



Nederlandse
Zorgautoriteit

VAN
FEITEN
NAAR
FOCUS

• Stand van de zorgmarkten 2013

VAN
FEITEN
NAAR
FOCUS

• Stand van de zorgmarkten 2013

 1 De zorg
in 2013

2 De
uitdagingen
voor  2014

3 Cijfers en
feiten 

Inhoud

De zorg in 2013

Zichtbare veranderingen	6
Top 5 vragen in 2013	8
Zorgpremie daalde voor het eerst in 2013	9
Uitgaven aan zorg 2009 - 2013	14
Overzicht Stand van de zorgmarkten per 2013	16
Verbeteringen in de bekostiging	20
Het norminkomen	21
Uitgaven langdurige zorg in cijfers	23
Toezicht in de langdurige zorg in 2013	30
De curatieve zorg	32

De uitdagingen voor 2014

De uitdagingen voor 2014	50
Uitdagingen voor de langdurige zorg	50
Uitdagingen voor de curatieve zorg	50
Uitdagingen voor de zorgverzekeraars en zorgkantoren	51
Uitdagingen voor de wetgever	51
Uitdagingen voor de NZa	52
Uitdagingen voor de consument	52

Cijfers en feiten

De stand van de curatieve zorgmarkt	56
De zorgverzekeringsmarkt	58
De medisch specialistische zorg	60
De curatieve GGZ	63
De Eerstelijnszorg	65
De stand van de langdurige zorgmarkt	67
Internationale vergelijking	69
Wetswijzigingen in 2013	71
Researchpapers van de Nederlandse Zorgautoriteit	72

Voorwoord

Jaarlijks publiceert de NZa de 'Stand van de zorgmarkten': een overzicht van de ontwikkelingen in de zorg. Ook in deze editie over 2013 presenteren we een overzicht van de feiten. Hoe staat het met de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en transparante informatie in de langdurige en curatieve zorg?

We zoomen in op een aantal belangrijke ontwikkelingen. Wat zeggen de cijfers? En welke belemmeringen zien we in de huidige wet- en regelgeving om de zorg betaalbaar, toegankelijk, van goede kwaliteit en transparant te houden?

Daarnaast leggen we de focus op een aantal persoonlijke situaties. Wat betekenen de ontwikkelingen in de zorg voor mevrouw Janssen, die 89 jaar oud is en nu net in een verzorgingshuis woont? En hoe kiezen mijnheer Wouters, die wacht op een knie-operatie, en mijnheer Van Dijk, die COPD en diabetes heeft, de juiste zorgaanbieder en de juiste zorgverzekering? In deze uitgave portretteren we verschillende personen en geven we antwoord op hun vraagstukken.

We vroegen kenners van de zorg om hun reactie op de ontwikkelingen en de betekenis van de cijfers. En uiteraard zoomen we in op het volgende jaar: welke focus is nodig in de zorg in 2014? Aan de hand van de feitelijke ontwikkelingen geven we een overzicht van de belangrijkste uitdagingen voor de consument, de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders, de wetgever en voor onszelf als toezichthouder en regelgever in de zorg.





1

De zorg
in 2013

● Zichtbare veranderingen

In 2013 worden de effecten van de veranderingen in de zorg, die men in 2006 voor ogen had bij de stelselwijziging, concreet merkbaar voor zorgaanbieders en verzekerden. Sinds vorig jaar lopen zorgverzekeraars meer financieel risico. Dit heeft effect op de zorginkoop: zorgverzekeraars kopen niet alle behandelingen meer overal in, maar gaan scherper selecteren met welke zorgaanbieders ze voor bepaalde behandelingen contracten afsluiten.

Het effect van deze scherpere zorginkoop is vooral te zien bij de eerstelijnssectoren met vrije tarieven en/of vrije prestaties: de fysiotherapie, oefentherapie, diëtadvisering, farmacie en eerstelijns psychologische zorg. Daar zorgen de verzekeraars dat de kosten dalen of stabiel blijven, terwijl de patiënttevredenheid hoog en de toegang tot zorg goed blijft. Zorgverzekeraars geven hun verzekerden nog niet of nauwelijks informatie over de manier waarop zij onderscheid maken in de zorginkoop. Om consumenten te helpen bij het kiezen van een zorgaanbieder en bij het kiezen van de zorgpolis die het beste aansluit bij hun wensen, zou dit transparanter moeten zijn.

In de curatieve geestelijke gezondheidszorg, de huisartsenzorg en de medisch specialistische zorg maken zorgverzekeraars ook al meer verschil tussen zorgaanbieders. In 2012 en 2013 zijn in deze sectoren vooral de bestuurlijke afspraken tussen de brancheorganisaties en de minister van VWS leidend bij de zorginkoop.

In iedere zorgsector, met uitzondering van de farmacie en de eerstelijns psychologische zorg, nemen de totale uitgaven tot nu toe nog ieder jaar toe. Analyses van de NZa laten zien dat de kostenstijging in de curatieve zorg niet komt door een toename van het aantal patiënten, maar door een toename van het aantal behandelingen per patiënt en het toepassen van duurdere of meer intensieve behandeltechnieken.

In de langdurige zorg is in 2013 een start gemaakt om de sterke groei van de zorgkosten in bedwang te krijgen. Vorig jaar toonden we in deze Stand van de zorgmarkten dat de kosten van de langdurige zorg in Nederland veel harder groeien dan in ons

omringende landen. In 2013 zijn de eerste stappen gezet om de AWBZ terug te brengen naar de kern waar deze ooit voor bedoeld was: een volksverzekering voor zorg aan kwetsbare mensen die langdurig zorg nodig hebben.

Kostenbewustzijn van verzekerden neemt toe

In 2013 is te zien dat het kostenbewustzijn van verzekerden toeneemt: eind 2012 stapten weer meer mensen dan in de voorgaande jaren over naar een andere zorgverzekeraar. Hier speelt mee dat patiënten meer uit hun eigen portemonnee moeten betalen, onder andere door het toegenomen eigen risico: dit zorgt ervoor dat verzekerden zich bewust worden dat zorg niet gratis is. De NZa ontvangt steeds meer vragen van consumenten over hun zorgnota.

Cijfers van de NZa wijzen er bovendien op dat consumenten proberen op hun zorgverzekeringen te besparen. Steeds meer mensen kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Bovendien daalde het aantal verkochte aanvullende verzekeringen in 2013: iets meer dan 85% van alle verzekerden heeft nu een aanvullende zorgverzekering en nog maar 9% van de verzekerden kiest voor de duurdere restitutiepolis.

De Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is marktmeester in de zorg. In haar rol als regelgever stelt de NZa tarieven, prestaties en budgetten vast waar dat moet. Waar het kan, laat ze deze regulering los en mogen verzekeraars en zorgaanbieders zelf onderhandelen over de inhoud, de prijs, de kwaliteit en doelmatigheid van de te leveren zorg. De NZa adviseert de minister van VWS over de spelregels die nodig zijn in de zorg en signaleert mogelijke inconsistenties en belemmeringen. De adviezen van de NZa zijn gebaseerd op feiten, op onderzoeksdata en analyse.

Als toezichthouder bewaakt de NZa de drie publieke belangen in de zorg:

Transparante informatie

Heldere informatie over de inhoud van het zorgaanbod, de kwaliteit van de zorg en de prijs van het aanbod is essentieel voor een goede zorginkoop door verzekeraars en voor het keuzeproces van verzekerden. De NZa legt transparantieverplichtingen op aan verzekeraars en zorgaanbieders en kan handhavend optreden als zij niet aan die verplichtingen voldoen.

Toegankelijkheid

De zorg moet toegankelijk zijn. Dat wil zeggen dat mensen binnen redelijke reisafstand, binnen een redelijke tijd en onder redelijke voorwaarden toegang hebben tot de juiste zorg. Voor een aantal zorgsoorten (bijvoorbeeld acute zorg) is daar een wettelijke norm voor vastgesteld. Per sector volgt de NZa of de toegankelijkheid van de zorg voldoende blijft en adviseert de minister als er sprake is van een probleem.

Betaalbaarheid

De zorg moet betaalbaar blijven. De premie voor de basisverzekering moet betaalbaar blijven en we moeten de collectieve kosten in de hand houden. Nu, maar ook in de toekomst. Zorgaanbieders moeten de geleverde zorg correct declareren en zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten die nota's controleren. Ook zijn heldere keuzes nodig: welke zorg is noodzakelijke basiszorg, waar ligt de eigen verantwoordelijkheid van de consument en hoe zorgen we ervoor dat de zorg van goede kwaliteit blijft en zo efficiënt mogelijk wordt geleverd?

Top 5 vragen in 2013

De informatielijn van de NZa ontvangt jaarlijks zo'n 18.000 vragen, waarvan de helft van consumenten en de andere helft van zorgaanbieders, patiëntenverenigingen, brancheorganisaties en verzekeraars. De NZa verwerkt de antwoorden op deze vragen op haar website. De vijf onderwerpen waarover de NZa de meeste vragen ontving in 2013 zijn:

35%

Mijn zorgnota

Klopt mijn zorgnota?

- GGZ: de tijdregistratie op de nota is langer dan mijn behandelingsduur in werkelijkheid was.
- Ziekenhuiszorg: de rekening voor mijn behandeling is erg hoog.
- Mondzorg: kloppen de codes die mijn tandarts in rekening brengt?
- Apothekers: klopt de toeslag voor een doosje medicijnen ten opzichte van de prijs?

20%

De regels

Wat zijn de regels?

- Hoe dien ik een klacht in tegen mijn zorgaanbieder?
- Wanneer mag een ziekenhuis een verpleegdag registreren en wanneer een IC-dag? Wanneer is sprake van een polikliniek-bezoek, wanneer van een dagbehandeling?
- Ik krijg mijn rekening in dit jaar maar mijn eigen risico van vorig jaar geldt bij deze nota. Klopt dat wel?
- Hoe word ik een AWBZ-zorgaanbieder, hoe kan ik aanspraak maken op budget?

15%

Informatieverstrekking

De informatieverstrekking door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren aan consumenten

- AWBZ: wat is een zorgkantoor en hoe kan ik contact opnemen?
- GGZ: ik wist niet of er sprake is van eerstelijns- of tweedelijns-zorg, dat zag ik pas op mijn nota.
- Ziekenhuiszorg: het ziekenhuis wil mij vooraf niet vertellen wat de behandeling kost.
- Verzekeraars: de verzekeraar informeert mij onvoldoende over de manier waarop medicijnen worden ingekocht en wat de prijzen zijn.

10%

Basispakket en eigen risico

De toepassing van het wettelijk vastgestelde basispakket en eigen risico door de zorgverzekeraar en zorgkantoren

- Welke zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering en de AWBZ?
- Ik krijg nu pas een rekening van het eigen risico over eerdere jaren (2010-2012).
- Ik ben het oneens met de vergoeding van mijn verzekeraar of zorgkantoor: kan de NZa ingrijpen?
- Ik heb zorg in het buitenland ontvangen en krijg nu een andere rekening: wat zijn de regels?

20%

Overige vragen

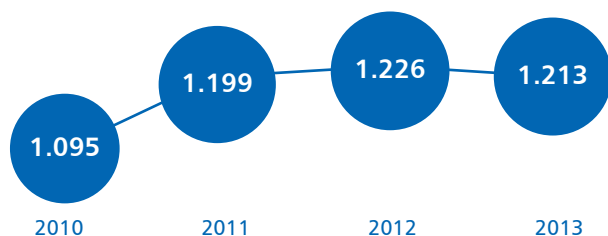
Overig

- Wanneer worden nieuwe regels en/of formulieren bekend gemaakt?
- De NZa heeft een kostenonderzoek uitgevoerd: wat betekent dit voor de tarieven, hoe is de berekening tot stand gekomen?

• Zorgpremie daalde voor het eerst in 2013

In 2013 daalde de gemiddelde premie voor de zorgverzekering voor het eerst in jaren, en dat terwijl er verschillende pakketmaatregelen waren waardoor meer zorg is overgeheveld naar de zorgverzekeringswet¹.

Figuur 1.
Gemiddelde zorgpremie per verzekeringsjaar in EUR



Bron: NZa Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013

Deze daling van de zorgpremie in 2013 met per saldo € 13 werd mogelijk door de positieve resultaten van zorgverzekeraars, onder andere door het scherper inkopen van zorg. De positieve resultaten van verzekeraars zorgden voor een daling van € 117 gemiddeld per verzekerde. Door pakketwijzigingen en een stijging van de zorguitgaven kwam daar weer € 104 per verzekerde bij.

• Meer keuzevrijheid

Als zorgverzekeraars positieve resultaten behalen, bijvoorbeeld door het scherp inkopen van zorg en medicijnen, kunnen zij meer onderscheid maken tussen de polissen. Dat geeft de consument meer vrijheid om te kiezen welk zorgpakket het beste bij hem past.

¹ NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013

Welke signalen ontvangt de NZa?

De NZa ontvangt meldingen over mogelijke misstanden van consumenten, verzekeraars, zorgaanbieders, andere toezichthouders en politieke partijen via het meldpunt op www.nza.nl en via de informatielijn.

Figuur 2.
Aantal signalen bij de NZa neemt toe



In het eerste halfjaar van 2013 ontving de NZa al meer meldingen dan in heel 2012. Oorzaken kunnen zijn dat meer mensen dit meldpunt weten te vinden en dat mensen alerter worden op zorgrekeningen, door de toename van de eigen betalingen en door het recente debat over vermoedens van zorgfraude.

De meeste signalen in 2013 gaan over mogelijk te dure behandelingen of vermoedens van onjuiste declaraties in ziekenhuizen (401 signalen). Ook over de GGZ komen veel signalen binnen, die gaan vaak over te hoge rekeningen. Veel signalen gaan ook over onduidelijke informatie over met name de ziekenhuisbehandelingen, de prijs ervan of de vergoeding door verzekeraars (115 signalen). In 2013 ontving de NZa ook signalen over de vergoedingen of informatieverstrekking door verzekeraars (91 signalen) en over de mondzorg (41 signalen, plus 50 signalen over een specifieke zorgaanbieder).

De signalen helpen om prioriteiten in het toezicht te bepalen. Op basis van de signalen over onjuiste betaaltitels en upcoding hield de NZa in 2013 verscherpt toezicht op correct declareren in de medisch specialistische zorg, de GGZ en de thuiszorg. Voor 2014 blijft dit een prioriteit, met daarnaast de transparantie in de farmacie en de informatieverstrekking door zorgverzekeraars.



Eitel Homan,
lid Raad van Bestuur Nederlandse Zorgautoriteit

“Zorgverzekeraars hebben
een spilfunctie in het
opsporen van zorgfraude.”

Eitel Homan:

“Pak zorgfraude structureel aan.”

In 2013 laaide het debat over zorgfraude hoog op. Ook de NZa ontving in het voorjaar van 2013 meer dan tweehonderd meldingen van patiënten die vermoedden dat hun zorgnota van het ziekenhuis niet klopte.

Eitel Homan: “Dit is hoe gek het ook klinkt wel een teken dat het zorgstelsel gaat werken. Voorheen kregen zorgaanbieders een zak met geld op basis van hoe groot de organisatie was. Wat er voor dat geld geleverd werd, was niet of nauwelijks te zien. Nu moeten zorgaanbieders declareren wat ze daadwerkelijk aan zorg hebben geleverd. Doordat zorgverzekeraars en patiënten de rekeningen steeds beter gaan controleren, komt nu dus ook aan het licht dat er soms te dure behandelingen in rekening worden gebracht, of dat er behandelingen in rekening worden gebracht die niet zijn uitgevoerd. We zijn dan ook blij met alle meldingen die we hierover ontvangen van patiënten en verzekeraars. Overigens is lang niet in alle gevallen dan ook echt sprake van fraude: van de tweehonderd meldingen die we begin 2013 ontvingen en onderzochten, zijn er een tiental serieuze vermoedens van onjuiste rekeningen, waar we de betreffende ziekenhuizen en verzekeraars op aanspreken. De rest van de rekeningen bleek wel degelijk volgens de regels. De nota was dan bijvoorbeeld niet duidelijk genoeg, of patiënten vonden zelf de rekening erg hoog, terwijl deze wel correct bleek.

De zorgaanbieder, de zorgverzekeraar of het zorgkantoor, de NZa, het Openbaar Ministerie en de FIOD, de wetgever, de patiënt zelf: iedereen heeft een aandeel in het opsporen en voorkomen van fraude en verspilling van zorggeld.”

Zorgaanbieders

- moeten zinnig en zuinig omgaan met publieke middelen;
- moeten correct declareren;
- moeten patiënten vooraf en duidelijk informeren of de behandeling verzekerd is of niet en of zij een contract hebben met de zorgverzekeraar;
- moeten patiënten vooraf en duidelijk informeren welke zorg zij leveren en voor welke prijs;
- bestuurders, interne toezichthouders en brancheorganisaties hebben een voortrekkersrol: zij moeten uitdragen dat zij onjuiste declaraties niet tolereren en moeten zorgen voor heldere medische richtlijnen.

Zorgverzekeraars en zorgkantoren

- hebben een spilfunctie in het opsporen van fraude of onjuiste declaraties in de zorg;
- hebben een database met alle declaraties;
- moeten dus nagaan welke zorgaanbieders meer of duurdere behandelingen doen dan gemiddeld en hen daarop bevragen;
- moeten controleren of de zorg op de factuur ook daadwerkelijk is geleverd;
- moeten geld terugvorderen bij zorgaanbieders die onjuiste rekeningen sturen;
- moeten het probleem structureel aanpakken door geen of minder zorg in te kopen bij zorgaanbieders die onjuist of teveel declareren.

De Nederlandse Zorgautoriteit

- vereenvoudigt en verscherpt regels waar mogelijk en informeert zorgaanbieders goed over wat toegestaan en verboden is bij het declareren van zorg;
- houdt structureel toezicht op zorgverzekeraars en zorgkantoren en meet jaarlijks of zij de wet goed uitvoeren en rekeningen goed controleren. Is dat niet het geval, dan toetst de NZa tussentijds of er verbetering is;
- legt verzekeraars een sanctie op als zij niet intensief genoeg controles uitvoeren;
 - > in 2012 bleek uit het 'Rechtmatigheidsonderzoek Zorgverzekeraars' dat bepaalde zorgverzekeraars meer proactief en intensief moeten controleren. In 2013 loopt bij vier zorg-

verzekeraars een handhavingstraject. In 2014 zal de NZa de namen van zorgverzekeraars die onvoldoende controleren, openbaar gaan maken;

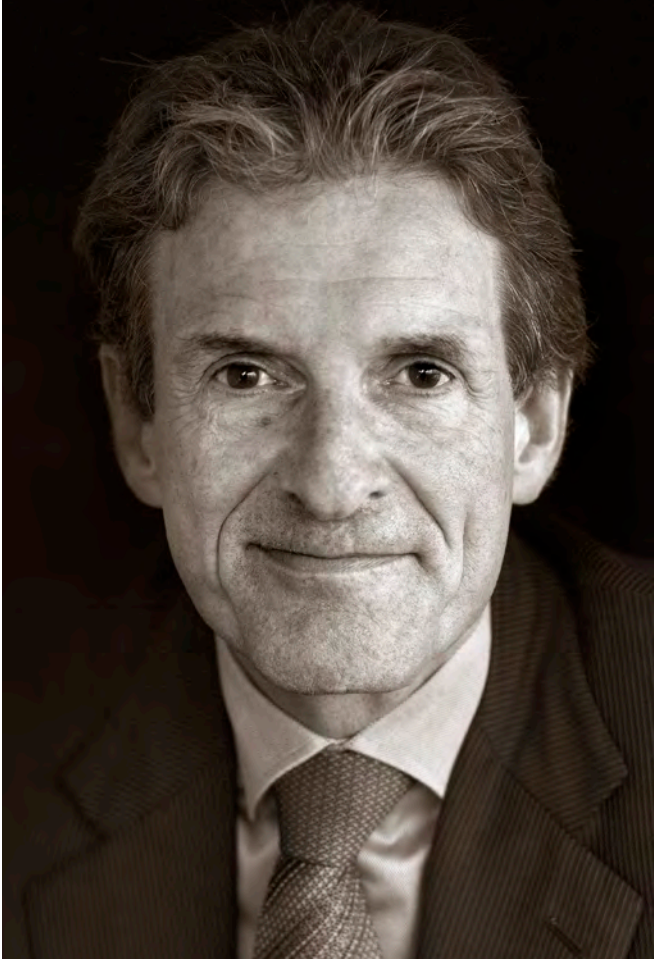
- legt zorgaanbieders waar structureel misstanden zijn een sanctie op, zoals een aanwijzing, last onder dwangsom of boete > het afgelopen jaar onderzocht de NZa bij twee grote ziekenhuizen en bij twee GGZ-organisaties delen van de administratie omdat er een sterk vermoeden was van structureel onjuist declareren. Als uit het onderzoek van de administratie blijkt dat het vermoeden gegrond was, zal de NZa handhaven;
- werkt samen met de AFM om ook op te kunnen treden als externe accountants de jaarrekeningen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet goed genoeg controleren;
- bespreekt signalen van zorgfraude met het OM en de FIOD: soms is strafrechtelijke vervolging nodig in plaats van bestuursrechtelijk;
- doet in 2013 en 2014 onderzoek naar de totale omvang van zorgfraude in alle sectoren;
- licht per zorgmarkt de declaratiesystemen door op fraudegevoelige regelgeving.

Patiënten

- kunnen zorgrekeningen op het papier overzichten of op de website (via 'Mijn omgeving') van hun zorgverzekeraar controleren op juistheid;
- kunnen de zorgaanbieder en daarna de verzekeraar om opheldering vragen als er onduidelijkheden zijn in de rekening;
- kunnen vermoedens van misstanden melden bij hun zorgverzekeraar en bij de NZa;
- zouden voorafgaand aan een behandeling moeten vragen wat de behandeling kost, of het verzekerde zorg is en of er een contract is met hun zorgverzekeraar.

De wetgever/het CVZ

- moeten aanspraken op zorg zo duidelijk mogelijk omschrijven;
- moeten onduidelijkheden wegnemen over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.



Hans Feenstra,
voorzitter Raad van Bestuur Martini Ziekenhuis

“Investeer in een sterke
grouper en een gezonde
cultuur.”

Hans Feenstra

over de vraag: Hoe verbeteren we de interne controle in het ziekenhuis en zorgen we dat onjuiste declaraties 'not done' zijn?

“Een interessant thema. Voordat ik in ga op maatregelen om dat te verbeteren is het van het grootste belang de oorzaak te achterhalen van de al dan niet vermeende grootscheepse fraude in de zorg. Naar mijn stellige overtuiging is één van de belangrijkste oorzaken van fouten in de facturering de stapeling aan wijzigingen van de afgelopen jaren. Al vanaf 2006 buitelen de wijzigingen over elkaar heen en voor behandelaars en hun ondersteuners is een jungle aan administratieregels ontstaan die ze met een kapmes te lijf moeten. Er is geen jaar geweest zonder majeure wijzigingen in de bekostiging. Al deze veranderingen zijn door de administraties van ziekenhuizen en verzekeraars stilzwijgend geabsorbeerd. Beleidsmakers als VWS en ook instanties als de NZa hebben te weinig inzicht in wat hun veranderingen in het veld voor gevolgen hebben. Bovendien is er teveel interpretatieruimte voor de invullers van declaraties. Verreweg het grootste deel van onjuiste declaraties is het gevolg van deze interpretatieruimte. Als bestuursvoorzitter van een ziekenhuis vind ik dat echte fraude strafrechtelijk aangepakt moet worden. Mijn ideaal om op termijn het aantal onjuiste declaraties terug te brengen bestaat uit een aantal maatregelen:

1. Verdere verbetering van de grouper. Eigenlijk zou het zo moeten zijn dat de grouper alle onjuiste declaraties wegvangt. Nu richt elk ziekenhuis zijn eigen controle in voordat de declaraties naar de grouper gaan. En na afloop van het hele declaratieproces komt ook nog uitgebreide materiële controle van de verzekeraar. Daarmee hebben we dus een driedubbele controle op declaraties!
2. Een gezonde cultuur in een organisatie waarbij competent en geloofwaardig gedrag uitgangspunt is. Ik geloof op termijn niet in de fraude-opsporingsrol voor de zorgverzekeraar. Investeer in een sterke grouper en een gezonde cultuur!”



Dirk Pons,
directeur Zorg, DSW Zorgverzekeraar

“De kerstboom van de huisartsenfinanciering zou afgetuigd moeten worden.”

Dirk Pons

over de rol van de zorgverzekeraar bij het bestrijden van zorgfraude

“Er is een belangrijke rol weggelegd voor de zorgverzekeraar op het gebied van controle op en bestrijding van niet-gepast gebruik, misbruik en fraude. Dat is ook een verplichting tegenover de verzekerden, die er immers van op aan moeten kunnen dat de premiegelden goed besteed worden. DSW controleert dan ook intensief. De koppeling van data-analyse en zorginhoudelijke expertise is bij de controles belangrijk, evenals een boekenonderzoek. Ook is een afdeling Bijzonder Onderzoek ingericht, die direct wordt aangestuurd door de voorzitter van de RvB.

Naast de eigen inspanningen moeten ook andere partijen hun verantwoordelijkheid nemen. Zo is het noodzakelijk dat het CVZ de aanspraken duidelijk definieert, waardoor interpretatieverschillen niet meer aan de orde zijn.

Ook de wijze van financiering biedt de mogelijkheid van en nodigt uit tot upcoding en niet-gepast gebruik. De ‘kerstboom’ van de huisartsenfinanciering zou afgetuigd moeten worden, maar plannen daartoe lijken het niet te halen. Ook na de invoering van de DOT’s bij de medisch specialistische zorg is trajectverlenging en upcoding mogelijk. Nieuwe toetreders in de GGZ kunnen snel aan de slag en de gemakkelijk afgegeven WTZi-toelating lijkt een vrijbrief om naar eigen inzicht te declareren.

Zowel de tijdregistratie-categorieën als deelopprestaties van verblijf zijn voorbeelden van aanbodsturing en nodigen uit tot upcoding. Er wordt klinisch behandeld als de medische noodzaak daarvan ontbreekt. Declaratiegedrag is niet een afgeleide van zorgvraagzwaarte. De inzet van specialistisch personeel is vaak marginaal, maar normen daarvoor zijn er niet. Een co-productie van partijen is noodzakelijk...”

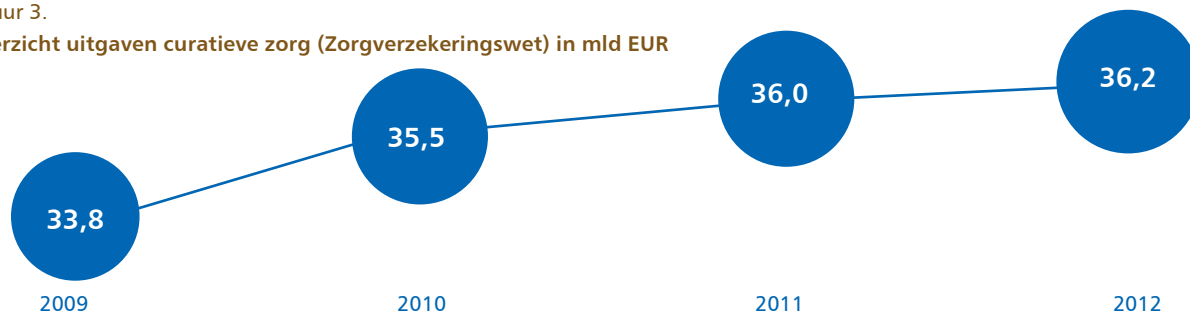
• Uitgaven aan zorg 2009 - 2013

Per volwassene geven we in 2013 gemiddeld € 5.087 uit aan collectief verzekerde zorg. Dit gebeurt via de nominale premie Zvw, de premie AWBZ, via de belastingen, de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw en door eigen betalingen².

Voor de curatieve zorg, inclusief curatieve GGZ, gaven we in 2012 in Nederland ruim 36,2 miljard euro uit. Dit is een stijging van 0,5% ten opzichte van 2011. In 2013 geven we naar verwachting 40,6 miljard euro uit.

Figuur 3.

Overzicht uitgaven curatieve zorg (Zorgverzekeringswet) in mld EUR



Bron: CBS

Voor de langdurige zorg (AWBZ) gaven we in 2012 in Nederland in totaal bijna 28 miljard euro uit. Dit bedrag is inclusief de kosten van de persoonsgebonden budgetten (PGB's). In 2013 geven we naar verwachting in totaal 27,3 miljard euro uit aan de langdurige zorg.

Figuur 4.

Overzicht uitgaven langdurige zorg (AWBZ) in mld EUR



Bron: CBS

2 Rijksbegroting 2014, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 203-204



Foto: Keke Keukelaar

Struisvogel

Rutger Bregman, historicus en columnist

“Bijna niemand durft het debat aan”, zei een Kamerlid onlangs tegen me. “Communicatief is het een drama”, waarop een vergelijking met het integratiedebat van de jaren negentig volgde. “Wie als eerste het echte debat over de zorg begint is af!”

Vraag je de Nederlander waarop we moeten bezuinigen dan staan ‘ontwikkelingssamenwerking’ en ‘cultuur’ bovenaan. Daar kan wel 20 miljard vanaf. Enige probleem: dat is drie keer zoveel als we er überhaupt aan uitgeven. Alleen op de zorg mag niet worden gekort, zegt de Nederlander vervolgens, ‘want daar wordt al zoveel op bezuinigd’. Enige probleem: de zorg is de enige publieke sector die jaar in jaar uit blijft groeien.

Als er dan toch moet worden bespaard, dan geloven we dat er miljarden voor het oprapen liggen bij managers en onnodige zorg. Wat het eerste betreft: het Centraal Planbureau wil er 0,1% van de zorgbegroting voor toekennen. Maar de tweede reactie is ook onder politici populair. Er is een rijke (Amerikaanse) traditie van consultants die enorme efficiencywinsten beloven, als we maar even ophouden met alle onzorg. Oud-minister Ab Klink had het nog over 8 miljard – meer dan drie keer zoveel als we aan cultuur uitgeven.

Zo wordt het nooit wat. De Nederlandse zorg is de op een na duurste ter wereld, zonder aantoonbare gezondheidswinst. Andere publieke sectoren, zoals het onderwijs, worden verdrukt door een sector waar ‘genoeg’ niet bestaat. Zolang het echte zorgdebat – van het beprijzen van een levensjaar tot het keiharde budgetteren – niet openlijk wordt gevoerd, zullen de kosten blijven stijgen.

● Overzicht Stand van de zorgmarkten per 2013

Figuur 5.

Kenmerken van de Nederlandse zorgmarkt

De curatieve zorgmarkt (Zvw)

Zorgverzekeringsmarkt:

Consumenten verzekeren zich verplicht voor het basispakket van de Zvw en maken daarbij een keuze tussen concurrerende verzekeraars.

Eerstelijns-zorg:

- Huisartsenzorg
- Mondzorg
- Fysiotherapie
- Farmacie
- Verloskunde en kraamzorg
- Logopedie
- Diëtik
- Ergotherapie
- Oefentherapie
- Eerstelijns psychologische zorg
- Ambulancezorg
- Ketenzorg

Curatieve geestelijke gezondheidszorg:

- Extramuraal GGZ-zorg en de eerste 365 dagen intramuraal verblijf in het kader van een behandeling

Medisch specialistische zorg:

- Ziekenhuizen
- Categorale instellingen
- Zelfstandige behandelcentra
- Medisch specialisten

De langdurige zorgmarkt (AWBZ)

Geen zorgverzekeringsmarkt:

Per regio (in totaal 32 regio's) voert een zorgkantoor namens alle zorgverzekeraars de AWBZ uit voor alle inwoners die AWBZ-zorg nodig hebben. Cliënten kunnen niet kiezen uit concurrerende verzekeraars.

Markt voor extramuraal zorg:

- persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling in de thuis-situatie voor ouderen, gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening/beperking

Markt voor intramuraal langdurige zorg:

- persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling in combinatie met verblijf in een instelling voor ouderen, gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening/beperking

Figuur 6.

De Stand van de langdurige zorgmarkt (AWBZ)

Verplichte volksverzekering gericht op het verzorgen, verplegen, begeleiden en behandelen bij het ontbreken van perspectief op genezing. Zorgvragers zijn ouderen, gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening/beperking.

Vijf aanspraken: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf.

Onafhankelijke indicatiestelling³ en in sommige gevallen keuze voor de cliënt uit zorg in natura of persoonsgebonden budget. De 32 zorgkantoren lopen geen risico over de AWBZ-zorguitgaven. Het ministerie van VWS bepaalt omvang verzekerde pakket en het jaarlijks macrobudget: de contracteerruimte.

Per regio (in totaal 32 regio's) voert een zorgkantoor namens alle zorgverzekeraars de AWBZ uit voor alle mensen in die regio die AWBZ-zorg nodig hebben. Cliënten kunnen niet kiezen voor een

andere uitvoerder van de AWBZ. Er is geen verzekeringsmarkt zoals de Zvw die kent.

Markt voor extramurale AWBZ-zorg

Marktkenmerken

- In 2012 ontvingen circa 590.000 mensen een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg. Dit is een afname ten opzichte van voorgaande jaren.
- Van alle mensen met een indicatie kiest in 2012 18,8% voor een PGB. Het aantal mensen dat voor een PGB kiest neemt af.
- In 2012 waren er in totaal 1.461 zorgaanbieders actief die een vorm van extramurale AWBZ leverden.
- Per zorgkantoorregio waren dit gemiddeld 46 zorgaanbieders.
- Sinds 2012 zijn er integrale maximumtarieven per uur of dagdeel.

Stand van de markt

- In de komende jaren zal de AWBZ worden gereduceerd tot een kern-AWBZ.
- Het aantal zorgaanbieders neemt de laatste jaren toe.
- In 2012 liep bij twee zorgkantoren een experiment om zelfstandigen zonder personeel een contract te geven.
- Per 1 januari 2013 is dit bij alle zorgkantoren mogelijk.

Markt voor intramurale AWBZ-zorg

Marktkenmerken

- In 2012 ontvingen circa 263.000 mensen een indicatie voor intramurale AWBZ-zorg. Dit aantal is de laatste jaren ongeveer gelijk.
- Van alle mensen met een indicatie kiest in 2012 4,6% voor een PGB. Het aantal cliënten dat voor een PGB kiest neemt toe.
- In 2012 bieden 791 zorgaanbieders intramurale AWBZ-zorg (exclusief GGZ).
- Per zorgkantoorregio waren er gemiddeld 25 zorgaanbieders.
- Er gelden bandbreedtetarieven per ZZP.

Stand van de markt

- In de komende jaren zal de AWBZ worden gereduceerd tot een kern-AWBZ.
- In de intramurale langdurige zorg (excl. GGZ) is sprake van een hoge en stabiele concentratiegraad.

3 Steeds vaker wordt de indicatiestelling gemandateerd aan de zorgverlener.

Figuur 7.

De Stand van de curatieve zorgmarkt (Zvw)

- Alle Nederlanders - met uitzondering van gemoedsbezwaarden - zijn verplicht verzekerd voor de Zorgverzekeringswet (Zvw)
- De minister van VWS bepaalt de omvang van het verzekerde basispakket
- Zorgverzekeraars moeten doelmatig zorg inkopen om te kunnen concurreren op de zorgverzekeringsmarkt
- Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht, het is verboden om mensen te weigeren voor de basisverzekering. Collectieve verzekeringen zijn hiervan uitgezonderd

Zorgverzekeringsmarkt

Marktkenmerken

- Geconcentreerde markt met in 2013 26 risicodragende zorgverzekeraars verdeeld over 9 verzekeringsconcerns. De vier grootste verzekeringsconcerns hebben in 2013 samen een marktaandeel van 90%. In 2014 start naar verwachting een nieuwe zorgverzekeraar.
- Verzekeringspolissen worden zowel in natura, restitutie als in een combinatie van beide aangeboden. Het aantal aangeboden naturapolissen stijgt. Het aantal naturaverzekerden is in 2013 gestegen. Verzekerden lijken niet bewust voor een bepaald soort polis te kiezen, maar voor een lage premie. 36% van de verzekerden weet niet wat voor soort polis hij/zij heeft.
- Zorgverzekeraars mogen onderscheid maken tussen de vergoedingen voor zorgaanbieders met en zonder contract. Het aantal verzekerden dat bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg aanspraak kan maken op een volledige vergoeding neemt af sinds 2008.

Stand van de markt

- Vanaf 2008 stappen er elk jaar meer mensen over. In 2013 is 8,3% van de verzekerden (ongeveer 1,4 miljoen verzekerden) gewisseld naar een andere zorgverzekeraar, ten opzichte van 6% in het voorgaande jaar.
- De gemiddeld betaalde nominale premie (inclusief collectiviteitskortingen) daalde van € 1.226,- in 2012 naar € 1.213,- in 2013.
- Zorgverzekeraars behalen vanaf 2009 een positief exploitatieresultaat op de basisverzekering (exclusief beleggingsresultaten). In 2012 was het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde voor de basisverzekering ongeveer € 82,-.

Medisch specialistische zorg

Marktkenmerken

- In 2013 zijn er:
 - 80 algemene ziekenhuizen
 - 2 categorale ziekenhuizen
 - 8 academische ziekenhuizen
 - 65 categorale instellingen
 - 255 zelfstandige behandelcentra
- Er worden 26 specialismen onderscheiden.

Curatieve GGZ

Marktkenmerken

- In 2010 maakten ongeveer 924.000 cliënten gebruik van tweedelijns GGZ-zorg en 327.000 cliënten van eerstelijns GGZ-zorg. De totale groei 2008-2010 bedraagt 16,5%.
- Er werken in 2011 4.179 psychologisch zorgverleners in de eerstelijns GGZ en 107 overige zorgverleners (met name psychiaters en orthopedagogen).

Eerstelijnszorg

Marktkenmerken

- In 2011 had 72% van de Nederlanders minimaal 1 keer contact met de huisarts.
- Voor een deel van de eerstelijnszorg gelden (maximum)tarieven, bijvoorbeeld in de kraamzorg, verloskunde en logopedie.

(vervolg) De Stand van de curatieve zorgmarkt (Zvw)

Medisch specialistische zorg

Stand van de markt

De omzetgroei 2010-2011 voor het

- A+B-segment bedroeg 3,4%. Deze groei is lager dan voorgaande jaren.
- Aanbieders hebben zich in afspraken met de minister gecommitteerd aan een beperkte omzetgroei.
- De contractering van ziekenhuizen door zorgverzekeraars vindt vooral lopende het jaar plaats.
- Een aanzienlijk deel van de zorgverzekeraars maakt voor het B-segment plafond- en lumpsum-afspraken met ziekenhuizen.

Curatieve GGZ

Marktkenmerken (vervolg)

- Er zijn in 2010 89 niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders met een toelating op grond van de WTZi⁴.
- In 2012 waren er 178 gebudgetteerde instellingen⁵.
- Voor de eerstelijns psychologische zorg is er sprake van prestaties (consulten) met vrije prijzen.
- Voor de gebudgetteerde aanbieders geldt een overgangsmoed in 2013 waarna zij in 2014 bekostigd worden op basis van DBC's.
- De overige aanbieders GGZ worden reeds bekostigd op basis van DBC's.

Stand van de markt

- In 2013 is de eigen bijdrage die was ingevoerd in 2012 weer teruggedraaid.
- Er is een begin gemaakt met de afbouw van de risicoverevening. Uiterlijk per 2015 zijn alle ex post compensaties afgeschaft.

Eerstelijnszorg

Marktkenmerken (vervolg)

- Voor de huisartsenzorg gelden maximumtarieven voor consulten en visites, een inschrijftarief per patiënt en vrije tarieven voor verrichtingen in het kader van modernisering en innovatie.
- Voor fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvies, ketenzorg, eerstelijns-psychologische zorg en farmacie gelden vrije prijzen.
- In de mondzorg gelden per 2013 weer geregleerde tarieven.

Stand van de markt

- Scherpe en selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars is mogelijk, dit gebeurt niet in de mondzorg en huisartsenzorg.
- In de mondzorg en huisartsenzorg is nauwelijks inzicht in kwaliteitsverschillen.
- De bekostiging is geschikt voor concurrerende zorginkoop door zorgverzekeraars.

4 Alleen zorginstellingen die zijn toegelaten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen mogen zorg aanbieden.

5 Over 2012 zijn nog onvoldoende gegevens over het aantal eerstelijns psychologische zorgverleners en het aantal (vrijgevestigde) tweedelijns zorgaanbieders bekend.

• Verbeteringen in de bekostiging

Het verbeteren van de bekostiging van de zorg is een belangrijke taak van de NZa. De manier waarop zorg bekostigd wordt is direct van invloed op de toegankelijkheid, de (transparantie over) kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg.

De voorgaande overzichten laten zien dat we in Nederland ondanks alle maatregelen nog ieder jaar meer geld blijven uitgeven aan de zorg.

Regelgeving intelligenter en minder fraudegevoelig maken

Om zorgfraude te voorkomen, kun je achteraf optreden en de pakkans vergroten, maar ook de regelgeving en de bekostigingsstructuren intelligenter en minder fraudegevoelig maken. Zo checkt de NZa bijvoorbeeld in 2013 alle bestaande en nieuwe beleidsregels op fraudegevoeligheid en geeft adviezen om de opsporing van fraude makkelijker te maken.

In 2013 adviseerde de NZa om de zorgkosten beter inzichtelijk te maken voor de patiënt, onder meer door de informatie op de zorgnota te verbeteren. Dit verhoogt het kostenbewustzijn van consumenten, en het verbetert de controle op de juistheid van de nota. Ook adviseerde de NZa in 2013 om de termijn voor het afsluiten van een behandeling in ziekenhuizen te verkorten van maximaal een jaar naar maximaal 120 dagen. Dat geeft zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten eerder inzicht in de zorgkosten.

Geef open toegang tot zorgdata

Om de kosten van de zorg te kunnen volgen, om te kunnen benchmarken en om fraude op te sporen zou het goed zijn om de zorgdeclaraties zoals die nu bij de zorgverzekeraars in het systeem staan, ook breder beschikbaar te maken, met bescherming van privacygevoelige gegevens uiteraard. Onderzoeksinstanties, zorgaanbieders maar ook bijvoorbeeld patiëntenverenigingen en consumentenorganisaties kunnen dan zelf zien wat er gedeclareerd wordt en overzichten maken vanuit die gegevens.

Stuur op doelmatige zorg

In de curatieve zorg maken brancheorganisaties en de minister

afspraken om de groei te beperken met convenanten. Een nadeel van deze convenanten is dat het sturen op groeiafspraken (bijvoorbeeld een maximale omzetgroei van 1,5%) niet leidt tot meer doelmatigheid. Deze groeiafspraken zijn in feite een vorm van budgettering, waarmee we tegen de ziekenhuizen zeggen: u mag niet meer omzet maken dan x euro. Maar nog steeds kunnen dan de tarieven per behandeling te hoog zijn of kunnen er onnodige behandelingen gedaan worden. De NZa is er voorstander van om te sturen op efficiënte, zinnige zorg. Een plafond is dan ook geen recht, maar een uiterst maximum. Zorgverzekeraars mogen ook bij dit soort groeiafspraken gericht en doelmatig zorg inkopen, ook als dat (ver) onder het plafond zit.

Waarom nog steeds een jaarlijkse indexering van de tarieven?

De NZa berekent jaarlijks de tarieven in de zorg waar vaste of maximumtarieven gelden, zoals het A-segment in ziekenhuizen, de AWBZ, een deel van de huisartsenzorg en de geboortezorg. Opvallend hierbij is dat de tarieven en dus ook de salarissen in de zorg nog altijd ieder jaar geïndexeerd worden.

Bepaal tarieven op basis van normkosten

Tot nu toe berekent de NZa de tarieven in de zorg op basis van kostenonderzoeken. Deze onderzoeken brengen het verschil in kaart tussen de inkomsten van zorgaanbieders en de kosten die zij maken. Het gaat dan om zorgaanbieders die zelfstandig zorg declareren bij de zorgverzekeraar of patiënt. De huidige onderzoeken brengen dus in kaart wat de daadwerkelijk gemaakte kosten zijn en hoe hoog de inkomsten zijn van zelfstandig declarerende zorgaanbieders. Zijn de totale inkomsten hoger dan het vastgestelde norminkomen, dan gaat het tarief omlaag. Houden de beroepspraktijken minder over dan hun norminkomen, dan gaat het tarief omhoog.

Deze manier van berekenen lijkt logisch maar kan in sommige situaties ook de kosten opdrijven. Wanneer aanbieders collectief besluiten tot kostenverhogende factoren (hogere cao-lonen, eisen aan huisvesting en apparatuur), leiden die extra kosten tot een hoger tarief, omdat alle aanbieders die kosten maken. Omdat de reguleringsmethode uitgaat van daadwerkelijk gemaakte kosten,

wordt nergens de afweging gemaakt over nut en noodzaak van die collectief gemaakte kosten.

Dit nadeel is niet verbonden aan het werken met normkosten voor het berekenen van de tarieven. In de basis GGZ is dit ingevoerd in 2013, door een normbedrag vast te stellen voor het aantal behandelingen, met een apart bedrag voor overhead, huisvesting en cao-lonen. In de discussie over die norm, komen nut en noodzaak over de collectief te bepalen kosten uitdrukkelijk aan de orde.

• Het norminkomen

Het norminkomen voor vrije beroepsbeoefenaren in de zorg is ooit vastgesteld op basis van een vergelijking met de salarisschalen van ambtenaren in overheidsdienst, omdat deze inkomens betaald worden uit publieke middelen. Bij het vaststellen van de norminkomens in de jaren tachtig is de volgende vergelijking gemaakt, die in 2013 tot de volgende salarissen zouden leiden:

- medisch specialist (schaal 16-18): € 5.357 - € 8.541⁶
- tandartspecialist/orthodontist (schaal 16): € 5.357 - € 7.311
- huisarts (schaal 14 -15.2): € 4.200 – € 6.529
- fysiotherapeuten en verloskundigen (schaal 8, plus een vergoeding voor substituties): € 2.280 – € 3.082
- apothekers (schaal 14): € 4.200 - € 6.138

In de loop der tijd zijn de norminkomens van deze beroepsbeoefenaren uit de pas gaan lopen met deze salarisschalen. De verhoudingen zijn daardoor inmiddels anders geworden en dat is een reden om opnieuw te bezien of de huidige norminkomens nog kloppen met de uitgangspunten waarop ze ooit gebaseerd zijn. In 2013 start de NZa onderzoeken om de norminkomens van de vrije beroepsbeoefenaren in de zorg te herijken.

6 Bruto salarisschalen van het BBRA 1984 per 1 januari 2013

Wat kost de jaarlijkse indexering van de tarieven?

Jaarlijks worden de gereguleerde tarieven in bijvoorbeeld de AWBZ, de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg met 2,5 - 3% per jaar verhoogd⁷.

Door deze indexering stijgen de kosten van de zorg. Bijvoorbeeld: de kosten in de AWBZ stijgen - met uitzondering van 2010 - door deze indexatie met ongeveer 800 miljoen euro per jaar. De kosten van ziekenhuisbehandelingen in het A-segment nemen tot 2012 door deze indexatie toe met ongeveer 1,2 miljard euro per jaar. In juli 2013 sprak de minister van VWS met ziekenhuizen, medisch specialisten, GGZ, huisartsen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties een maximaal groeipercentage af voor de komende jaren. De zorguitgaven mogen maximaal 1,5% groeien in 2014 en 1% per jaar van 2015 tot en met 2017. Deze afspraken zijn exclusief indexatie voor loon- en prijsbijstelling. Met andere woorden, er is afgesproken dat de tarieven jaarlijks geïndexeerd blijven.

Voor andere sectoren zoals onderwijs, politie en rijksambtenaren geldt al veel langer een nullijn en worden de salarissen niet verhoogd als compensatie voor de inflatie. De vraag is terecht waarom dit niet ook voor de zorg geldt, omdat deze sector net zo goed publiek gefinancierd wordt als die andere sectoren. Bovendien houden we door zonder meer te indexeren geen rekening met een toenemende doelmatigheid. Impliciet leggen we door die nullijn in de andere genoemde sectoren een productiviteitstaak op. In de zorg doen we dit niet, en dat verdient op zijn minst een discussie over de vraag waarom we dat niet doen.

Een ander nadeel van het automatisch indexeren van tarieven is dat eventuele productiviteitswinsten niet meteen in de tarieven tot uiting komen. Dus als bijvoorbeeld tandartsen door taakherschikking en het gebruik van apparatuur efficiënter kunnen werken, dan leidt de indexering tot hogere inkomens en winsten en heeft de patiënt er geen voordeel van. Pas wanneer er een nieuw kostenonderzoek wordt gedaan, wordt dit verrekend in de tarieven en merken zorgaanbieders en patiënten iets van deze productiviteitswinst.

7 Met uitzondering van 2010, de percentages lagen toen tussen de 1 en 2%. Zie ook www.nza.nl/regelgeving/prijsindexcijfers

Erik Schokkaert

over de stelling: "Normkosten voor behandelingen zijn beter dan het klassieke kostenonderzoek, dit laatste drijft de kosten op."

"Wellicht moeten de 'harde' effecten van het gebruik van normkosten in plaats van werkelijk gemaakte kosten niet overdreven worden. In het laatste geval wordt bij de vaststelling van de tarieven immers rekening gehouden met de gemiddelde kosten, en elke individuele zorgaanbieder afzonderlijk zal slechts een verwaarloosbaar effect op dat gemiddelde hebben. Bovendien moeten ook normkosten regelmatig worden geactualiseerd en in de praktijk zal bij die aanpassingen onvermijdelijk ook wel naar het verloop van de gemiddelde werkelijke kosten gekeken worden.

Ondanks deze nuanceringsen, zijn er toch zeer goede redenen om over te schakelen op het gebruik van normkosten, maar die redenen zijn eerder van psychologische of sociale aard. Expliciet redeneren in termen van normkosten zal het kostenbewustzijn bij de zorgaanbieders doen toenemen. Het basisprincipe dat niet alle gemaakte kosten automatisch ook gerechtvaardigd zijn vanuit maatschappelijk oogpunt wordt daardoor beter in de verf gezet en er kan een echt gesprek tot stand komen over de definitie van verantwoorde kosten. Misschien ontstaat er ook meer ruimte om bij de vaststelling van tarieven rekening te houden met de 'bereidheid tot betalen' van de bevolking voor de geleverde diensten. Dat principe is in de gezondheidszorg even relevant als in andere economische sectoren."



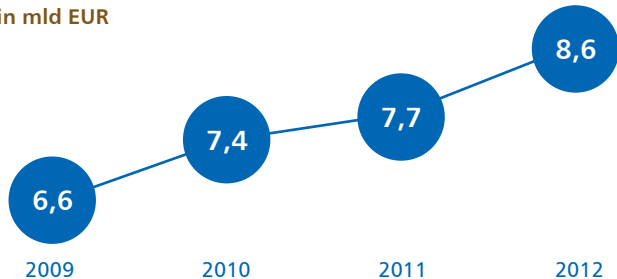
Erik Schokkaert,
gezondheidseconoom, KU Leuven

"Niet alle gemaakte kosten zijn gerechtvaardigd vanuit maatschappelijk oogpunt."

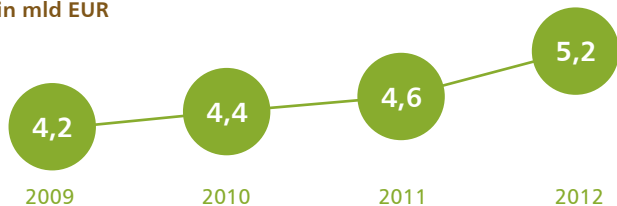
• Uitgaven langdurige zorg in cijfers⁸

Figuur 8.

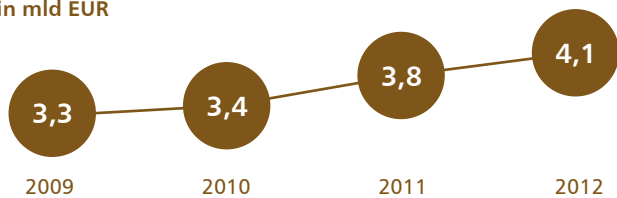
Wat gaven we uit aan verpleeg- en verzorgingshuiszorg? in mld EUR



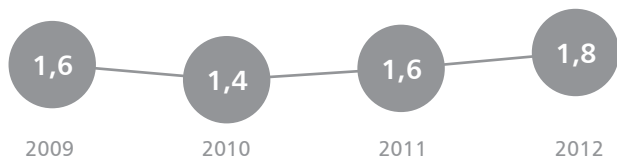
Wat gaven we uit aan gehandicaptenzorg met verblijf? in mld EUR



Wat gaven we uit aan thuiszorg? in mld EUR



Wat gaven we uit aan langdurige GGZ⁹? in mld EUR



8,6

5,2

4,1

1,8

- 8 Analyse NZa over de oorzaken van de kostenstijging in de AWBZ, peildatum februari 2013, NZa Marktscan Extramurale AWBZ (december 2012). Cijfers 2009 obv loon- en materiële kosten, NZa-data
- 9 NZa Marktscan GGZ maart 2013 en Verwachte schadelast curatieve GGZ 2012 (juni 2013)

Oorzaken stijging uitgaven intramurale zorg 2010 - 2012

Figuur 9.
V&V en GHZ ZZP's omzetontwikkeling
in (mln EUR) 2010-2012



Bron: Analyse NZa over de oorzaken van de kostenstijging in de AWBZ, peildatum februari 2013

Deze figuur laat zien dat meer dan de helft van de kostenstijging in de intramurale AWBZ komt door het verhogen van de tarieven. Naast de jaarlijkse indexering zijn de tarieven van de ZZP's in 2011 met ruim 600 miljoen euro verhoogd door de zogenoemde intensiveringsgelden. Voor dat geld zijn geen extra cliënten geholpen. Deze verhoging is per 2013 weer teruggedraaid voor de intramurale gehandicaptenzorg en langdurige GGZ. In de verpleging en de verzorging blijft het hogere tarief wel gehandhaafd.

De toename van het aantal cliënten veroorzaakt 18% van de stijgende kosten. Een kwart van de stijgende kosten komt doordat er sprake is van zorgverzwaring: bestaande cliënten die al in zorg zijn krijgen dan een indicatie voor zwaardere zorg dan in het jaar ervoor. In de ouderenzorg is zorgverzwaring op zichzelf een logisch fenomeen: veel ouderen hebben juist in de laatste jaren van hun leven steeds intensievere zorg nodig. De vraag is hier terecht of de groei in de uitgaven als gevolg van zorgverzwaring rijmt met de demografische ontwikkelingen.

Het aantal cliënten in de intramurale zorg stijgt in het tijdvak 2010-2012 met 3,2% per jaar. Het aantal mannen en vrouwen in Nederland boven de 85 jaar steeg in deze periode met gemiddeld 3,5% per jaar. De geconstateerde zorgverzwaring is dus redelijk in lijn met de toename van het aantal ouderen.

Langdurige GGZ: zorguitgaven stijgen met 24,4% in 2 jaar

In de langdurige GGZ was de stijging in de uitgaven in 2012 fors, zelfs sterker dan in het jaar daarvoor. De omzet is in twee jaar tijd met ongeveer een kwart toegenomen. De omzetstijging in 2012 komt voor 1/3 doordat er meer zorg is geleverd en voor 2/3 doordat in 2012 de tarieven tijdelijk verhoogd werden door de intensiveringsmiddelen. In 2013 zijn de tarieven weer lager.

Extramuralisering ook in gang bij GGZ

In de langdurige GGZ groeit de zorg in een beschermde woon-omgeving met begeleiding (de C-pakketten) het sterkst. Ook is er een sterke groei van het Volledig Pakket Thuis. De zorg met verblijf voor mensen met een lichtere zorgvraag neemt sterk af. Dit laat zien dat ook GGZ-instellingen werk maken van het scheiden van wonen en zorg.

De hervormingen in de AWBZ

Per januari 2013 komen mensen met een lichtere langdurige zorgvraag (ZZP1 en ZZP2) niet meer in aanmerking voor zorg met verblijf. Zij krijgen deze zorg in hun eigen thuissituatie.

De geplande hervormingen in de AWBZ gaan de komende jaren nog een aantal stappen verder: alleen de zorg voor de meest kwetsbaren zal nog geregeld worden in een kern-AWBZ, de overige zorg en begeleiding gaat naar de gemeenten of komt in de Zorgverzekeringswet. Deze overhevelingen gaan gepaard met kortingen op de budgetten.

De hervormingen zijn drastisch en zullen grote gevolgen hebben voor het vastgoed en de exploitatie van bestaande zorginstellingen die nu zorg met verblijf bieden. De verwachting is dat dit tot faillissementen en andere overgangsproblemen leidt in de komende jaren. Daarnaast is er een kans op strategisch gedrag door zorgaanbieders omdat een deel van de AWBZ een landelijke voorziening blijft en een deel lokaal door gemeenten uitgevoerd wordt. Als de vraag naar zorg hoog blijft, zal er druk blijven bestaan op de budgetten die landelijk beschikbaar blijven: op de kern-AWBZ dus.

Marlijn Lenselink

'Hoe voorkomen we dat de vraag naar zwaardere zorg toeneemt?'

"Om te voorkomen dat er onnodig veel druk op de vraag naar zware indicaties voor zorg met verblijf ontstaat is het van belang dat er voldoende mogelijkheden zijn om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Daar ligt een verantwoordelijkheid voor gemeenten, zorgaanbieders en de burgers zelf. Van ons als zorgaanbieder wordt gevraagd dat we veel meer zorg en diensten naar ouderen toebrengen, waarbij er keuzemogelijkheden zijn die passen bij de individuele behoefte en situatie van de cliënt. Afhankelijk van de keuzes die de cliënt maakt kan dit ook betekenen dat er soms meer zelf betaald moet worden. Ook moet duidelijk zijn welk deel van de zorg het sociaal netwerk van de cliënt op zich kan nemen en welke ondersteuning zij daarbij nodig hebben. Als we in staat zijn om het sociaal netwerk te vergroten van cliënten kan een indicatie met verblijf mogelijk langer uitblijven. Wij zijn er van overtuigd dat de inzet van technologie thuis daar ook aan bij kan dragen. Een te grote druk op de vraag naar zorg met verblijf maakt inzichtelijk of de zorg en ondersteuning thuis door de lokale partijen wel voldoende wordt ingevuld."

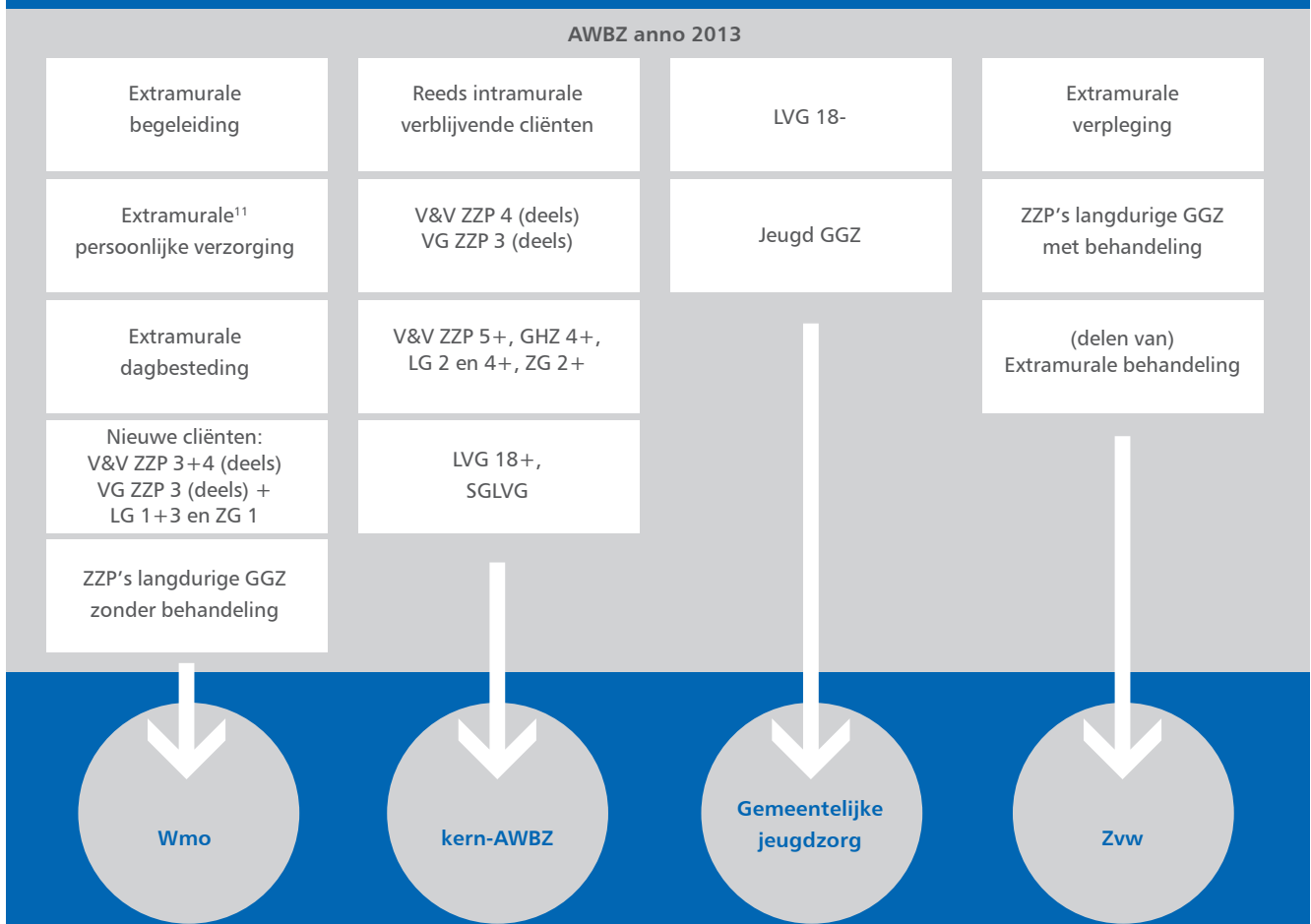


Marlijn Lenselink,
voorzitter Raad van Bestuur van Beweging 3.0

"Een te grote druk op de vraag naar zorg met verblijf maakt duidelijk of ondersteuning door lokale partijen voldoende wordt ingevuld."

Figuur 10.

Waar gaat de zorg uit de AWBZ naartoe?¹⁰



De AWBZ gaat naar:

- Kern-AWBZ ≈ 60% (15 mld EUR).
- Gemeenten ≈ 25-30% (4,5 - 7,5 mld EUR).
- De Zorgverzekeringswet (Zvw) ≈ 10-15% (2,2 - 3,7 mld EUR).

10 ZZP V&V 3 wordt per 2014 niet meer geïndiceerd voor nieuwe cliënten, ZZP VG 3 niet meer per 2015. ZZP's LG 1 en 3 en ZG 1 (auditief en visueel) worden per 2016 niet meer geïndiceerd bij nieuwe cliënten. De instroom van ZZP's VG 3 en V&V 4 wordt per 2015 respectievelijk 2016 gehalveerd.

11 Over de extramurale persoonlijk verzorging wordt nog een definitieve beslissing genomen, deze kan ook overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Deze hervormingen in de AWBZ zijn terug te brengen tot vier belangrijke ontwikkelingen:

1. Extramuraliseren van lichtere zorg: Geleidelijk krijgen nieuwe cliënten met een lichtere zorgvraag geen indicatie meer voor zorg met verblijf. In plaats daarvan ontvangen zij de zorg thuis. Dit past in de ontwikkeling die al in de jaren '90 in gang is gezet: minder opnames in instellingen en meer zorg bij cliënten thuis.

2. Meer zorg naar de zorgverzekeringswet: De langdurige op genezing gerichte GGZ (= langer dan één jaar in een instelling, maar nog wel nadruk op behandeling) gaat naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook de verpleging en de persoonlijke verzorging gaan naar verwachting naar de Zvw. Over de langdurige GGZ die meer gericht is op participatie en begeleiding volgt nog een keuze, net als voor de extramurale behandeling. De verwachting is wel dat ook deze zorg (geheel of grotendeels) naar de Zvw gaat.

3. Overhevelingen naar de Wmo: Begeleiding (inclusief dagbesteding) en een groot deel van persoonlijke verzorging gaat bekostigd worden vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze overheveling gaat gepaard met een forse korting.

4. Kern-AWBZ: Vanaf 2015 blijft alleen de intramurale zorg voor gehandicapten en V&V-clieënten die langdurig veel zorg en een beschermde woonomgeving nodig hebben, in de AWBZ. Huidige cliënten blijven recht houden op hun indicatie met verblijf. De kern-AWBZ blijft een volksverzekering, uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars maar feitelijk door zorgkantoren. Het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) bewaakt de toegang en de NZa blijft prestaties en tarieven vaststellen. Zorgorganisaties in de kern-AWBZ krijgen vanaf 2015 net als nu een budget vanuit de contracteerruimte. Het aantal zorgkantoorregio's gaat wel omlaag. Ook de mogelijkheid voor een persoonsgebonden budget (PGB) blijft bestaan in de kern-AWBZ. Deze PGB's zullen vanuit hetzelfde budget betaald worden als de kern-AWBZ. Dit betekent dat er ook voor de persoonsgebonden budgetten een plafond komt op de uitgaven.

● Zorgkantoor heeft zorgplicht

Zorgkantoren zullen zich in hun zorginkoop moeten voorbereiden op de hervormingen in de AWBZ. Dit betekent dat zij niet meer bij alle bestaande intramurale zorgaanbieders alle zorg gaan inkopen. In 2013 ontstond hier verwarring over: bepaalde zorgkantoren leken in hun inkoopbeleid nog verder te gaan dan de voorgestelde hervormingen. Regionaal kan het wel voorkomen dat er zo'n overschot is aan bestaande intramurale zorgaanbieders dat het zorgkantoor genoodzaakt is om bij bepaalde zorgaanbieders niets of nauwelijks meer zorg in te kopen. Dit is toegestaan, als de zorgkantoren maar blijven voldoen aan hun zorgplicht. Bewoners in een AWBZ-instelling houden met hun indicatie recht op zorg met verblijf: ook als hun verzorgings- of verpleeghuis dichtgaat. Het zorgkantoor moet dan wel een andere oplossing hebben voor deze bewoners.

Als een zorgkantoor aan ziet komen dat hij niet meer kan voldoen aan de zorgplicht, bijvoorbeeld omdat in de regio veel aanbieders tegelijk failliet gaan en er geen andere mogelijkheden zijn om de zorg te organiseren, kan het zorgkantoor dit melden bij de NZa.

Vangnet voor cruciale zorg

Als zorgverzekeraars/zorgkantoren zien dat de continuïteit van zorg in gevaar komt, bijvoorbeeld doordat AWBZ-zorgaanbieders, ziekenhuizen, gehandicaptenorganisaties of GGZ-instellingen failliet gaan, zoeken zij eerst naar andere oplossingen in de regio. Zijn er andere aanbieders die de zorg voor de betreffende bewoners/ patiënten of cliënten kunnen overnemen? Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben een 'zorgplicht' en moeten regelen dat de zorg door kan gaan.

Zijn er geen andere oplossingen in de regio? Dan is er mogelijk sprake van overmacht en kan de zorgverzekeraar/het zorgkantoor dit melden bij de NZa. Dit geldt alleen voor cruciale zorg: dit is AWBZ-zorg, maar ook spoedeisende hulp, ambulancezorg, acute verloskunde en crisisopvang in de geestelijke gezondheidszorg. Als ook de NZa constateert dat er sprake is van overmacht, kan het ministerie van VWS een tijdelijke vangnetstichting oprichten zodat de cruciale zorg toch georganiseerd kan worden.

Declareren op basis van zorgplan was, is en blijft mogelijk

Een terugkerend misverstand is dat de overheid een minutenregistratie voorschrijft in de thuiszorg. Dit staat en stond niet in de regels. Declareren op basis van bijvoorbeeld een personeelsplanning of zorgplan is en was al mogelijk in de beleidsregels van de NZa. Uiteraard moet er een check zijn of de zorg die gepland staat ook daadwerkelijk geleverd is. Dit kan bijvoorbeeld door de cliënt dagelijks of wekelijks te laten aftekenen of de zorg zoals die in het zorgplan staat, ook daadwerkelijk is geleverd.

Gerdi Verbeet

“Laat cliënt controleren of de zorg daadwerkelijk geleverd is.”

“Als ik een brood koop wil ik ook weten wat het kost, waarom bij de zorg dan niet?, was de reactie van een van de mensen die het afgelopen najaar meedeed aan de NPCF-meldactie Kostenbewust zijn. Zo’n 8500 mensen vulden de vragenlijst in, en wat bleek: mensen willen weten wat de dokter declareert bij hun zorgverzekeraar. 70% van de deelnemers die nu al een declaratieoverzicht krijgt, checkt dit vaak op juistheid. 32% ontdekte een fout.

Vroeger kregen we de rekeningen na een doktersbezoek thuisgestuurd. Ik zie mijn vader nog de rekeningen checken en daarna doorsturen. Die controle gebeurde vanuit een kostenbewustzijn dat we nu ook zien bij de deelnemers aan onze meldactie. 69% van hen geeft aan zich bewust te zijn van de kosten van de zorg. Men wil weten wat er in rekening wordt gebracht en of dat klopt. Patiënten kunnen een belangrijke rol spelen bij het tegengaan van onjuiste declaraties, en daarmee het beheersen van de zorgkosten. Daar komt bij dat deze vorm van transparantie, evenzeer als transparantie in het algemeen, bijdraagt aan het evenwicht in de relatie tussen arts en patiënt. Bovendien gaat er een prikkel van uit om zorgvuldig om te gaan met zorggeld.

Dus ja, stel mensen in staat om te controleren of de zorg daadwerkelijk geleverd is. Minister Schippers heeft onder andere op basis van de uitkomsten van onze meldactie, afgesproken met de zorgverzekeraars dat zij hun verzekerden meer en duidelijkere informatie geven over verleende zorg. Wat ons betreft een belangrijke stap op weg naar meer openheid, naar grip op de zorgkosten met daarbij een rol voor de centrale partij in het stelsel: de zorggebruiker.”



Gerdi A. Verbeet,
voorzitter patiëntenfederatie NPCF

“Mensen willen weten wat de dokter declareert bij hun zorgverzekeraar.”

● Toezicht in de langdurige zorg in 2013: bescherm kwetsbare cliënten

In haar toezicht op de zorgkantoren onderzoekt de NZa jaarlijks of zij de AWBZ goed uitvoeren. In 2013 lette de NZa extra op de controle van zorgdeclaraties: zorgkantoren moeten controleren of de zorgrekeningen in de AWBZ correct zijn en of de zorg die in rekening gebracht is, ook daadwerkelijk is geleverd. De NZa zal handhaven als deze punten niet verbeteren in 2013.

Betere screening nieuwe zorgaanbieders

In de thuiszorg is het vrij eenvoudig om als nieuwe aanbieder zorg te gaan leveren. Dat is op zich goed, omdat zo de concurrentie in de sector hoog blijft en daarmee de urgentie van zorgaanbieders om efficiënt te blijven werken.

In 2012 en 2013 ontving de NZa een aantal verontrustende signalen dat in de extramurale AWBZ zorgaanbieders werken, veelal met onduidelijke onderaanneemconstructies, die misbruik van het zorggeld en van kwetsbare cliënten maken. Door deze signalen en na onderzoek naar de naleving van de regels door thuiszorgorganisaties, verscherpt de NZa in 2013 haar toezicht in de thuiszorg.

De NZa controleert in 2013 of thuiszorgorganisaties de regels naleven en scherpt de regels voor de prestaties door zorgkantoren aan. Zorgkantoren hebben een belangrijke rol om problemen te voorkomen. Zo moeten zij nieuwe thuiszorgaanbieders goed screenen en alert zijn op onderaanneemconstructies. Zorgkantoren moeten bovendien kwetsbare cliënten, bijvoorbeeld cliënten met psychische problemen, goed begeleiden in hun keuze voor een (thuis-)zorgaanbieder. Jaarlijks controleert de NZa of de zorgkantoren de AWBZ goed uitvoeren. In de prestatiemeting over 2013 besteedt ze extra aandacht aan deze punten.

Informatie in de AWBZ eerder en eenvoudiger


In 2013 deed de NZa onderzoek naar de transparantie van keuze-informatie in de AWBZ met als hoofdvraag: is er vanuit de zorgaanbieders voor cliënten voldoende informatie om een verantwoorde keuze te maken? En welke informatie is dan voor hen belangrijk? Een opvallende conclusie uit het onderzoek is dat er veel informatie beschikbaar is over de zorg in verzorgings- en

verpleeghuizen, maar dat toekomstige bewoners deze informatie niet altijd kunnen vinden. Er zijn te veel verschillende informatiebronnen met eerder te veel dan te weinig informatie.

In de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder spelen bovendien vaak andere aspecten een rol dan de kwaliteitscriteria die van belang zijn bij de zorginkoop door de zorgkantoren. Voor cliënten is bijvoorbeeld de locatie het belangrijkste criterium. Is er een park of winkelcentrum in de buurt? Ook willen cliënten weten welke aanvullende diensten er zijn, zoals het wassen van kleding, en wat de kosten daarvan zijn. Deze informatie moeten zorgaanbieders eerder geven: nu komt hier vaak pas tijdens het intakegesprek duidelijkheid over. Zeker van ouderen kun je niet verwachten dat ze eerst verschillende intakegesprekken gaan voeren met zorgaanbieders. Eind 2013 verschijnt een monitor Transparantie van de NZa: aan de hand van die resultaten worden de regels voor de informatieverstrekking door zorgaanbieders aangescherpt.

Upcoding in de AWBZ: zwaardere zorg noodzakelijk?

De tendens dat mensen langer thuis blijven wonen is al jaren aan de gang. Door de hervormingen in de langdurige zorg zal dit voor nog veel meer mensen gelden. Pas met een zwaardere zorgvraag, vanaf ZZP 4/5, komen ouderen of gehandicapten in aanmerking voor zorg met verblijf in een AWBZ-instelling. Dit kan leiden tot de neiging om zwaarder te indiceren. Een goed geborgde, onafhankelijke en face-to-face indicatiestelling kan dit probleem beperken. De NZa onderzoekt mogelijke risico's voor deze 'upcoding' en geeft zorgkantoren de opdracht hier alert op te zijn bij het controleren van zorgrekeningen.



Mevrouw Janssen, 89 jaar, woont in een verzorgingshuis in Arnhem

“Moet ik verhuizen?”

Twee jaar geleden overleed de man van mevrouw Janssen. Al snel bleek dat ze het niet goed aankon om alleen in haar huis te blijven wonen. De thuiszorg die ze kreeg was niet voldoende: ze kon het huis niet meer goed schoonhouden. Haar voeten werden steeds slechter doordat ze diabetes heeft. De verzorging daarvan werd steeds intensiever. Vorig jaar brak ze tot overmaat van ramp haar heup. Na de revalidatie werd een indicatie voor haar aangevraagd om in een verzorgingshuis te komen wonen. Ze kreeg een zorgzwaartepakket 2.

Na een jaar met dubbele lasten heeft ze nu eindelijk haar huis in Arnhem kunnen verkopen. Daar was ze blij mee, al moet ze de opbrengsten van dat huis wel eerst ‘opeten’ omdat ze in een instelling woont. Maar nu hoorde ze bovendien dat het verzorgingshuis waar ze woont misschien failliet gaat. Ze maakt zich zorgen omdat ze in de krant las dat er al ouderen zijn die moeten verhuizen.

Reactie NZa: “U hoeft niet terug naar een eigen huis, maar het kan gebeuren dat u moet verhuizen naar een ander verzorgingshuis.”

Bewoners die op dit moment met een licht zorgzwaartepakket (ZZP 1 en 2) in een AWBZ-instelling wonen, hoeven niet terug naar huis. Zij blijven recht houden op hun bestaande indicatie voor zorg met verblijf.

Voor deze bestaande bewoners hebben zorgkantoren een zorgplicht: zij moeten ervoor zorgen dat cliënten de zorg blijven krijgen waar ze recht op hebben.

Door alle maatregelen in de AWBZ kan het gebeuren dat een verzorgingshuis dicht moet. Bewoners zullen dan moeten verhuizen naar een andere AWBZ-instelling in de regio.

Voor mevrouw Janssen betekent dit niet dat ze weer op zichzelf zou moeten gaan wonen of een huis zou moeten kopen of huren. Het kan wel gebeuren dat mevrouw Janssen misschien naar een andere instelling in de buurt moet verhuizen als het verzorgingshuis waar zij woont dicht gaat of samengaat met een andere instelling.

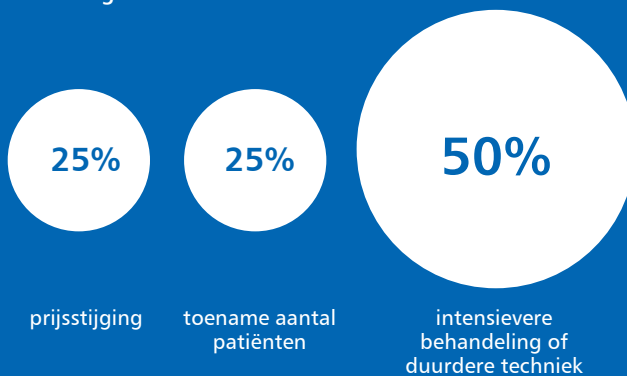
De curatieve zorg

Meer en duurdere behandelingen in ziekenhuizen

Gemiddeld groeiden de uitgaven aan ziekenhuisbehandelingen (DBC's) tussen 2006 en 2011 met 5,5% per jaar.

Figuur 11

Oorzaken van de groei in de uitgaven aan medisch specialis- tische zorg



Aantal aandoeningen per patiënt en aantal behandelingen stijgt

In de vorige Stand van de zorgmarkten konden we aan de hand van analyses bij acht patiëntengroepen zien dat de toename in de kosten bij deze groepen tussen 2006 en 2008 vooral komt doordat meer mensen een intensievere behandeling krijgen of een behandeling met een duurdere techniek. Nieuwe gegevens over deze doelgroepen bevestigen dit beeld ook voor de periode tot en met 2011.

De omzetting in ziekenhuizen komt vooral door de keuze om eerder of intensiever te behandelen. Voorbeelden hiervan zijn de implantatie van een inwendige defibrillator bij hartritmestoornissen en ooginjecties bij macula degeneratie. Daarnaast krijgen patiënten met bijvoorbeeld nierstenen, hernia of spataderen ook eerder een actieve behandeling dan voorheen.

● Integrale tarieven ziekenhuiszorg: laatste belemmering weg voor selectieve inkoop

Om te zorgen dat zorgverzekeraars in de ziekenhuiszorg geen belemmeringen ervaren voor het selectief inkopen van zorg, adviseerde de NZa in 2013 om in de ziekenhuizen één integraal tarief in te voeren. Hiermee vervallen de aparte tarieven voor het salaris van medisch specialisten per 2015. Zorgverzekeraars maken dan met de ziekenhuizen afspraken over de tarieven, de kwaliteit en het aantal behandelingen. Het ziekenhuis maakt vervolgens zelf afspraken met de medisch specialisten en andere professionals over hun vergoeding.

Effectieve zorginkoop met integrale tarieven

Door het invoeren van integrale tarieven kunnen zorgverzekeraars effectiever onderhandelen met ziekenhuizen. Als specialisten een apart honorariumtarief houden, beperkt dat de onderhandelingsruimte van verzekeraars. De NZa ziet geen risico's voor de publieke belangen bij integrale tarieven. In specifieke situaties zijn risico's uiteraard nooit uit te sluiten. Als de publieke belangen in gevaar komen, kan de NZa waar nodig ingrijpen met haar instrumenten om aanmerkelijke marktmacht (AMM) tegen te gaan. Bijvoorbeeld bij de regiomaatschappen. In de Wmg is daarvoor wel een aanpassing nodig, daar moeten maatschappen als zorgaanbieders worden aangemerkt, om bij AMM te kunnen ingrijpen of in het uiterste geval maatschappen te kunnen ontbundelen.

● Eén prijs voor ambulanceritten

Spoedritten per ambulance worden in de toekomst overal in het land even duur. Nu kan de prijs voor spoedritten nog per regio variëren, afhankelijk van het aantal ritten door de ambulances. In 2013 adviseerde de NZa om één landelijk tarief voor spoedritten in te stellen. Het budgetstelsel voor ambulances blijft bestaan, maar de bekostiging verandert wel in 2014. Ambulancediensten krijgen dan een budget voor het beschikbaar hebben van ambulances en personeel. In het huidige bekostigingsmodel is de vergoeding grotendeels afhankelijk van het aantal gereden ritten en kilometers. De NZa bepaalde de noodzakelijke regionale capaciteit aan de hand van een analyse van het RIVM voor ambulancezorg.

Rob Dillmann

over de heilige graal van de meetbare zorgprestaties

“Uitkomsten van zorg zijn beleidsmatig ‘hot’. Na een wat aarzelend begin hebben ze zich genesteld in de kern van menig beleidsnotitie. Sommigen veronderstellen met weinig omhaal en reserve dat binnen 5 tot 10 jaar de zorg wel bekostigd kan worden op basis van kwantitatief onderbouwde zorgprestaties. Een forse claim, die wat nader onderzoek vergt. Om te beginnen is het uitgangspunt om beloofd te (willen) worden voor je prestaties ten behoeve van de gezondheid van onze patiënten overtuigend helder en simpel. Gekoppeld aan Porters uitgangspunt dat competitie op basis van die prestaties centraal stelt, is het ook inderdaad een krachtig recept voor toename van de toegevoegde waarde voor al onze patiënten. Dat vraagt echter wel dat die competitie ook daadwerkelijk op die basis plaatsvindt, en dat de zorgprestaties die daarin centraal staan goed meetbaar zijn. Van beide is op dit moment nauwelijks sprake. Er is een aantal bedreigingen:

- 1) teveel en te gedetailleerde uitkomstindicatoren,
- 2) gebrek aan competitie op basis van uitkomsten van zorg door kwaliteit als instapvoorwaarde te hanteren,
- 3) gebrek aan durf om met pay-for-performancesystemen te experimenteren met bestaande en meer globale uitkomstmaten.

Lastig is dat deze aanpak zich slecht verdraagt met een schadelastbenadering van jaar tot jaar. De laatste lijkt momenteel overigens weer dominant te zijn bij de verzekeraars. Een speciale loot aan deze stam is populatiegebonden bekostiging op basis van gezondheidsuitkomsten. Wie dat model wil hanteren kan net zo goed de verzekeraars en hun vereveningsmodel afschaffen, want alle risico's zijn in die aanpak terecht gekomen bij de organisatie die deze verantwoordelijkheid aangaat. Dan kunnen de beheerskosten van verzekeraars direct als besparing worden ingeboekt en gaat de toegevoegde waarde van onze zorggeuro meteen 5% omhoog.

Niet doen dan? Zeker niet: investeren in een geleidelijke ontwikkeling naar pay-for-performance afspraken is zinlijk. Als we ons realiseren dat het introduceren van een systeem van product-definitie ons meer dan 15 jaar heeft gekost (en we zijn nog niet klaar!), weet dat deze volgende innovatie ook zoveel tijd zal kosten. Meteen aan de slag dus!”



Rob Dillmann,
CEO Zaans Medisch Centrum

“Investeer in een geleidelijke ontwikkeling naar pay-for-performance afspraken.”

Carina Hilders

over het invoeren van integrale tarieven in ziekenhuizen

“De medisch specialistische zorg is sterk in beweging met aanscherping van de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Deze decentrale sturing bij de beoogde ‘marktwerking in de zorg’ wordt geregisseerd door beheersing van de zorguitgaven met afspraken over volume en prijsontwikkelingen, spreiding en concentratie van zorg. De vanzelfsprekendheid van de rol en positie van een individueel ziekenhuis verdwijnt, waardoor ziekenhuizen veel meer dan nu het geval is, hun toegevoegde waarde moeten aantonen. Keuzen in de positionering en de samenwerking zullen moeten leiden tot een heldere toekomstvisie en strategie van het ziekenhuis. Hiervoor is een slagvaardige en wendbare organisatie nodig waarbij er sprake is van gelijkgerichte belangen. De samenwerking tussen ziekenhuis en medisch specialist en het verder ontwikkelen van een geïntegreerd medisch bedrijf, is cruciaal om deze ambities binnen de zorg te realiseren. Hierbij zal een transparante verdeling van rollen de verbinding tussen zeggenschap en verantwoordelijkheid moeten laten zien. Hiermee zal worden voortgebouwd op de toenemende zakelijke en professionele verhouding tussen medisch specialist en Raad van Bestuur die onder andere door de invoering van de integrale tarieven in 2015 is ingezet. De medisch specialist zal hierbij zijn rol moeten oppakken in de onderhandeling met de zorgverzekeraar gericht op het behoud van kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt. De invoering van de integrale tarieven zal deze rol nog nadrukkelijker maken, waarbij bij het verdelen van de gelden het gemeenschappelijk belang van zowel patiënt, ziekenhuis als medisch specialist leidend moet blijven.”



Carina Hilders,
gynaecoloog en voorzitter van projectgroep
De Medisch Specialist 2015, Orde van Medisch
Specialisten

“Ziekenhuizen moeten
meer hun toegevoegde
waarde aantonen.”



Chris Fonteijn,
bestuursvoorzitter Autoriteit Consument en Markt

“ACM zal de besturen
van ziekenhuizen direct
aanspreken.”

Chris Fonteijn over de aanpak van regionale maatschappen

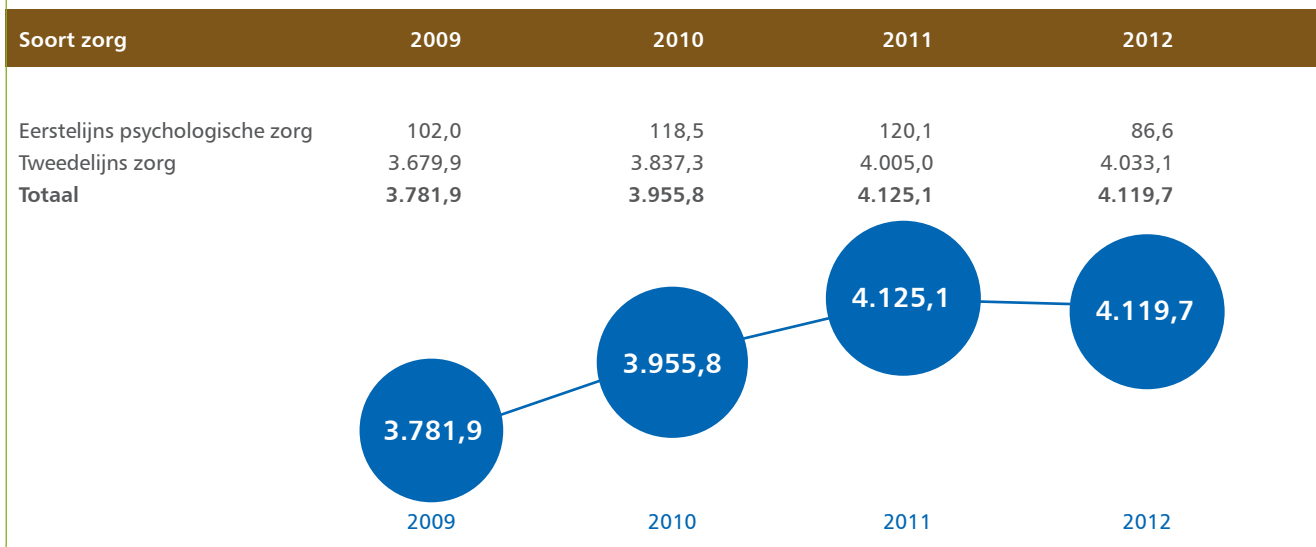
“Een maatschap van medisch specialisten vormt in beginsel een economische eenheid met het ziekenhuis waarin de medisch specialisten werkzaam zijn. De afhankelijkheid en verwevenheid tussen een maatschap van medisch specialisten en een ziekenhuis en tussen specialismen binnen een ziekenhuis onderling, maken dat de één niet zonder de ander kan functioneren. ACM heeft vastgesteld dat dit standpunt wordt gedeeld door de relevante stakeholders. Hieruit volgt dat wanneer een maatschap van medisch specialisten van een ziekenhuis besluit samen te gaan met een maatschap van medisch specialisten van een ander ziekenhuis, ACM de ziekenhuisoverstijgende maatschap die dan ontstaat beschouwt als een samenwerking tussen de betrokken ziekenhuizen. De samenwerking tussen de betrokken ziekenhuizen alsmede de afspraken die binnen de ziekenhuisoverstijgende maatschap worden gemaakt vallen daarmee onder het toepassingsbereik van artikel 6 van de Mededingingswet. Tegen de vorming van een stads- of regiomaatschap heeft ACM op zichzelf geen bezwaar. De vorming van een ziekenhuisoverstijgende maatschap en de afspraken die daar bij gemaakt worden, kunnen immers bijdragen aan een betere kwaliteit of toegankelijkheid, zoals bijvoorbeeld het kunnen aanbieden van 7x24 uur zorg. Er kunnen echter ook afspraken worden gemaakt die de concurrentie beperken. Aangezien ACM afspraken die binnen een ziekenhuisoverstijgende maatschap worden gemaakt beschouwt als afspraken tussen de betrokken ziekenhuizen, zal ACM de besturen van deze ziekenhuizen direct aanspreken. Ziekenhuisbestuurders dienen zich er daarom goed van bewust te zijn wat er binnen een ziekenhuisoverstijgende maatschap gebeurt. ACM zal enkel ingrijpen als een afspraak de concurrentie beperkt en tegelijkertijd niet in het belang is van patiënten/verzekerden. Daarom wordt het oordeel van patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars zwaar meegewogen.”

De curatieve GGZ: kosten stijgen, behalve waar verzekeraar stuurt

Tussen 2009 en 2012 gaven we de volgende bedragen uit aan curatieve GGZ in Nederland:

Figuur 12.

Omzetontwikkeling GGZ (in mln EUR)



Uit deze cijfers blijkt dat de totale uitgaven aan tweedelijns GGZ-zorg blijven stijgen. Bijzonder is dat bij de eerstelijns psychologische zorg, waar de zorgverzekeraar stuurt met contracten, de uitgaven voor het eerst in 12 jaar zijn gedaald met 27,9%. De uitgaven aan zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders in de curatieve GGZ blijven juist stijgen in 2012. Zorgverzekeraars geven aan dat de stijging van uitgaven voor een groot deel wordt veroorzaakt door de sterke groei van de vraag naar dyslexiezorg. In 2013 doet de NZa nader onderzoek naar deze groei.

Bekostiging basis GGZ eenvoudiger per 2014

Zorg voor mensen met lichtere en niet-complexe psychische klachten krijgt per 2014 een eenvoudiger bekostiging. De huisarts krijgt in de nieuwe basis GGZ de regie om mensen te verwijzen naar de lichtere basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

Tot nu toe werd deze zorg op verschillende manieren bekostigd: via de huisarts, via de eerstelijns psychologische zorg en via de tweedelijnszorg. Vanaf 2014 gelden er vijf zorgprestaties voor deze basis GGZ. Vier daarvan bevatten een heel behandelings-traject, van intake tot ontslag. De zorgvraag van de patiënt staat hier centraal. De vijfde zorgprestatie geldt voor patiënten waarbij geen stoornis geconstateerd wordt en voor behandelingen waarvoor nog één consult in 2014 valt.

Om huisartsen in het uitvoeren van de basis GGZ te ondersteunen, is de regeling POH-GGZ verruimd. Huisartsen kunnen de inzet van praktijkondersteuners verdubbelen van 4,5 naar 9 uur per week.

• Verscherpt toezicht in de GGZ

In 2013 hield de NZa verscherpt toezicht op de GGZ, vanwege de invoering van de prestatiebekostiging dit jaar en door signalen over onjuiste declaraties. Die signalen gingen bijvoorbeeld over het declareren van zorg als basispakketzorg, terwijl deze zorg niet in het basispakket zit. Zo onderzocht de NZa op verzoek van de minister de werkwijze van een aanbieder in de GGZ, die behandelingen declareerde die niet onder verantwoordelijkheid van een psychiater of klinisch psycholoog waren verricht. In 277 van de 281 behandelingen voldeed de organisatie hier niet aan, waarop de verzekeraar de zorg weigerde te vergoeden. De verzekeraar heeft hier correct gehandeld oordeelt de NZa. Om in de toekomst onduidelijkheden te voorkomen, adviseerde de NZa om de controlemogelijkheden door verzekeraars te verruimen, scherp af te bakenen wat verzekerde zorg is en in de polis duidelijk te omschrijven welke zorgaanbieder mag declareren en welke niet. De NZa doet in 2013 nader onderzoek om inzicht te krijgen of er sprake is van meer of andere ongewenste constructies in de GGZ.

Belemmeringen voor de zorginkoop en controle in de curatieve GGZ

In de curatieve GGZ bestaat nog een aantal belemmeringen voor een goede inkoop van zorg door zorgverzekeraars:

- Onduidelijkheden in de aanspraken: de omschrijving van de zorg moet duidelijk zijn en niet vatbaar voor verschillende interpretaties.
- Onduidelijkheden over wat precies verzekerde zorg is en wat niet.
- Er is een spanning tussen de regels voor privacy in de GGZ en de wens om verzekeraars de rekeningen goed te laten controleren. In 2013 evalueerde de NZa de eerder gekozen oplossing voor privacybezwaren in de GGZ en constateerde dat het afgelopen jaar nauwelijks gebruik gemaakt is van de mogelijkheid om ontheffing aan te vragen voor het vermelden van diagnose-informatie op de factuur.
- Vanaf 2014 komt op de declaraties van GGZ-zorg meer informatie om scherp in te kunnen kopen op kwaliteit en prijs en controle eenvoudiger te maken. Zo moeten aanbieders van GGZ vermelden wie de hoofdbehandelaar is, welk beroep die heeft en welke andere verschillende behandelaren tijd aan een cliënt hebben besteed. Met deze aanpassingen kunnen cliënten en verzekeraars gemakkelijker hun rekening controleren.
- In 2013 zijn de mogelijkheden verruimd om de huisartsen te ondersteunen bij het begeleiden van mensen met psychische klachten, doordat zij meer uren per week praktijkondersteuners GGZ kunnen inzetten. Deze praktijkondersteuners zouden ook bij andere eerstelijnsorganisaties ingezet moeten kunnen worden.
- Ook in de GGZ geldt dat de zorginkoop beter wordt als verzekeraars de mogelijkheid hebben om niets te vergoeden voor zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Roxanne Vernimmen

over de kostenontwikkeling en belemmeringen voor de zorginkoop in de GGZ

“De kosten van de GGZ zijn de laatste jaren gestegen, echter niet meer dan in de andere zorgsectoren. Wel hebben we veel meer patiënten behandeld. De prijs per patiënt is dus gedaald. Vanaf 2012 is er geen sprake meer van kostenoverschrijding. Een trend waar we trots op zijn.

De GGZ staat aan de vooravond van een enorme transitie. Een transitie die we onderschrijven om zo goede psychiatrische zorg duurzaam te verankeren in de samenleving. De partijen van het bestuurlijk akkoord hebben met elkaar concrete financiële en inhoudelijke doelstellingen geformuleerd. Ambitieuze – maar ook noodzakelijke – doelen, die alleen maar behaald kunnen worden als iedereen zich aan de agenda houdt. Het gaat om co-makenschap voor de lange termijn. ‘Selectief winkelen’ is dan ook uit den boze.

Zorgverzekeraars vinden de GGZ een black box. De behandelrichtlijnen van de beroepsverenigingen vormen de basis van onze zorgpaden. Patiënten kunnen die inzien. Vanaf 2014 komen op de factuur naast de diagnose, ook de hoofdbehandelaar en de bestede indirecte tijd per afgesloten DBC te staan. We meten de behandelresultaten met routine outcome metingen, de patiëntervaringen met de CQ-index en met de inspectie zijn patiëntveiligheidsindicatoren afgesproken. Alle gegevens zijn inzichtelijk voor de zorgverzekeraars. Ik durf dan ook te beweren dat er geen sector transparanter is dan de onze. Kortom we kunnen samen aan de slag gaan. De GGZ gaat ervoor!”



Roxanne Vernimmen,
psychiater en bestuursvoorzitter Altrecht

“Het is net zo belangrijk om aan te geven wat je als GGZ-aanbieder niet (meer) doet als wat je wel doet.”

● Maak de kwaliteit van fysiotherapeuten, huisartsen, tandartsen en apotheken zichtbaar

Zorgaanbieders in de eerstelijnszorg hebben moeten wennen aan de sterk sturende rol van zorgverzekeraars. Ook kost het verfijnen van de manier waarop zorgverzekeraars met zorgaanbieders onderhandelen tijd. In de bewegingszorg, waar al langer vrije prijzen gelden, is het effect van de sturende zorgverzekeraar positief voor de patiënt: de tarieven blijven stabiel, de toegankelijkheid van zorg blijft goed en de zorgverzekeraars krijgen daar meer inzicht in de verschillen in kwaliteit en service tussen zorgaanbieders. Fysiotherapeuten kunnen bijvoorbeeld hogere tarieven krijgen als zij extra service bieden of aantoonbaar beter samenwerken met andere disciplines. Zo'n plus- of topcontract van de zorgverzekeraar wordt inmiddels door de sector beschouwd als kwaliteitskeurmerk. Verzekeraars zouden deze informatie over de verschillen die zij zien tussen zorgaanbieders ook moeten delen met hun verzekerden vindt de NZa: deze informatie is nuttig bij de keuze voor een geschikte zorgaanbieder en bij de keuze voor een geschikte zorgpolis.

Opvallend is dat er nog nauwelijks inzicht is in de verschillen (in kwaliteit) tussen huisartsen. Ook bij de orthodontisten en tandartsen, die in 2011 en 2012 aankondigden dat zij hun kwaliteit inzichtelijk zouden maken, zijn nog weinig vorderingen op dit punt.

Het grootste financiële effect van de scherpere inkoop door zorgverzekeraars is te zien in de apotheeke zorg. Zorgverzekeraars stelden goedkopere medicijnen met dezelfde werkzame stof verplicht in de apotheek. In de afgelopen vijf jaar hebben verzekeraars met dit preferentiebeleid tussen de 0,75 en 0,9 miljard bespaard. De totale kosten van de extramurale farmaceutische zorg zijn stabiel: jaarlijks geven we 4,8 miljard uit aan apotheeke zorg. De totale kosten blijven stabiel dankzij het preferentiebeleid en geneesmiddelen die uit patent gaan. Consumenten geven aan dat zij tevreden zijn over de dienstverlening van hun apotheek. Bijna iedereen heeft binnen 15 minuten een apotheek tot zijn beschikking en kan er snel terecht. Welke verzekeraar je ook kiest, de kans dat je bij een apotheek van je keuze terecht kunt is groot, de contracteergraad is 94%.¹²

Een effect van het huidige preferentiebeleid is dat de patiënt geconfronteerd kan worden met andere verpakkingen, prijswijzigingen en een ander uiterlijk van of andere hulpstoffen in de medicijnen. Dat hoeft geen probleem te zijn als de apotheker, (huis)arts en zorgverzekeraar de patiënt tijdig voorlichten over het geneesmiddel. Wie een ander merk dan het preferente merk van hetzelfde geneesmiddel nodig heeft om medische redenen, moet dit kunnen krijgen. Verzekeraars en apotheken moeten vervolgens hun patiënten duidelijk kunnen vertellen welke prijs in rekening gebracht wordt bij de medicijnen.

In 2013 verduidelijkte de NZa de transparantie-eisen van apotheken en onderzocht of apothekers voldoen aan die eisen. Apothekers ontvingen een vragenlijst aan de hand waarvan zij kunnen checken of zij voldoen aan de eisen uit de beleidsregel 'Informatievoorziening door zorgaanbieders' en aan de 'Transparantie-eisen apothekers'. Per 1 januari 2014 moeten alle apotheken voldoen aan deze vernieuwde eisen.

● Verbeteringen in de bekostiging van de farmacie

Vanaf 2014 komt er een aparte prestatie in de apotheeke zorg voor de eerste terhandstelling van een geneesmiddel. Bij controles van zorgverzekeraars bleek dat die prestatie soms onterecht werd gedeclareerd. Door het een zelfstandige prestatie te maken, wordt deze expliciet zichtbaar op de factuur.

In 2013 adviseerde de NZa voor de intramurale farmacie om verzekeraars en ziekenhuizen vanaf 2015 zelf voorstellen te laten doen welke geneesmiddelen zij apart willen declareren en welke niet. Dit maakt maatwerk mogelijk in de bekostiging. Per 2015 worden deze zogenoemde 'add-ons' bovendien per geneesmiddel vastgesteld en niet meer op het niveau van stofnaam, toedieningsvorm en indicatie. Declareren per geneesmiddel maakt de registratie voor ziekenhuis en verzekeraar transparanter.

Bart Combee

over de transparantie van geneesmiddelen

“Het preferentiebeleid is zonder meer succesvol in het verlagen van kosten van medicijnen en daarmee indirect in het verlagen of matigen van verzekeringspremies. Toch krijgt de Consumentenbond ook veel klachten: steeds een ander doosje. Veelvuldig wisselende doseringen. Medicijnen die niet op voorraad zijn. Discussies over wel of niet in aanmerking komen voor een patent-geneesmiddel omdat de patiënt bijvoorbeeld niet goed reageert op de gebruikte hulpstoffen. Totale onduidelijkheid over de (fluctuerende) prijzen van geneesmiddelen en de gevraagde eigen bijdrage van patiënten. Het leidt bij consumenten tot verwarring en angst, en kan nadelig uitpakken voor medicatietrouw of tot onjuist gebruik van medicijnen. Daarnaast moet het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars helder zijn. Welke geneesmiddelen worden vergoed, moet bij het afsluiten van de verzekering bekend zijn. En lopende het verzekeringsjaar moeten daar geen wijzigingen op komen. In de evaluatie van het preferentiebeleid moeten deze zorgen opgepakt en opgelost worden. Pas dan is het preferentiebeleid echt een succes te noemen.”



Bart Combee,
directeur Consumentenbond

“Welke geneesmiddelen worden vergoed, moet bij het afsluiten van de verzekering bekend zijn.”

Marco Varkevisser

over het belang van inkoopmacht en vrije poliskeuze

“In ons zorgstelsel met gereguleerde concurrentie worden zorgverzekeraars geacht voor hun verzekerden gunstige contractafspraken te maken met zorgaanbieders. Om dit goed te kunnen doen, is het essentieel dat zorgverzekeraars in staat zijn om hun verzekerden te verleiden voor bepaalde voorkeursaanbieders te kiezen. Een belangrijk instrument daarbij is het aanzienlijk minder vergoeden van zorg die door niet-gecontracteerde aanbieders wordt verleend. Gezien enkele rechterlijke uitspraken wordt aan deze noodzakelijke voorwaarde momenteel niet voldaan. De voorgenomen aanpassing van artikel 13 Zvw valt daarom toe te juichen. Het hinderpaalcriterium – de beperkte vergoeding van een verzekeraar mag voor een verzekerde geen feitelijke ‘hinderpaal’ vormen om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan – zou met de wetwijziging verdwijnen en hoeft het inkoopbeleid van zorgverzekeraars dan niet langer te bemoeilijken. Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars daadwerkelijk steeds meer als kritische en kostenbewuste zorginkopers gaan functioneren is echter meer nodig. Allereerst dient een oplossing te worden gevonden voor het vertrouwensprobleem waarmee zorgverzekeraars nog steeds lijken te kampen. Hiervoor is en blijft het belangrijk dat er geïnvesteerd wordt in meer en betere publieksinformatie over de kwaliteit en kosten van zorg. Daarnaast is het van groot belang dat zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg uit voldoende aanbieders kunnen kiezen. De schaalvergroting die momenteel in de zorgsector plaatsvindt is in dit licht verontrustend. Als de fusiegolf geen halt wordt toegeroepen, dan valt er voor zorgverzekeraars straks simpelweg niets meer te kiezen. Het kritisch en kostenbewust contracteren van zorgaanbieders wordt dan, het aangepaste artikel 13 ten spijt, een illusie. Aan de ACM en NZa de belangrijke taak om via streng fusietoezicht dit doemscenario te voorkomen.”



Marco Varkevisser,
Universitair HoofdDocent iBMG,
Erasmus Universiteit Rotterdam

“Als de fusiegolf in de zorg geen halt wordt toegeroepen, valt er voor zorgverzekeraars straks simpelweg niets meer te kiezen.”



Theo Langejan,
voorzitter Raad van Bestuur Nederlandse Zorgautoriteit

“Geef verzekerden en patiënten een echte keuze. Niet iedereen wil meebetalen aan ondoelmatige zorg.”

Theo Langejan over de vrije poliskeuze

“Ook al stuurt de zorgverzekeraar in 2013 sterker: de kosten van de zorg lopen nog steeds ieder jaar op. Ook in de toekomst willen we een goed basispakket aan zorg beschikbaar en betaalbaar houden voor iedereen die dat nodig heeft. Als de verschillen tussen polissen klein zijn, betaalt iedereen aan alle zorg mee. Ook aan ondoelmatige zorg. Zo houden we de premies voor iedereen onnodig hoog. Zorgverzekeraars zijn de enige partijen in Nederland die verschil kunnen maken in zorgpakketten. Zij kunnen zien welke zorgaanbieders goede zorg leveren tegen een redelijke prijs. Zij kunnen zien welke zorgaanbieders net wat betere kwaliteit aanbieden tegen een redelijk maar hoger tarief. En zij kunnen nagaan welke zorgaanbieders opvallend meer of duurdere behandelingen in rekening brengen dan andere.”

Als zorgverzekeraar sterker stuurt is er meer te kiezen

“Om die reden is het belangrijk dat zorgverzekeraars meer kunnen sturen. Want zo zorgen ze ervoor dat Nederland zorg houdt van goede kwaliteit. Zorgverzekeraars kunnen daarbij niet naar willekeur handelen, zij hebben namelijk een wettelijke ‘zorgplicht’ en moeten voor elke verzekerde een goed pakket aan basiszorg aanbieden. Dat staat niet ter discussie. Maar als zorgverzekeraars meer verschil kunnen maken in hun contracten met zorgaanbieders, hebben wij als verzekerden meer keuzevrijheid: dan pas krijgen we namelijk echt een keuze voor welk pakket aan zorg we willen betalen.”

Hogere vergoeding drijft tarieven op

“Altijd moeten vergoeden, ook als er geen contract is met een zorgaanbieder, is niet in het belang van de consument. Als verzekeraars ook voor niet-gecontracteerde zorg 70-80% van de prijs moeten vergoeden, heeft een zorgaanbieder niet zoveel te verliezen als hij geen contract afsluit. De NZa is er daarom voorstander van dat de vergoeding van zorgverzekeraars voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders bij een naturapolis ook € 0 mag zijn. Er ligt een voorstel voor een wetswijziging in de Tweede Kamer om dit mogelijk te maken. Ook de branchepartijen zijn het erover eens dat een lagere vergoeding voor niet-contracteerde

zorg mogelijk gemaakt moet worden, zo staat te lezen in het convenant dat zij in juli 2013 sloten met de minister van VWS. Zorgverzekeraars zouden wel verplicht moeten zijn om zes weken voor het einde van het jaar duidelijke informatie te geven op hun website over de zorgaanbieders waar zij een contract mee hebben en de vergoeding die zij hanteren voor zorg die geleverd wordt door zorgaanbieders waar geen contract mee is. Daarnaast moeten verzekeraars duidelijk aangeven waar de verzekerde informatie kan vinden als contracten of vergoedingen wijzigen gedurende het jaar en wat dat betekent voor nieuwe en lopende behandelingen.”

Moet de overheid regels blijven stellen voor de aanvullende verzekering?

Van de overheid mag je verwachten dat de basiszorg, inclusief spoedzorg, beschikbaar blijft voor iedereen die dat nodig heeft, ongeacht het inkomen. Iedereen betaalt eraan mee, ziek of gezond, en iedereen kan erop rekenen dat deze zorg van goede kwaliteit en beschikbaar is als dat nodig is.

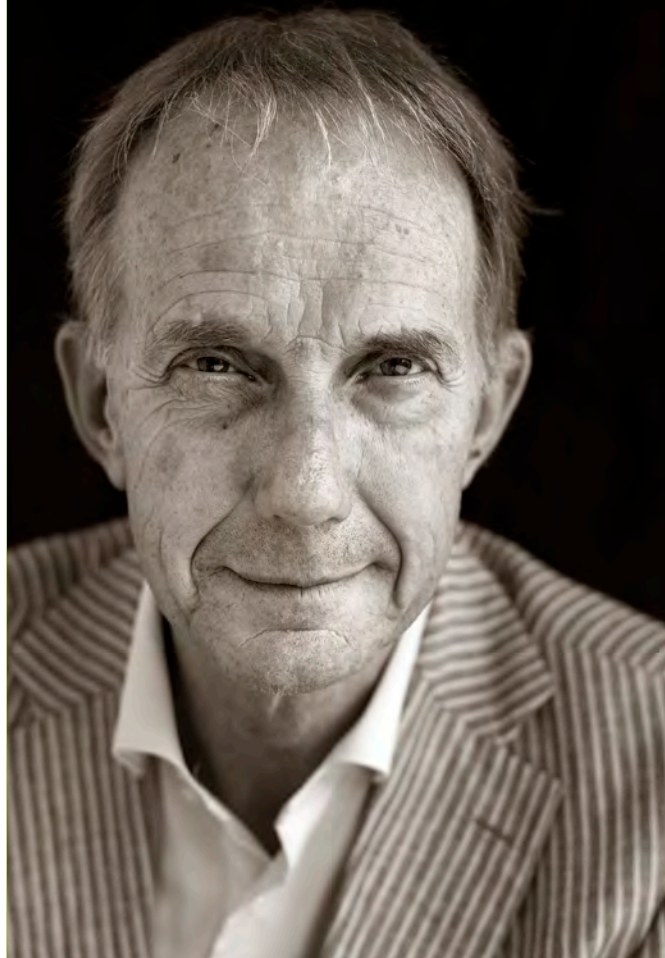
Voor de aanvullende verzekering geldt dit niet: niet iedereen wil of kan zo'n verzekering afsluiten en wie bijvoorbeeld een tandartsbehandeling zelf kan betalen, is vaak financieel beter af door geen aanvullend pakket te kiezen. Dat is voor iedereen een eigen overweging. Op dit moment stelt de overheid nog prestatiebeschrijvingen en/of tarieven vast voor zorg die in het aanvullende pakket zit, zoals orthodontiezorg voor volwassenen maar ook ingrepen bij de plastische chirurg of een opvoedpoli. Het is de vraag of dit zo moet blijven, omdat het gevolg nu is dat er een onduidelijk onderscheid is tussen publieke en private financiering van zorg.

Het zou beter zijn om een duidelijk onderscheid te maken tussen zorg in het basispakket en aanvullende zorg. Het overhevelen van zorg uit het basispakket naar de aanvullende verzekering zou dan ook alleen moeten gebeuren als we vinden dat deze zorg niet tot de publieke financiering behoort. Als de wetgever besluit dat bepaalde zorg toegankelijk moet blijven voor iedereen, is het niet de oplossing om meer regels vast te stellen voor de aanvullende verzekering, maar dan is het beter om die zorg in het basispakket te houden.

Ben Crul

over verbeteringen in de zorginkoop door verzekeraars

“De tijd dat bij het inkopen van zorg alleen gekeken werd naar prijs en volume ligt - zeker wat Achmea betreft - achter ons. Verzekeraars hebben zich de terechte kritiek aangetrokken dat de inhoud van de zorg bij de onderhandelingen met de zorgaanbieders een stiefkindje was en dat ze er eigenlijk ook niet zoveel verstand van hadden. Er is en wordt fors geïnvesteerd in het binnenhalen van kennis en het zichtbaar maken van de kwaliteit. We beseffen daarbij dat slechte en onveilige zorg ook vaak dure zorg is: onnodige complicaties, her- en langdurende opnames, om van de ellende die dat voor onze verzekerden oplevert nog maar te zwijgen. De informatie die we gebruiken bij het formuleren van onze jaarlijks steeds wat strakker geformuleerde inkoopwensen krijgen wij uit verschillende bronnen. Zoals de declaratiedata die ons laten zien waar praktijkvariatie zit die om een verklaring vraagt. Bijvoorbeeld een brede variatie in indicatiestelling voor een bepaalde behandeling. We dagen de wetenschappelijke verenigingen daarbij uit om met ons na te denken over doelmatigheid of het formuleren van kwaliteitsindicatoren. Het liefst wat betreft de uitkomst. Omdat het om kwaliteit gaat doen we dit pre concurrentieel, dat wil zeggen met alle verzekeraars samen. Bijvoorbeeld over het minimum aantal specifieke ingewikkelde operaties dat een ziekenhuis gedaan moet hebben om een contract te krijgen. Steeds meer zullen we de ervaring van de patiënt daarbij betrekken. Instellingen die dat nu al proactief doen hebben een voorsprong bij de onderhandelingen.”



Ben Crul,
senior medisch adviseur Achmea

“Slechte en onveilige zorg
is vaak ook dure zorg.”

• Meer mogelijk met innovaties

Er is al veel mogelijk om afspraken te maken over een betere organisatie van de zorg. Soms zijn er nog belemmeringen om voor een hele sector de regels te veranderen, te vereenvoudigen of te verbeteren. Een voorbeeld is de geboortezorg. Alle partijen vinden dat integrale bekostiging van de zorg beter is als er sprake is van goede samenwerking tussen de eerstelijns verloskundigen en de verloskundigen en gynaecologen in het ziekenhuis. Maar wanneer je die integrale bekostiging invoert terwijl er nog niet goed wordt samengewerkt, kan dat de publieke belangen in gevaar brengen. De keuze voor thuis of in het ziekenhuis bevallen bijvoorbeeld moet op medisch inhoudelijke gronden plaatsvinden en niet op basis van financieel voordeel voor een zorgaanbieder.

De beleidsregel 'Innovatie' en de vrije prestaties die in veel zorgsectoren gelden, bieden ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om af te wijken van de vastgestelde zorgprestaties. De mogelijkheden voor innovatie zijn niet alleen bedoeld voor nieuwe zorgprestaties, maar ook voor een betere, efficiëntere of eenvoudigere organisatie van de zorg. Zo kunnen zorgaanbieders nu al afspraken maken met zorgverzekeraars over:

- Het inzetten van waarnemers in de huisartsenposten voor een betere samenwerking met de spoedeisende hulp.
- Het openstellen van de huisartsenposten overdag voor mensen die spoedeisende hulp nodig hebben.
- Het invoeren van integrale tarieven in de geboortezorg waar wel al sprake is van integrale zorg.
- Een hoger tarief voor kraamzorg (tot maximaal 10%) voor bijvoorbeeld achterstandswijken.
- Het breder toepassen van e-health en domotica.

In de langdurige zorg zijn de experimenten 'regelarme instellingen' van start gegaan in 2012. Omdat veel organisaties pas begin 2013 de nieuwe manier van werken in konden voeren, loopt het experiment door tot 31 december 2014. Evaluatie van het experiment vindt na afloop plaats.

Ook zorgverzekeraars zelf kunnen met innovaties de organisatie van de zorg verbeteren, zo zie je nu dat sommige zorgverzekeraars patiëntervaringen gaan benutten bij de afspraken met zorgaanbieders.



De gevolgen van selectieve zorginkoop voor Erik en Chantal Wouters

Erik Wouters is 40 jaar en heeft een gescheurde meniscus. Hij moet daarvoor geopereerd worden. Het liefste gaat hij naar het ziekenhuis in zijn eigen woonplaats, maar als hij de verzekeraar belt krijgt hij te horen dat hij een dergelijke operatie in dat ziekenhuis slechts gedeeltelijk vergoed krijgt. Hij moet naar een ziekenhuis dat 40 minuten rijden met de auto is. En hij moet dan wel zorgen dat iemand hem weer ophaalt na de operatie, of met een taxi gaan. Dat kost hem geld en tijd. Hij vindt dit vervelend en belt nogmaals zijn verzekeraar om uitleg. In dat telefoongesprek legt de verzekeraar uit waarom het ziekenhuis in de buurt van de heer Wouters geen contract heeft gekregen. Er worden daar volgens de verzekeraar te weinig van dit soort operaties gedaan en de verzekeraar is van mening dat deze zorg in het ziekenhuis verderop beter en efficiënter is. Uiteraard wil de heer Wouters geen risico nemen met zijn knie en accepteert de taxikosten.

De vrouw van Erik, Chantal Wouters, heeft al een paar maanden last van haar hand en gaat daarmee naar de huisarts. Haar huisarts verwijst haar door naar een medisch specialist bij het academisch ziekenhuis in de buurt. Als ze in het ziekenhuis

aankomt, wordt ze snel en goed geholpen. Aan het eind van de behandeling wordt er gezegd dat er wellicht kosten aan de behandeling verbonden zijn. Chantal heeft een laag eigen risico en maakt zich hier weinig zorgen om. Na een paar weken ontvangt ze echter een rekening van 2500 euro. Geschrokken belt ze haar verzekeraar. Die vertelt haar dat ze door haar huisarts naar een Zelfstandige Behandelkliniek is verwezen, die in het academisch ziekenhuis huisvest. De verzekeraar heeft geen contract met deze behandelkliniek en kan dus ook niets voor haar doen. Mevrouw Wouters neemt contact op met de informatielijn van de Nederlandse Zorgautoriteit. Die vertellen haar dat ze eerst de zorgaanbieder moet vragen om een toelichting. Deze had haar namelijk voorafgaand aan de behandeling moeten vertellen of er kosten verbonden zijn aan de behandeling. De zorgaanbieder ziet het verzekeringspasje voordat de behandeling start en had haar er in ieder geval op moeten wijzen dat er geen contract is met deze verzekeraar. Mevrouw Wouters had dan eerst bij haar verzekeraar kunnen vragen welk deel van de kosten zij zelf zou moeten betalen. Heeft de zorgaanbieder haar niet vooraf geïnformeerd over de kosten? Dan hoeft zij de rekening niet te betalen.



Reactie NZa: “Patiënten moeten voordat de behandeling start weten of ze zelf bij moeten betalen.”

Patiënten hebben recht op duidelijke informatie over de zorg die zij ontvangen. In ieder geval moet de zorgaanbieder voorafgaand aan een behandeling vertellen:

- wat de zorg inhoudt, dus wat er geleverd wordt;
- of er sprake is van verzekerde zorg of niet;
- of de behandelaar een contract heeft met de zorgverzekeraar.

Ook verwijzers hebben hier een rol: de huisarts bijvoorbeeld zou bij een doorverwijzing de patiënt moeten adviseren om eerst bij de zorgverzekeraar na te gaan wat de vergoeding is. Het is belangrijk dat iedere verzekerde een afgewogen keuze kan maken welke polis en dus welk zorgpakket bij hem past. Zorgverzekeraars moeten daarom goed en op tijd duidelijk maken met welke zorgaanbieders zij contracten hebben en wat de vergoeding is als je toch besluit om ergens anders heen te gaan.

Voor het jaar 2014 zullen nog niet alle contracten in de ziekenhuiszorg op tijd rond zijn. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders

sluiten deze contracten al veel eerder af dan voorgaande jaren, maar de regels voor het jaar erop moeten ook eerder bekend zijn om ervoor te zorgen dat half november alle contracten zijn afgesloten. De NZa onderzocht of dit mogelijk is en ziet geen belemmeringen om dit mogelijk te maken.

Het is verleidelijk om te denken dat zorg geleverd door zorgaanbieders waar de verzekeraar (nog) geen contract mee heeft, voor 100% vergoed moet worden. Maar dit levert de verkeerde prikkel op: zorgaanbieders hebben er dan juist baat bij om geen contract af te sluiten of de contractonderhandelingen op te rekken.

De NZa pleit ervoor dat zorgverzekeraars in ieder geval per half november 2013 op hun website moeten vermelden met wie zij een contract hebben afgesloten voor 2014 en wat de vergoeding is voor zorg die niet-gecontracteerde zorgaanbieders leveren. Als contracten veranderen, moet de verzekeraar duidelijke informatie geven over wat de veranderingen betekenen voor de vergoeding van lopende en nieuwe behandelingen.



De
uitdagingen
voor
2014



● De uitdagingen voor 2014: Geef inzicht en bied keuzes

Geef de consument een keuze tussen zorgpakketten

Als er grotere verschillen tussen zorgpolissen ontstaan, kan de consument het zorgpakket kiezen dat bij hem past en houdt zo de sterkste troef.

Dankzij de zorgplicht (verzekeraars moeten voldoende, goede zorg leveren aan hun verzekerden) en acceptatieplicht (verzekeraars moeten iedereen accepteren voor de basisverzekering) zal een verzekeraar altijd voldoende zorg van goede kwaliteit moeten inkopen in de regio voor zijn verzekerden.

Geef verzekerden op tijd duidelijkheid over veranderingen in de vergoedingen

Ook voor verzekerden worden de veranderingen tastbaar. Zij merken dat niet alle behandelingen meer op dezelfde manier vergoed worden en dat hun zorgverzekeraar niet meer met alle zorgaanbieders een contract sluit. Dit levert onzekerheid op: wat zit er precies in mijn polis, kan dat zomaar veranderen gedurende het jaar, wanneer moet ik zelf bijbetalen voor een behandeling en hoeveel is dat dan? Verzekeraars moeten hun verzekerden hier goed en op tijd informatie over geven.

Geef patiënt inzicht in de verschillen tussen zorgaanbieders

Als zorgaanbieders hun best moeten doen om een contract te krijgen met de zorgverzekeraar, zullen ze efficiënter werken en duidelijker maken welke kwaliteit aan zorg zij bieden. Dat kan met landelijke kwaliteitsindicatoren die de brancheorganisaties en/of patiëntenverenigingen vaststellen, maar ook de verzekeraars kunnen goede en minder goede zorgaanbieders selecteren op basis van hun eigen criteria. Deze informatie zouden zorgverzekeraars moeten delen met hun verzekerden.

De langdurige zorg: benut 'lessons learned' uit andere sectoren

De AWBZ gaat ingrijpend veranderen. Welke lessen hebben we geleerd van andere grote veranderingen in de zorg?

- Hou niet of niet te lang twee systemen voor de bekostiging van de zorg in stand. Dit zorgt voor hoge administratieve lasten, onduidelijkheden en kans op onjuiste declaraties of strategisch gedrag door zorgaanbieders.
- Verander niet alles tegelijkertijd: om het effect van overhevelingen te kunnen meten, moet de indeling in bijvoorbeeld zorgzwaartepakketten voorlopig niet veranderen.
- Zorg voor een duidelijke knip en een goede afbakening van de zorg als je de zorg overhevelt naar gemeenten of zorgverzekeraars.

De curatieve zorg: meer variatie in vergoedingen

- Brancheverenigingen, zorgverzekeraars en aanbieders moeten in de ziekenhuiszorg, de huisartsenzorg, de mondzorg en de apotheekzorg verschillen in het zorgaanbod en de kwaliteit daarvan meer zichtbaar maken.
- Net als in alle andere sectoren zou ook voor de ziekenhuiszorg een integraal tarief moeten gelden: een apart tarief voor de salarissen van medisch specialisten is niet meer van deze tijd en belemmert de inkoop van zorg door verzekeraars.
- Zorgaanbieders moeten voorafgaand aan de behandeling duidelijk aangeven aan de patiënt of er een contract is met diens verzekeraar en of er mogelijk kosten verbonden zijn aan de behandeling. De prijzen van geneesmiddelen moeten transparant zijn.
- Zorgaanbieders: maak duidelijk aan de zorgverzekeraar welk (onderscheidend) zorgaanbod je hebt en accepteer dat de zorgverzekeraar inkoopmacht heeft. Het is aan de zorgaanbieders om de zorgverzekeraars te laten zien wat ze doen, tegen welk tarief en met welke kwaliteit.

Uitdagingen voor de zorgverzekeraars en zorgkantoren: geef meer informatie en bescherm kwetsbare cliënten

- Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed en tijdig informeren over veranderingen in het zorgpakket en de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg.
- Zorgverzekeraars moeten meer werk maken van het opsporen van zorgfraude en verspilling van zorggeld. Zorgaanbieders die niet correct declareren of te dure/onnodige behandelingen in rekening brengen, zouden dit moeten merken in hun contract met de zorgverzekeraar.
- Zorgverzekeraars hoeven niet het maximaal afgesproken groei-percentage aan zorg in te kopen. Zolang zij voldoen aan hun zorgplicht, mogen zij ook (veel) minder zorg inkopen.
- Zorgverzekeraars moeten de contractonderhandelingen zo snel mogelijk afronden om de verzekerden uiterlijk zes weken voor de start van het nieuwe polisjaar te kunnen informeren over het gecontracteerde zorgaanbod en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg.
- Zorgverzekeraars moeten verzekerden toelichting kunnen geven over hun zorgnota als zij daar vragen over hebben. Ook als het eigen risico al gebruikt is, heeft de verzekerde recht op goede zorg van goede kwaliteit en moeten zorgverzekeraars er op blijven toezien dat zorgaanbieders alleen declareren wat ook geleverd is en wat ze uit kunnen leggen.
- Zorgkantoren moeten nieuwe zorgaanbieders in de thuiszorg beter screenen en alert zijn op onduidelijke onderaanneemconstructies.
- Zorgkantoren moeten kwetsbare cliënten beter begeleiden in de zoektocht naar een juiste zorgaanbieder.

Uitdagingen voor de wetgever: neem onduidelijkheden weg

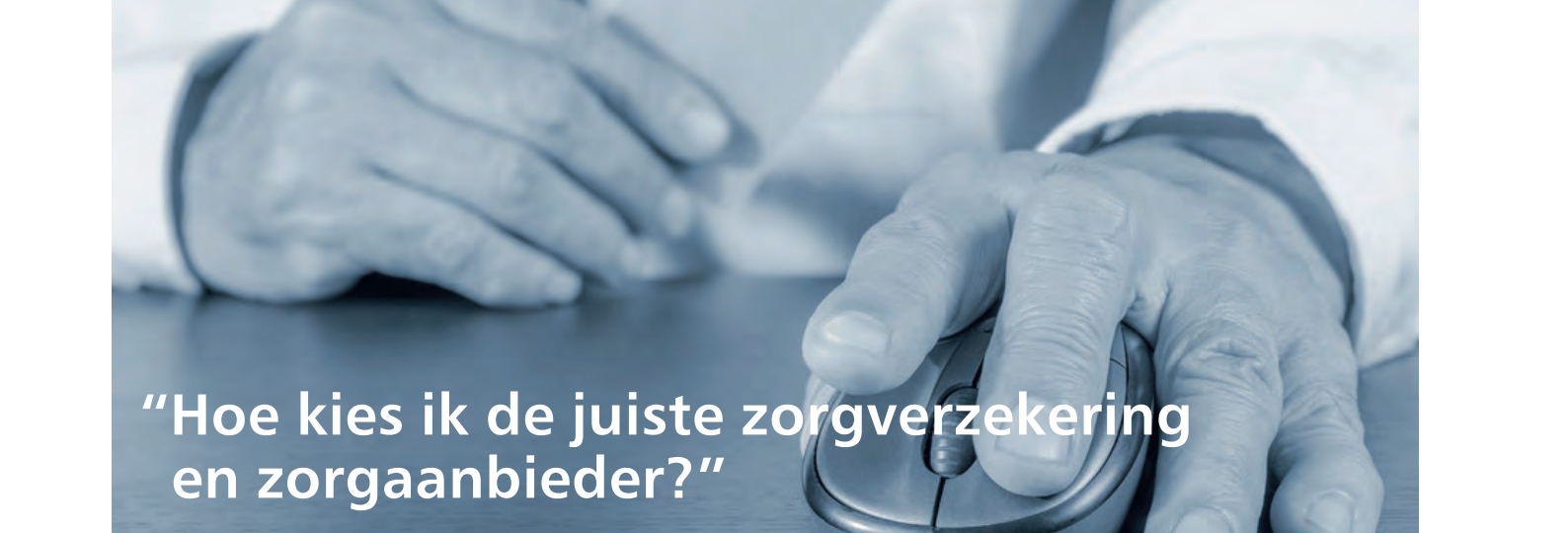
- Zorg dat het ook mogelijk wordt om niets te vergoeden voor niet-gecontracteerde zorg. Dan kunnen zorgverzekeraars beter zorg inkopen en zullen zorgaanbieders beter hun best doen om zinnige en zuinige zorg te leveren en correct te declareren.
- Zorgaanspraken moeten zo duidelijk mogelijk zijn en niet voor verschillende uitleg vatbaar. Als zorgaanspraken onduidelijk zijn, kunnen patiënten en zorgverzekeraars niet achterhalen of de declaratie van zorg correct is of niet.
- Om zorgkantoren aan te kunnen pakken die bijvoorbeeld onvoldoende controleren of declaraties correct zijn, is een uitbreiding nodig van de handhavingsbevoegdheid van de NZa. Dit vergt een technische aanpassing van de wet.
- Als regiomaatschappen zoveel marktmacht hebben dat zij zich onafhankelijk van de zorgverzekeraar kunnen gedragen, is dit een gevaar voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en transparantie in de zorg. Om regiomaatschappen dan effectief aan te kunnen pakken, is het nodig dat organisatorische verbanden van zorgaanbieders aan de AMM-bepaling worden toegevoegd. Om in het uiterste geval regiomaatschappen te kunnen ontbinden is uitbreiding van het instrument AMM (aanmerkelijke marktmacht) van de NZa noodzakelijk.

Uitdagingen voor de NZa: regelgeving eerder klaar en toezicht op correct declareren en transparantie

- In 2013 doet de NZa onderzoek om de omvang van zorgfraude in Nederland in kaart te brengen. Hier kan zij conclusies aan verbinden in welke sectoren verscherpt toezicht noodzakelijk is in 2014.
- In 2014 toetst de NZa net als ieder jaar of zorgverzekeraars hun eigen administratie en de zorgdeclaraties goed controleren. Nieuw is dat de NZa hierbij samen optrekt met de AFM om de accountants waar nodig aan te spreken als financiële verantwoordelingen in de AWBZ en Zvw fouten bevatten.
- In 2014 blijft de NZa in ieder geval verscherpt toezicht houden op correct declareren door ziekenhuizen, om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars ziekenhuisrekeningen structureel blijven controleren.
- In 2014 toetst de NZa of de verscherpte regels voor de informatievoorziening door zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden nageleefd. Waar nodig zal de NZa naleving van deze regels handhaven.
- In 2014 geeft de NZa vervolg aan het onderzoek naar transparantie door apothekers. Waar nodig grijpt de Zorgautoriteit in.
- In 2014 verscherpt de NZa het toezicht op zorgkantoren voor wat betreft het begeleiden van kwetsbare cliënten en het screenen van nieuwe zorgaanbieders in de thuiszorg, vooral waar sprake is van onduidelijke onderaanneemconstructies.
- In 2014 wil de NZa de beleidsregels voor de curatieve zorg in 2015 eerder klaar hebben, om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars hun contracten met zorgaanbieders eerder afgerond kunnen hebben. Dat kan alleen als de wettelijke kaders ook eerder duidelijk zijn.

Uitdagingen voor de consument: kies zorgvuldig

- Kies uw zorgverzekering zorgvuldig.
- Check voordat u een afspraak maakt met een zorgaanbieder voor een behandeling of er een contract is met uw zorgverzekeraar en of de behandeling vergoed wordt bij uw polis.
- Vraag uw verzekeraar om advies wat goede en minder goed presterende zorgaanbieders zijn in uw regio.
- Controleer uw rekeningen en declaraties op uw papieren overzichten of op de website van uw zorgverzekeraar.
- Vraag om opheldering bij de zorgaanbieder of uw zorgverzekeraar als rekeningen onduidelijk zijn of als u het vermoeden heeft dat er iets niet klopt.
- In 2014 kunnen contracten met zorgaanbieders nog wijzigen. Dit betekent niet automatisch dat u tussentijds kunt overstappen naar een andere zorgverzekering, dat is namelijk alleen het geval als er sprake is van een aantoonbare verslechtering van uw polisvoorwaarden. Ga daarom voorafgaand aan uw behandeling goed na wat de vergoeding is.



“Hoe kies ik de juiste zorgverzekering en zorgaanbieder?”

Mijnheer van Dijk is 50 en heeft al jaren COPD. Door het langdurig gebruik van inhalatiemedicijnen heeft hij sinds kort ook diabetes. Hij gebruikt veel medicijnen en moet regelmatig naar de longarts, maar ook naar de fysiotherapeut, de diëtist en de optometrist. Mijnheer van Dijk kan goed overweg met internet, maar toch vindt hij het kiezen van een zorgverzekering niet eenvoudig. Er zijn zoveel verschillende vergelijkingssites en nu las hij ook dat een aantal van die sites gesponsord wordt door een verzekeraar. Het is een tijdrovende klus om alle vergoedingen uit te zoeken.

Hij wil graag op zijn zorgkosten besparen en heeft wel wat spaargeld achter de hand om tegenvallers op te kunnen vangen, maar gaat het liefst zuinig met zijn geld om. Omdat hij veel verschillende afspraken moet maken voor zijn klachten, wil hij het liefst naar zorgaanbieders toe in zijn directe omgeving. Maar hoe maakt hij een juiste keuze voor een fysiotherapeut, longarts en diëtist en hoe kan hij inschatten wat hij dan kwijt zal zijn aan kosten in 2014?

Reactie NZa: “Kijk goed met welke zorgaanbieders uw verzekeraar contracten heeft, wat de vergoedingen zijn en vraag advies bij uw keuze.”

Het vergelijken van polissen kost nog veel tijd en moeite, dat bleek ook uit onze marktscan Zorgverzekeringsmarkt uit 2013. Zorgverzekeraars moeten duidelijk zijn over wat ze aanbieden en met welke zorgaanbieders ze een contract hebben en wat dat betekent voor de vergoedingen. Dat is noodzakelijk om polissen goed te kunnen vergelijken.

Zeker voor mensen met een of meer chronische aandoeningen loont het de moeite om lid te worden van een patiëntenvereniging. Veel van die verenigingen bieden collectiviteitskortingen aan bij zorgverzekeringen en kunnen u adviseren welke verzekeraar de beste zorg voor uw zorgvragen biedt. Het lidmaatschap voor zo'n patiëntenvereniging wordt door een aantal zorgverzekeraars ook vergoed.

Als u zorgverzekeringen vergelijkt, ga dan goed na met welke zorgaanbieders die voor u van belang zijn de verzekeraars contracten hebben en wat de vergoedingen zijn. De vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg zullen naar verwachting lager gaan worden, dus het loont zeker de moeite om na te gaan met welke zorgverzekeraar de huisarts van uw voorkeur, de fysiotherapeut, de apotheker en de longarts een contract heeft.

Heeft u eenmaal een keuze gemaakt voor een bepaalde zorgpolis die past bij uw situatie en bent u op zoek naar een zorgaanbieder? Dan kunt u uiteraard eerst uw verwijzer om advies vragen of de ervaringen van andere patiënten lezen op een website als www.kiesbeter.nl of www.zorgkaartnederland.nl. Daarnaast is het altijd belangrijk om – voordat u een definitieve keus voor een zorgaanbieder maakt – eerst contact met uw zorgverzekeraar op te nemen. Deze kan u vertellen met welke zorgaanbieders in uw regio contracten zijn afgesloten en informatie geven over de vergoeding voor de zorg.



5.1	16.096	3.147
5.2	16.928	3.091
5.3	16.867	2.996
5.4	16.780	3.139
5.5	17.060	3.236
5.6	18.622	3.241
5.7	19.748	3.251
5.8	21.988	3.271
5.9	23.749	3.286
6.0	24.852	3.297
6.1	23.456	3.308
6.2	21.579	3.319
6.3	21.028	3.330
6.4	21.328	3.341

3

Cijfers en
feiten



• De Stand van de curatieve zorgmarkt

Nederlanders zijn sinds 1 januari 2006 voor de curatieve zorg verplicht verzekerd via de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw bevat noodzakelijke, op genezing gerichte zorg. In 2012 werd aan de curatieve zorg in totaal ruim 36 miljard euro uitgegeven. In 2013 is dit bedrag naar verwachting verder gestegen naar ruim 40 miljard euro. De tabel hieronder geeft een overzicht van de verschillende onderdelen van de curatieve zorg en de uitgaven in 2013.

Figuur 13.

Zorgaanbod en uitgaven curatieve zorg basispakket 2013 (mln EUR)¹³

• Huisartsenzorg	2.449
• Tandheeskundige zorg	751
• Paramedische zorg	665
• Verloskunde en Kraamzorg	513
• Dieetadvisering	46
• Medisch specialistische zorg	22.207
• Ambulance en overig ziekenvervoer	637
• Genees- en hulpmiddelen	6.577
• Geneeskundige GZZ	4.272
• Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen	1.023
• Overig	1.425
Totaal	40.563

¹³ Rijksbegroting 2014, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 210, als gevolg van afronding kan de som der delen afwijken van het totaal

Uitvoering van de Zorgverzekeringswet

De Zvw bevat een aantal regels om de curatieve zorg voor iedereen toegankelijk te houden. Zorgverzekeraars die het basispakket willen aanbieden, moeten hieraan voldoen.

Figuur 14.

Wettelijke waarborgen om risicoselectie te voorkomen

Waarborg	Toelichting
1. Acceptatieplicht	Verzekeraars mogen niemand weigeren voor de basisverzekering.
2. Wettelijk omschreven pakket	De overheid stelt het pakket van verzekerde zorg vast. Dit pakket is voor iedereen hetzelfde.
3. Verbod op premiedifferentiatie	Eenzelfde polis moet aan iedereen tegen dezelfde premie worden aangeboden. Een zorgverzekeraar mag een groep verzekerden die zich gezamenlijk bij de betreffende verzekeraar verzekeren ('collectief') wel een korting van max. 10% op de premie geven ('collectiviteitskorting').
4. Zorgplicht	Een verzekeraar moet ervoor zorgen dat zijn verzekerden zorg of een vergoeding op zorg krijgen als zij daar recht op hebben. Omdat de meeste mensen een naturapolis hebben, betekent dit dat verzekeraars voldoende zorg moeten inkopen voor hun verzekerden. Bij een restitutiepolis koopt u zelf de zorg in en vergoedt uw zorgverzekeraar (een groot deel van) de kosten van zorg die u maakt.

In het begin van het jaar worden verzekeraars vanuit het Zorgverzekeringsfonds gecompenseerd voor verzekerden met naar verwachting hoge kosten. Er was altijd ook een compensatie achteraf, maar die is nu voor een groot deel afgeschaft. Het Zorgverzekeringsfonds bestaat uit bijdragen van werkgevers, die per werknemer een inkomensafhankelijke bijdrage in het fonds storten en andere stortingen zoals de rijksbijdrage voor kinderen tot 18 jaar.

Jaarlijks controleert de NZa of verzekeraars de zorgverzekeringwet rechtmatig uitvoeren. Uit het laatste onderzoeksrapport¹⁴ uit februari 2013 bleek dat verzekeraars steeds meer aandacht hebben voor het beheersen van de betaalbaarheid van de zorg, maar dat ze rekeningen nog onvoldoende controleren. Ook moeten zij voldoende capaciteit inzetten om misbruik en oneigenlijk gebruik van zorggelden te voorkomen. De manier waarop verzekeraars hun eigen financiën verantwoorden moet ook beter. De NZa ontdekte te veel administratieve fouten in de verantwoording over het jaar 2011 en voert daarom nu een boete-onderzoek uit bij vijf verzekeraars.

Recente ontwikkelingen in de curatieve zorg

In de curatieve zorg zijn in de afgelopen jaren veranderingen doorgevoerd om onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en -aanbieders mogelijk te maken. Denk daarbij aan het invoeren van prestatiebekostiging, onder andere in de medisch specialistische zorg. Daarbij is meer onderhandelingsruimte gekomen, bijvoorbeeld door de uitbreiding van het segment met vrije prijzen in de ziekenhuizen en door de vrije tarieven in de farmacie. Een andere ontwikkeling is dat zorgverzekeraars steeds meer financieel risico lopen.

De minister van VWS sloot in de afgelopen jaren verschillende convenanten en bestuurlijke akkoorden met veldpartijen.

- Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 (medisch specialistische zorg)
- Convenant Bekostiging vrij gevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014
- Bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014

¹⁴ NZa, [Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2011, februari 2013](#)

• Convenant huisartsenzorg 2012-2013

In deze convenanten en akkoorden maakt de minister afspraken over het beheersen van de kostenontwikkeling en het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

In juli 2013 sloot de minister opnieuw een akkoord met de ziekenhuizen, medisch specialisten, de GGZ, de huisartsen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties om de groeipercentages terug te brengen naar maximaal 1,5% in 2014 en 1% per jaar van 2015 tot 2017. Om dit te realiseren, treft de zorgsector maatregelen die de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg verbeteren: meer zorg van de medisch specialisten naar de huisarts, en van de huisarts naar zelfzorg. Complexe zorg wordt geconcentreerd en medische richtlijnen en zorgstandaarden worden strakker toegepast. De toegang tot de aanspraken van het verzekerde pakket wordt aangescherpt. Ook komt er meer transparantie over kwaliteit en kosten van de zorg. De zorgpolis wordt vooral transparant: voor de verzekerde moet duidelijk zijn welke zorgaanbieder wél en welke niet is gecontracteerd, evenals hoeveel een verzekerde vergoed krijgt als hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat (aanscherping artikel 13 Zorgverzekeringwet). Tegelijkertijd wordt het zorginkoopproces transparant gemaakt door de zorgverzekeraar, zodat de zorgaanbieder weet waar hij aan toe is. De restitutiepolis blijft bestaan.

De Zorgverzekeringsmarkt

Figuur 15.

Huidige vormgeving zorgverzekeringsmarkt

Soorten polissen	<p>Zorgverzekeraars bieden de volgende polissen aan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Naturapolis: verzekerde heeft recht op zorg;• Restitutiepolis: verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg;• Combinatiepolis: de aanspraak op natura of restitutie verschilt per soort zorg. <p>Het aantal naturaverzekerden is in 2013 gestegen. 91% procent heeft een combinatie- of naturapolis. 9% kiest voor een restitutiepolis.</p>
Premiebetaling	<p>Verzekerden betalen een nominale premie aan de zorgverzekeraar. De gemiddelde betaalde nominale premie daalde voor het eerst van € 1.226,- in 2012 naar € 1.213,- in 2013. Naast de door verzekerden te betalen nominale premie dragen werkgevers (voor hun werknemers) en zelfstandigen en gepensioneerden (voor henzelf) verplicht een inkomensafhankelijk bedrag bij aan de zorgverzekering.</p>
Eigen risico verzekerden	<p>In 2013 geldt een verplicht eigen risico voor iedereen van 18 jaar en ouder van € 350,- (in 2012 € 220,- en in 2011: € 170,-). Daarnaast is het mogelijk om vrijwillig te kiezen voor een hoger eigen risico, waardoor de maandelijkse premie voor de basisverzekering lager wordt. Het percentage verzekerden zonder dit vrijwillig eigen risico bedraagt in 2013 circa 90%: dit percentage daalt de afgelopen jaren.</p>
Collectiviteiten	<p>In 2013 is ruim 69% van alle verzekerden collectief verzekerd.</p>

● Recente ontwikkelingen zorgverzekeringsmarkt

Figuur 16.
Overzicht opbouw zorgverzekeringspremie 2010-2013

Soort zorg	2010	2011	2012	2013
Verandering premie door resultaten verzekeraars	€ 0	€ -1	€ 65	€ -117
Verandering in eigen risico	€ 5	€ 4	€ 20	€ 62
Verandering premie door pakketwijzigingen en zorguitgavenstijging	€ 36	€ 105	€ -38	€ 104
Totale verandering in nominale betalingen	€ 41	€ 108	€ 47	€ 49

Bron: Marktscan zorgverzekeringsmarkt, NZa september 2013

In 2013 is de gemiddelde zorgpremie licht gedaald met € 13. De positieve resultaten van verzekeraars zorgden voor een daling van € 117 gemiddeld per verzekerde. Door pakketwijzigingen en een stijging van de zorguitgaven kwam daar weer € 104 per verzekerde bij. Ook door de veranderingen in het eigen risico betaalden verzekerden gemiddeld € 49 meer aan de zorg in 2013 dan in 2012.

Overstapgedrag

Sinds 2008 stappen er elk jaar meer mensen over van zorgverzekeraar. In 2013 stapten 1,4 miljoen mensen over, dat is 8,3% van de verzekerden. In 2012 was dit nog 6%. Van de overstappers koos 6,3% voor een collectieve verzekering en 1,9% voor een individuele verzekering. Consument bespaarden in 2012 in totaal bijna 53 miljoen euro aan premiegelden door over te stappen naar een andere polis en/of zorgverzekeraar.

Vaker collectief verzekerd

Wie zich in een groep verzekert, kan tot 10% korting krijgen op de zorgverzekeringspremie. De meeste mensen verzekeren zich dan ook in een collectief, ieder jaar zo'n 2 procentpunt meer. In 2013 is ruim 69% collectief verzekerd. Ruim tweederde van de zorgverzekeraars heeft in 2012 en 2013 een collectiviteitsgraad van meer dan 50%. De gemiddelde korting voor collectieve verzekeringen ten opzichte van individuele verzekeringen is de laatste drie jaren nauwelijks gewijzigd en is in 2013 gemiddeld € 72. Werkgeverscollectiviteiten leveren gemiddeld het grootste prijsvoordeel op, namelijk € 81. Dat is een verschil van 6,4% met het gemiddelde voor individueel verzekerde mensen.

Kwaliteit en toegankelijkheid

Verzekerden zijn in het algemeen tevreden over hun zorgverzekeraar. Wel is verbetering mogelijk bij de informatieverstrekking en duidelijkheid over vergoedingen en (bij)betalingen.

De medisch specialistische zorg

Figuur 17.

De medisch specialistische zorg

Uitgaven	De uitgaven aan medisch specialistische zorg bedroegen in 2012 circa 20 miljard. ¹⁵
Zorgvragers	In 2012 had 37,9% van de Nederlanders minimaal 1 keer contact met een medisch specialist (in 2011 was dit 39%). In 2012 werd 6,5% van de bevolking tenminste voor 1 nacht opgenomen in het ziekenhuis. Dit percentage is ten opzichte van 2011 niet veranderd. Het percentage Nederlanders dat minstens 1 keer een dagopname had in het ziekenhuis is licht gedaald van 7,9% in 2011 naar 7,8% in 2012.
Zorgaanbieders	De liquiditeit en solvabiliteit van aanbieders van medisch specialistische zorg is de laatste jaren verbeterd. In een klein aantal regio's is sprake van een hoge concentratiegraad: daar hebben patiënten relatief weinig keuze in aanbieders van ziekenhuiszorg.
Toegang tot zorg	Toegang tot medisch specialistische zorg vindt meestal plaats na verwijzing door huisartsen. Alleen de afdeling spoedeisende zorg van een ziekenhuis is toegankelijk zonder verwijzing.
Contractering	Zorgverzekeraars en aanbieders van medisch specialistische zorg zijn niet verplicht om contractafspraken te maken. Verzekeraars nemen steeds meer initiatieven om selectief te contracteren. Ook maken zij steeds vaker plafondafspraken en lumpsum afspraken. Door verschillende veranderingen in de regels zijn de onderhandelingen de afgelopen jaren complex verlopen.
Bekostiging	Per 1 januari 2012 hebben ziekenhuizen geen budget meer, maar krijgen betaald per geleverd DBC-zorgproduct. Voor ongeveer 70% van de ziekenhuisbehandelingen (het B-segment) gelden vrije prijzen. Voor complexe behandelingen (het A-segment) stelt de NZa maximumtarieven vast. In 2012 en 2013 is er een overgangsfase waarin de risico's van de overgang naar prestatiebekostiging voor instellingen gedempt geworden.

¹⁵ Ministerie VWS, Begroting 2012, 2011, tabel 42.2

Figuur 18.

Omzetontwikkeling ziekenhuizen in mld EUR

	2008	2009	2010	2011
A-segment	10,68	10,42	10,64	10,93
B-segment	2,25	3,61	4,11	4,33
A+B-segment	13,11	14,03	14,75	15,26
Honorarium vrijgevestigde specialisten	2,05	2,18	1,77	1,77
Totaal	15,16	16,21	16,52	17,03

Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's en NZa gegevensuitvraag 2010 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten

Recente ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg

De omzet van ziekenhuizen is in de afgelopen jaren gestegen. De groei van het A- en B-segment samen was in 2011 3,4%.

Dit is lager dan in de jaren daarvoor. Een analyse van de omzetontwikkeling voor 8 doelgroepen geeft het volgende beeld:

Figuur 19.

Analyse kosten en behandelingen van acht patiëntengroepen in % (2008-2011)

Patiëntgroep	Totale kostengroei	Ontwikkeling aantal patiënten	Ontwikkeling aantal DBC's	Ontwikkeling kosten per patiënt
Ontstekingen van de bovenste luchtwegen en middenoor	1	5	5	-3
Darmtumor	6	10	10	-3
Aandoeningen van de ooglenz (staar)	0	2	2	-2
Artrose	5	6	6	-2
Buikwandbreuken	2	5	5	-3
Urinewegstenen	5	4	5	1
Varices	9	8	10	1
Degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (hernia)	7	7	8	1

Bron: Vektisdata

De tabel laat zien dat het aantal patiënten in deze acht groepen toeneemt en het aantal behandelingen per patiënt ook bij Urinewegstenen, Varices en Hernia. De kosten per patiënt zijn de afgelopen 3 jaar niet of nauwelijks toegenomen en is in een aantal groepen zelfs gedaald. Toch zorgen de toename van het aantal patiënten en de toename van het aantal behandelingen ervoor dat de totale kosten per patiëntengroep blijven stijgen, behalve bij aandoeningen van de ooglen.¹⁶

Grootste zorguitgaven in ziekenhuizen: hart- en vaatziekten en tumoren

In 2011 ontvingen 7 miljoen Nederlanders medisch specialistische zorg.¹⁷ De meeste patiënten (1,9 miljoen) kwamen voor aandoeningen aan zintuigen (voornamelijk 'oog') en zenuwstelsel naar de medisch specialist. Voor hart- en vaatziekten, tumoren en het bewegingsapparaat kwamen ieder jaar 1,3 miljoen patiënten. De meeste patiënten komen in een jaar voor meer dan één aandoening naar het ziekenhuis. In totaal werd in de ziekenhuizen het meeste uitgegeven aan behandelingen van hart- en vaatziekten (3,2 miljard euro) en tumoren (2,7 miljard euro). In 2011 betaalden zorgverzekeraars gemiddeld per patiënt 2.356 euro aan ziekenhuisbehandelingen.

Honoraria medisch specialisten

In het verleden overschreden de honoraria van de medisch specialisten vaak het budgettair kader zorg. Dit leidde tot kortingen in 2010 en 2011. Met ingang van 2012 heeft de NZa nieuwe DBC-zorgproducten met nieuwe honorariumtarieven vastgesteld. Deze tarieven zijn zo opgesteld dat de kans op overschrijding lager is. In 2013 bracht de NZa advies uit om integrale tarieven in te voeren in de medisch specialistische zorg per 2015. Als de minister besluit tot het invoeren van deze integrale tarieven, vervalt per 2015 het aparte budget voor de honoraria van medisch specialisten.

¹⁶ Marktscan Medisch specialistische zorg, december 2012

¹⁷ Vektisdata 2011

De curatieve GGZ

Figuur 20.

Huidige vormgeving curatieve GGZ

Uitgaven	De uitgaven aan curatieve GGZ bedragen in 2012 circa € 4,0 miljard. In 2013 is dat 4,3 miljard euro. ¹⁸ De curatieve GGZ betreft volledige extramurale GGZ en intramurale GGZ-zorg voor zover die korter duurt dan één jaar.
Zorgvragers	Het aantal cliënten in de curatieve GGZ is in 2010 met circa 8% gestegen ten opzichte van 2009. In 2010 maakten 924.093 cliënten gebruik van tweedelijns GGZ-zorg. Naar schatting maakten in dat jaar 327.125 cliënten gebruik van eerstelijns GGZ-zorg. ¹⁹
Zorgaanbieders	Eerstelijns psychologische zorg: Er zijn in 2011 4.179 psychologisch zorgverleners werkzaam in de eerstelijns GGZ en 107 overige zorgverleners (met name psychiaters en orthopedagogen). Tweedelijns GGZ-zorg: In 2012 zijn er in de tweede lijn 178 gebudgetteerde GGZ-aanbieders. In 2010 waren er in totaal 89 niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders met WTZi-toelating, 522 vrijgevestigde psychiaters (medisch specialisten) en 1.929 psychologisch zorgverleners. Er is sprake van een hoge marktconcentratie in de curatieve GGZ. Wel komen er steeds meer instellingen bij. In 2010 zijn 24 nieuwe (niet-gebudgetteerde) instellingen toegetreden.
Toegang tot zorg	Eerstelijns GGZ-zorg is direct toegankelijk of na verwijzing door de huisarts. Tweedelijns GGZ-zorg is alleen toegankelijk na verwijzing door eerstelijns GGZ-aanbieder, huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of Bureau Jeugdzorg (BJZ).
Contractering	Bij de inkoop van GGZ-zorg werken zorgverzekeraars met basis- en aanvullende overeenkomsten. In de overeenkomsten zijn (kwaliteits-)voorwaarden opgenomen. Extra budget of een hoger tarief is mogelijk als aan de voorwaarden wordt voldaan.
Bekostiging	Voor de eerstelijns psychologische zorg is er sprake van prestaties (consulten) met vrije prijsvorming. De NZa stelt landelijke maximum DBC-tarieven vast. Gebudgetteerde instellingen verrekenen tot en met 2012 de DBC-inkomsten zodat deze gelijk zijn aan het afgesproken budget. Vanaf 2013 geldt dit niet meer: alle GGZ-instellingen declareren wat ze daadwerkelijk aan zorg leveren via de DBC's. Er is geen sprake meer van een afgesproken budget.

¹⁸ Rijksbegroting 2014, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 210

¹⁹ Marktscan GGZ, februari 2013

● Recente ontwikkelingen in de GGZ

Basis GGZ

In 2013 is ook de curatieve GGZ volledig overgegaan op prestatiebekostiging. Alle instellingen rekenen dan verplicht in DBC's af. 2013 is een overgangsjaar om een deel van de risico's van de verandering op te vangen. In 2013 stelde de NZa nieuwe prestaties vast om de bekostiging van de basis GGZ te verbeteren en te vereenvoudigen. Deze vijf nieuwe prestaties gaan in per 2014. De huisarts krijgt de regie om mensen te verwijzen naar de basis GGZ of tweedelijns GGZ.

Tarieven en eigen bijdragen

In 2013 voerde de NZa een kostenonderzoek uit in de GGZ. Daar komt een tariefstijging uit van 6,4%. De eigen bijdrage voor de eerstelijns psycholoog is in 2012 verhoogd van € 10 naar € 20. Ook is het aantal sessies in de eerstelijns GGZ in het basispakket beperkt van acht naar vijf per jaar. Ook in de tweedelijnszorg zijn eigen bijdragen gekomen, variërend van € 100 tot € 200 per jaar. In 2013 zijn deze laatste eigen bijdragen weer terug gedraaid.

Heldere rekening per 2014

Vanaf 1 januari 2014 staat op GGZ-declaraties meer informatie. Zorgaanbieders moeten dan vermelden wie de hoofdbehandelaar is, welk beroep die heeft en welke andere behandelaars tijd aan een cliënt hebben besteed. Dit helpt om scherper zorg in te kunnen kopen en controles te vereenvoudigen.

Forensische zorg

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg (inclusief verstandelijk gehandicapten- en verslavingszorg) voor volwassenen met een strafrechtelijke titel. Een rechter is de enige die zo'n titel kan opleggen op basis van een oordeel van een onafhankelijk deskundige. Naast GGZ-zorg hebben cliënten in de forensische GGZ ook beveiliging nodig.

De forensische zorg valt sinds 2008 onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Veiligheid en Justitie. De directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) koopt de zorg in. De financiering van zorg vindt plaats met diagnose behandeling en beveiliging combinaties (DBBC's) en ZZP's. De uitgaven aan forensische zorg zijn ongeveer € 712 miljoen in 2011. De forensische zorg wordt apart bekostigd, los van de curatieve GGZ.

De Eerstelijnszorg

Figuur 21.

Huidige vormgeving eerstelijnszorg

Uitgaven	De uitgaven aan eerstelijnszorg bedroegen in 2012 € 8,8 miljard (inclusief farmacie). In 2013 is dat € 9,4 miljard. ²⁰
Zorgvragers	In 2012: <ul style="list-style-type: none">• had ruim 70% van de bevolking contact met de huisarts;• bezocht 78% van Nederlanders een tandarts;• ging ruim 21% van de Nederlanders naar de fysio- oefentherapeut;• gebruikte bijna 37% van de Nederlanders een voorgeschreven geneesmiddel.
Zorgaanbieders	Huisartsen, gezondheidscentra, mondzorg, verloskunde en kraamzorg, paramedische hulp (onder andere fysiotherapie, logopedie), ambulancezorg, dieetadvisering, farmacie, eerstelijns psychologen en ketenzorg. In de eerstelijnszorg is er over het algemeen voldoende aanbod en een beperkte marktconcentratie.
Toegang tot de zorg	Het overgrote deel van de aanbieders in de eerstelijnszorg is rechtstreeks toegankelijk zonder verwijfsbrief van de huisarts. Voorgeschreven geneesmiddelen zijn bij de apotheek op recept verkrijgbaar.
Contractering	De inspanningen van zorgverzekeraars richten zich onder meer op de contractering van fysiotherapie, ketenzorg en farmacie. Bij de fysiotherapie en farmacie is sprake van een hoge contracteergraad. Voor de fysiotherapie ligt de contracteergraad rond de 90% in 2013. In de farmacie hebben de zorgverzekeraars in 2013 gemiddeld met 94% van de apotheken en apotheekhoudende huisartsen een contract. ²¹
Bekostiging	Voor een deel van de eerstelijnszorg gelden door de NZa vastgestelde (maximum-)tarieven per zorg activiteit (bijvoorbeeld: huisartsenzorg, kraamzorg, verloskunde, logopedie en mondzorg). Voor de huisartsenzorg gelden daarnaast een inschrijftarief en vrije tarieven voor een aantal verrichtingen in het kader van modernisering en innovatie. Voor fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvisering, ketenzorg, eerstelijns psychologische zorg en farmacie gelden vrije prijzen.

²⁰ Rijksbegroting 2014, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 210

²¹ NZa, Marktscan Farmacie; Rapportage april 2012.

● Recente ontwikkelingen in de eerstelijnszorg

Hoge contracteergraad in de farmacie

Sinds 2012 gelden vrije prijzen in de farmacie. Apothekers en apotheekhoudende huisartsen verstrekken geneesmiddelen en hulpmiddelen en geven hierbij informatie en begeleiding. De extramurale apotheekzorg heeft ook in 2013 een hoge contracteergraad. Zorgverzekeraars hebben landelijk gemiddeld met 94% van de apotheken en apotheekhoudende huisartsen een contract gesloten. In 2013 kwam de NZa met een quickscan over de contractering in de farmacie. Hieruit bleek dat verzekeraars niet alle zorgprestaties contacteren in de extramurale farmaceutische zorg. De NZa onderzoekt nu of zorgverzekeraars wel aan hun zorgplicht voldoen. In het voorjaar van 2014 brengt de NZa een uitgebreidere marktscan farmacie uit over alle ontwikkelingen op de markt. De totale uitgaven voor geneesmiddelen dalen als gevolg van het door verzekeraars gevoerde beleid. Het aantal geneesmiddelen dat wordt verstrekt neemt jaarlijks toe, maar de prijzen van geneesmiddelen dalen.

Huisartsenzorg: kosten stijgen, verzekeraars onderhandelen niet

Geen enkele zorgverzekeraar onderhandelt met huisartsen over de inschrijftarieven en tarieven voor consulten.

Er is een forse stijging in de totale uitgaven voor huisartsenzorg. Patiënten gaan vaker naar de huisarts: het aantal consulten stijgt zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenduren. Dit kan deels worden verklaard doordat huisartsen meer behandelingen overnemen vanuit de tweede lijn. Op zichzelf is dit een gewenste situatie, als dan ook de kosten in de tweedelijnszorg minimaal met een gelijk bedrag afnemen.

Opvallend is dat de kwaliteit van de reguliere huisartsenzorg nog beperkt inzichtelijk wordt gemaakt. Het aantal huisartsen en ondersteunend personeel stijgt gestaag. Er zijn op dit moment geen signalen van schaarste in het aanbod aan huisartsenzorg, maar er is wel een hoog percentage oudere huisartsen. Hierdoor kan er in de komende 10 jaar schaarste ontstaan, zeker als nog meer zorg naar de huisartsen wordt overgeheveld. Het is daarom nodig om te blijven investeren in de toegankelijkheid van de huisartsenzorg, bijvoorbeeld door gespecialiseerde praktijkondersteuners of wijkverpleegkundigen taken van de huisarts over te laten nemen.

Bewegingszorg

De bewegingszorg wordt geleverd door de beroepsgroepen fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie en podotherapie. Fysiotherapeuten zijn de grootste groep aanbieders van bewegingszorg. Het aantal extramuraal werkende fysiotherapeuten is gestegen van ruim 15.000 in 2008 tot ruim 16.000 in 2010. Tot 2011 zijn de kosten flink gestegen, maar in 2012 zijn de kosten gedaald omdat er een aantal aandoeningen van de chronische lijst is gehaald. Het aantal behandelingen dat voor eigen rekening komt is verhoogd van 12 naar 20. Er gelden vrije prijzen in de bewegingszorg. De contracteergraad van zorgverzekeraars ligt rond de 90%. In de contracten voor 2013 zijn diverse kwaliteitsaspecten opgenomen.

• De stand van de langdurige zorgmarkt (AWBZ)

Alle Nederlanders zijn sinds 1968 in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verplicht verzekerd voor langdurige zorg. De uitgaven aan AWBZ-zorg zijn in de afgelopen periode fors gestegen. Om de AWBZ-uitgaven te financieren wordt bij alle werkenden en uitkeringsontvangers maandelijks een inkomensafhankelijke premie ingehouden op het salaris of de uitkering (momenteel maximaal € 343 per maand).

De belangrijkste cliëntengroepen binnen de langdurige zorg zijn:

- mensen met somatische en/of psychogeriatrische problematiek;
- mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke handicap;
- mensen met een psychiatrische aandoening of beperking.

Veranderingen in de AWBZ in 2013

De geriatrische revalidatiezorg is per 1 januari 2013 van de AWBZ overgegaan naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Om risico's voor zorgaanbieders te beperken geldt in 2013 nog een garantie-bekostiging. Ook hulpmiddelen worden per 1 januari nog uitsluitend vergoed vanuit de Zvw en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Per januari 2013 is het voor nieuwe cliënten met een lichtere zorgvraag (ZZP 1 en ZZP 2) niet meer mogelijk om in een AWBZ-instelling te gaan wonen. Deze zorg wordt in de eigen thuissituatie geleverd. Na een succesvolle pilot in 2012, is het sinds 1 januari 2013 mogelijk dat zorgkantoren zelfstandigen zonder personeel direct kunnen inhuren.

In 2013 is eenmalig 25 miljoen euro aan de contracteerruimte toegevoegd voor medisch noodzakelijk vervoer van kinderen en rolstoelgebonden cliënten in de gehandicaptenzorg. In 2013 onderzocht de NZa mogelijke knelpunten in de bekostiging van het vervoer voor deze twee specifieke doelgroepen. Hieruit blijkt dat instellingen het vervoer van en naar de dagbesteding efficiënter kunnen organiseren, maar dat dit zijn grens kent voor deze doelgroepen. De NZa adviseert daarom om ook in 2014 de contracteerruimte te verhogen voor het medisch noodzakelijk vervoer van kinderen en rolstoelgebonden cliënten.

Uitvoering van de AWBZ

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden, maar hebben hun uitvoeringstaken aan de zogenoemde 'zorgkantoren' gemandateerd. De 32 zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de AWBZ in de eigen regio. Een cliënt met een indicatie voor AWBZ-zorg kan gebruik maken van de zorg die het zorgkantoor voor hem heeft ingekocht: zorg in natura. De cliënt kan er in bepaalde gevallen ook voor kiezen om met een persoonsgebonden budget (PGB) zelf zorg in te kopen.

Jaarlijks controleert de NZa of de zorgkantoren de AWBZ rechtmatig en doelmatig uitvoeren. De NZa ziet al een paar jaar dat zorgkantoren op bepaalde punten beter moeten presteren dan ze nu doen en spreekt hen daarop aan. Zo controleren zorgkantoren niet genoeg of de zorg daadwerkelijk geleverd is. Ook pakken nog niet alle zorgkantoren misbruik en oneigenlijk gebruik van zorggelden goed aan. Er zijn ook verbeteringen: wachtlijst-informatie is beter inzichtelijk en zorgkantoren betrekken cliëntenorganisaties meer bij het inkoopbeleid. Ook worden klachten beter afgehandeld. Wel moet de informatievoorziening aan cliënten nog verder verbeteren en ontbreken bij sommige zorgkantoren nog goede crisisprotocollen.²²

22 Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2011, NZa november 2012

Figuur 22.

Huidige vormgeving AWBZ

Uitgaven	<p>De kosten van intramurale en extramurale AWBZ-zorg in natura stegen van 22,2 miljard euro in 2011 naar 24,6 miljard euro in 2012. In 2013 zijn de totale AWBZ-uitgaven voor zorg in natura lager dan in 2012: bijna 23,7 miljard euro.²³</p> <p>Bijna 63% van het totale AWBZ-budget voor zorg in natura werd in 2012 besteed aan de intramurale zorg: bijna € 15,7 miljard. Aan extramurale AWBZ-zorg gaven we in 2012 ruim 4 miljard euro uit. In 2011 gaven we 2,3 miljard euro uit aan persoonsgebonden budgetten in de AWBZ. In 2012 was dit 2,5 miljard euro en in 2013 2,6 miljard euro.²⁴</p>
Zorgvragers	<p>In 2012 hadden 590.000 mensen een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg. Dit is een afname ten opzichte van voorgaande jaren. Van alle mensen met een extramurale indicatie kiest in 2012 18,8% voor een PGB, dit aantal neemt af. In 2012 hadden circa 263.000 mensen een indicatie voor intramurale AWBZ-zorg. Dit aantal is de laatste jaren ongeveer gelijk. In de intramurale AWBZ kiest in 2012 4,6% voor een PGB, hier neemt het aantal mensen dat voor een PGB kiest juist toe.</p>
Zorgaanbieders	<p>Het totaal aantal AWBZ-instellingen neemt toe van 1.480 in 2010 naar 1.621 in 2012. Het aantal intramurale AWBZ-instellingen daalde van 826 in 2010 naar 791 in 2012.</p> <p>De financiële positie van aanbieders laat tussen 2010 en 2011 een lichte verbetering zien. Wat opvalt is dat de gemiddelde financiële positie van kleinere aanbieders over het algemeen beter is dan van grotere extramurale aanbieders²⁵.</p>
Toegang tot zorg	<p>Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg is een indicatie van het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) of Bureau Jeugdzorg (BJZ) noodzakelijk. In de extramurale AWBZ gelden in 2013 de volgende zorgvormen: persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP), begeleiding (BG) en behandeling (BH).</p> <p>De indicatiestelling voor intramurale AWBZ-zorg vindt plaats in zorgzwaartepakketten (ZZP's). De ZZP's omvatten een samenhangend pakket aan zorg waarop de verzekerde aanspraak heeft. Binnen de ZZP-indeling is verder onderscheid gemaakt naar doelgroep: verzorging en verpleging, gehandicap-tenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Ook gelden er nog enkele toeslagen voor bijvoorbeeld crisisopvang en voor de ziekte van Huntington. Zorg met verblijf kan in bepaalde gevallen ook thuis geleverd worden met het 'Volledig Pakket Thuis'.</p>
Contractering	<p>De zorgkantoren hebben in de AWBZ geen contracteerplicht. Wel hebben zij een zorgplicht voor de bewoners in hun regio en moeten ze met hun inkoop binnen de landelijk vastgestelde contracteer-ruimte blijven.</p>
Bekostiging	<p>Zorgkantoren en zorgaanbieders onderhandelen over de prijs die zorgaanbieders voor de door hen geleverde zorg in rekening mogen brengen. Daarbij gelden door de NZa vastgestelde maximumtarieven.</p>

Kortingspercentages extramurale AWBZ

Zorgkantoren hebben in de loop van de tijd hogere kortingspercentages voor de verschillende extramurale functies bedongen. In 2012 lijkt de korting zich enigszins te stabiliseren. De kortingspercentages in 2012 zijn gemiddeld:

Figuur 23.

Kortingspercentages extramurale AWBZ



Bron: NZa-data, peildatum februari 2013

Invoering normatieve huisvestingscomponent

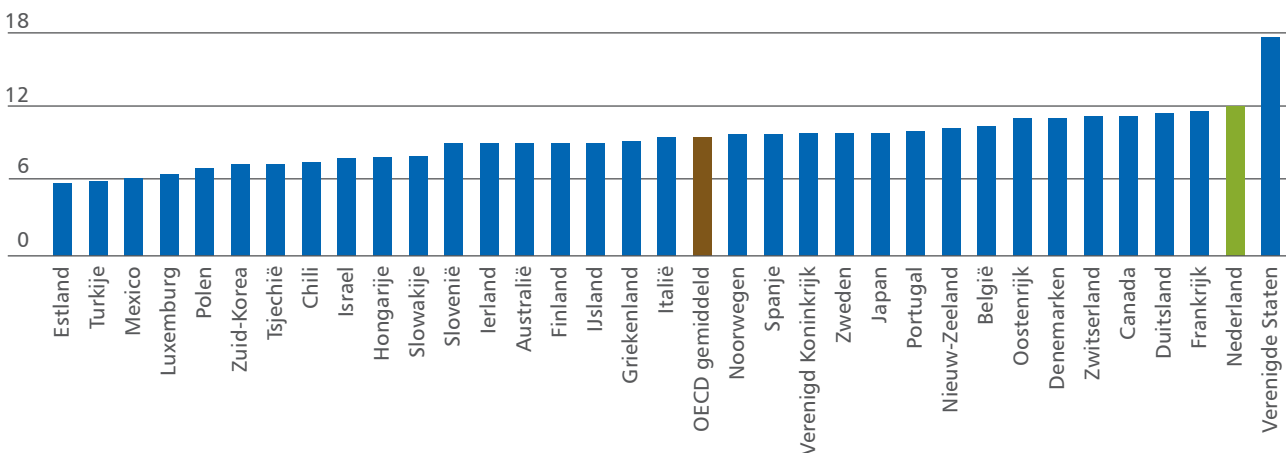
Vanaf 2012 wordt stapsgewijs een normatieve bekostiging van de huisvesting ingevoerd. Dit betekent dat in de periode 2012 - 2018 stapsgewijs de 100% nacalculatie van de huisvestingskosten wordt vervangen door een normatieve bekostiging (NHC). De zorgaanbieders worden hiermee gestimuleerd tegemoet te komen aan de woonwensen van hun cliënten.

Internationale vergelijking²⁶

Onderstaande tabel laat zien dat Nederland ten opzichte van andere landen veel uitgeeft aan gezondheidszorg:

Figuur 24.

Uitgaven gezondheidszorg in % van het Bruto Nationaal Product



23 Rijksbegroting 2014, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 206 en 244

24 NZa, Marktscan Intramurale AWBZ 2012/ Rijksbegroting 2014, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 206 en 244/ NZa, Publicatie zorgverzekering februari 2013

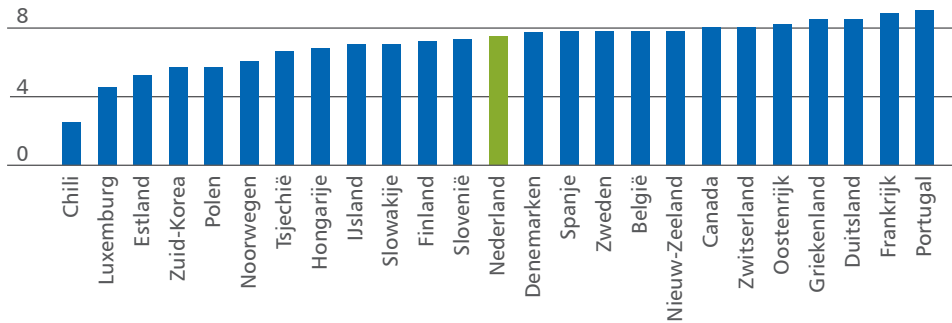
25 NZa, Marktscan Extramurale AWBZ, Weergave van de markt 2008 – 2011, 2012

26 OECD Health data per augustus 2013 (2011 of meest recente jaar)

In de curatieve zorg scoort Nederland redelijk gemiddeld: we geven ongeveer hetzelfde uit aan de medische zorg als in vergelijkbare landen zoals Denemarken en België. Noorwegen scoort opvallend laag, terwijl landen als Oostenrijk en Duitsland meer uitgeven aan zorg:

Figuur 25.

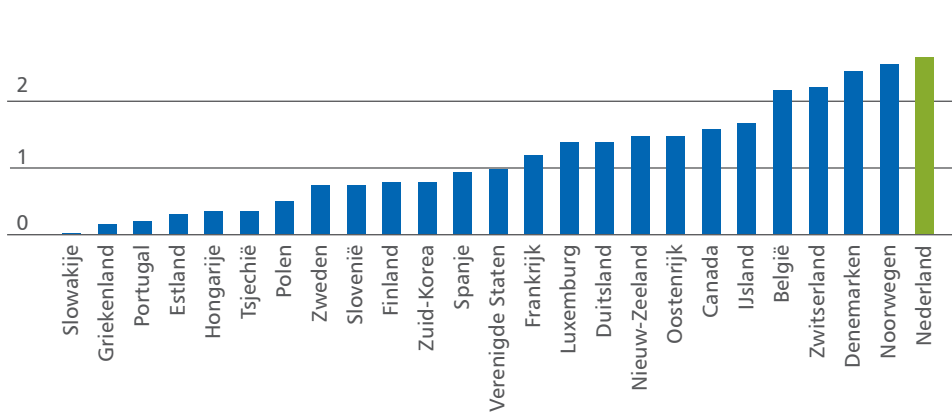
Uitgaven medische zorg in % van het Bruto Nationaal Product



In de langdurige verpleegzorg geeft Nederland het meest uit in vergelijking tot andere landen:

Figuur 26.

Uitgaven langdurige verpleegzorg in % van het Bruto Nationaal Product



Wetswijzigingen in 2013:

- Per 1 januari 2013 kunnen nieuwe cliënten in de AWBZ geen aanspraak meer doen op de zorgzwaartepakketten 1 en 2 met verblijf. Deze cliënten krijgen de zorg in de thuissituatie geleverd.
- Per 1 januari 2013 is geriatrische revalidatiezorg onder de Zorgverzekeringswet gebracht. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het leveren van (of vergoeden van) deze zorg. Voor deze zorg heeft de NZa beleidsregels en een regeling opgesteld, die per 1 januari 2013 in werking zijn getreden. Voor bestaande aanbieders van geriatrische revalidatiezorg geldt een overgangsregeling van 1 jaar.
- Per 1 januari 2013 is het steunbeleid van de NZa vervangen door beleid om de continuïteit van cruciale zorg te garanderen.
- Het recht op ZP 3 VV vervalt voor nieuwe cliënten per 1 januari 2014.
- Het College voor Zorgverzekering gaat op in het Zorginstituut Nederland in 2014 en krijgt dan mede tot taak om professionele standaarden en kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor de zorg. Zorgaanbieders kunnen verplicht worden om informatie hiervoor aan te leveren. De NZa moet die verplichting handhaven.

Wetsvoorstellen in behandeling bij het parlement:

- Wetswijziging artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Die wijziging heeft onder meer tot doel dat zorgverzekeraars geen vergoeding meer hoeven toe te kennen voor de zorg verleend door zorgaanbieders die zij niet hebben gecontracteerd.
- De Wet forensische zorg wordt aangepast zodat de NZa prestaties en tarieven kan vaststellen en toe kan zien op de inkooprol van het Ministerie van Justitie. Per 1 april 2012 was dit al een taak van de NZa via een tijdelijk besluit.
- De Minister heeft aangekondigd dat de Wet marktordening gezondheidszorg zal worden gewijzigd op het gebied van toezicht en handhaving. Deze wijzigingen hebben tot doel het toezicht van de NZa te versterken. Vooruitlopend op deze wijziging heeft de NZa de bevoegdheid gekregen om handhavend op te treden in het kader van de uitvoering van controles door zorgkantoren.
- De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) wordt gewijzigd zodat het mogelijk wordt gemaakt voor zorgaanbieders van medisch specialistische zorg om winst uit te keren.
- Het wetsvoorstel om risico's voor de continuïteit van zorgverlening tijdig te signaleren, ligt ter behandeling in de Eerste Kamer. De NZa krijgt met dit wetsvoorstel de bevoegdheid om regels te stellen die ertoe strekken dat in de overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarover afspraken worden gemaakt. Daarnaast voorziet dit wetsvoorstel in een door de NZa te verrichten zorgspecifieke concentratietoets.
- De Wet cliëntenrechten zorg is opgeknipt in verschillende onderdelen. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen (Wet kkgz) gaat over de behandeling van klachten en geschillen, kwaliteit van zorg en meldingen. Via afzonderlijke wetsvoorstellen zijn de onderwerpen goed bestuur en medezeggenschap aan de Tweede Kamer voorgelegd. De aanpassing van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en aanpassing (of vervanging) van de Wet toelating zorginstellingen, worden na 2014 aan de Tweede Kamer voorgelegd.

● Researchpapers van de Nederlandse Zorgautoriteit

In 2012 en 2013 verschenen de volgende researchpapers.

- 1 *Populatiebeposting: Panacee, hype of verkapt kartel?* Pomp, M. i.o.v. de Nederlandse Zorgautoriteit (2013). Over de lessen die te leren zijn van buitenlandse ervaringen met populatiebeposting.
- 2 *Proportionality in EU law: A balancing Act?* Sauter, W. (TILEC Discussion Paper 2013-03). Een analyse van het evenredigheidsbeginsel onder EU recht.
- 3 *Sectorspecifiek mededingingsrecht en fusietoetsing.* In: Regelaar (2013). Sauter, W.
De verschillende vormen van fusietoetsing en sectorregimes in vergelijking met de algemene regels van de ACM.
- 4 *This won't hurt a bit: the Commission's approach to services of general economic interest and state aid to hospitals.* Sauter, W. en Hancher, L. In: State Aid Reform and Modernisation (TMC Asser Press, 2013), pp. 249-272. Onderzoek naar diensten van algemeen economisch belang en de ziekenhuiszorg aan de hand van een Belgische casus.
- 5 *Factors associated with hospital closure and merger: A survival analysis of Dutch hospitals from 1978 to 2010.* Den Hartog, M., Janssen, R., Haselbekke, B.J., Croes, M., Klik, M. In: Health Services Management Research 26 (2013), 1-8. Een onderzoek naar de factoren (e.g. grootte en fusie) die samenhangen met ziekenhuissluitingen.
- 6 *Risicoselectie binnen de Zvw (2012 en 2013).* Aantal externe onderzoeken door iBMG i.o.v. de NZa naar mogelijkheden en prikkels tot risicoselectie door zorgverzekeraars.
- 7 *No Risk, no gain.* Uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Pomp, M. i.o.v. de Nederlandse Zorgautoriteit (2012). Over de mogelijkheden van een risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars.
- 8 *Verzekeraar als motor van het stelsel,* Halbersma, R., Sauter, W. en Van Manen, J. (2012)
- 9 *'Verstoort een inkomensafhankelijke premie de concurrentie tussen verzekeraars?* Halbersma, R. en Mikkers, M. In: VGE bulletin (2012). Analyse verhouding nominale premie en belasting voor de Zorgverzekeringswet.
- 10 *EU competition and internal market law in healthcare.* Sauter, W. en Hancher, L. (Oxford University Press, 2012). Onderzoek met overzicht van de implicaties van EU interne markt en mededingingsrecht voor de zorg.
- 11 *The impact of EU competition law on national healthcare systems.* Sauter, W. (TILEC Discussion Paper, 2012). Overzicht van uitzonderingen waarop overheden en marktpartijen in de zorg een beroep kunnen doen onder de EU mededingings- en staatssteunregels.

Ontwerp:
www.taluut.nl

Fotografie portretten:
Willem Mes

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Postadres:
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres:
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 296 81 11

Website: www.nza.nl
Twitter: [@zorgautoriteit](https://twitter.com/zorgautoriteit)

Informatielijn/Meldpunt
Telefoon (tussen 09.00-14.00 uur): 0900-7707070
E-mail: info@nza.nl

