

Stand van de zorg 2019

Aan de slag



Nederlandse
Zorgautoriteit

03 Aan de slag

Langdurige zorg 08	Medisch-specialistische zorg 17	Geestelijke gezondheidszorg 23
Huisartsenzorg 28	Wijkverpleging 33	Paramedische zorg 40
Geboortezorg 48	Mondzorg 53	Zorgverzekeringen 57

Aan de slag

Hoe zorgen we ervoor dat de zorgvraag van de patiënt leidend is en blijft?



De Stand van de zorg geeft een overzicht van hoe wij kijken naar de verschillende sectoren in de zorg. Maar veel aandachtspunten, zoals het aanbod in de regio, de arbeidsmarkt en de betaalbaarheid, gelden voor de hele zorg. Bovendien zijn sectoren, instituten, organisaties en eigenbelang niet leidend.

Hoe zorgen we ervoor dat de zorgvraag van de patiënt leidend is en blijft? Dat prikkels niet alleen gericht zijn op meer behandelen, maar op de effecten ervan en op het voorkomen van zorg. Niet meer alleen gericht op behandeling in de tweede lijn, maar juist op oplossingen in de eerste lijn. Niet op het op het behoud van taken en bevoegdheden, maar juist op samenwerken en het herschikken van taken. Financiële prikkels sturen nu het aanbod van zorg.

Op papier is de wil van alle partijen groot om de zorg te veranderen, maar de praktijk is weerbarstig. Vandaar dat we recent stelden dat het hoofdlijnenakkoord in de msz een nobel streven is, maar in het huidige tempo ook onrealistisch. In dit onderdeel van de Stand van de zorg gaan we in op de

zorg als geheel. Onze boodschap: Er is werk aan de winkel, dus: aan de slag!

Het knelt in de zorg

Een jaar geleden nog waarschuwden verschillende partijen dat de zorgkosten in 2040 zouden oplopen tot 174 miljard. De toegankelijkheid komt door het tekort aan personeel onder druk te staan, omdat niet 1 op de 7, maar 1 op de 4 werknemers in de zorg moet werken. Door sceptici werd deze boodschap afgedaan als bangmakerij: bovendien is 2040 nog ver weg.

Een jaar later is er veel veranderd. Het knelt in de zorg. Niet in 2040, maar nu al. De toegankelijkheid van huisartsenzorg in de regio is niet langer vanzelfsprekend. De wachttijden in de ggz blijven onverminderd hoog. Er zijn personeelstekorten en die lopen op. Het tekort aan verpleegkundigen is nu al merkbaar. De kosten van de langdurige zorg, waar we al een van de duurste landen zijn, blijven hard stijgen.

Op basis van onze laatste inschatting stijgen de kosten van de langdurige zorg

met zo'n 7,1% van 18.9 naar 20.254 miljard in 2019. In het voorjaar stelde het Centraal Bureau voor de Statistiek al dat we voor het eerst meer dan 100 miljard aan zorg uitgaven. En ondanks dat de kwaliteit van de zorg in Nederland hoog is, wordt de roep van organisaties om meer geld met de dag groter.

Alleen geld erbij is niet de oplossing

Alleen geld erbij is niet de oplossing. Het neemt de oorzaken niet weg en het faciliteert de status quo. De oplossing is dan tijdelijk. We weten dat de economie de komende jaren minder sterk gaat groeien. We weten dat de vaste lasten de afgelopen jaren al flink zijn gestegen. We kunnen niet nog meer vragen van burgers en verzekerden, want zij betalen via de belasting en via de zorgpremie nu al meer dan een kwart van hun inkomen aan zorg. We moeten het anders en beter doen in de zorg, en daar moeten we nu mee beginnen. Aan de slag dus!

'waar' en 'door wie' we de zorg laten leveren moet opnieuw bekeken worden

Wat moet er anders in de zorg?

Als deze vraag eenvoudig was dan waren we al klaar. Veranderen is nooit eenvoudig. Het is een opgave die niet vanzelf gaat. Die inzet vergt van iedereen die erbij betrokken is. Concreet betekent het dat 'waar' en 'door wie' we de zorg laten leveren opnieuw bekeken moet worden. Bovendien: niet alles wat kan, moeten we ook doen.

De afspraken die partijen maken over taakherschikking en substitutie moeten effect hebben in de praktijk. Het geld moet de patiënt volgen en niet de aanbieder. Complexe zorg hoort bij de medisch specialist in het ziekenhuis en minder complexe zorg moet naar de eerste lijn. Uit verschillende onderzoeken rondom substitutie (€ 11.9 miljoen

in 2018), transformatiegelden (€ 1.5 miljoen afgesproken voor 1 april 2019) en taakherschikking, constateren we dat dat onvoldoende van de grond komt.

Eenvoudige zorg moet van de tweede naar de eerste lijn. Binnen de tweede lijn moeten UMC's zich met name richten op complexe zorg en algemene ziekenhuizen op de algemene tweedelijnszorg. Praktijkondersteuners, verpleegkundig specialisten en physician assistants kunnen taken overnemen van andere beroepsgroepen zoals de huisartsen of de medisch specialisten. Wij doen in 2020 opnieuw onderzoek of deze taakherschikking van de grond komt. Verandering brengt altijd onzekerheid met zich mee. Helemaal wanneer je werkzaamheden moet afstoten. Wat betekent het voor mijn organisatie? Kan ik nog wel doen wat ik deed? Hoe ziet mijn inkomen of mijn uitgaven er dan uit? Ik doe het al jaren zo, waarom zou ik moeten veranderen? Legitime vragen die vragen om een stapsgewijze verandering. Maar tegelijk niet relevant voor de patiënt. En daar werkt iedereen uiteindelijk voor. Aan de slag!

Pak je rol

Niemand kan dit alleen en dat hoeft ook niet. Maar iedereen moet wel zijn rol pakken. We zien een stijging van de kosten in de zorg, onvoldoende innovatiekracht en -vermogen en onvoldoende regie op een noodzakelijke veranderagenda. Tegelijkertijd zijn grote veranderingen, regie en investeringen hard nodig om het tij te doen keren. Allen dan kunnen we de toegankelijkheid en betaalbaarheid van goede zorg garanderen. Iedereen heeft hierin zijn rol.

Zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn de zorginkopers. Zij hebben zorgplicht en zijn daarmee verantwoordelijk voor het zorglandschap. Zij moeten sturend optreden en gericht inkopen. Door samenwerking te zoeken met andere inkopers zoals gemeenten. Door samenwerking en coördinatie binnen de regio te stimuleren en faciliteren. En door zuinig te zijn in het belang van de premiebetaler, maar net zo belangrijk: investeren als de aanbieder zorg doelmatiger kan regelen.

Zorgaanbieders vormen de kern van de verandering. Substitutie en taakherschikking

kan veel betekenen voor de organisatie en de mensen die er werken. Het bestuur dient hier invulling aan te geven. Door het personeel te ondersteunen. Door te leren van andere organisaties. Door de organisatie klaar te maken voor de toekomst. En door samenwerking te zoeken met anderen in het zorgdomein.

Wat doen wij?

Onze rol is helder, namelijk waarvoor we zijn opgericht in 2006: de zorg reguleren, toezichhouden en onderzoek doen. De rol van marktmeester. Daar zijn wij van.

Wij verwachten meer inzet van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De zorg is immers van ons allemaal. We moeten veranderen en ons aanpassen aan de tijd. Maar tot nu toe is het allemaal erg vrijblijvend. We laten ons dan ook nadrukkelijker gelden.

We zien gelukkig ook partijen die wel innoveren. De zorg anders willen organiseren. Zo hebben wij recent met verschillende partijen in Amsterdam-Noord een intentieovereenkomst getekend om de zorg in die regio te verbeteren. Amsterdam-Noord heeft specifieke aandachtspunten ten opzichte van

de rest van Amsterdam. Zo neemt het aantal mensen met chronische meervoudige problematiek sterk toe, evenals het aantal mensen met psychische aandoeningen en eenzaamheid. Dat vraagt extra aandacht en innovatie van zorg- en welzijnorganisaties. Partijen met dergelijke initiatieven zullen we steunen en zoveel mogelijk helpen.

Maar helaas pakt niet iedereen de handschoen op. Daarom scherpen we ons beleid aan in alle sectoren. Een aantal aandachtspunten zijn reeds benoemd. Zo maken we werk van taakherschikking in de medisch-specialistische zorg en vragen partijen expliciet de verschuiving van taken en financiële effecten daarvan transparant te maken. We kijken naar de positie van medisch-specialistische bedrijven en hoe contracten naar hen worden doorvertaald. Ook verwachten we meer van de contractering in de medisch-specialistische zorg op het gebied van taakherschikking, substitutie, preventie en innovatie. Met het oog op deze aandachtspunten gaan we de contractering monitoren. Als blijkt dat de bekostiging te sterk stuurt op het vasthouden van zorg in plaats van taak-

herschikking en substitutie moeten we wellicht opnieuw naar de bekostiging kijken.

Taakherschikking en substitutie vraagt ook om een sterke eerste lijn. Zowel de wijkverpleging, paramedische zorg als de huisartsenzorg hebben een belangrijke rol in deze beweging. Inzicht in de zorgvraag in de regio is noodzakelijk. Zorgaanbieders moeten in multidisciplinaire netwerken om de patiënt heen werken. En uiteraard betekent het ook dat het geld hier de patiënt volgt.

Het geld volgt de patiënt

Huisartsen hebben ruimte om ondersteunend personeel aan te nemen dat taken kan overnemen. Dit moeten de aanbieders samen vormgeven met de zorgverzekeraar. Door goede afspraken met elkaar te maken. Niet alleen over tarieven en indexatie, maar echte kwaliteitsafspraken over de zorg in de regio. In de langdurige zorg blijven de kosten hard stijgen. Met het oog daarop verwachten we

meer van zorgkantoren bij de inkoop. Geen generieke inkoop, maar specifieke inzet op doelmatigheid. Wij passen de bekostiging aan door samen met partijen een begin te maken met het invoeren van de integrale vergelijking. Daarmee bieden we meer maatwerk in de bekostiging en doen we recht aan de verschillen tussen aanbieders in de praktijk.

We kunnen deze verandering uiteraard niet alleen vormgeven. Samenwerking met andere overheidsorganisaties zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Zorginstituut Nederland, de Autoriteit Consument & Markt en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu is hard nodig. Maar uiteraard ook samenwerking met zorginkopers en zorgverleners. Het liefst als partner in deze veranderopgave, maar als autoriteit waar nodig. Er is immers niet één regisseur in de zorg, we zullen het met zijn allen moeten doen. Het zal op veel terreinen merkbaar zijn en we zijn ambitieus. Dus voor ons geldt ook: Aan de slag!

Marian Kaljouw

Voorzitter raad van bestuur NZa



Langdurige zorg

De kosten in de langdurige zorg groeien sneller dan verwacht

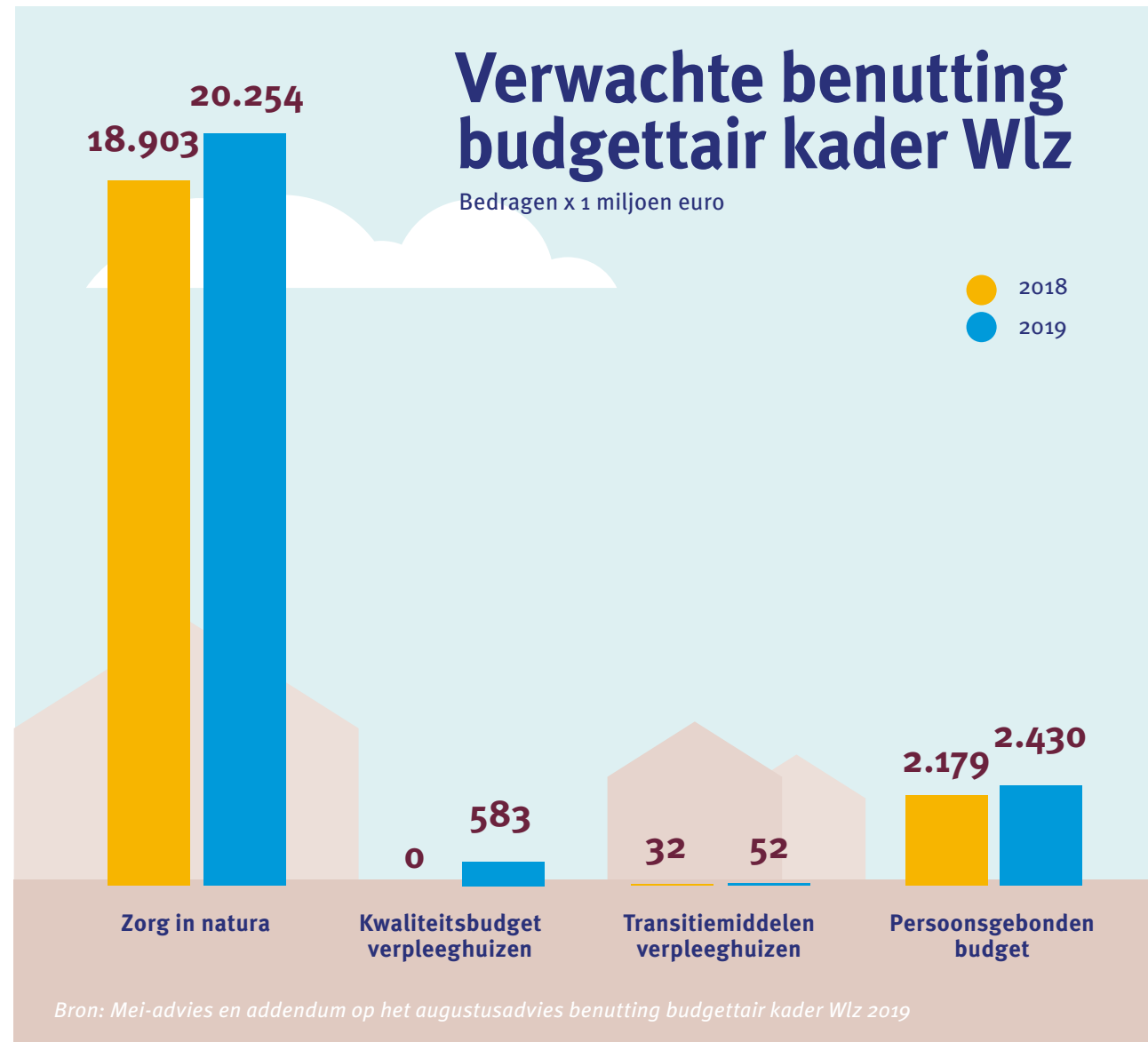


Uitgaven langdurige zorg stijgen in 2019

De kosten in de langdurige zorg (Wlz) groeien sneller dan verwacht en laten ook in 2019 naar verwachting een sterke groei zien. De verwachting is dat de kosten van zorg in natura groeien naar ruim 20 miljard, een stijging van 7,1%. Daar bovenop komen nog extra middelen zoals 583 miljoen voor de verpleeghuiszorg en transitiebudgetten verpleeghuiszorg. Ook de uitgaven aan het persoonsgebonden budget groeit met ongeveer 12%. De verwachte totale groei van het budgettair kader Wlz komt daarmee uit op ruim 10%.

De zorg kost op sommige locaties meer dan op andere locaties

Wij maken ons zorgen over de huidige kostenstijging in de langdurige zorg. In combinatie met de kwaliteitsgelden, demografische ontwikkelingen en de stijging van



het aantal wachtenden, is de verwachting dat de kostenstijging de komende jaren zal aanhouden. Dit is op de lange termijn onhoudbaar.

Met het oog op de kostenstijging en aantal wachtenden in de Wlz, is het belangrijk dat zorgkantoren op de korte termijn meer werk maken van doelmatige inkoop. Ook gaan we vaststellen of zorgkantoren zich voldoende inspannen om de doelstellingen van het kwaliteitskader te realiseren.

Aanbieders zullen zelf moeten innoveren en met name leren van andere aanbieders die doelmatiger kunnen werken. Wij brengen samen met de sector meer maatwerk in de bekostiging door tarieven vast te stellen die rekening houden met de verschillen tussen zorgaanbieders en zo beter aansluiten bij de praktijk.

Wachtlijsten: aantal niet-actief wachtenden neemt toe

In het [augustusadvies](#) laten we wachtlijstgegevens per sector zien over de periode 1 oktober 2018 - 1 juni 2019. Met name

de groep niet-actief wachtenden met zorg binnen de Verpleging & Verzorging sector (V&V) is relatief groot. In deze groep zien we een duidelijke toename van het aantal wachtenden. Zorgkantoren geven aan dat dit samenhangt met een te krap budgettair kader. Deze groep is wel al in zorg, maar niet op de voorkeurslocatie van de cliënt. In 2020 doen wij een analyse naar het aanbod en vraag in de regio.

Integrale vergelijking

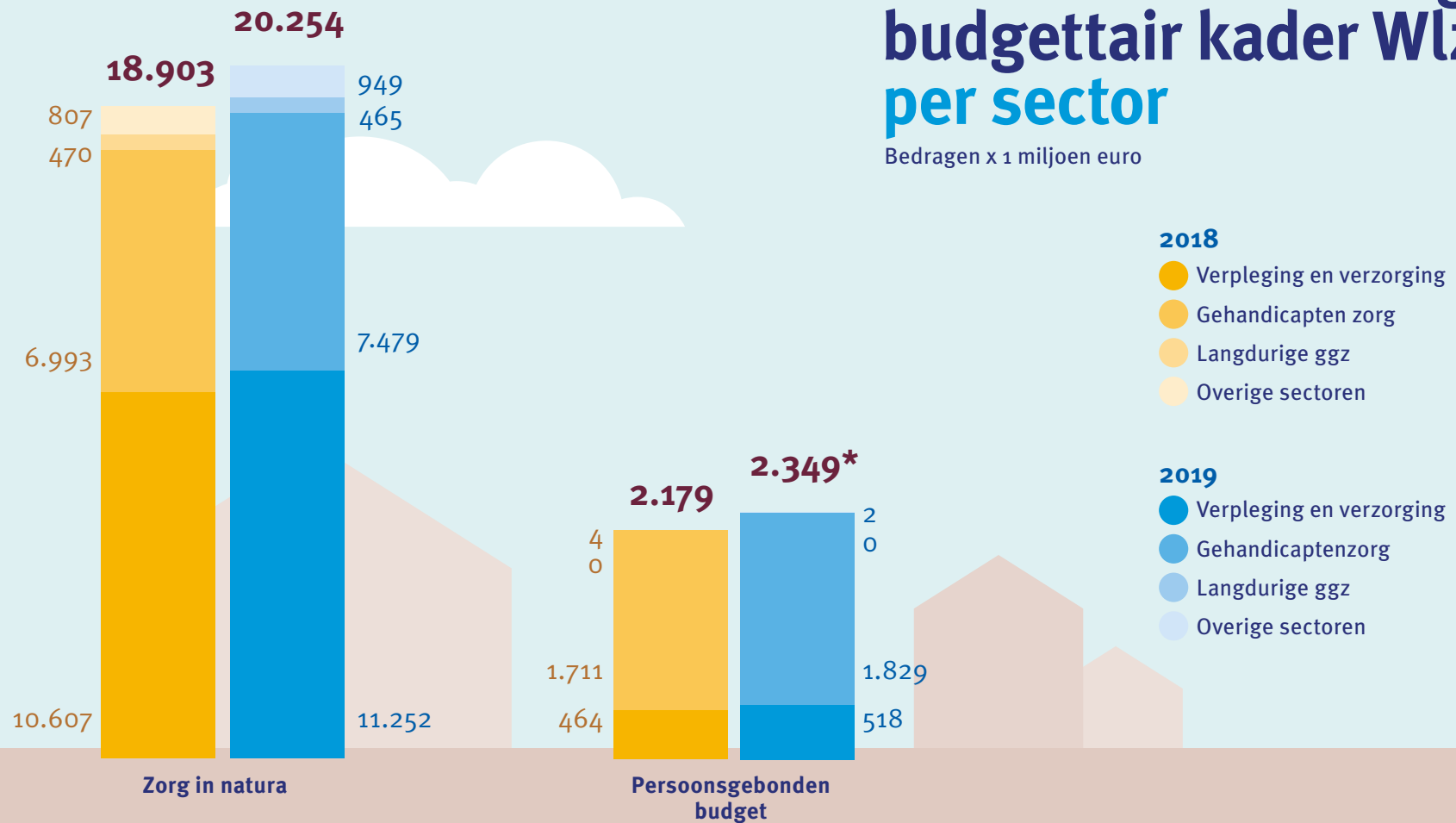
In maart 2019 adviseerden wij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over een toekomstbestendige bekostiging voor de verpleeghuiszorg. Dit advies is tot stand gekomen in samenwerking met veertig zorgbestuurders, vertegenwoordigers van zorgkantoren en experts uit het veld. Vervolgens hebben wij de opdracht gekregen van de minister van VWS om een integrale vergelijking uit te voeren om de bekostiging binnen de verpleeghuiszorg beter passend te maken. Het doel van deze nieuwe bekostiging is dat alle verpleeghuizen, ongeacht omstandigheden, dezelfde goede zorg kunnen leveren. Het beoogde bekostigingssysteem

biedt daardoor meer maatwerk voor aanbieders. Want in de praktijk zien we verschillen tussen aanbieders. Zo bleek uit ons recente onderzoek dat de locatiemarken zoals grootstedelijkheid of sociale economische status van de wijk in relatie staan tot verschillen in verzuim van personeel van een zorgaanbieder. Hierdoor kost de zorg op sommige locaties meer in vergelijking tot andere locaties. Om overal, ongeacht omstandigheden, zorg volgens het kwaliteitskader te kunnen leveren, is het essentieel om deze kostenverschillen te corrigeren.

De integrale vergelijking is een proces dat we stap voor stap doen, samen met de sector. Er zijn meerdere werkgroepen, bestaande uit experts uit het veld, die ons adviseren en die meedenken bij het uitvoeren van deze integrale vergelijking. In oktober 2019 starten we met een data-uitvraag. De uitkomsten koppelen we terug aan de aanbieders die hun gegevens hebben aangeleverd. Samen met hen bespreken we de resultaten en verfijnen we het bekostigingsmodel. De uitkomsten landen in 2021 nog niet in de tarieven voor de verpleeghuiszorg. ■

Verwachte benutting budgettair kader Wlz per sector

Bedragen x 1 miljoen euro



2018

- Verpleging en verzorging
- Gehandicapten zorg
- Langdurige ggz
- Overige sectoren

2019

- Verpleging en verzorging
- Gehandicaptenzorg
- Langdurige ggz
- Overige sectoren

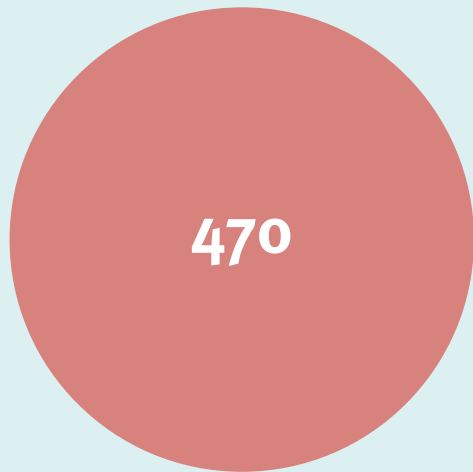
* Persoonsgebonden budget betreft realisatie tot en met augustus. Dit cijfer verschilt van de prognoses van de verwachte benutting van het Wlz-kader 2019.

Kosten langdurige ggz

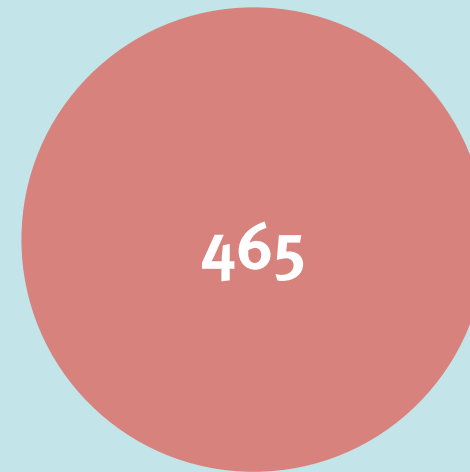
Bedragen x 1 miljoen euro

Zorg in natura

- Volledig pakket thuis
- Modulair pakket thuis
- Zzp
- Overige leveringsvormen



2018



2019*

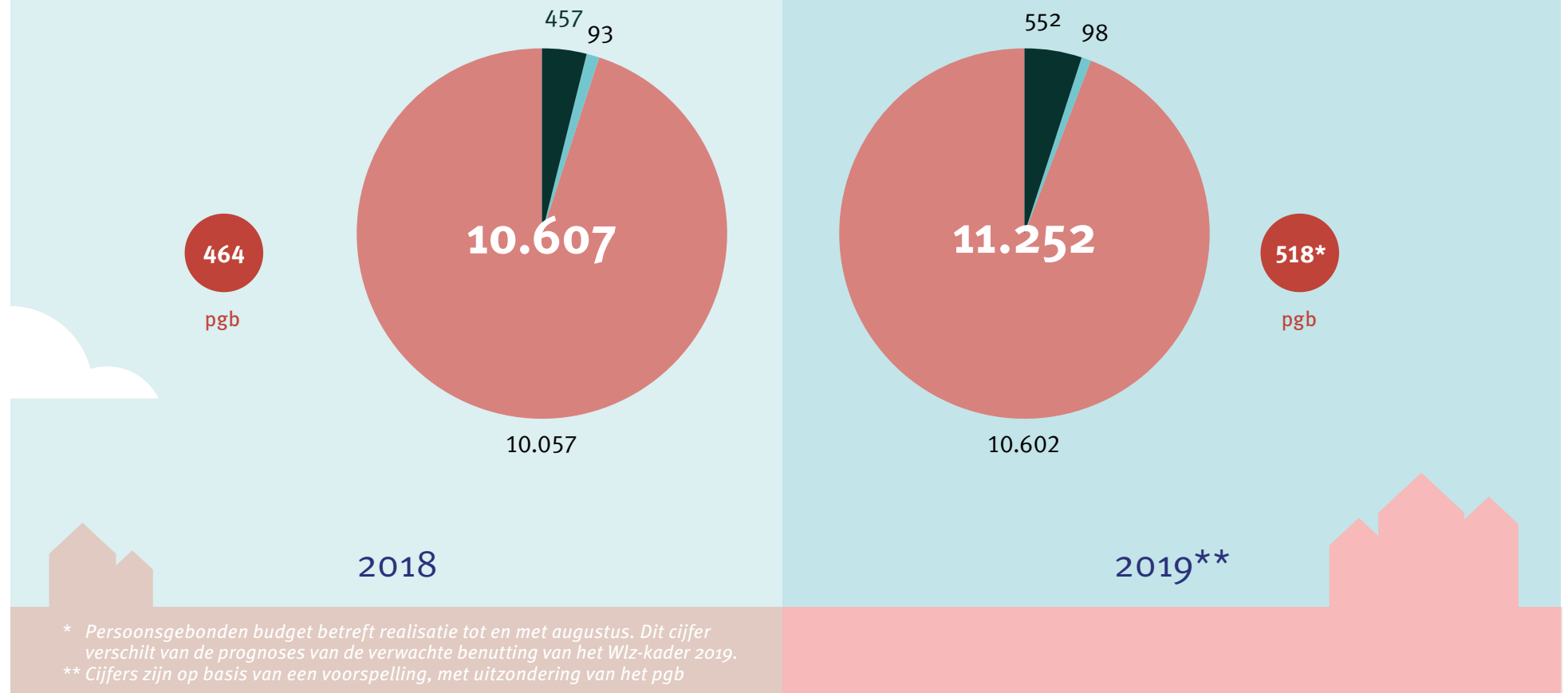
* Cijfers zijn op basis van een voorspelling

Kosten verpleging & verzorging

Bedragen x 1 miljoen euro

Zorg in natura

- Volledig pakket thuis
- Modulair pakket thuis
- Zzp
- Overige leveringsvormen

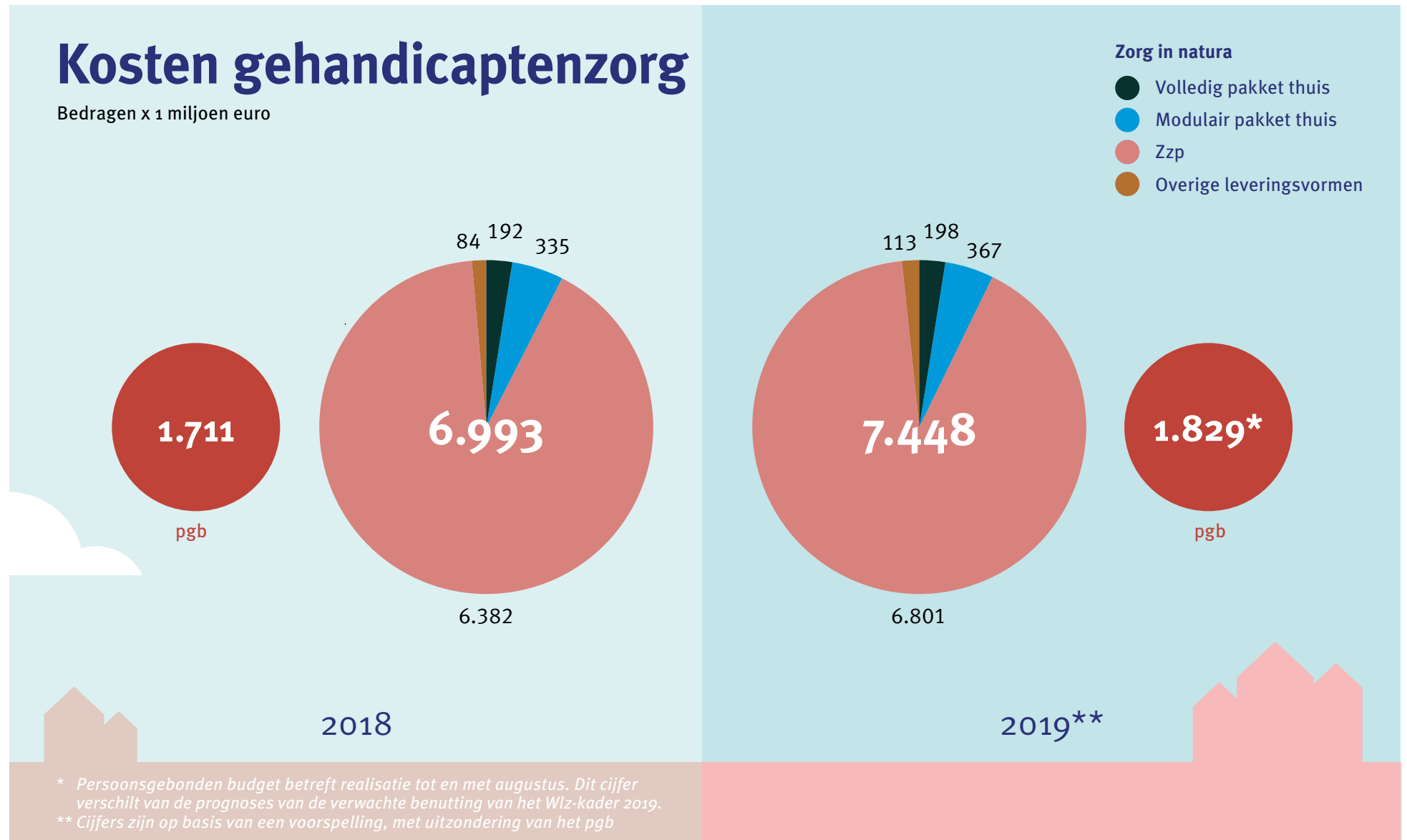


Kosten gehandicaptenzorg

Bedragen x 1 miljoen euro

Zorg in natura

- Volledig pakket thuis
- Modulair pakket thuis
- Zzp
- Overige leveringsvormen



* Persoonsgebonden budget betreft realisatie tot en met augustus. Dit cijfer verschilt van de prognoses van de verwachte benutting van het Wlz-kader 2019.
 ** Cijfers zijn op basis van een voorspelling, met uitzondering van het pgb

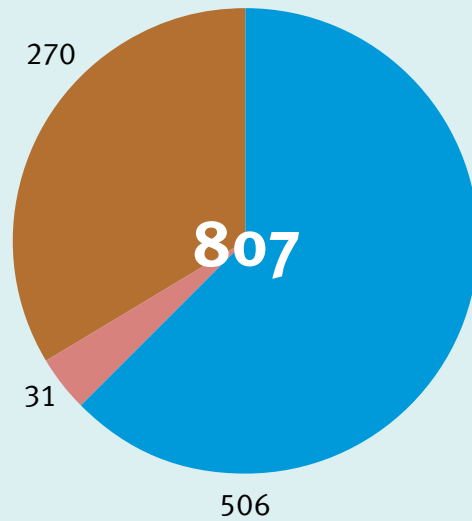
Kosten overige sectoren

Bedragen x 1 miljoen euro

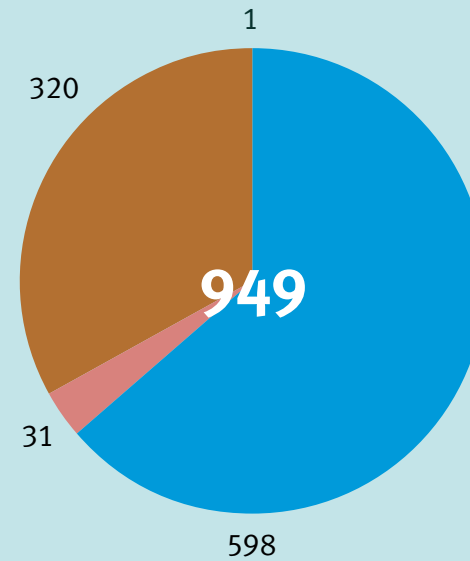
Zorg in natura

- Volledig pakket thuis
- Modulair pakket thuis
- Zzp
- Overige leveringsvormen

3
pgb



2018



2019**

* Persoonsgebonden budget betreft realisatie tot en met augustus. Dit cijfer verschilt van de prognoses van de verwachte benutting van het Wlz-kader 2019.
** Cijfers zijn op basis van een voorspelling, met uitzondering van het pgb

Uitstaande Wlz-indicaties

We constateren een groei in het aantal Wlz-indicaties. Met name de sector Verpleging & Verzorging groeit hard door (4,6%). Het CIZ geeft aan dat de totale Wlz-aanspraken een trend laten zien die past bij de demografische ontwikkelingen en de beleidsontwikkelingen. Het CIZ publiceert geen prognoses van het aantal indicaties.



Medisch-specialistische zorg

Resultaten van
de transformatie-
gelden, substitutie
en taakherschikking
zijn teleurstellend



We zien de kosten voor medisch-specialistische zorg in de periode 2015 - 2017 stijgen. Voor 2018 zijn nog niet alle declaraties binnen, maar de verwachting is dat de kosten verder oplopen.

Grootste uitgaven: oncologische zorg en dure geneesmiddelen. Voor vrijwel alle vormen van medisch-specialistische zorg geldt dat de kosten stijgen. De grootste stijging zien we bij de oncologische zorg (de zogenoemde 'nieuwvormingen'). De kosten voor deze zorg vormen het grootste aandeel van de kosten van de medisch-specialistische zorg.

Daarnaast zien we dat de kosten voor dure geneesmiddelen sterk stijgen (zie p19). In 2016 gaven zorgverzekeraars 1.91 miljard uit aan dure geneesmiddelen. Op basis van schattingen van zorgverzekeraars in de monitor dure geneesmiddelen komt dat

voor 2017 uit op 2.08 miljard. Een verdere stijging van de kosten van maar liefst 9%. De groei van de kosten voor deze dure geneesmiddelen ligt veel hoger dan de afgesproken groei in de hoofdlijnenakkoorden. De kans bestaat dan ook dat de groei van dure geneesmiddelen andere medisch-specialistische zorg wegdrukt.

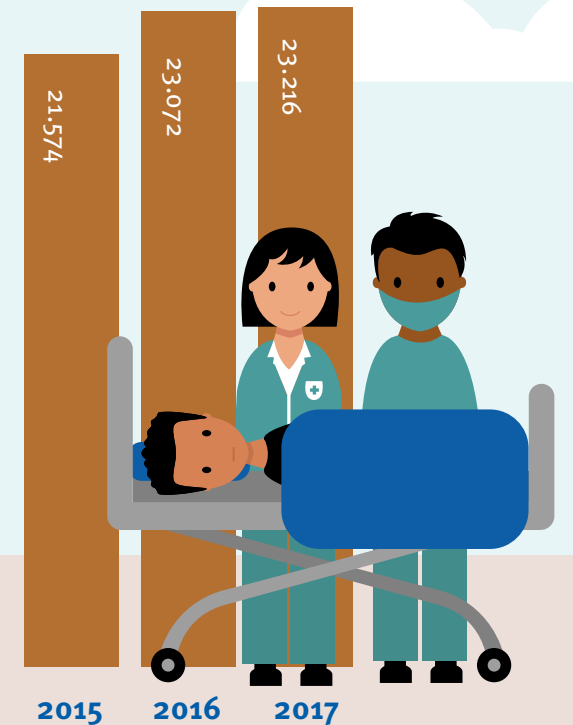
Contractafspraken in de medisch-specialistische zorg

In ons advies over de bekostiging medisch-specialistische zorg gaven we aan dat we af willen van bekostiging die vooral het uitvoeren van behandelingen beloont. Samen met ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en zorgverzekeraars willen we toewerken naar een bekostiging van zorg waarin gezondheidswinst voor de patiënt centraal staat. Op verzoek van de brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorg-

De grootste uitgaven zijn oncologische zorg en dure geneesmiddelen

Totale kosten

Bedragen x 1 miljoen euro

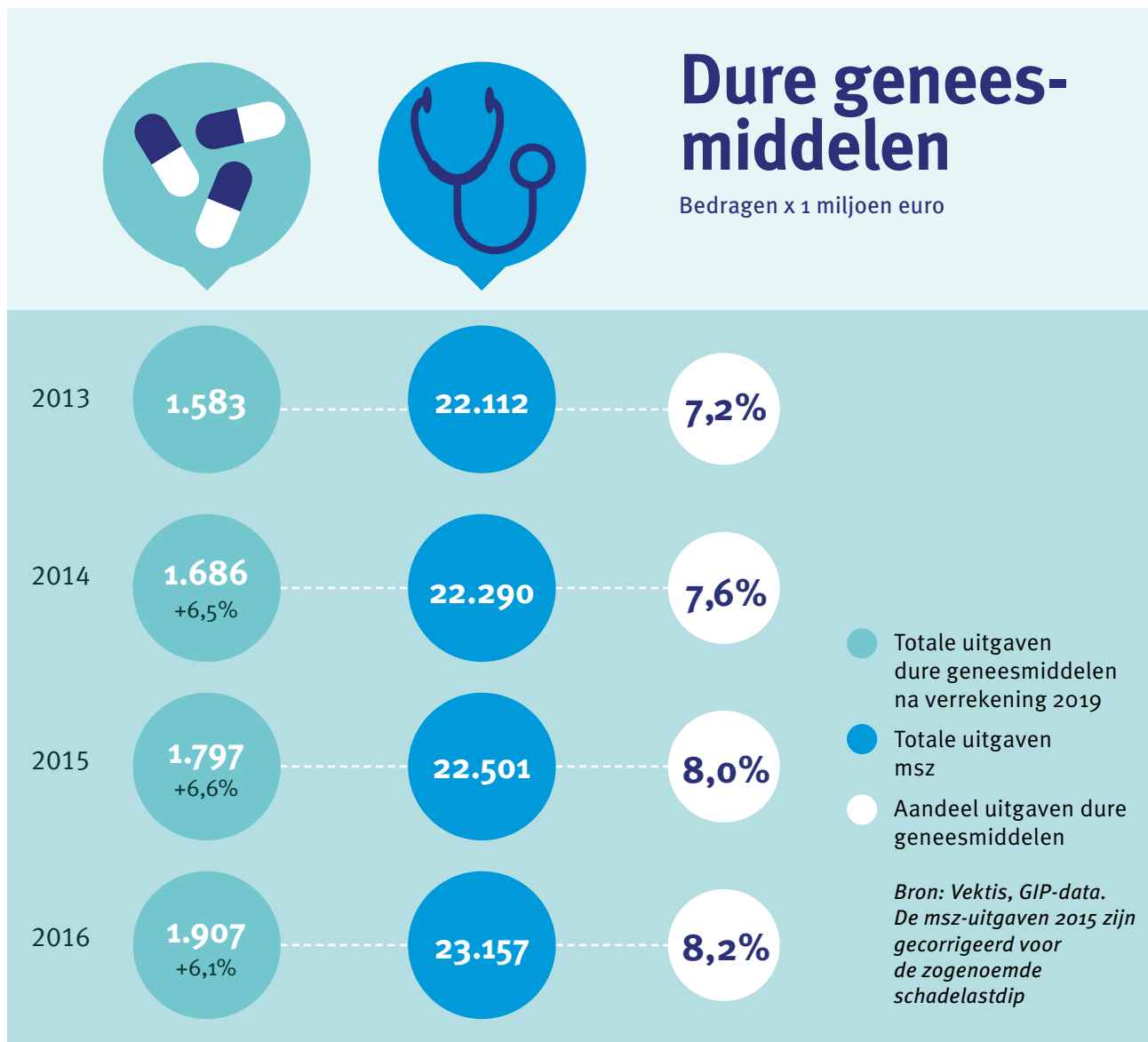


Bron: Vektis

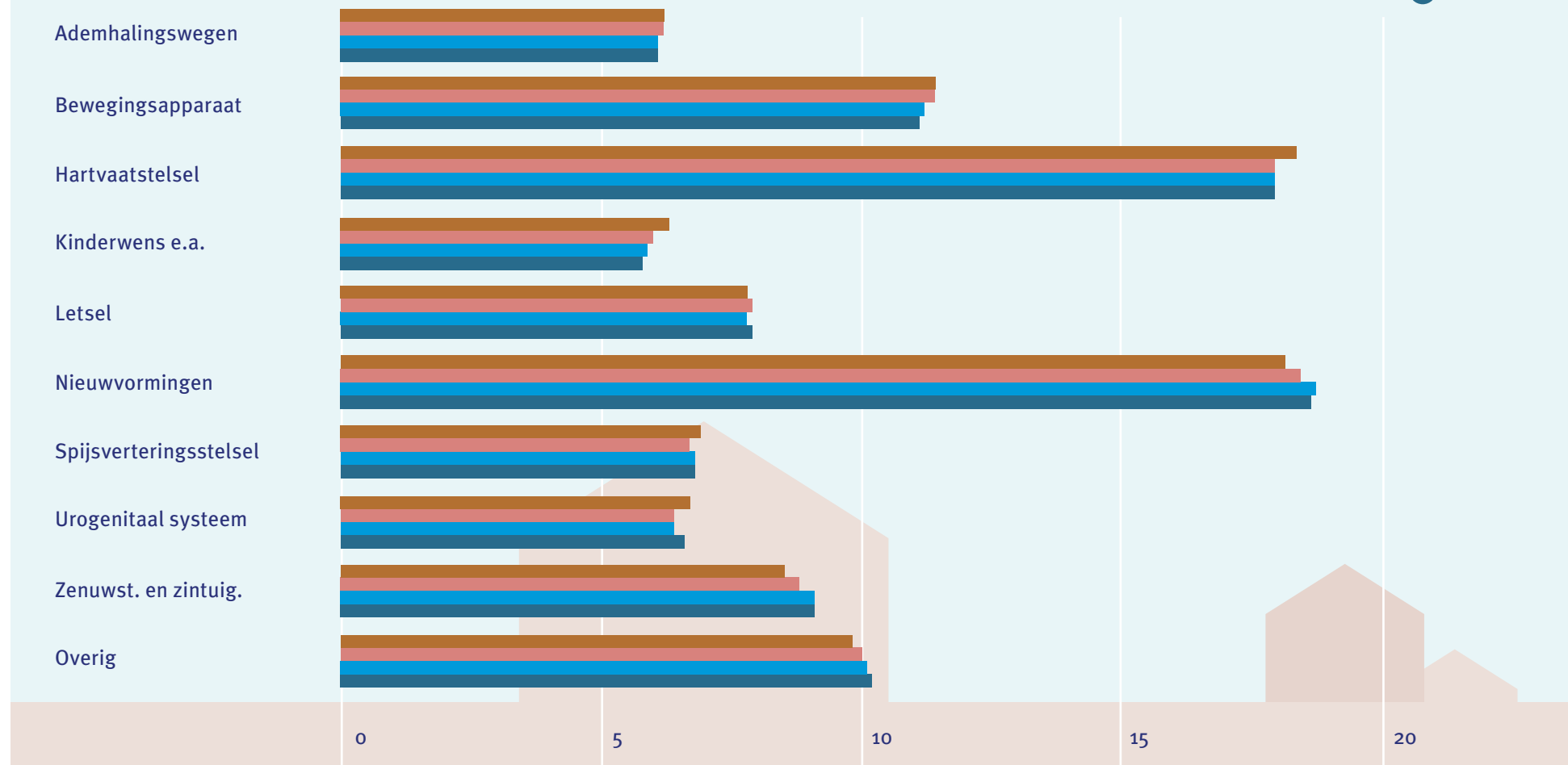
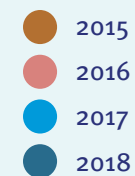
verzekeraars hebben we geadviseerd de bekostiging zelf nog niet te wijzigen en rust te houden op de bekostiging. Zodat zij de ruimte konden pakken in hun contractering. Zo konden ze, in lijn met het hoofdlijnenakkoord, afspraken maken over taakherschikking, substitutie en de juiste zorg op de juiste plek.

Voortgang sturen via contractering gaat te langzaam

We signaleren dat de bekostiging voornamelijk blijft sturen op volume. De voortgang om via de contractering daarop te sturen gaat te langzaam. We constateerden vorig jaar dat voor slechts € 11.9 miljoen aan afspraken over de substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn werden gemaakt. Terwijl partijen in het akkoord medisch-specialistische zorg 2018 hadden



Aandeel doelgroepenclusters in kosten (%)



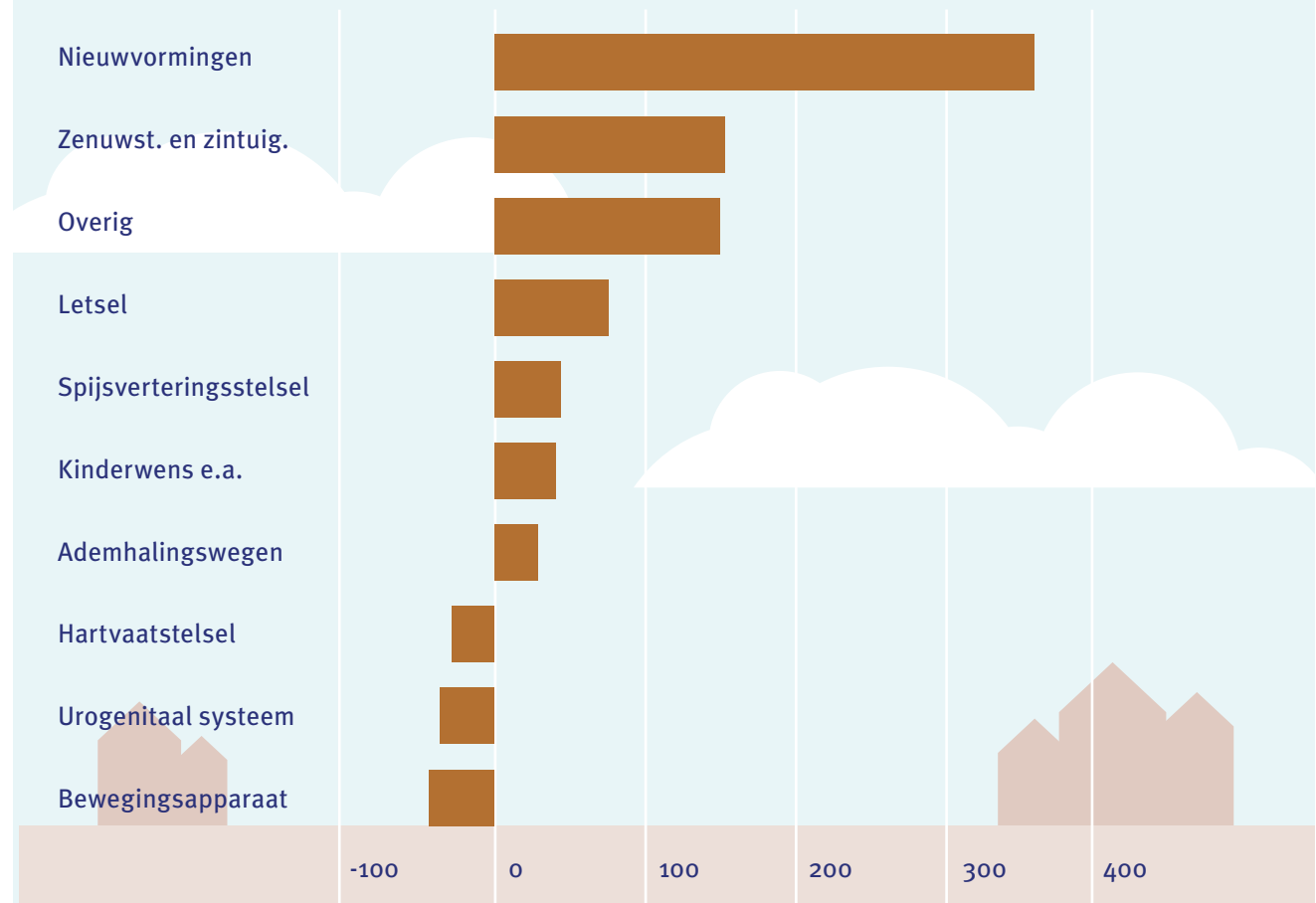
afgesproken om 75 miljoen euro te reserveren ten behoeve van substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn.

Transformatiegelden worden beperkt ingezet voor het verplaatsen van zorg

Voor dit jaar hebben partijen in het akkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 afgesproken om transformatiegelden in te zetten voor het verplaatsen van zorg. Hiervoor was in 2019 € 70 miljoen beschikbaar. Wij monitoren deze afspraken en hebben geconstateerd dat de transformatiegelden beperkt worden ingezet. Uit de monitor blijkt dat er per 1 april 2019 nog beperkt definitief is gecontracteerd tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Er is een totaal van € 1,5 miljoen aan concrete afspraken gemaakt. Zorgverzekeraars verwachtten in totaal nog 49 aanvullende afspraken te maken voor een totaal van € 27,5 miljoen aan transformatiegelden. Volgend jaar monitoren we de afspraken opnieuw.

Toename doelgroepenclusters in kosten tussen 2013 en 2017

Bedragen x 1 miljoen euro



Het uitgangspunt is passende zorg voor de patiënt, niet voor het ziekenhuis

Als laatste hebben we een monitor taakherschikking uitgebracht. Ook daar blijven de effecten van taakherschikking van de medisch specialist naar de verpleegkundig specialist of de physician assistent achter op de betaalbaarheid. We willen onder meer dat taakherschikking duidelijker terug komt bij de contractonderhandelingen.

Het gaat dus niet vanzelf, terwijl de opgave voor de medisch-specialistische sector groot is. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten meer doen om de kwaliteit,

toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen. De praktijk moet echt veranderen. Met dat oog besteden we volgend jaar expliciet aandacht aan regiobeelden, transformatiegelden, taakherschikking en inzet van maatwerkinstrumenten.

Ook stimuleren we innovatie door partijen de ruimte te geven, onder meer door te kijken naar een facultatieve prestatie.

Continuïteit van medisch-specialistische zorg
Wij vinden het belangrijk dat de patiënt de

zorg krijgt die hij nodig heeft. Dat hoeft niet in een ziekenhuis te zijn, maar kan ook op een andere manier geleverd worden. Sterker nog, de beweging van de juiste zorg op de juiste plek kan hier expliciet om vragen. Het uitgangspunt is passende zorg voor de patiënt, niet voor het ziekenhuis.

Bovendien willen we voorkomen dat ziekenhuizen met een slechte financiële positie, beloond worden vanuit de collectieve middelen. Dat geeft een ongewenste prikkel en is oneerlijk ten opzichte van die ziekenhuizen die wel hun financiële huishouding op orde houden.

Wij maken ons sterk om de toegankelijkheid van zorg niet in gevaar te laten komen door slechte economische omstandigheden van ziekenhuizen. Daarom richten we ons expliciet op vroegsignalering over mogelijke risico's ten aanzien van de continuïteit van zorg. We zoeken hierbij actief de samenwerking met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, zorgverzekeraars en zorgkantoren om maatschappelijke onrust en/of onduidelijkheid voor de patiënt te voorkomen. ■

Geestelijke gezondheidszorg

Gebrek aan onderling vertrouwen draagt niet bij aan de kwaliteit in de ggz, bemoeilijkt inkoopproces en vergroot administratieve lasten



In de geestelijke gezondheidszorg stijgen de totale uitgaven en het aantal patiënten in de eerste lijn. Het aantal patiënten in de gespecialiseerde ggz blijft nagenoeg gelijk.

Kwaliteit nog niet zichtbaar in de ggz

We zien dat de kwaliteitskaders nog steeds niet zijn vastgesteld voor de sector. Duidelijkheid over wat kwaliteit is, wanneer de zorg stopt of verandert en welke inzet van welke behandelaar wordt verwacht, kan een belangrijke impuls geven aan de kwaliteit van zorg, de inkoop, het onderling vertrouwen en vermindering van de administratieve lasten.

We ondersteunen het initiatief van zorgverzekeraars en zorgaanbieders om via horizontaal toezicht tot een nieuwe, meer

procesgerichte, wijze van verantwoord en over gepast gebruik van zorg te komen. Deze manier van verantwoord kan het onderling vertrouwen vergroten en administratieve lasten doen verminderen, zodat meer tijd en aandacht gegeven kan worden aan zorg voor de patiënt.

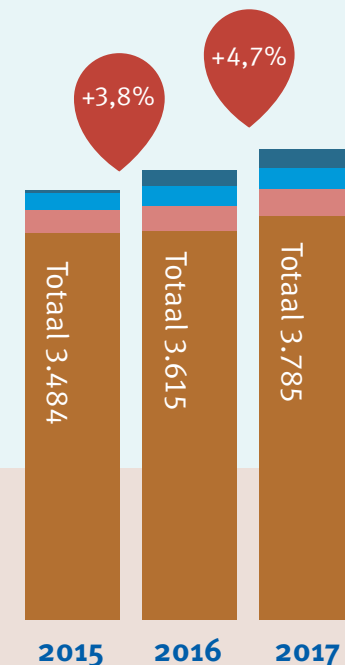
Het vaststellen van de generieke module acute ggz als kwaliteitskader is een belangrijke voorwaarde voor de nieuwe bekostiging. De module voor de acute ggz vormt de basis voor de nieuwe opzet van de acute ggz. Hierin kunnen ggz-aanbieders en zorgverzekeraars per regio afspraken maken over de organisatie van de acute ggz, zodat die ook in dunbevolkte gebieden goed geregeld is. Wij vragen partijen dan ook vaart te maken met de kwaliteitskaders voor de ggz. ■

Partijen moeten vaart maken met de kwaliteitskaders voor de ggz

Totale kosten

Bedragen x 1 miljoen euro

- Gespecialiseerde ggz
- Basis ggz
- Poh-ggz
- Langdurige gespecialiseerde ggz (Zvw)



Bron: Vektis

Totale kosten (vervolg)

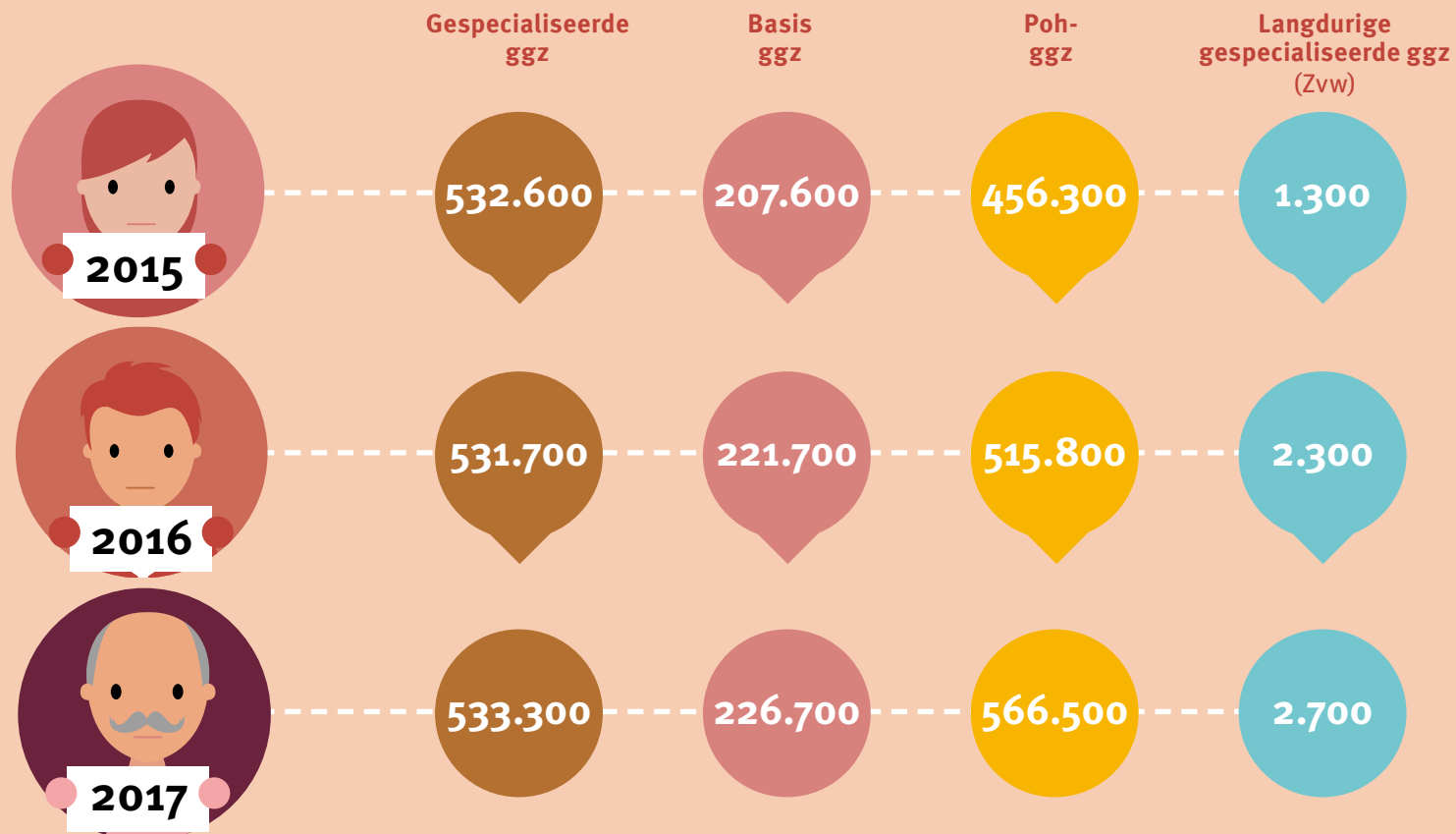
Bedragen x 1 miljoen euro

- Gespecialiseerde ggz
- Basis ggz
- Poh-ggz
- Langdurige gespecialiseerde ggz (Zvw)



Bron: Vektis

Aantal patiënten



Bron: Vektis

Afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Aankomend jaar verwachten we meer van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Via de contractering moeten specifieke aandachtspunten voor de ggz gezamenlijk worden aangepakt en moet invulling worden gegeven aan de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord. Maak specifieke afspraken, in de regio, voor die groepen waarvoor de wachttijden hoog blijven. Daarom voeren we nu een controlereeks uit.

Maak specifieke afspraken in de regio, voor die groepen waarvoor de wachttijden hoog blijven

Met de nieuwe tarieven bieden we partijen een goede basis. Wij verwachten daarom een verandering in de manier waarop zorgverzekeraars komen tot een passende

vergoeding van de zorg (niet sectorbrede afslagen vooraf).

Tot slot zien we dat dat de zorg voor patiënten met een zware zorgvraag, de zogenoemde epa-patiënten, verbeterd kan worden. Ook daar verwachten we aandacht voor in de contractafspraken, waarbij ook gekeken moet worden naar het zorgaanbod in de regio.

Innoveren, qua zorg en zorgprocessen, kan bijdragen aan de aanpak van deze aandachtspunten. Net als in andere sectoren zullen we in de ggz, taakherschikking en substitutie als onderdeel van de juiste zorg op de juiste plek verder verkennen en waar mogelijk stimuleren.

Nieuwe bekostiging in de ggz: beter herkenbaar en eenvoudiger

In mei 2019 hebben we een advies uitgebracht met betrekking tot de bekostiging in de ggz. Dit advies wordt breed gedragen door de partijen uit de sector. We adviseren om over te gaan naar een prestatie-model. Het zorgprestatie-model betekent eenvoud

en transparantie over de geleverde zorg. Voor de patiënt zijn de nieuwe prestaties herkenbaar en daarmee controleerbaar. De zorgprestaties weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg en de tarieven sluiten aan bij de behandelinzet en behandelsetting.

Bovendien is er een structurele verlichting van de administratieve lasten: minutenregistratie van directe en indirecte tijd is niet meer nodig.

Het zorgprestatie-model geeft veel sneller inzicht in zorguitgaven, omdat prestaties zijn gekoppeld aan een dag in plaats van aan een zorgtraject van 365 dagen. Bovendien zorgt dit ervoor dat de administratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter op elkaar aansluit. Het model geeft ruimte voor het toevoegen van elementen die de zorgvraag typeren of patiëntgroepen duiden. Daarom blijven partijen werken aan een betere zorgvraagtypering.

De komende periode werken we samen met verschillende partijen verder aan de uitwerking van de nieuwe bekostiging. ■

Huisartsenzorg

Samenwerking en
afstemming moet
komende jaren
het speerpunt zijn



De afgelopen jaren stegen de kosten voor de huisartsenzorg jaarlijks. De kostenstijging ligt hoger dan de gemiddelde kostenstijging van de Zvw. Het aantal patiënten is nagenoeg gelijk gebleven. Wel zien we een stijging van het aantal consulten.

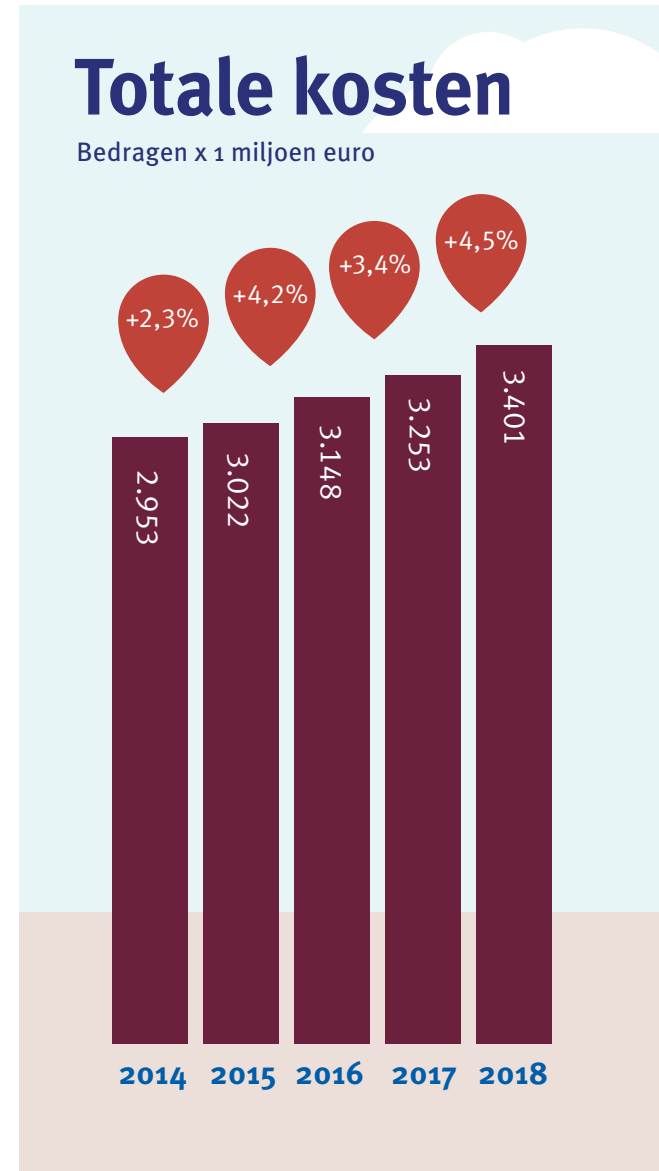
De klassieke inkomsten voor de huisarts, zoals inschrijftarief en consulten (S1) nemen een steeds kleiner deel in van de kosten. Dat komt vooral door de stijgende kosten bij netwerk/multidisciplinaire zorg en innovatie (S2 en S3). In totale omvang en kosten blijft S1 wel het grootst (zie p32). Het gebruik van de praktijk-ondersteuner huisarts ggz (poh-ggz) nam in de afgelopen periode flink toe. Deze consul-

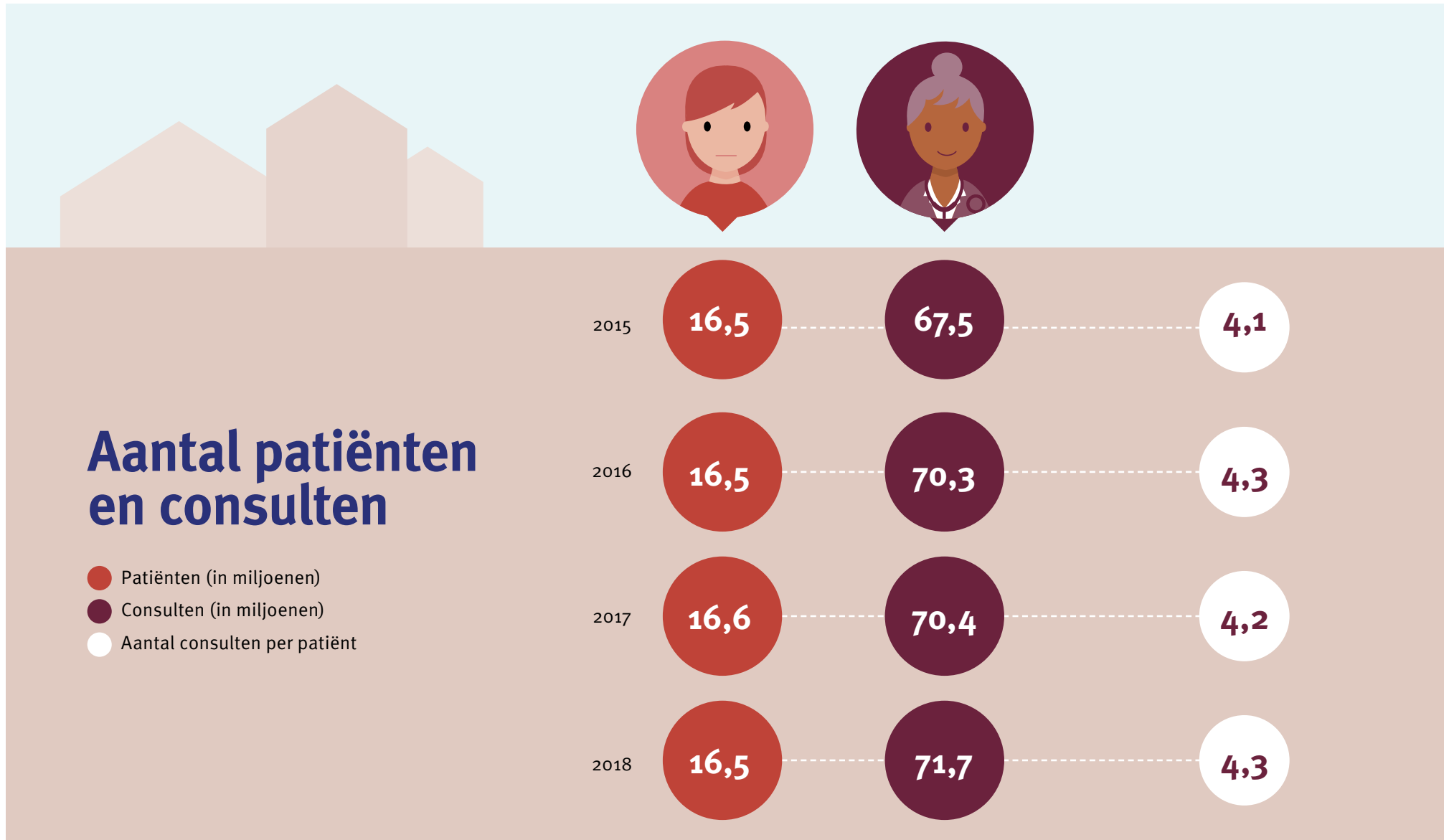
ten stegen de afgelopen jaren meer dan 50% in kosten. Op basis van de declaraties zien we dat de huisartsenzorg in de afgelopen jaren is veranderd. De inzet op multidisciplinaire zorg, innovatie en poh-ggz is duidelijk terug te zien. De bekostiging heeft het gewenste effect. Onmisbaar nu het tekort aan huisartsen steeds verder oploopt.

Keuzes in de contracten

In onze monitor huisartsenzorg constateren we dat vrijwel alle zorgaanbieders voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg contractafspraken maken met de zorgverzekeraars. Ongecontracteerde zorg komt vrijwel niet voor in deze sector.

De klassieke inkomsten voor de huisarts nemen een steeds kleiner deel in van de kosten





Contracten bieden meer ruimte om extra personeel aan te nemen

We zien dat huisartspraktijken in de contracten keuzes kunnen maken voor aanvullende vergoedingen voor het zorgaanbod, afgestemd op de eigen werkwijze en patiëntenpopulatie. Niet altijd wordt de ruimte volledig benut. Zo bieden de contracten meer ruimte om extra personeel aan te nemen dan op dit moment gebeurt.

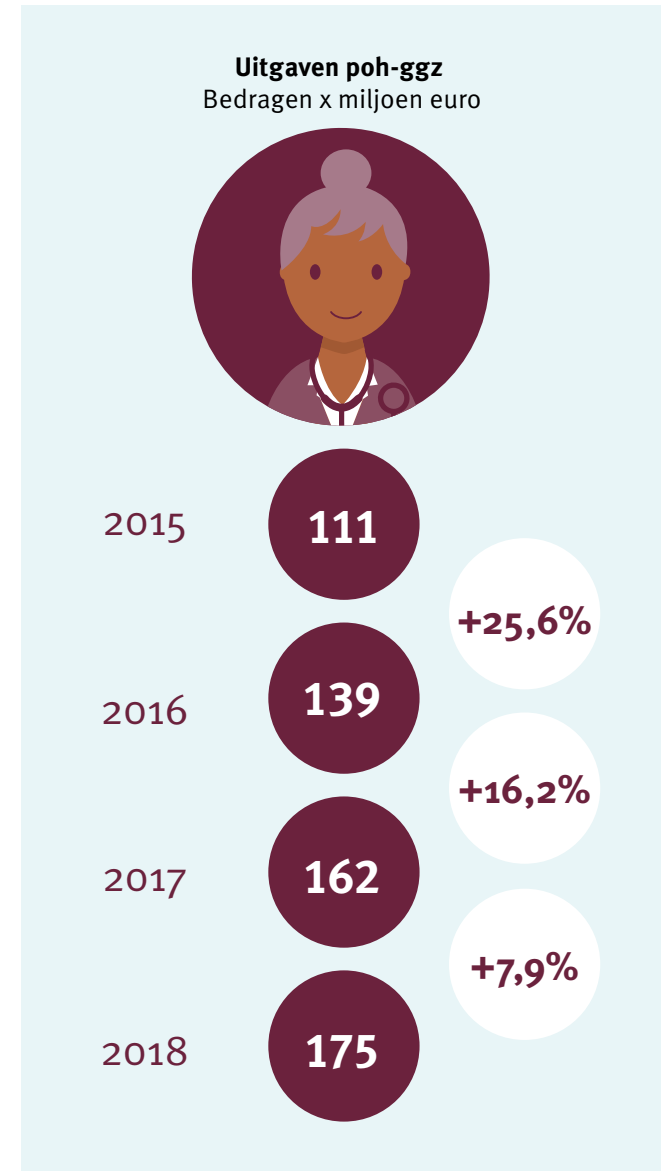
Meer samenwerking nodig in de huisartsenzorg

Een belangrijke afspraak in het bestuurlijk akkoord is dat de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg beter afgestemd wordt op

de daadwerkelijke behoefte aan zorg in een regio, in de gemeente of in de wijk. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierbij samenwerken en goed op de hoogte zijn en blijven van de actuele sociale en gezondheidssituatie en de behoefte aan zorg in de regio, gemeente of wijk. Zij kunnen dan concrete afspraken maken.

Bekostiging vereenvoudigen

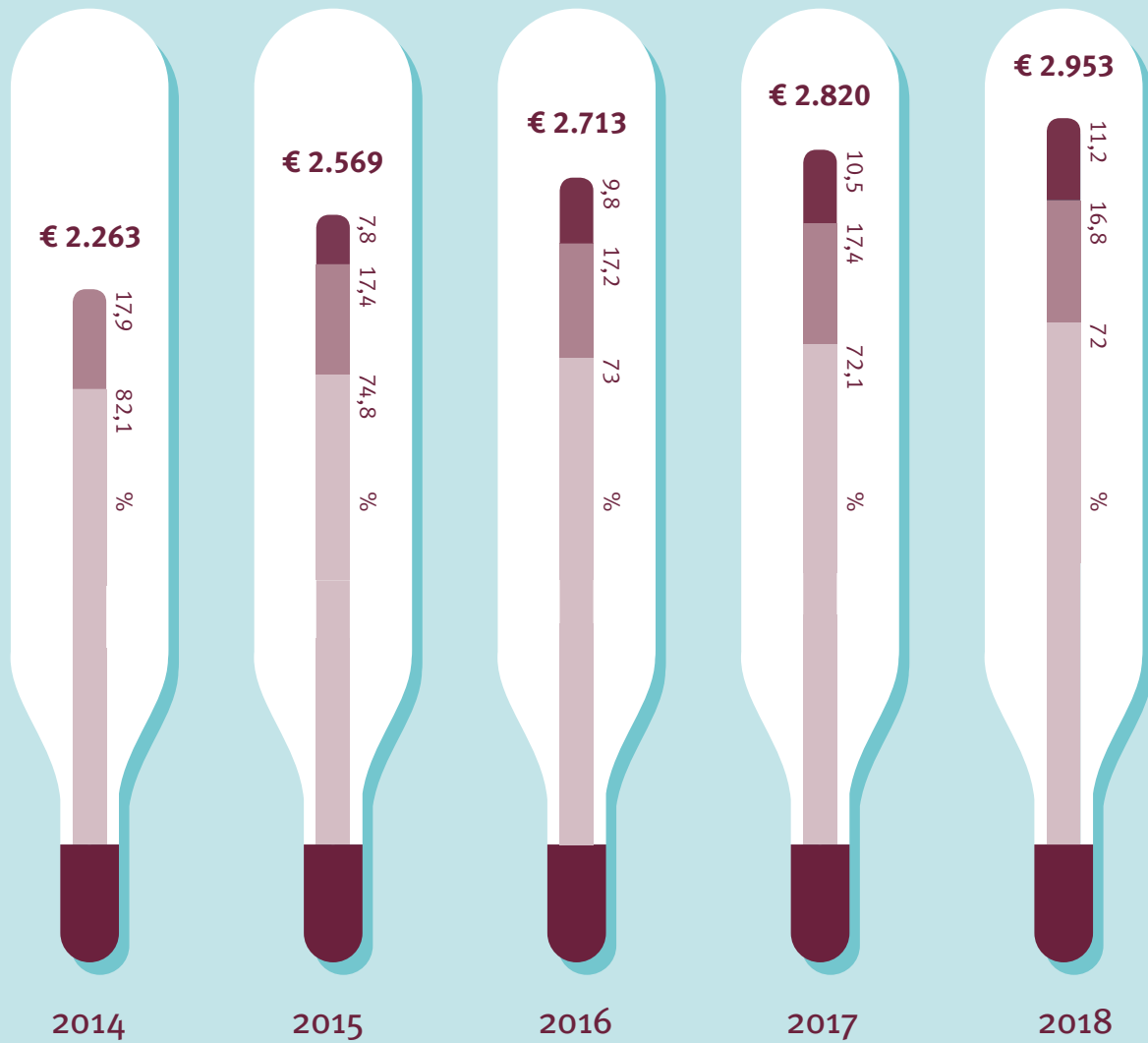
We zien dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog te vaak tegenover elkaar staan in de contractonderhandelingen. De soms hoogoplopende discussies gaan dan over de jaarlijkse indexering of de tariefonderbouwing van een specifieke prestatie. En daarmee nog niet over de wijze waarop problemen in de regio moeten worden opgelost. Wij merken dat de huidige complexe manier waarop de huisartsenzorg bekostigd wordt deze discussies voedt. We gaan dan ook op korte termijn in gesprek met de partijen in de huisartsenzorg om de bekostiging te vereenvoudigen, zodat er ruimte over is om afspraken te maken over de zorgbehoefte in de regio en de manier waarop zorgaanbieders daarvoor samenwerken. ■



Totale kosten huisartsenzorg

Bedragen x 1 miljoen euro

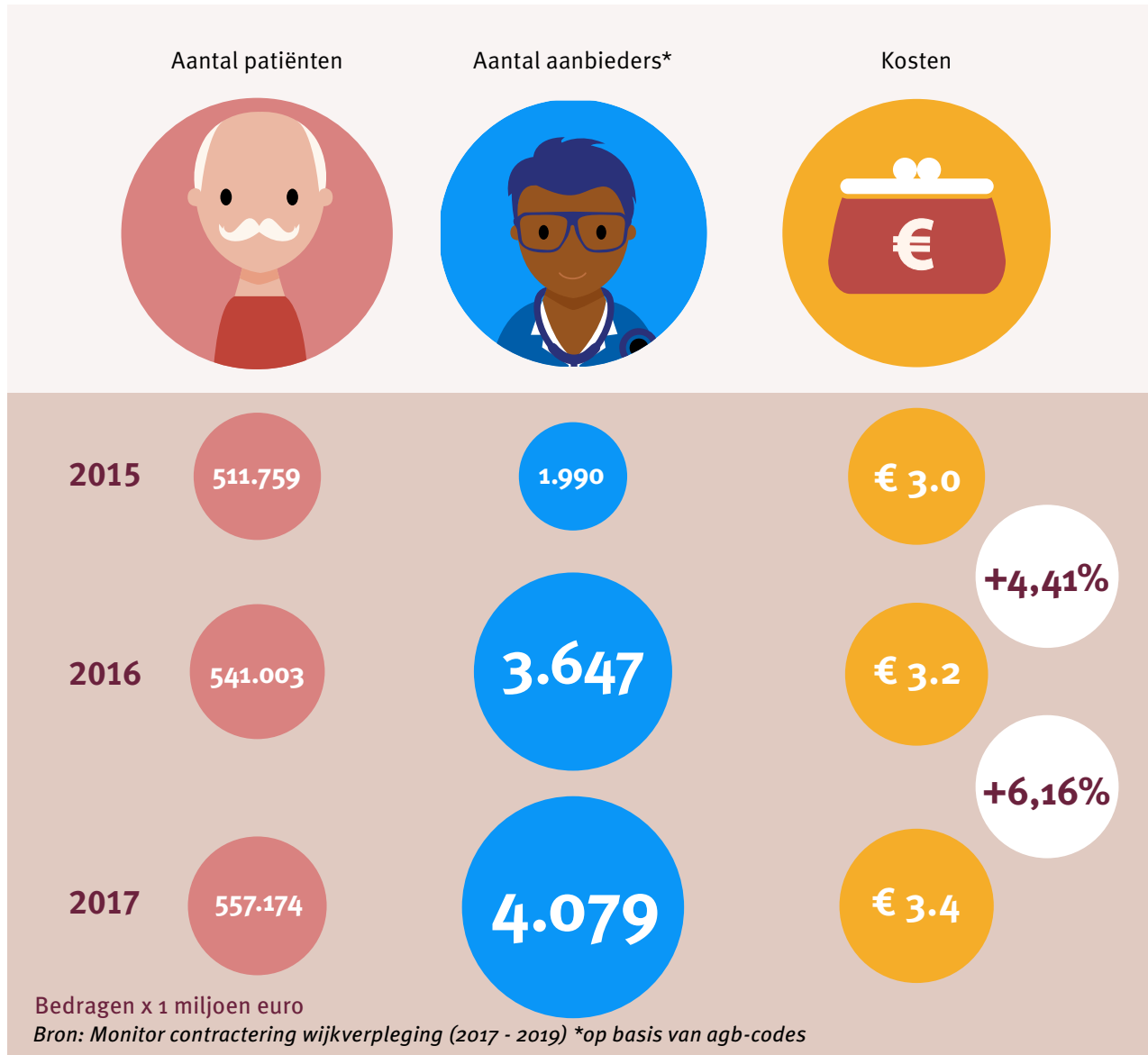
- S1 Inschrijfgeld & consulten
- S2 Multidisciplinaire zorg
- S3 Innovatie



Wijkverpleging

De kosten, het
aantal aanbieders
en het aantal
patiënten groeit
sterk





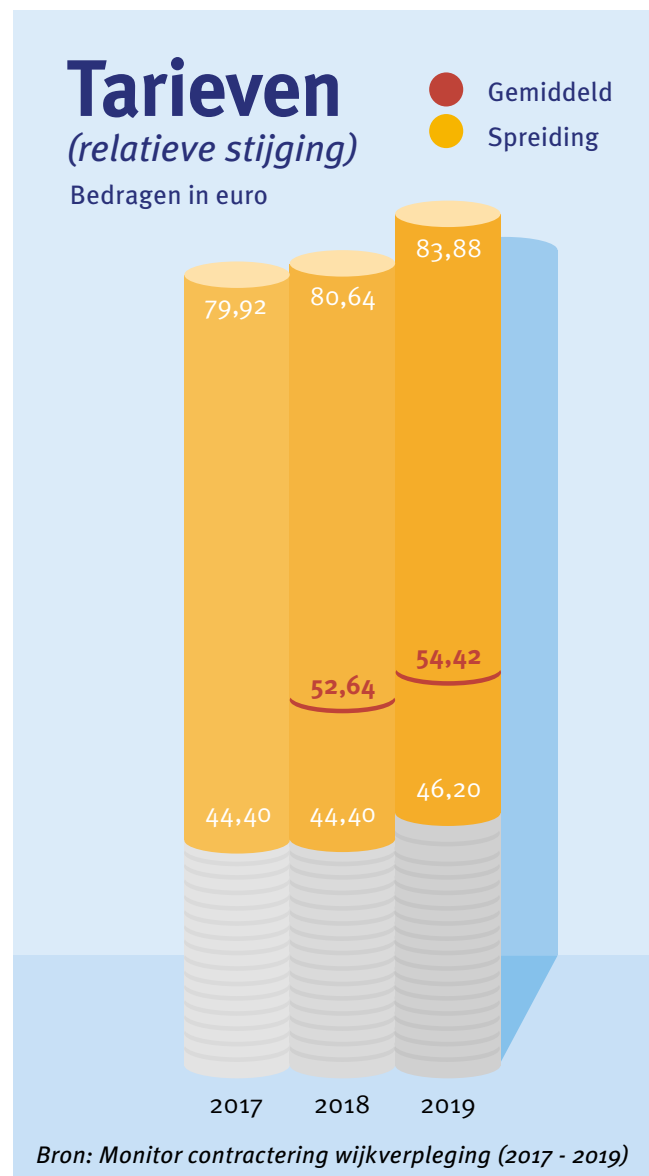
De wijkverpleging groeit sinds 2015 sterk in zowel kosten, het aantal aanbieders als het aantal patiënten.

Gecontracteerde zorg

Het grootste gedeelte van de wijkverpleging bestaat uit gecontracteerde zorg. Wij vinden dat contracteren moet lonen. Daarom vragen wij extra aandacht voor de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord, waaronder de doorvertaling van de overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling (OVA) in de contracttarieven.

Het aantal ouderen dat wijkverpleging nodig heeft zal de komende periode groeien

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken bijna allemaal gebruik van het experiment om één integraal tarief af te spreken. Vaak op basis van een uurtarief. Een enkele zorgaanbieder en zorgverzekeraar gebruikt het



experiment om via de bekostiging de zorg anders vorm te geven, waarbij zelfredzaamheid centraal staat. Dit soort afspraken zijn net als innovaties belangrijk omdat het aantal ouderen dat wijkverpleging nodig heeft, de komende periode zal groeien.

Ongecontracteerde zorg

De omvang van ongecontracteerde zorg blijft een punt van aandacht. Dat betekent dat verzekeraars en aanbieders geen afspraken maken over de kwaliteit van de zorg en bijvoorbeeld de aanpak van wachttijden. Cliënten die naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan moeten mogelijk een deel van de kosten zelf betalen. Brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars hebben in het hoofdlijnen-

akkoord wijkverpleging afgesproken om ongecontracteerde zorg terug te dringen.

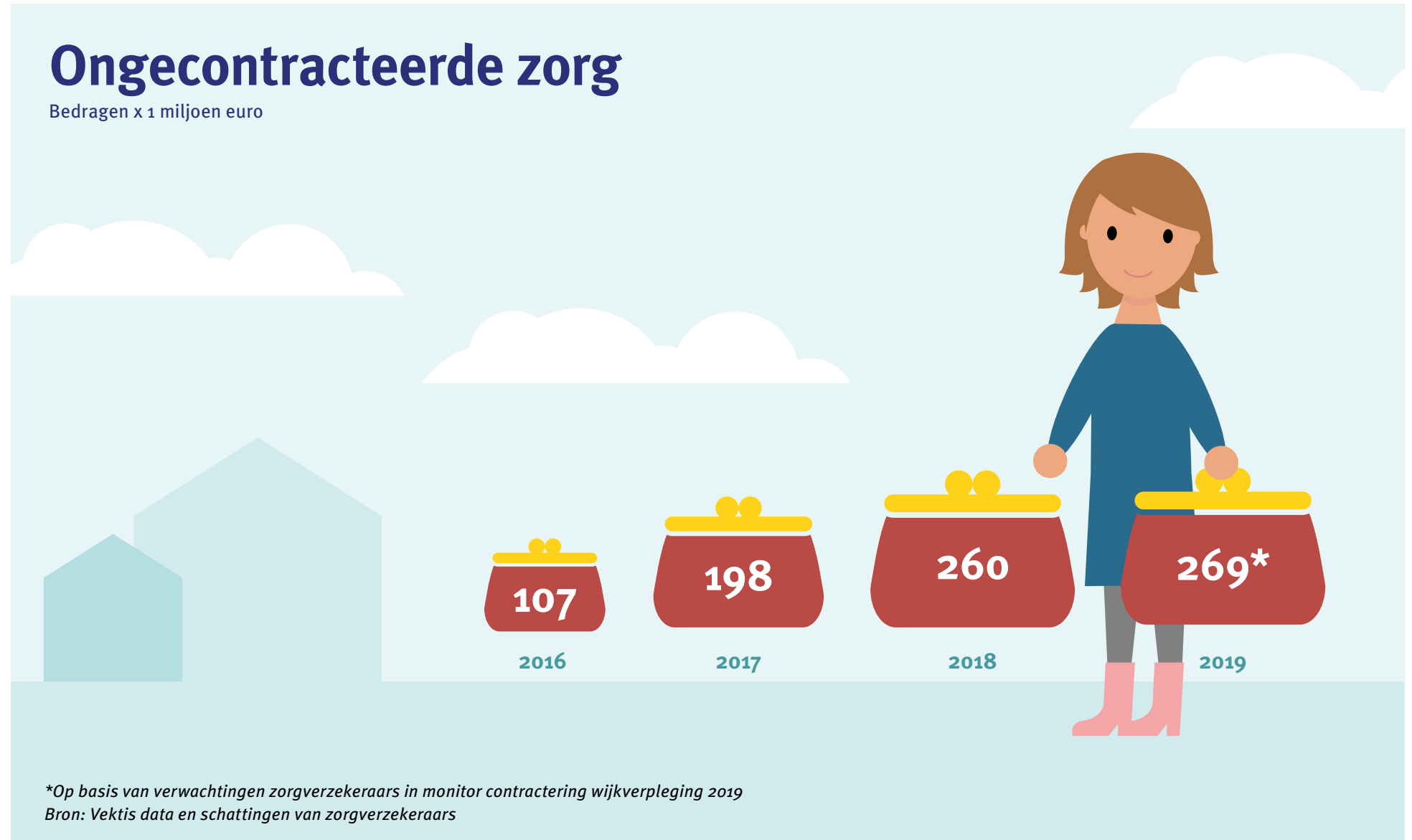
Minder administratieve lasten

In onze monitor contractering wijkverpleging concluderen we dat inmiddels 44% van de zorgaanbieders afspraken maakt met de zorgverzekeraars over ‘zorgplan = planning = realisatie, tenzij’ maakt. Dat levert voor aanbieders meestal een vereenvoudiging van de administratieve lasten op, omdat zorgverzekeraars van hen géén dubbele registratie verwachten. Wij vinden dat een positieve ontwikkeling en verwachten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars deze afspraken voortzetten, zodat volgend jaar een nog groter percentage afstapt van de 5- minutenregistratie.

De omvang van ongecontracteerde zorg blijft een punt van aandacht

Ongecontracteerde zorg

Bedragen x 1 miljoen euro



**Op basis van verwachtingen zorgverzekeraars in monitor contractering wijkverpleging 2019
Bron: Vektis data en schattingen van zorgverzekeraars*

Het stimuleren van zelfredzaamheid loont niet wanneer geleverde zorg per uur wordt afgerekend

Aanpak misbruik en fraude

In de wijkverpleging bestaat een kleine groep zorgaanbieders die de grote meerderheid die goede zorg levert en goed declareert in een kwaad daglicht stelt. Samen met zorgverzekeraars en andere toezichthouders zetten we in op een gezamenlijke aanpak om misbruik, fraude en zorgverwaarlozing aan te pakken. De samenwerking betekent in de praktijk dat zorgverzekeraars en toezichthouders zorgwekkende meldingen, signalen en data onderzoeken met inachtneming van hun wettelijke taak.

Als het gaat om correct declareren van zorg

dan zijn wij en de zorgverzekeraars meestal aan zet. We constateren dat we hierbij veelal te maken hebben met zorgaanbieders die willens en wetens de wetten en regels overtreden om zichzelf te verrijken. Het gemak waarmee zij een zorgorganisatie kunnen oprichten en het ontbreken van voldoende tegenwicht van bijvoorbeeld een raad van toezicht, baren ons zorgen.

Nieuwe bekostiging in de wijkverpleging: casemix-systeem

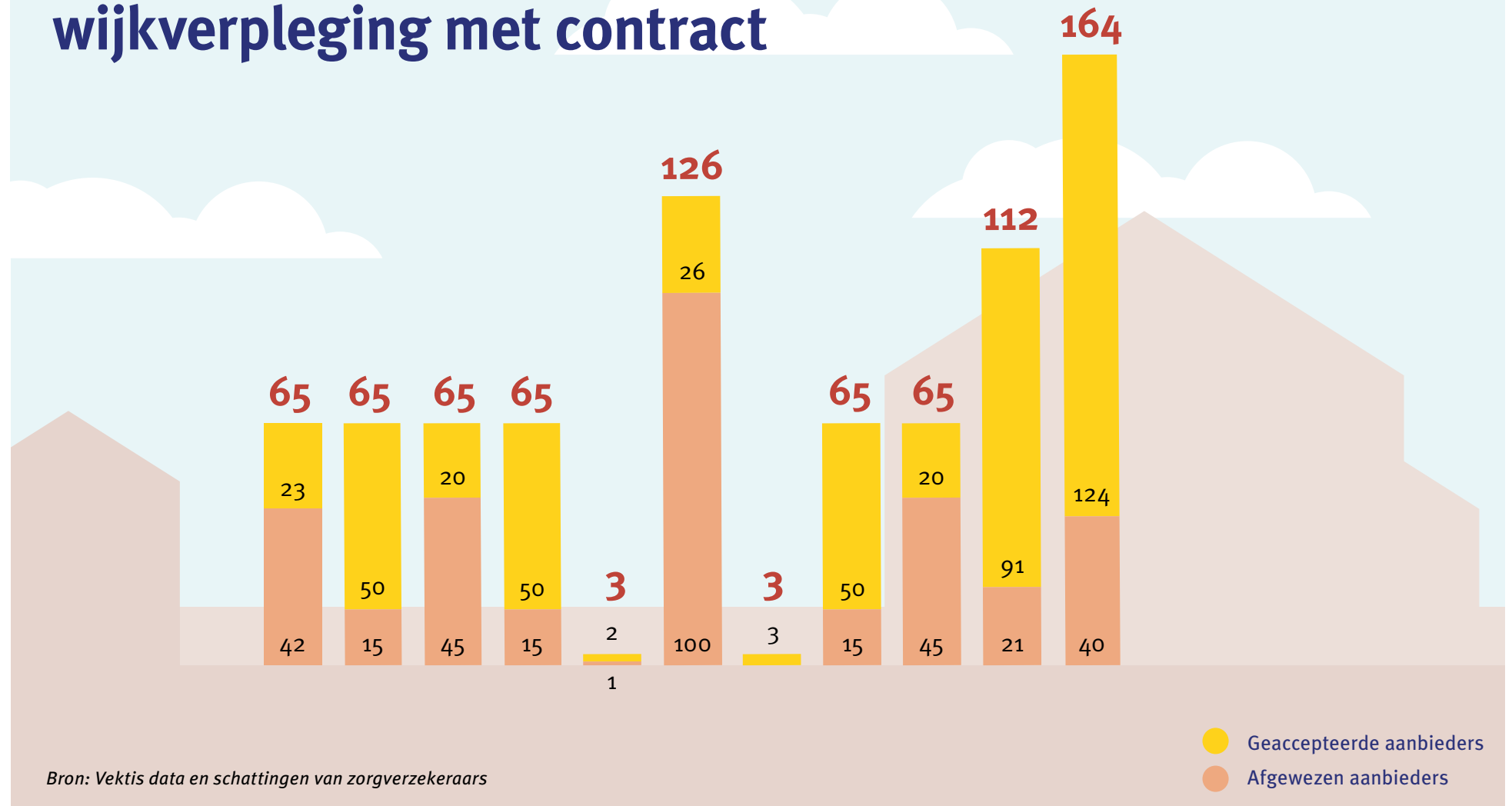
We constateren dat het grootste deel van inkoop nog steeds gericht is op betalen per uur. Het stimuleren van zelfredzaamheid, bijvoorbeeld cliënten leren hoe ze zelf hun

ogen kunnen druppelen, loont niet wanneer geleverde zorg per uur wordt afgerekend.

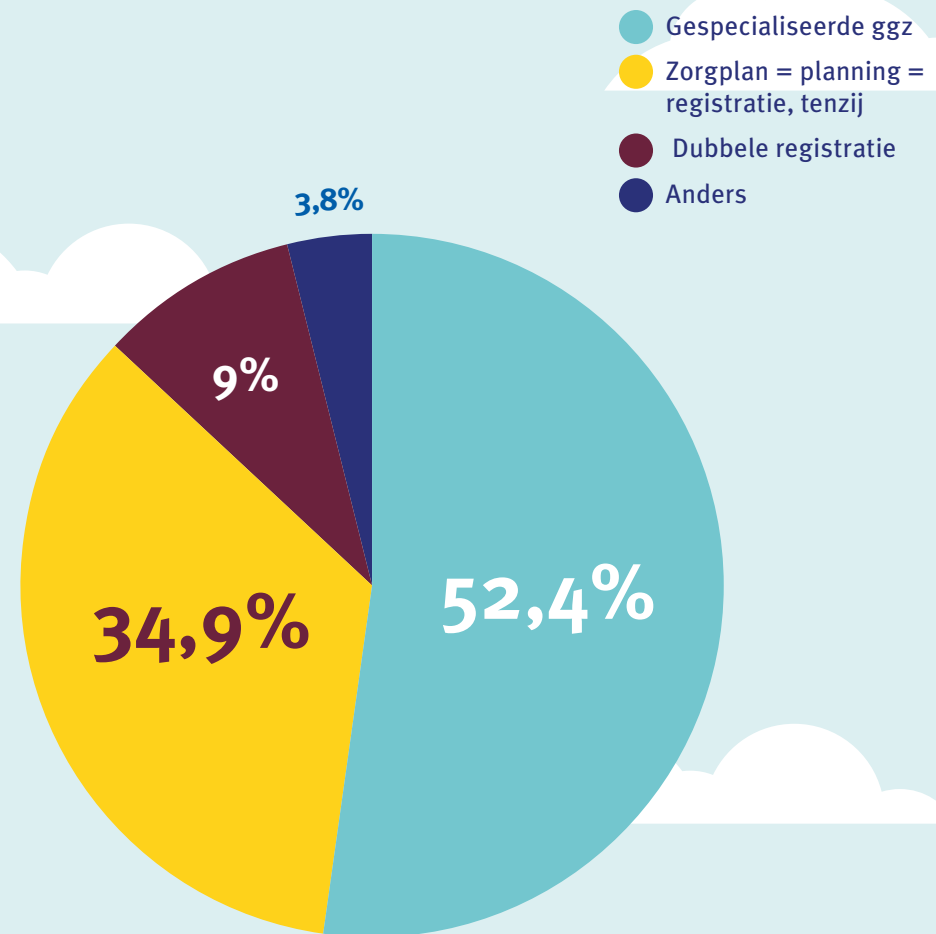
We zetten in op een bekostigingsmodel dat is gebaseerd op groepen cliënten met vergelijkbare kenmerken. Het doel is dat in een dergelijk systeem een zorgaanbieder niet meer per uur per cliënt betaald wordt, maar per periode per type cliënt; een casemix-systeem. Zo stimuleren we zelfredzaamheid en kunnen verpleegkundigen tijd en aandacht aan andere cliënten geven. Geen luxe nu het personeelstekort oploopt. We hebben voor de nieuwe bekostiging meer inzicht nodig in de verschillen in zorgzwaarte en voorspellende kenmerken van cliënten. Op dit moment doen we hier onderzoek naar.

Op 14 november organiseren we het congres Wijkverpleging in de hoofdrol. Het hoofdthema is: 'Bekostiging stimuleert integrale netwerkzorg in de wijkverpleging.' Op dit congres presenteren wij de resultaten van de onderzoeken rondom de bekostiging en gaan we met elkaar in gesprek over toekomstbestendige wijkverpleging. ■

Nieuwe aanbieders wijkverpleging met contract



Registratiewijze: minder administratieve lasten



Bron: Monitor contractering wijkverpleging 2019

Paramedische zorg

Een sterke groei
in het aantal
patiënten dat
gebruik maakt
van eerstelijns
paramedische zorg



In april brachten we de monitor paramedische zorg uit. De monitor bevat veel informatie over de sector. De basisinformatie met betrekking tot de uitgaven, aantal praktijken, aantal patiënten en behandelingen en tarieven zetten we in deze Stand van de zorg op een rij.

Van de tweede naar de eerste lijn

Paramedische zorg is een belangrijk onderdeel van de juiste zorg op de juiste plek. In de bestuurlijke afspraken paramedische zorg is afgesproken om deze ontwikkeling te stuwen en ondersteunen. Zorg op de juiste plek stimuleert dat patiënten zorg dichtbij huis ontvangen wanneer mogelijk. Als deze beweging zich doorzet, dan zal er steeds meer gebruik gemaakt worden van paramedische zorg in de eerste lijn. We zien dat het aantal patiënten dat gebruik maakt van eerstelijns paramedische zorg nu al sterk groeit.

Het is nu dan ook aan zorgverleners en zorgverzekeraars om gezamenlijk invulling te geven aan de verplaatsing van zorg op lokaal niveau. Zorgverzekeraars kunnen dat doen door bij de inkoop expliciet in te zetten op verplaatsing van zorg van de tweede naar

de eerste lijn. En daarbij rekening te houden met een complexere patiënt in de eerste lijn en verschuiving van financiële middelen die dat met zich meebrengt. Zorgverleners kunnen nog beter laten zien wat hun toegevoegde waarde is in de regio en dat zij taken uit de tweede lijn kunnen en willen overnemen. Hiervoor kunnen paramedici hun organisatiegraad in de regio versterken door deel te nemen aan regionale netwerken.

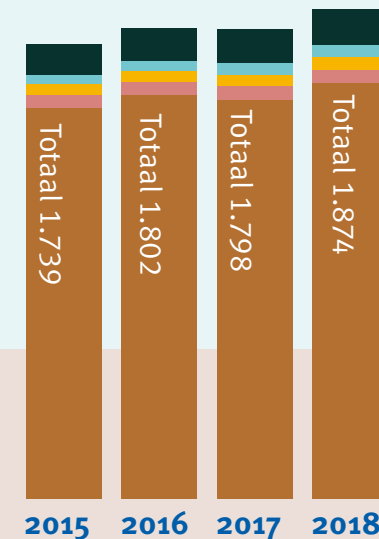
Paramedische zorg is een belangrijk onderdeel van de juiste zorg op de juiste plek

Komend jaar zetten we in op het stimuleren van de juiste zorg op de juiste plek. Dit doen we door goede initiatieven in de paramedische sector aan te moedigen. Andere randvoorwaarden om deze beweging verder te helpen, zijn het bouwen aan vertrouwen in de sector, meer focus op de kwaliteit van de zorg, inzicht in langetermijnontwikkelingen van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid, en transparantie. ■

Totale kosten

Bedragen x miljoen euro

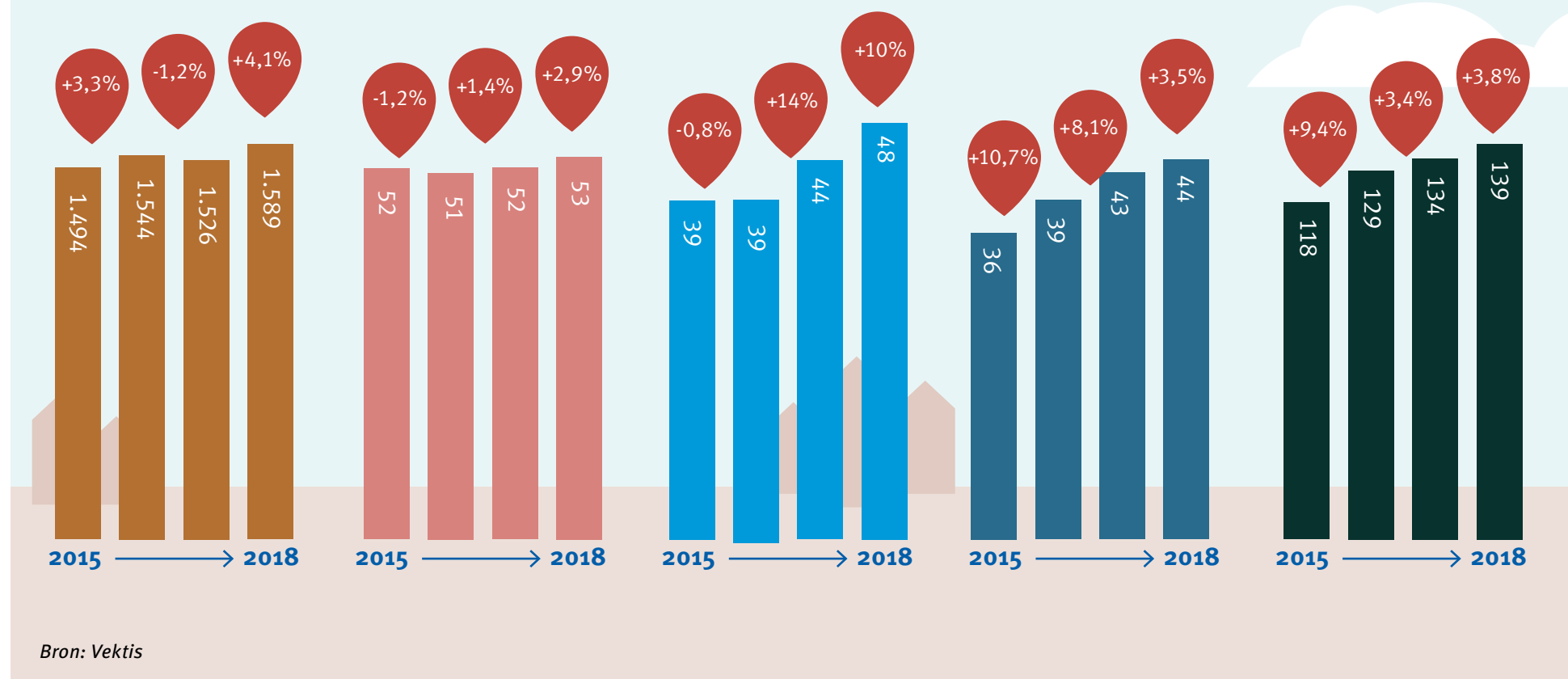
- Fysiotherapie
- Oefentherapie
- Ergotherapie
- Diëtetiek
- Logopedie



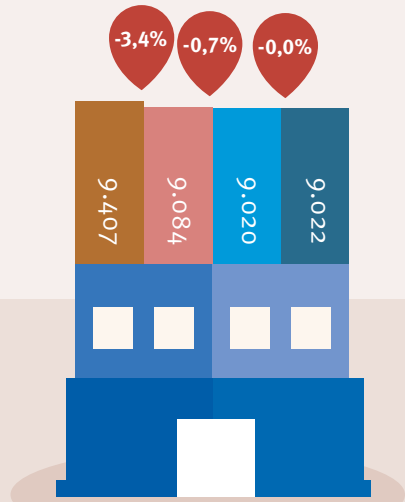
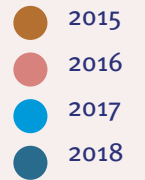
Totale kosten (vervolg)

Bedragen x 1 miljoen euro

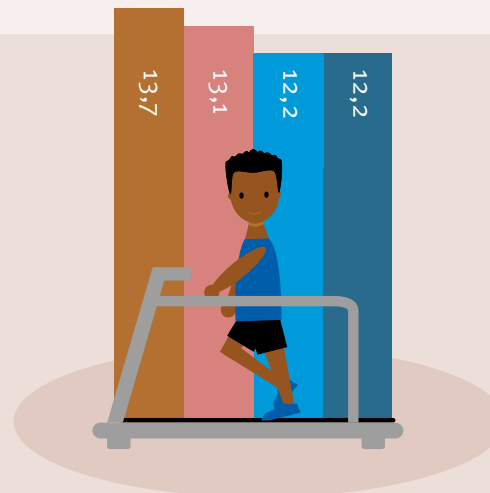
- Fysiotherapie
- Oefentherapie
- Ergotherapie
- Diëtetiek
- Logopedie



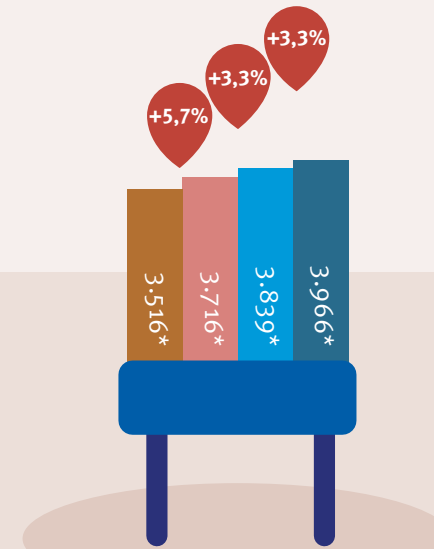
Fysiotherapie



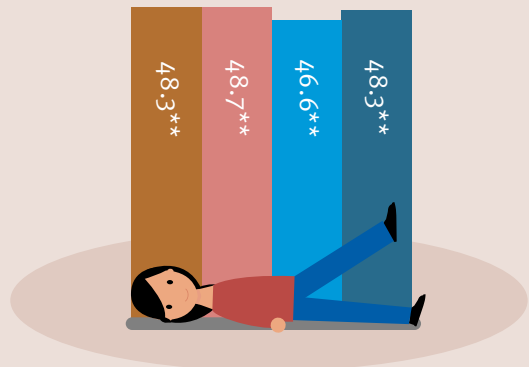
Aantal praktijken



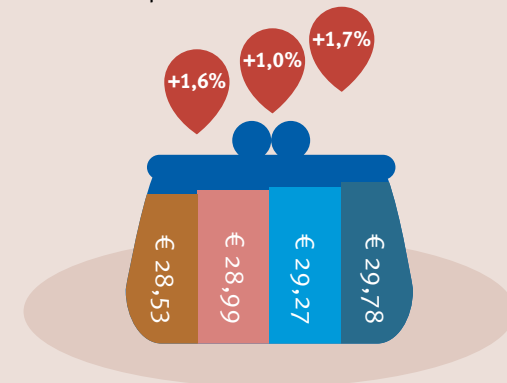
Gemiddeld aantal behandelingen



Aantal patiënten



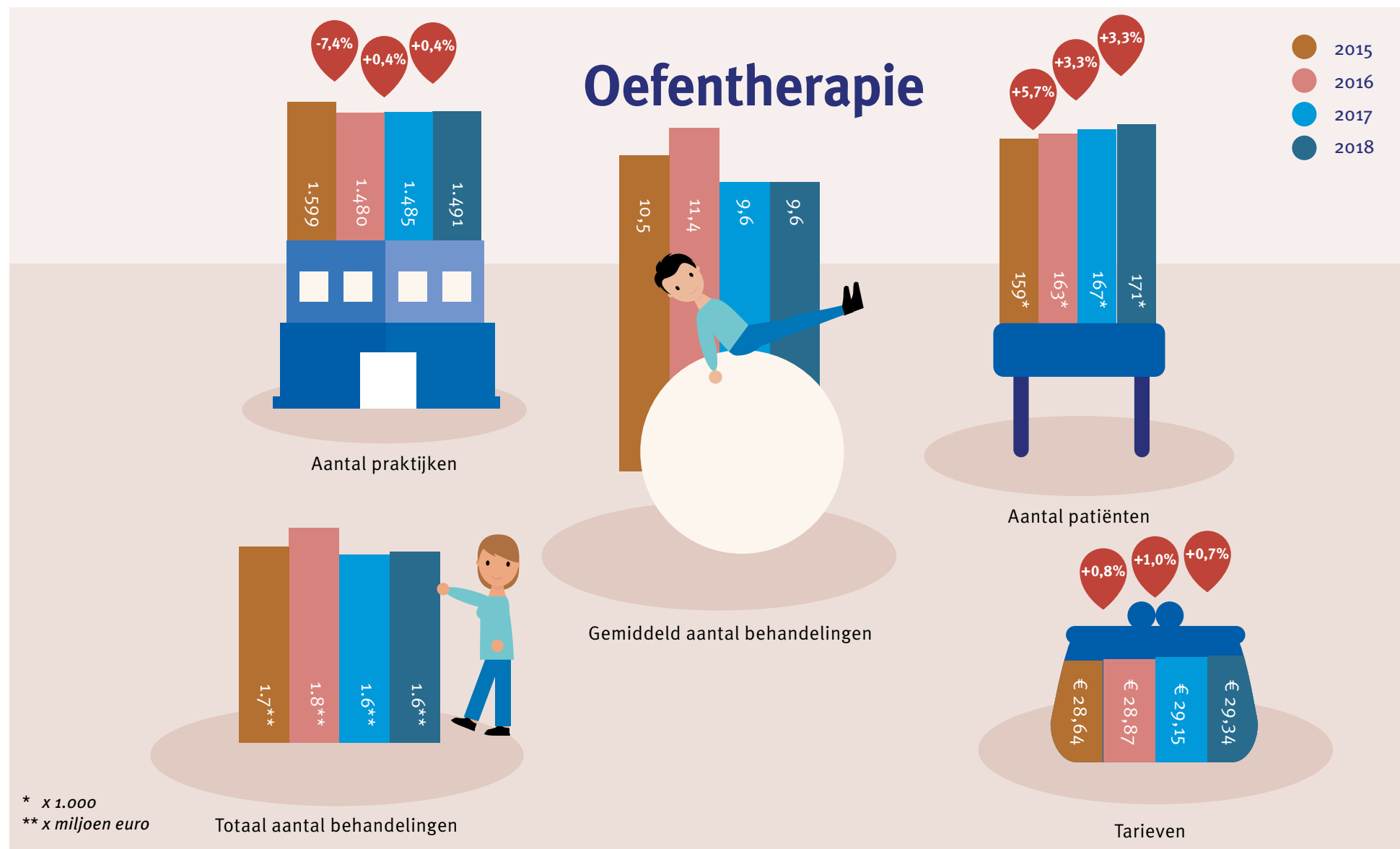
Totaal aantal behandelingen



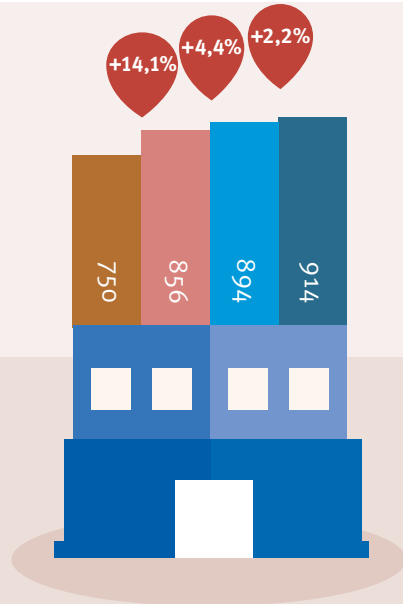
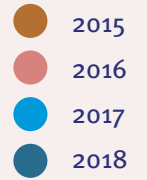
Tarieven

* x 1.000

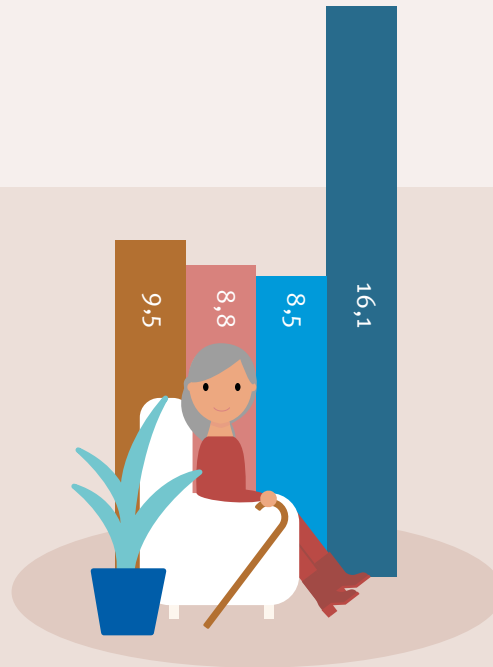
** x miljoen euro



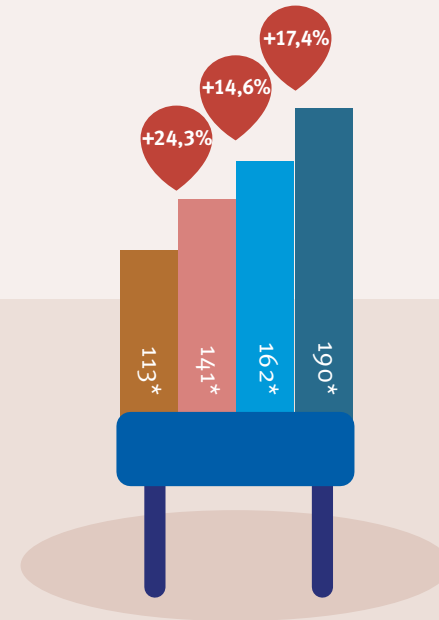
Ergotherapie



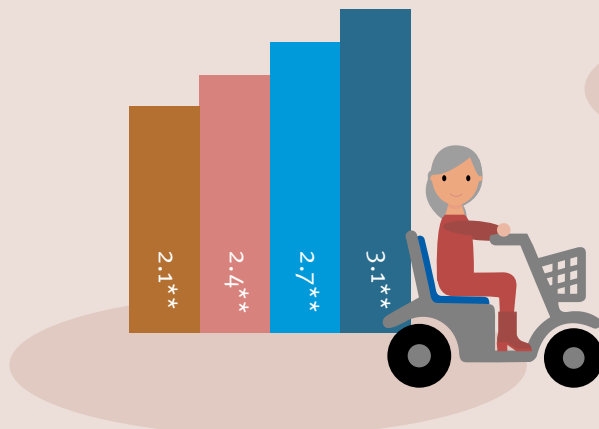
Aantal praktijken



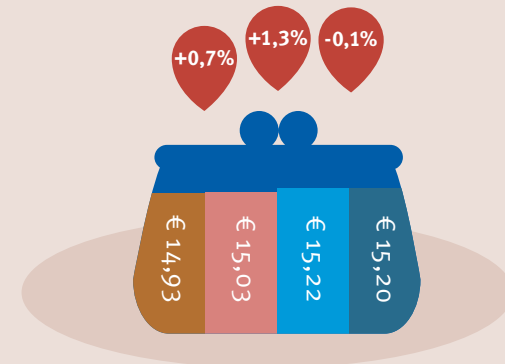
Gemiddeld aantal behandelingen



Aantal patiënten



Totaal aantal behandelingen

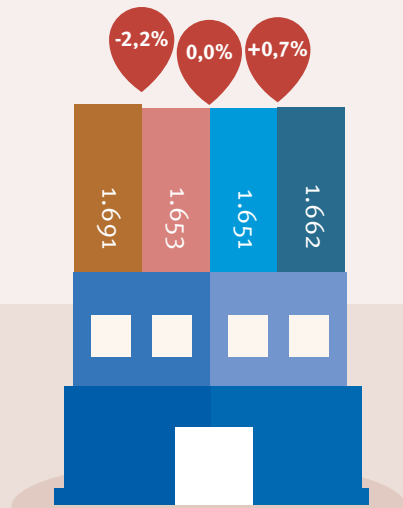
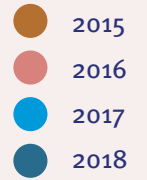


Tarieven

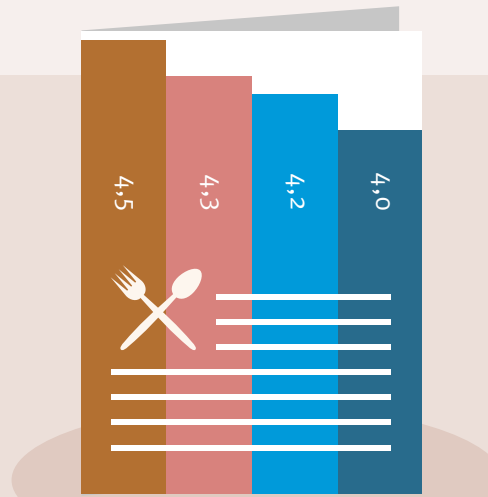
* x 1.000

** x miljoen euro

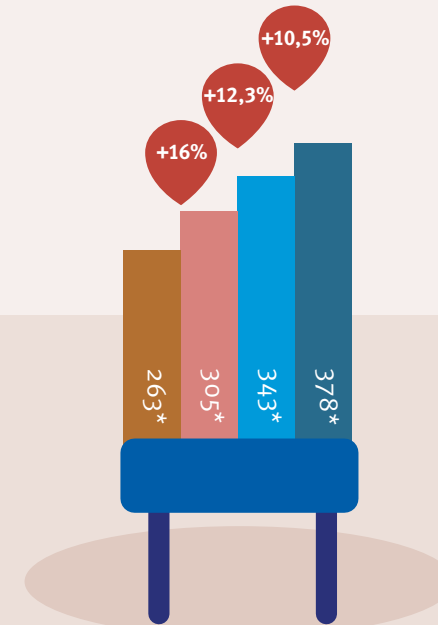
Diëtik



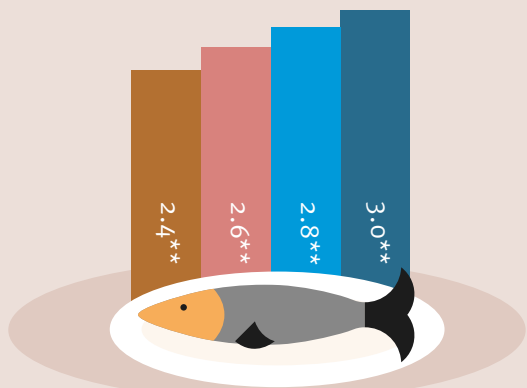
Aantal praktijken



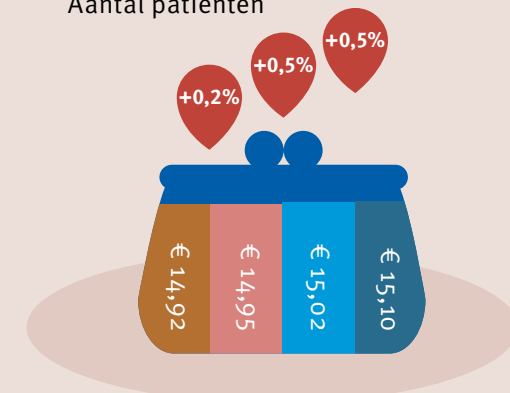
Gemiddeld aantal behandelingen



Aantal patiënten



Totaal aantal behandelingen

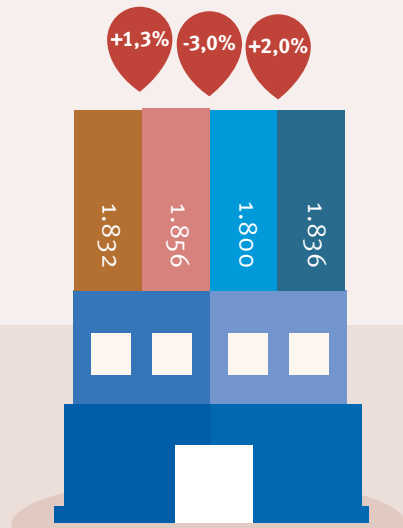
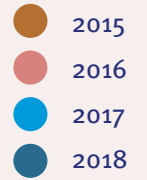


Tarieven

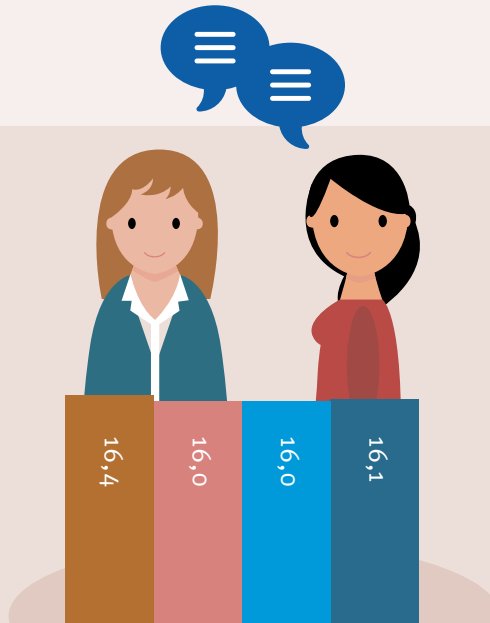
* x 1.000

** x miljoen euro

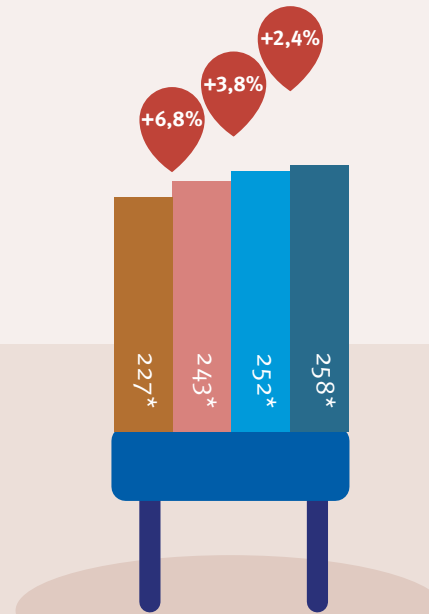
Logopedie



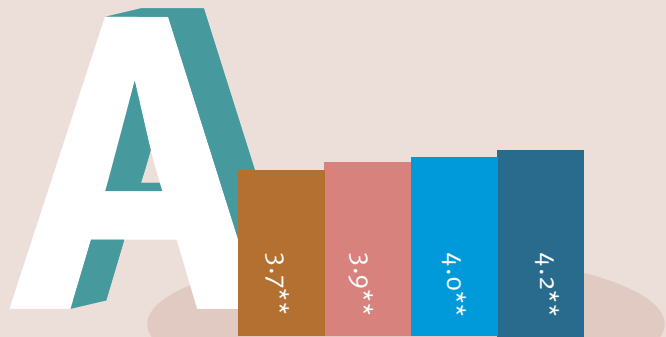
Aantal praktijken



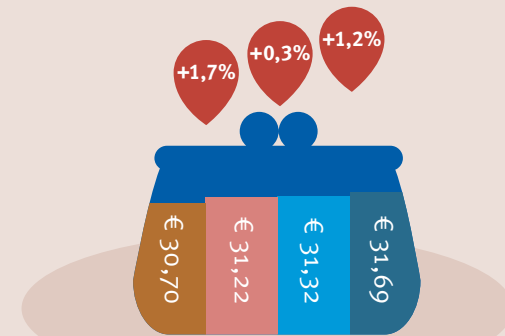
Gemiddeld aantal behandelingen



Aantal patiënten



Totaal aantal behandelingen



Tarieven

* x 1.000

** x miljoen euro

Geboortezorg

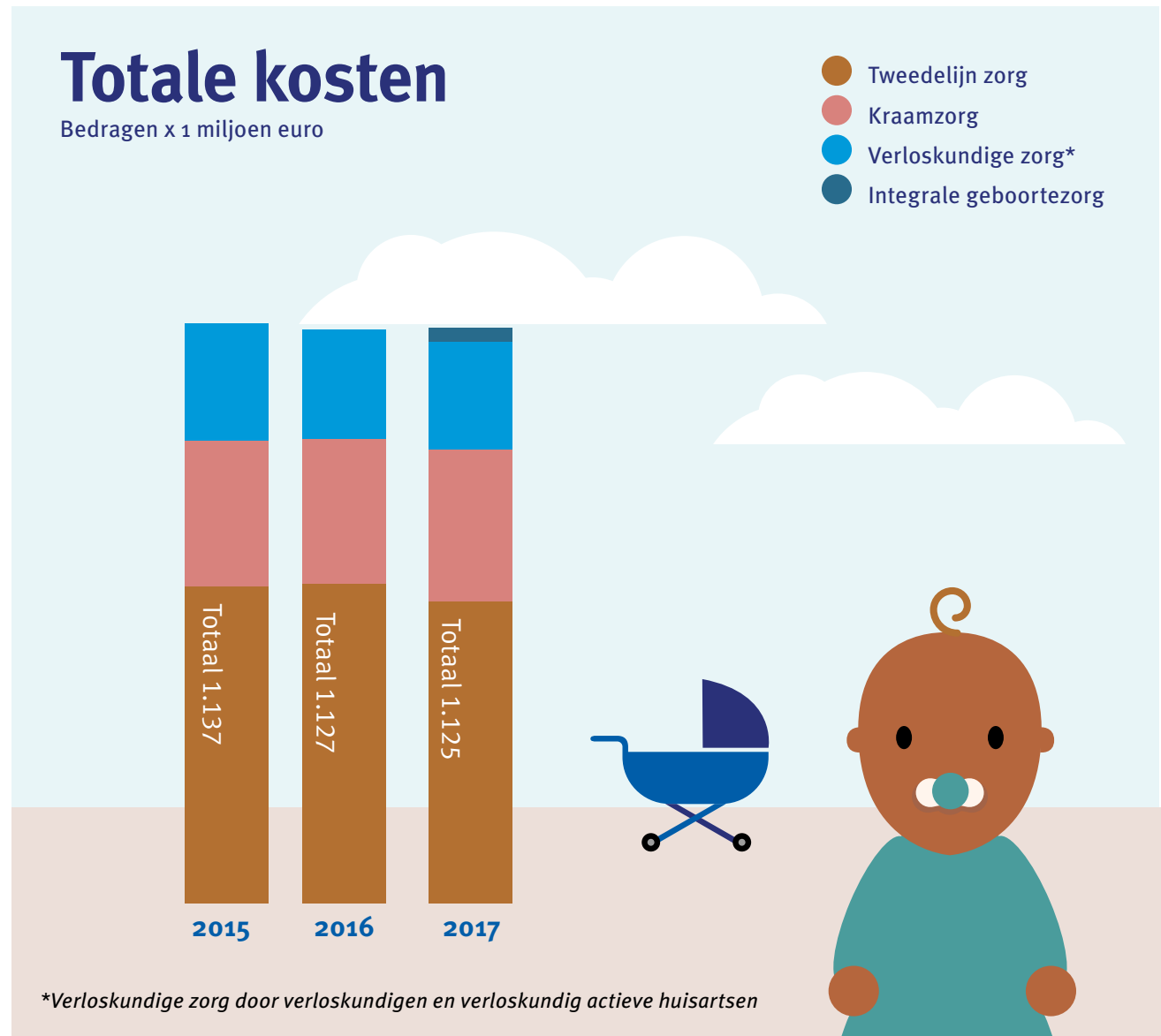
Een dalende
trend in uitgaven
door minder
kinderen die
worden geboren

Er worden minder kinderen geboren en minder vrouwen hebben verloskundige zorg nodig. Dat betekent dat de totale uitgaven aan de verloskundige zorg de afgelopen jaren een dalende trend laten zien. Door het dalend aantal geboortes daalt ook de behoefte aan kraamzorg en tweedelijsgeboortezorg. Hierdoor dalen ook de totale kosten.

Integrale bekostiging

Op dit moment loopt er een experiment met integrale bekostiging in de geboortezorg. In bepaalde regio's organiseren verloskundigen en gynaecologen gezamenlijk de zorg voor zwangere vrouwen. Aanleiding voor dit experiment was de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland. Ook bepaalde prikkels in de bekostiging waren niet in het belang van de zwangere vrouw.

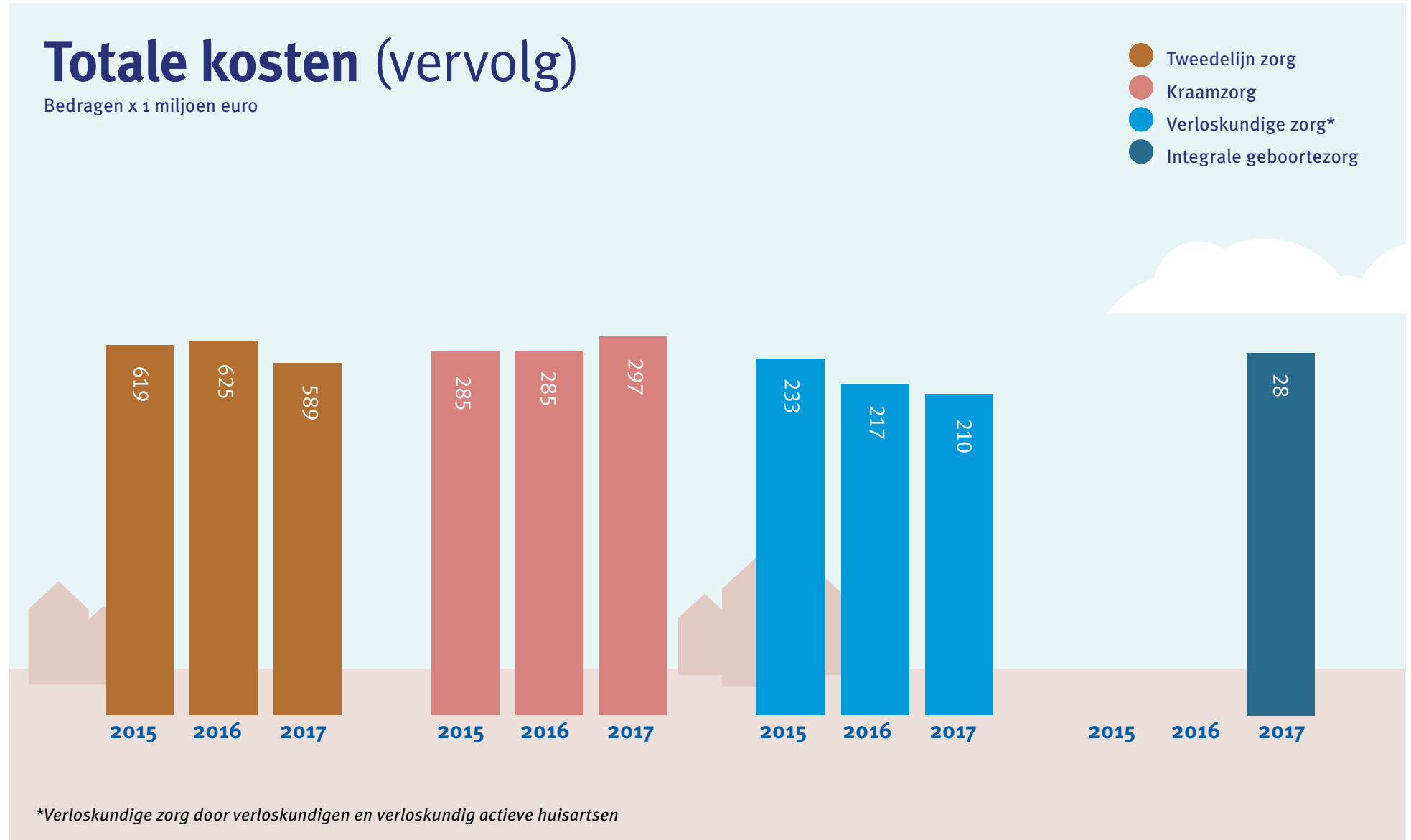
Het doel van dit experiment is om de zorg voor de zwangere vrouw beter te maken door de samenwerking tussen de verschillende aanbieders en beroepsgroepen te verbeteren. Het experiment loopt tot eind 2021.



Totale kosten (vervolg)

Bedragen x 1 miljoen euro

- Tweedelijng zorg
- Kraamzorg
- Verloskundige zorg*
- Integrale geboortezorg



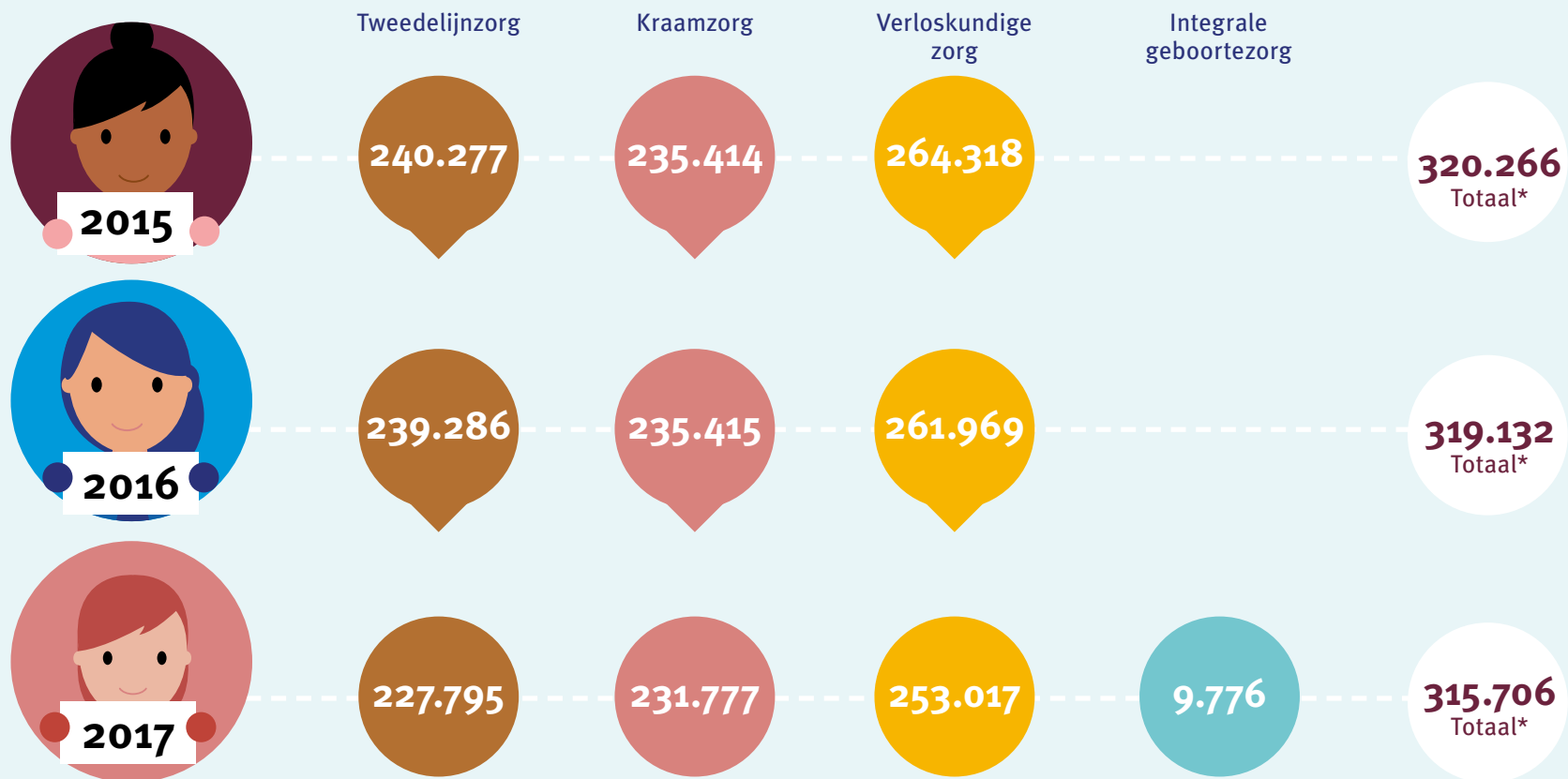
*Verloskundige zorg door verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen

Kostenonderzoek kraamzorg

In het najaar van 2019 starten we een kostenonderzoek in de kraamzorg. Ook voor kraamzorg is het belangrijk dat de tarieven aansluiten bij de praktijk. In 2013 vond de laatste herijking van de tarieven plaats. We voeren een kostenonderzoek uit dat inzicht moet geven in de actuele kosten, opbrengsten en geleverde zorg door kraamzorgaanbieders. De uitkomsten van het kostenonderzoek vormen de basis voor nieuwe tarieven in 2021. ■



Aantal patiënten



*Unieke cliënten

Mondzorg

Werken aan 7 gezamenlijke ambities



In de mondzorg is een belangrijke mijlpaal bereikt. De beroepsverenigingen werken de komende tijd samen met cliënten- en patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en met ons aan het realiseren van zeven gezamenlijke ambities.



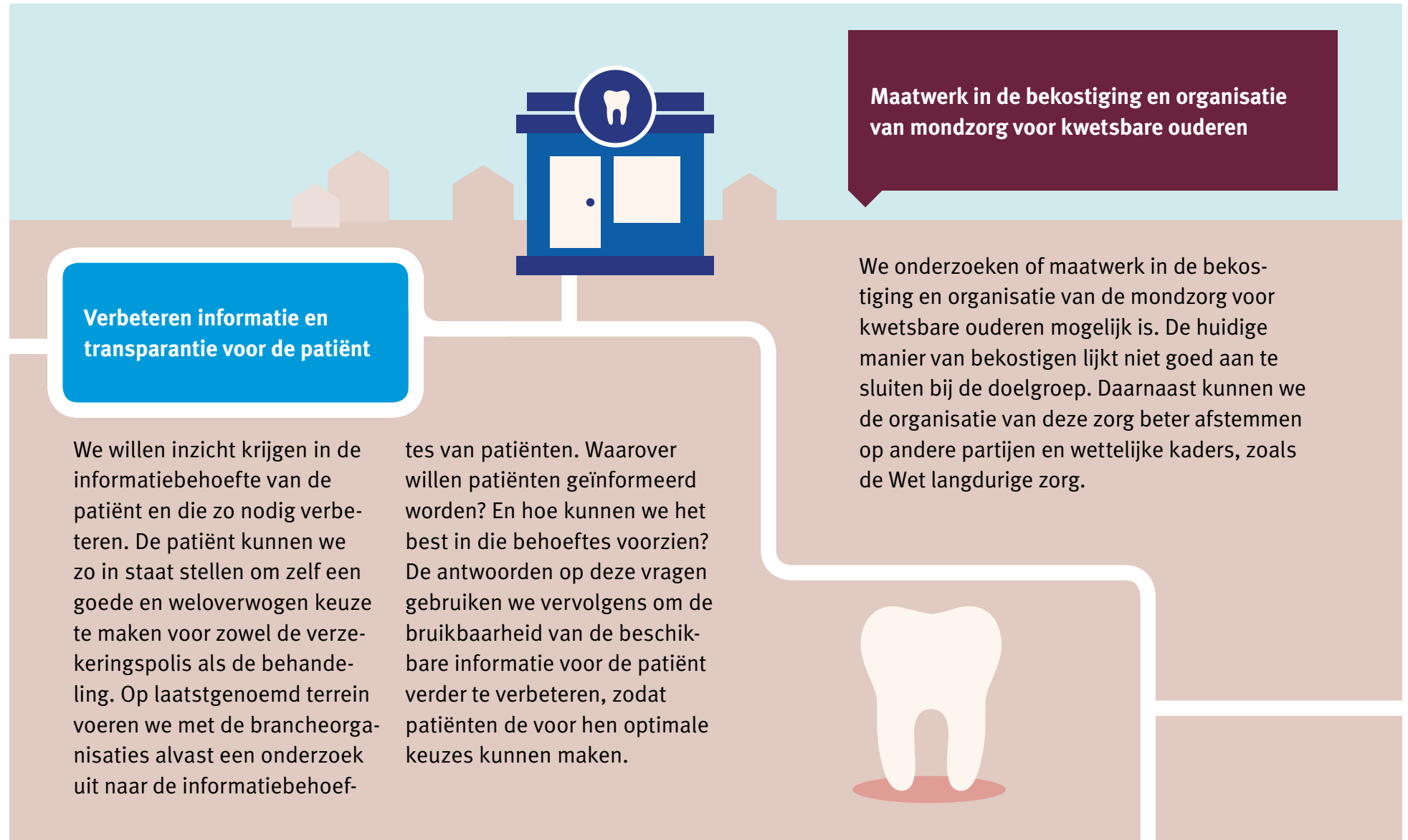
Maatwerk in de bekostiging en organisatie van mondzorg voor jongeren onder de 18 jaar

Het is goed is om te verkennen of een alternatieve bekostiging voor de jeugd zinvol is. Aandachtspunten hierbij zijn de betaalbaarheid van de mondzorg, de samenhang met preventie en het stimuleren van tandartsbezoek voor de groep kwetsbare jeugd.

Meer inzetten op bewezen preventie

Meer aandacht voor preventie is een belangrijke ambitie. Daarom willen we in beeld brengen wat de rol is van de mondzorgverlener bij preventie, en welke andere partijen daar een bijdrage aan moeten leveren. Bij de jeugd is hier de grootste winst te behalen, maar ook voor andere groepen is hier meer aandacht nodig.







Zorgverzekeringen

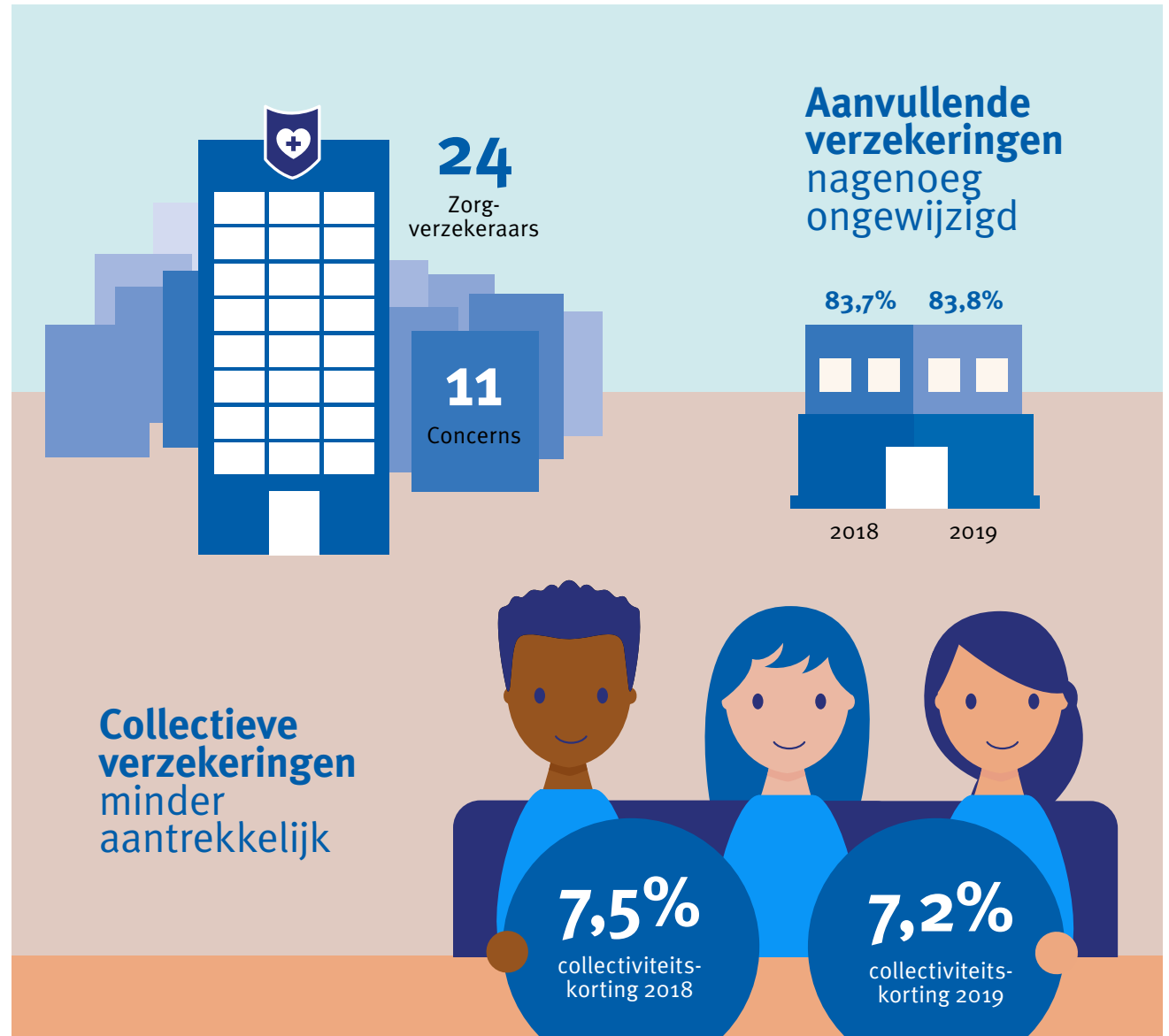
Het polisaanbod
groeit zonder
dat er meer
keuze komt



In 2019 zijn er in totaal 11 zorgverzekerings-concerns, die weer bestaan uit 24 zorgverzekeraars. Het aantal mensen dat gebruik maakt van een collectieve zorgverzekering daalde in 2019 ten opzichte van 2018. Het aantal mensen met een aanvullende verzekering bleef ongeveer gelijk.

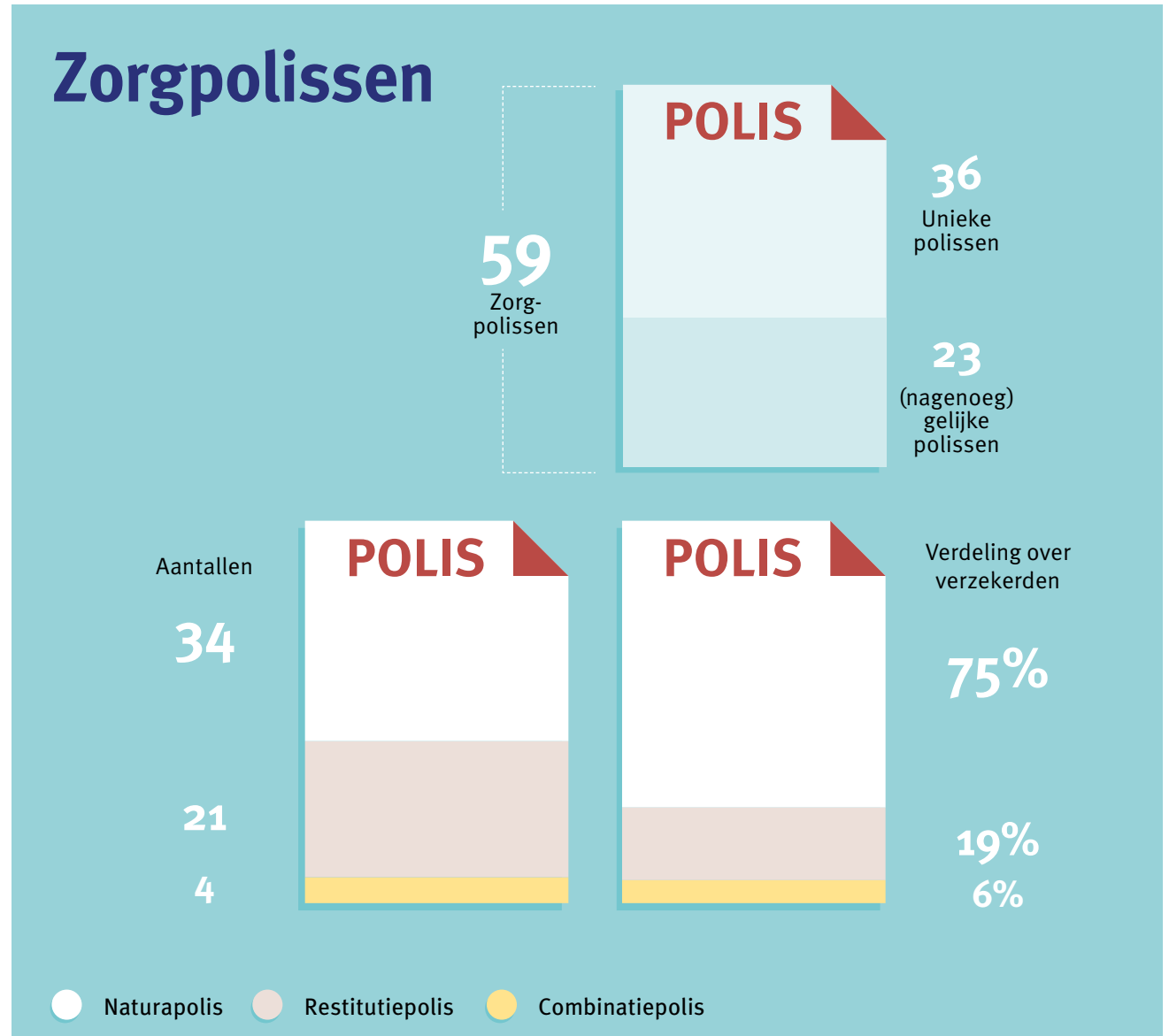
Polisaanbod

We zien dat het aanbod groeit, maar dat er niet zozeer meer keuze komt. Wij zijn een voorstander van een onderscheidend en overzichtelijk polisaanbod. Van de 59 polissen waren er 23 gelijk of bijna gelijk aan een andere polis binnen hetzelfde concern. Wel verschillen de premies voor deze polissen. Eén concern biedt dezelfde polis zelfs 6 keer aan onder verschillende merknamen. Dit maakt het voor verzekerden onnodig lastig om een keuze te maken voor een polis. Wij vinden het wenselijk dat de zorgverzekeraars heroverwegen om nagenoeg gelijke polissen te schrappen. Ook is het belangrijk dat zorgverzekeraars informatie over de polissen nog beter ontsluiten, zodat verzekerden een goed geïnformeerde keuze kunnen maken.



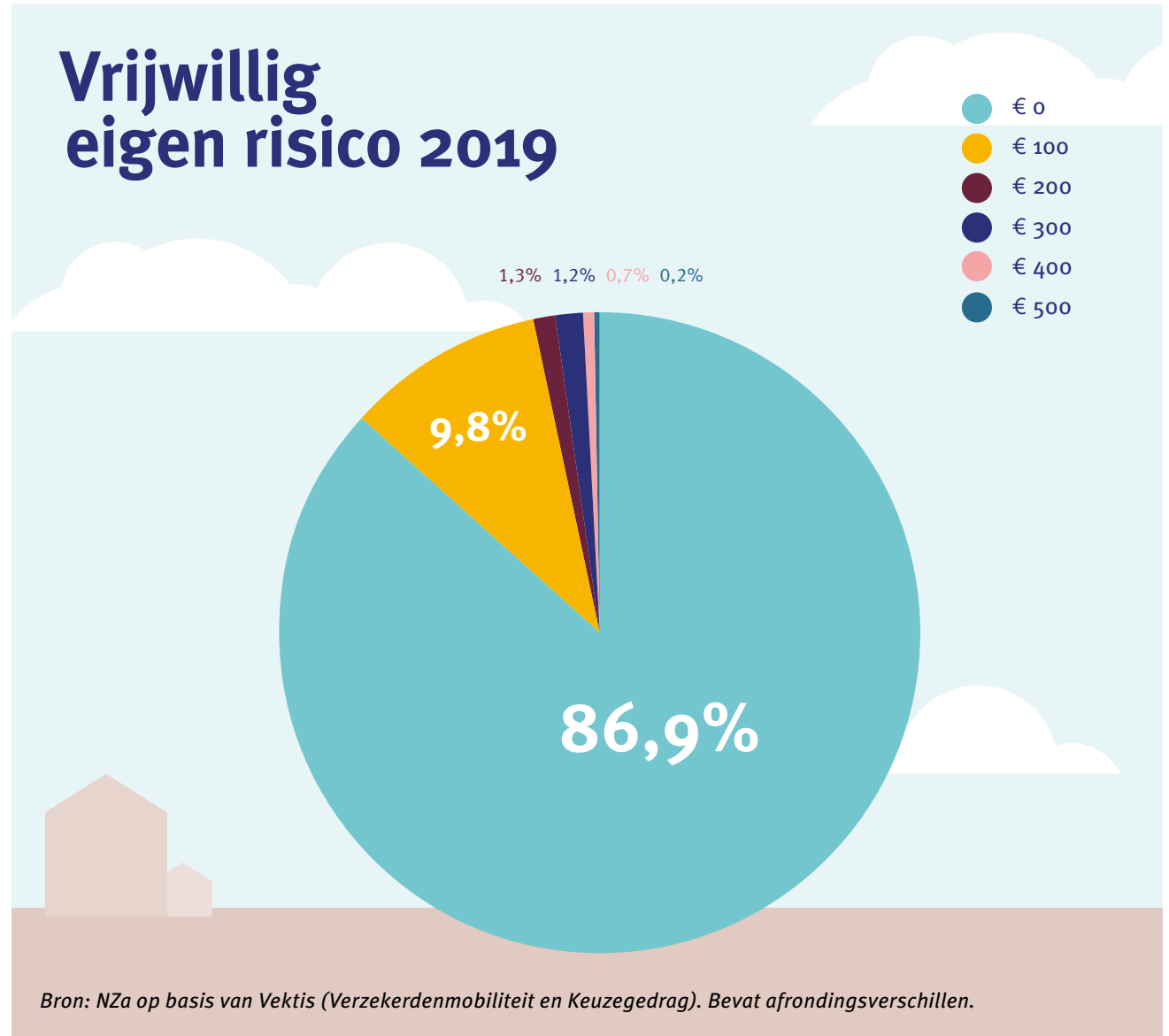
Risicoverevening

Zorgverzekeraars krijgen met de risicoverevening een compensatie voor verschillen in zorgkosten van hun verzekerden. De manier waarop deze risicoverevening nu wordt bepaald, heeft het risico in zich dat het voor verzekeraars loont om te sturen op winstgevende groepen verzekerden. Dat vinden wij onwenselijk. We doen dan ook de oproep om de risicoverevening steeds te verbeteren en naar nieuwe methoden te zoeken om voorspelbare winsten en verliezen zo veel mogelijk te beperken.



Aanvullende verzekeringen vrijwillig eigen risico

Voor het eerst sinds jaren zijn er weer aanvullende verzekeringen op de markt voor het vrijwillig eigen risico. Wij vinden dit onwenselijk en spreken de zorgverzekeraars in kwestie hier op aan. Zorgverzekeraars omzeilen hiermee het verbod op premiedifferentiatie. Een beperkte groep, bijvoorbeeld seizoensarbeiders en studenten aan medische opleidingen, kan deze verzekering voor een klein bedrag afsluiten. Zij krijgen dan de maximale premiekorting, omdat ze een hoog vrijwillig eigen risico hebben. Hierdoor betalen zij fors minder premie dan verzekerden die deze aanvullende verzekering niet kunnen afsluiten. ■



Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postadres:
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

088 - 770 8 770
info@nza.nl
www.nza.nl

**Wij werken aan goede
en betaalbare zorg.**

