgie).
4. Naast de voorgaande 3 landelijke experimenten, een regionaal experiment met vrije prestaties in een bepaalde sector, met uitzondering van een sector waar de afgelopen 5 jaar een experiment is gestart.<sup>1</sup>

De opties 1, 2 en 3 betreffen de mogelijkheid een vrije prestatie te gebruiken, waarbij de reguliere prestatiebeschrijvingen als 'terugvalprestaties' gelden. Voor optie 2 betekent dit concreet dat in plaats van de huidige verplichte facultatieve prestatiebeschrijving een vrije prestatie wordt geïntroduceerd. Bij de vrije prestatie hoeft er geen prestatiebeschrijving te worden vastgesteld door de NZa, zorgaanbieders en verzekeraars of zorgaanbieders en patiënten maken daarover zelf afspraken. Ik verzoek u bij de totstandkoming van uw advies de relevante partijen te betrekken. Daarbij wil ik u ten aanzien van optie 4 vragen of u hiervoor reeds concrete mogelijkheden ziet.

Bij uw advies wil ik u vragen in ieder geval aandacht te besteden aan de marktomstandigheden van een sector, om te beoordelen of deze zich leent voor meer vrijheid. In het concept wetsvoorstel Herpositionering NZa en deregulering is aangegeven dat prestaties in principe vrij zijn en dat regulering plaatsvindt indien dat vanwege de toegang tot en het gedrag van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt, het gedrag van de ziektekostenverzekeraars en de consumenten op de zorginkoopmarkt en de beperking van negatieve externe effecten geboden is. Concreet betekent dit dat de volgende voorwaarden aanwezig moeten zijn binnen een sector om over te kunnen gaan tot deregulering:

- lage toetredingsdrempels;
- voldoende aanbod;
- geen verkoopmacht;
- voldoende contracteergraad, prikkel voor verzekeraars om goed in te kopen;
- geen negatieve externe effecten.

Ook wil ik u vragen de volgende vragen te beantwoorden in uw toets:

---

<sup>1</sup> In deze uitzondering wordt niet bedoeld een experiment op basis van de beleidsregel innovatie.



1. Is er voldoende draagvlak in de sector; onder patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders?
2. Knellen de bestaande prestaties voor innovaties? En zo ja, waarom?
3. Hoe kan worden vastgesteld of de zorg, verzekerde zorg betreft? Waar ligt het onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg en hoe wordt dit voor de betrokken partijen duidelijk gemaakt? Bij de beantwoording van deze vragen verzoek ik u ZiNL te betrekken.
4. Is adequaat toezicht en controle door NZa en verzekeraars mogelijk?
5. Blijft inzicht ten aanzien van de kosten (op macroniveau) mogelijk?
6. Is financiële beheersbaarheid op macroniveau mogelijk? In het geval er een zeer grote financiële belasting ontstaat, wordt het experiment stopgezet.
7. Kan eventueel afgeleid gebruik van prestatiebeschrijvingen, zoals bij eigen risico, risicoverevening en informatievoorziening, bij het vrijgeven van de prestaties worden geborgd?
8. Kan een experiment in deze sector bijdragen aan een afname van de administratieve lasten en zo ja op welke manier?
9. Is er voldoende overleg tussen de verzekeraar en de aanbieder?
10. Zijn er voldoende waarborgen om de vergelijkbaarheid voor de patiënt (transparantie) en verzekeraar (inkoop) over zorgproduct, prijs en kwaliteit te waarborgen?
11. Zijn extra voorwaarden noodzakelijk voor het invoeren van vrije prestaties tussen zorgaanbieder en patiënt, bijvoorbeeld ter bescherming van de patiënt? Dit voor natura- en voor restitutiepólissen.

VWS  
DGCZ  
DMC

Kenmerk  
941379-148202-MC

Ik zal op basis van uw uitvoeringstoets een besluit nemen over het al dan niet instellen van het experiment 'meer ruimte voor vrije prestaties in de bekostiging'.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
namens deze,  
de directeur-generaal Curatieve Zorg,

drs. ~~B. E. van den Dungen~~