



Jaarbeeld VV&T-sector 2011

'Even 'on-hold' en 'zoet na zuur?'

Jaarlijks stellen we een jaarbeeld op voor de sectoren waarin wij gespecialiseerd zijn: de **VV&T-** en de **Wmo-sector**. Het jaarbeeld dat u nu gaat lezen betreft de VV&T-sector. Ook in dit jaarbeeld schetsen we de meest relevante ontwikkelingen die bij en voor zorgaanbieders spelen en geven we aan met welke zaken in het voorliggende jaar rekening dient te worden gehouden.

We hebben het eerste jaar achter de rug waarin we op basis van zzp's gefinancierd zijn. Voor zover wij hebben kunnen constateren - mede in overleg met VWS - heeft niemand in de VV&T-sector daarbij grote kleerscheuren opgelopen. Wel kwamen door het werken met de prestatiefinanciering diverse 'schuurplekken' naar boven; vele nieuwe regeltjes van C.I.Z. en zorgkantoren die vaak weer belemmerend gingen werken, interne systemen om productie-afspraken, prestaties en formatie aan elkaar te koppelen en die nog niet feilloos werkten, cliënten die nu voor het eerst écht met de financiële grenzen van hun indicatie werden geconfronteerd. Voor 2011 hebben wij zelf dan ook de indruk dat er géén grote - extra - wijzigingen op zullen treden in het zzp-systeem. VWS heeft dit ook bevestigd; het groot onderhoud voor 2011 richt zich m.n. op de GGZ- en de LGVG-sector. Een jaar 'on hold' dus, waarin we de in 2010 opgestarte processen en nieuwe werkwijzen verder in kunnen bedden en aan kunnen scherpen. Overigens geldt deze relatieve rust niet voor iedereen; nog steeds blijkt in de VV&T-sector dat 50% van het aantal zorgaanbieders niet zzp-proof is, waarbij met name de 'harde kant' (kostprijzen en formatie-berekeningen) onderontwikkeld is. Let u er overigens wel op dat het voornemen bestaat om de kapitaalslasten in 2012 in de zzp's op te nemen. Met deze laatste 'bouwsteen' is het zzp-dossier afgerond. Enige beleidsmatige voorbereiding op het kapitaalslastendossier - lees: huisvestingsbeleid - raden wij u derhalve aan!

Tenslotte dan het 'zoet na het zuur'; het regeringsbeleid. We zien hierin twee belangrijke lijnen voor de VV&T-sector; enerzijds extra financiën voor de daadwerkelijke handen-aan-het-bed-zorg (1 miljard extra), anderzijds de wens om de AWBZ - verder - te beperken voor de langdurige zware zorg. Berichten over de lichte zzp's die doorgeschoven worden naar de Wmo lijken hierbij niet zomaar een proefballon te zijn. Daarmee hebben we tevens de link tussen VV&T en Wmo te pakken. Naar onze mening zullen de komende jaren zorgaanbieders en welzijnsorganisaties in toenemende mate in elkaars vijver gaan vissen; voor beiden valt hier winst te behalen onder het motto 'welzijn voorkomt zorg en dus maatschappelijke kosten'. Als 'neveneffect' van het 'afknippen van de AWBZ' verwachten wij bovendien dat het 'extra bijkopen bovenop de indicatie' steeds interessanter wordt. De zzp's vormen dan 'de aftrekpost van het totaalbedrag dat een cliënt aan zorg en ondersteuning wenst te ontvangen'.

1 - Kwaliteitszorg

Nog altijd woedt de discussie over kwaliteits- modellen. Hierin zijn ontwikkelingen te constateren. Ons beeld is: steeds meer zorgaanbieders hebben een keurmerk, er komt meer aandacht voor de stra-tegische kant van kwaliteitsverbetering, denk hierbij aan een opmars van het INK-model, er is meer aandacht voor de inhoudelijke kwaliteit van zorg en het niveau van geleverde kwaliteit. Bij dit laatste punt denken we aan de normen voor verantwoorde zorg en de grote rol die deze spelen in de beoordeling van zorginstellingen, in de inkoop door zorgaanbieders en zelfs in de beoordeling door certificatie-instellingen. Met name een kwaliteitsmodel als Prezo is volledig gebaseerd op de normen voor verantwoorde zorg.

Tip: Ons devies is nog altijd dat grote verbeteringen te behalen zijn door het screenen van de werkprocessen, het afspreken van het geleverde kwaliteitsniveau hierin en het zorgen dat je als organisatie dit niveau ook daadwerkelijk levert. Hierbij is natuurlijk de mening van uw klant de toetssteen (zie ook onder het kopje CQI)

2 - CQI en Norm Verantwoorde Zorg

De Normen voor Verantwoorde Zorg worden meer en meer een kwaliteits-, sturings- en zelfs inkoop-instrument. Onder de normen vallen ook de resultaten van de CQI-onderzoeken. De CQI-vragenlijsten die beschikbaar zijn, zijn te vinden op www.centrumklantervaringzorg.nl. Hier treft u ook een lijst aan met bureaus die u van dienst kunnen zijn met de uitvoering van dergelijk onderzoek (zoals Bosscher & de Witte). De laatste ontwikkelingen op het gebied van CQI zijn de invoering van nieuwe privacy richtlijnen. Omdat niet zomaar alle cliëntgegevens aan de meetbureaus ter beschikking mogen worden gesteld, dient u vanaf heden zelf aan de slag te gaan met de steekproeftrekking binnen de onderzoeken.

Tenslotte hebben we gemerkt dat het kwaliteitsinstituut Prezo, maar ook zorgkantoren kijken naar de sterrenscores op www.kiesbeter.nl met gevolgen voor uw te ontvangen keurmerk dan wel de inkoopafspraken die met u worden gemaakt.

Tip: U dient tweejaarlijks uw cliënten te raad-plegen. Er zijn echter doelgroepen, waarvoor op dit moment nog geen CQI beschikbaar is. Het kan zeer waardevol zijn deze groepen wel te betrekken in een raadpleging, ook al leidt dat niet tot publicatie op www.kiesbeter.nl. U kunt ons hierover vrijblijvend bellen of een mail sturen.

3 - ZZZP-proof zijn of worden

Het is al eerder benoemd in dit jaarbeeld; 50% van de VV&T-zorgaanbieders is nog niet zzzp-proof.

Met name de 'harde' kant blijft achter; het berekenen van en werken met kostprijzen, het berekenen van formatie o.b.v. zzzp's en kostprijzen.

In ons Benen Op de Tafel (B.O.T) overleg met VWS hebben we geconstateerd dat het niet-zzzp-proof zijn niets te maken heeft met het niet-weten wat te doen. Er is meer dan voldoende informatie beschikbaar voor het veld. "Diegenen die achterblijven of helemaal niet in actie komen moeten zelf de consequenties hiervan dragen; dat hoort bij functiegericht en met zzzp's werken". Gelukkig zien we in onze eigen werkpraktijk inmiddels ook een 'nieuwe stroom zorgaanbieders die zzzp-proof willen worden'. Waren het in de afgelopen jaren vooral organisaties die helemaal vanaf 'nul' moesten beginnen, inmiddels kloppen ook organisaties aan die zelf zijn begonnen om zzzp-proof te worden en die ergens in dit proces zijn 'vastgelopen' of 'de punten op de i willen zetten'.

Tip: op onze website kunt u onder de knoppen 'Producten - > ZZZP's en Functiegericht Werken' en onder de knop 'Bibliotheek' vele documenten vinden die u kosteloos kunt downloaden om verder wegwijs te worden in het functiegericht werken en ZZZP-proof worden. Ook de B.O.T.-verslagen met VWS bieden met name voor die organisaties die zelf al een stuk op weg zijn om zzzp-proof te worden 'nadere informatie'. Schroomt niet om vragen en vastlopers aan ons te melden!

4 - ZZZP-financiering; tarieven, kostprijs en formatie

De tarieven in de VV&T-sector zijn voor 2011 over de gehele linie met een kleine 3% gestegen (dat is 1% minder dan vorig jaar). Opvallend feit hierbij is dat voor zzzp 1 en zzzp 2 géén aparte tarieven meer afgegeven zijn zónder en met BH. De toeslag BH is bovendien niet 'ingebouwd' in de tarieven zzzp 1 en zzzp 2, zodat hier van een lichte vermindering van het budget gesproken kan worden. Voor alle overige zzzp's is de toeslag voor BH gehandhaafd, zij het dat deze toeslag 2% láger uitvalt dan in 2010 (behalve bij zzzp 9 en zzzp 10, hier is de toeslag iets hoger dan in 2010). Het financiële macro-kader past voor 2011 dan ook mooi binnen de geconstateerde 'on hold' situatie.

We blijven het elk jaar herhalen, de zzzp-financiering is géén bezuiniging, doch een herverdeling van bestaande middelen o.b.v. het individu en zijn (on)mogelijkheden voor zelf- en mantelzorg. Vanzelfsprekend moeten we die herverdeling wel in het perspectief van de maatschappelijke ontwikkelingen plaatsen. Te constateren valt dat bij ongewijzigd beleid de AWBZ steeds meer geld nodig heeft uit de algemene middelen. Aan die situatie zal een halt toegeroepen worden; de AWBZ zal steeds meer beperkt worden voor de zwaardere zorg. Gevolgen hiervan zullen zijn dat lichtere zzzp's in de thuisituatie verzorgd zullen moeten worden én dat er steeds meer met eigen bijdragen (o.a. d.m.v. verhogen eigen risico) gewerkt zal worden. In veel Europese landen draagt de consument meer financieel bij aan de zorg, dan in Nederland. Binnen dit krachtenveld is het bijzonder om de verkiezingsbelofte van éxtra geld voor de ouderenzorg te memoreren. Wij verwachten dat dit éxtra geld alléén toegekend zal worden als ergens anders geld weg gehaald kan worden.

Het voorgaande overziend doet u er volgens ons goed aan om in uw financiële beleid in 2011 voorbereidingen te treffen op de jaren ná 2011 en dus te richten op; verschuiving van kosten van de AWBZ naar o.a. de Wmo en de ZVW, meer eigen bijdragen, hoger eigen risico. Zowel bij deze voorbereidingen als bij de lopende financiën in 2011 zijn kostprijs-berekeningen en hier aan gekoppelde formatie-berekeningen onontbeerlijk. VWS heeft echter geconstateerd dat juist deze harde kant van het zzzp-proof werken één van de slechtst ontwikkelde dossiers bij zorgaanbieders is!

Tip: via onze website zijn onder de knop 'Bibliotheek' 2 documenten kosteloos te downloaden over kostprijzen en formatieberekeningen.

5 - Somatische revalidatiezorg

Zorgverzekeringswet...ziekenhuis verplaatste zorg...zorgpaden...DBC's.... Steeds meer zien we een kanteling van de reguliere AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. In oktober 2009 is besloten door VWS om de somatische revalidatiezorg (ZZP 9) per 2012 over te hevelen naar de Zorg-verzekeringswet. Het doel is om een optimaal 'zorgpad' te creëren (ketenzorg) voor de cliënt waarbij er afspraken zijn tussen verschillende zorgverleners.

Duidelijkheid over wie wat doet, waar men verantwoordelijk voor is, maar ook om indicatoren tijdens het zorgproces te monitoren en hiermee de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Deze wijziging is ondergebracht in het DBC-onderhoud om zodoende aan te sluiten bij de reeds bekende en transparante projectstructuur. Inmiddels zijn er 17 zorgaanbieders geselecteerd om als proeftuin te fungeren. Het doel hiervan is om het registreren van DBC-gegevens in de VV&T te implementeren en lering te trekken uit deze proeftuinen.

Tip: Meer nadruk komt te liggen op uw 'keuze': hoe om te gaan met de nieuwe DBC invoering. Vindt u dat de VV&T op de revalidatie als onderaannemer moet fungeren óf wordt u hoofdaannemer? Heeft u grip en inzicht op uw huidige inzet van (para)medici? Is de kostprijs bekend? Zijn de handelingen geprotocoliseerd? Hier leent ons instrument KoPi zich uitstekend voor! Ook het inzetten van zgn. 'meetweten' is een handig middel om de cijfers boven tafel te krijgen.

6 - AZR

Reeds verschillende jaren is de overheid bezig met het standaardiseren van de communicatie tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor. Waar aanvankelijk de doelstelling was om zicht te krijgen op onder andere een actuele wachtlijst, is de AZR inmiddels vergroeid tot een digitale communicatie standaard. Hier wordt gelukkig landelijk door de verschillende zorgkantoren steeds uniformer meegewerkt. Zie ook ons jaarbeeld 2010 voor meer achtergronden betreffende de AZR.

De onderlinge verschillen over het gebruik van de standaard zijn voornamelijk te danken aan de verschillen qua zienswijze, uitleg en interpretaties van NZA-beleidsregels, maar ook van de standaard zelf. Gelukkig is er veel geïnvesteerd in het oplossen van cruciale en vaak zeer functionele knelpunten.

Inmiddels zijn we over gegaan op AZR 2.2. en zijn de specificaties voor de nieuwste standaard 3.0 december 2010 vastgesteld.

Dit geeft de verschillende softwareleveranciers de mogelijkheid te bouwen naar de nieuwe standaard waarin ook diverse problemen in de huidige AZR standaard zoals de 'meeliftende partner' opgelost zijn

In overleg met de ketenpartners is overeengekomen dat vanaf 1 april 2011 alle AZR communicatie in de keten via AZR 3.0 verstuurd zal worden. De zorgaanbieders zelf krijgen tot 1 juli om op de nieuwe standaard over te gaan. In aansluiting op de voorbereidingen (CVZ en softwarebouwers) in 2010, zal in het eerste kwartaal van 2011 de ketentest en migratie plaatsvinden en zijn de zorgaanbieders in het 2^e kwartaal van 2011 aan de beurt voor nazorg en evaluatie.

Tip: In de praktijk merken we vaak dat cliëntenadministraties problemen hebben met het vertalen van de 'spelregels' naar de praktijk. Een handig hulpmiddel voor de huidige standaard is het Handboek Zorgregistratie AWBZ (uitgave 7, december 2009). Hierin staat (vanaf blz. 188) een aantal praktijkvoorbeelden uitgewerkt die handig zijn om door te nemen met uw cliënt-administraties.

7 - CIZ nieuws

Om up to date te blijven met de werkwijze van het CIZ, is het van belang dat u Indicatiewijzer 4.0 in de gaten houdt. Indicatiewijzer 4.0 is gebaseerd op de beleidsregels 2011. De publicatie van Indicatiewijzer 4.0 wordt in het 1^e kwartaal 2011 verwacht. Vanwege een nieuwe koers bij het CIZ is het als zorgaanbieder steeds 'eenvoudiger' om zelf nieuwe indicaties aan te vragen. Alle zorgaanbieders zijn sinds begin 2010 'gemandateerd' om voor bepaalde cliëntgroepen onder bepaalde voorwaarden herindicaties af te geven. Dit wordt ook wel een 'herindicatie via taakmandaat' genoemd. Deze mogelijkheid mag niet worden gebruikt bij een eerste en/of complexe aanvraag. Hiervoor moet u de bekende AanmeldFunctionaliteit gebruiken.

Tip: Een handig communicatiemiddel van het CIZ is 'CIZ-info'. Deze bulletins zijn te downloaden vanaf de CIZ site, u kunt zich er ook voor aanmelden. Een herindicatie via taakmandaat kunt u aanvragen via de AanmeldFunctionaliteit. Hierbij heeft u een UZI-pas nodig. Let op dat u deze pas op naam aanvraagt!

8 - Gebouwen & huisvesting; NHC

Het 'hangt' al zo lang 'in de lucht'; het scheiden van wonen en zorg. Ook op dit dossier hebben de verkiezingen voor een windstille gezorgd. Hoewel de eerste stap in 2009 is gezet - beëindiging bouwregime - hangt de 'pendel' bij VWS nu in het midden; gaan we het wél of gaan we het niet doen? Gezien de 'kleur' van de huidige regering en de voortdurende voorbereidingen op dit dossier bij de Nza (e.a.) verwachten wij dat het er tóch van gaat komen. In ons B.O.T.-overleg vernamen we dat 2012 het jaar is dat op de kalender staat.

De vraag voor 2011 is hoe u zich kunt voorbereiden. We weten dat er is gekozen is voor het model Normatieve Huisvestingskosten (NHC). Dit houdt in dat de vergoeding in de zzp's een zodanige hoogte zal hebben dat iedere zorgaanbieder "een gebouw dat voldoet aan actuele normen" hiervan zou moeten kunnen financieren.

Verder weten we - en dat is nieuw - dat deze NHC afhankelijk zal worden van de - hoogte van de - zzp mix!! (de zorgvraag van de burger/cliënt moet leidend worden).

De NHC-component zal dus hoger of lager zijn afhankelijk van de zzp van de cliënt! Tenslotte weten we dat de Nza voor de V&V sector met een kapitaalslasten percentage van 10 à 12% rekening houdt en dat zij 7% vergoeding (afschrijving, onderhoud, gebruik) in de zzp's in wil bouwen. Voor de 'slimme' zorgondernemer bieden deze punten naar onze smaak voor 2011 voldoende houvast om voorbereidend beleidsmatig actief te zijn (zie tips hierna)

Tip: huisvesting & bouwen zijn in feite een 'nieuw beleidsterrein' voor zorgaanbieders geworden. Kernwoorden hierin: meer risico's, meer mogelijkheden, financieel management van uw vastgoed.

Tip: benchmark uw eigen kapitaalslasten aan de hierboven genoemde getallen en zet hierop een rode-draad beleid. Zonodig helpen wij u hierbij m.b.v. ons kostprijs-instrument (KoPi).

Tip: huurt u uw gebouw of overweegt u uw gebouw(en) te verkopen en terug te huren, neem dan altijd de voorwaarde naar de verhuurder op dat de huur (incl. alle onderhoud) nooit hoger uit mag vallen dan de hoogte van de NHC zoals deze in de toekomst in de zzp's zal worden opgenomen.

9 - Zorgkantoor en zorginkoop

In de leidraad voor zorgkantoren 'Zorginkoop AWBZ 2011' beschrijven Zorgverkeers Nederland (ZN) de kaders voor de zorginkoop. Binnen deze kaders geven de zorgkantoren hun eigen invulling, dus op onderdelen kunnen er verschillen per regio zijn!! (en die zijn er vele!!).

Naast de geschiktheids- en toelatingseisen, is er landelijk gezien een aantal voorwaarden gesteld:

- **tijdige zorg:** de zorgaanbieder legt snel na indicatie contact met cliënt en levert indien nodig overbruggings- of crisiszorg
- **kwaliteitsvoorwaarden:** verbetertrajecten, leveren verantwoorde zorg, zorgplan systematiek en werken volgens landelijk geldende kwaliteitskader
- **informatieverstrekking**

Daarbij geldt dat:

- voor 2011 een contracteerplicht voor intramurale zorg wordt verwacht;
- zorgkantoren bepalen welke ZZP's worden ingekocht, afhankelijk van zorgvraag in de regio en de geboden kwaliteit door de zorgaanbieder;
- inhoudelijke (o.m. deskundigheids)eisen worden gesteld aan de levering van ZZP's.

Ook voor de extramurale zorg zijn strakke inkoopseisen gesteld. Hierbij is uitgegaan van een bonus-methode; met een basistarief van 92% kan de organisatie percentages verdienen om meer tarief af te spreken. Criteria hierbij zijn:

- werkend zorgleefplan (+0,75%)
- kwaliteit van zorg: de kwaliteitskaarten (sterren) op kiesbeter vormen hierbij de toets (+2%)
- opleidingsplaatsen (+1%)
- declareren op cliëntniveau (+1%)
- innovatieprojecten (+0.75%)
- ketenzorg; denk aan dementienetwerk, vroegsignalering, ondersteuning mantelzorg, e.d. (tot aan +2,5%)

Tip: Let op de aantoonbaarheid van de resultaten van verantwoorde zorg, innovatie- en verbetertrajecten, deelname aan regionaal dementiezorg en het ZZP-proof zijn.

10 - Inperkingen CIZ en zorgkantoor

We schreven het al in ons vorige jaarbeeld; sinds de start van de modernisering van de AWBZ valt te constateren dat er meer en meer inperkende regels en regeltjes komen die bovendien van regio tot regio verschillen. De inperkingen richten zich op de peilers van de prestatiegerichte financiering en het functiegerichte werken:

- 1 - de keuzevrijheid van de cliënt
- 2 - de ondernemersvrijheid van de zorgaanbieders

Samen met enkele van onze opdrachtgevers hebben we e.e.a. in ons reguliere overleg (B.O.T. overleg) aan VWS voorgelegd en is besloten om te inventariseren hoe e.e.a. in Nederland ligt. De uitkomsten van dit overleg waren als volgt. Duidelijk is gemaakt dat de ervaren belemmeringen vanuit het C.I.Z. zeker niet gedragen worden door C.I.Z.-Nederland! Hier kan iedere zorgaanbieder - zonodig in de individuele praktijk - dus met 'succes' de bedoelde vrijheden van het functiegericht werken en werken met zzp's blijven toepassen. Spreek zonodig de - individuele - C.I.Z.-medewerker in de eigen regio aan!!

Met Zorgverzekeraars Nederland zijn argumenten uitgewisseld, beelden zijn gecommuniceerd. In het B.O.T. overleg is vanuit de deelnemende zorgaanbieders en V.W.S. altijd het standpunt gehuldigd dat 'selectie aan de poort' mag en ook noodzakelijk is. Selectie aan de poort zorgt er voor dat de cliëntmix op peil en qua samenstelling op kwalitatieve en kwantitatieve mogelijkheden van de zorgaanbieder blijft aansluiten. Daarnaast is selectie aan de poort onontkoombaar nu zorgaanbieders binnen een productie-afsprak (= plafond) moeten opereren.

Zorgverzekeraars Nederland staat het voorgaande - alhoewel wel begrip voor deze wens bestaat - niet toe. Samengevat geldt dus vooralsnog dat door een toename van regels/regeltjes het defacto effect in de praktijk is dat voor de V&V-cliënt het schot tussen verzorgingshuis en verpleeghuis opnieuw terug komt.

Tip: maak het *niet-zelf-de-clientenmix-mogen-bepalen* bespreekbaar bij uw zorgkantoor; schets de 'voors en tegens' voor u als zorgaanbieder en uw cliënten en maak duidelijk dat de selectie aan de poort die u wilt toepassen gecompenseerd wordt door een stevig thuiszorgaanbod vanuit u als zorgaanbieder. Daarmee haalt u de 'angel' uit de vrees van zorgkantoren dat het zorgkantoor haar zorgplicht en de keuzevrijheid van cliënten niet waar kan maken, weg!!

11 - Wmo

In het jaarbeeld van 2010 gaven wij u de tip om in om te onderzoeken of uw organisatie iets kan betekenen in de ruimte die is ontstaan in aanbod via de Wmo door het overhevelen van AWBZ-functies naar de Wmo (zoals in 2009 is gebeurd met de huishoudelijke verzorging en in 2010 met een deel van de functies Ondersteunende- en Activerende Begeleiding).

Deze trend zal zich in 2011 hoogstwaarschijnlijk voortzetten. Op diverse plaatsen in het land zijn pilots aan de gang waarin gekeken wordt naar de vervanging van de weggevalen OB/AB indicaties vanuit de AWBZ, door begeleiding middels Wmo-gefinancierde initiatieven.

Vraag: wat kan uw organisatie betekenen in de groeiende Wmo-markt?

12 - Wat komt er nog aan (2011-2013)

Onderstaande lijst bevestigt het 'on hold' beeld zoals benoemd in de inleiding van dit jaarbeeld. Ten gevolge van de nieuwe regering staan veel dossiers momenteel nog op PM.

Modernisering AWBZ:

- I - Implementatie herallocatietraject (2009 is het 1^e jaar, 2011 het laatste)
- II - Ministeriële opsplitsing verantwoordelijkheid t.a.v. zorg, wonen en vervoer (PM)
- III - Verdere beperking aanspraken AWBZ (PM)
- IV - Verschil zzp's met en zonder toeslag BH opheffen (PM)
- V - Laagste zzp's uit de AWBZ halen (PM)
- VI - Invoering Extramurale Zorgzwaarte Pakketten (PM, 2012?)
- VII - Somatische revalidatiezorg naar ZVW (2012\2013)

WMO:

- 1 - OB\BG zonder VB-indicatie komt in de WMO (PM)
- 2 - AB zonder VB-indicatie komt in de WMO (PM)

Kabinetsbeleid:

- A - Bijna 1 miljard euro extra voor de ouderenzorg (PM)
- B - Zorgzwaartepakketten worden kosten-dekkend gemaakt (PM)
- C - Investeren in de kwaliteit van instellingen voor ouderenzorg (PM)
- D - Ontstaan van kleinere zorginstellingen actief bevorderen\zorggiganten terugdringen (PM)
- E - Er komt een gereguleerde winstuitkering (PM, zie ook onder 'marktwerking')
- F - Snijden in de overhead in de zorg, hiertoe komt er een normering per sector (PM)

Marktwerking

Marktwerkings-ontwikkelingen die er nog aankomen

- a. Invoering Extramurale Zorgzwaarte Pakketten; EZP's (PM)
- c. Kapitaalslasten worden ondergebracht in de ZZP-tarieven (2012)
- d. Instellingen lopen risico voor volume (2010-2012)
- e. Instellingen mogen dividend uitkeren, overheid springt niet meer bij.