



Nederlandse  
Zorgautoriteit

VAN FABELS NAAR FEITEN  
**Stand van de zorgmarkten 2012**

VAN FABELS NAAR FEITEN  
**Stand van de zorgmarkten 2012**

THEO LANGEJAN



EITEL HOMAN



# VOORWOORD

Dat de zorgkosten in Nederland sterk stijgen is een feit. Dat 2012 een belangrijk jaar is waarin de kanteling in de gezondheidszorg na zes jaar voorbereiding voor het eerst overal merkbaar is, is minder bekend. Ook minder bekend is dat er geen 'digitale' keuze bestaat tussen marktwerking en overheidssturing. Een bepaalde mate van concurrentiedruk is nodig zodat zorgaanbieders doelmatig werken en steeds blijven vernieuwen. Dat kan alleen als zij ook risico durven lopen en zorgverzekeraars en zorgkantoren goed inkopen op kwaliteit en doelmatigheid. Daarnaast zal in de zorg altijd sprake zijn van sturing vanuit de overheid. Alleen al omdat we allemaal meebetalen aan de zorg moeten we zuinig en zinnig met de beschikbare middelen omgaan. De vraag of u voor of tegen marktwerking in de zorg bent, is dan ook een onnodige vraag. Het is een fabel dat marktwerking of strikte overheidsbudgettering de oplossing voor of de oorzaak is van het belangrijkste probleem in de zorg, namelijk: hoe houden we de zorg betaalbaar en toegankelijk ook voor de volgende generatie?

Veel fabels hinderen de genuanceerde, concrete discussie die nodig is om de consequenties van de keuzes waar we voor staan in de zorg inzichtelijk te maken. In deze 'Stand van de zorgmarkten' publiceert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) een aantal van de meest gehoorde zorgfabels, de feiten achter de fabels en reacties daarop van kenners van de zorg.

Naast de fabels en feiten presenteren we een overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen in de zorg in 2012 en de uitdagingen waar we voor staan het komende jaar. Want fabels of niet, in de langdurige zorg staan we voor de moeilijke opgave om knopen door te hakken: wat willen en kunnen we nog collectief financieren en wat niet? Ook in de curatieve zorg is geen tijd te verliezen: daar zullen we nog veel moeten doen om onvolkomenheden in de bekostigingssystematiek weg te werken zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de ruimte krijgen om de zorg ook op de langere termijn toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden.

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van deze publicatie.

*de Raad van Bestuur,*  
Theo Langejan  
Eitel Homan



# INHOUD

---

<b>1</b>	<b>DE ZORG IN 2012</b>	<b>6</b>
	De zorg in 2012	8
	Oorzaken groei zorguitgaven	12
	2012: Het spel is op de wagen	16
	Zorgverzekeraar stuurt sterker	16
	Verbeteringen in de bekostiging	21
	Regulering in 2012	23
	Wegnemen belemmeringen in wet- en regelgeving	23
	Toezicht in 2012: Gepast gebruik, transparantie en marktmacht	26
	Overzicht stand van de zorgmarkten per 2012	34
<b>2</b>	<b>UITDAGINGEN VOOR 2013</b>	<b>38</b>
	Uitdagingen voor 2013	42
	Uitdagingen voor de overheid: stop stelsel­discussie en geef duidelijkheid	42
	Zorgaanbieders: verantwoordelijkheid nemen	43
	Zorgverzekeraars: geef op tijd duidelijke informatie in de polissen	47
	Uitdagingen voor de NZa: toezicht op machtsconcentratie en transparantie	50
	Uitdagingen voor de consument	51
<b>3</b>	<b>STAND VAN DE ZORGMARKTEN</b>	<b>56</b>
	De stand van de curatieve zorgmarkt	58
	De zorgverzekeringsmarkt	60
	De markt voor medisch specialistische zorg	64
	De markt voor curatieve GGZ	67
	De markt voor eerstelijnszorg	70
	De stand van de langdurige zorgmarkt	71
	De markt voor extramurale AWBZ	74
	De markt voor intramurale AWBZ	75
	Internationale vergelijking	78
	Overzicht wetsvoorstellen en -wijzigingen in 2012	83





1

DE ZORG  
IN 2012



## DE ZORG IN 2012

In 2012 betaalt een gezin met twee modaal verdienende ouders 25% van het gezinsinkomen aan zorgpremies. Een bedrag van ruim 14.000 euro per jaar. Hiervan wordt ruim 11.000 euro geïnd via het brutosalarijs, deze uitgaven zijn voor veel mensen dan ook niet duidelijk zichtbaar. Als we niets doen, als we niet ingrijpen, stijgen de uitgaven elk jaar met 4 tot 5%: van ruim 64 miljard euro in 2012 naar 82 miljard in 2017. Als we niets doen, geven we naar verwachting in 2040 de helft van het gezinsinkomen uit aan de zorg.

Nederland is niet het enige land dat voor dit scenario staat. Alle westerse landen staan voor de uitdaging om de uitgavenontwikkeling in de zorg in de hand te houden en tegelijkertijd de kwaliteit van zorg verder te verbeteren en de toegankelijkheid op peil te houden. Toch is onze situatie zorgwekkend als je bedenkt dat de vergrijzing in Nederland een aantal jaar achterloopt op ons omringende landen en we nu al in de top 3 van Europa staan met onze uitgaven aan zorg. Alleen Denemarken en Luxemburg geven meer uit per hoofd van de bevolking. Het overzicht hiernaast van de uitgaven aan langdurige zorg en de verwachting voor 2050 laat zien voor welk scenario Nederland staat.

In 2006 maakten de volksvertegenwoordigers de keuze in de curatieve zorg om meer vrijheden en verantwoordelijkheden bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf neer te leggen. Met als doel de kwaliteit van zorg op peil te houden en tegelijkertijd de uitgaven te beheersen. Concurrentie tussen zorgaanbieders moest hen ertoe bewegen de zorg tegen een zo goed mogelijke prijs-/kwaliteitsverhouding aan te bieden.

In de langdurige zorg is er veel minder sprake van een duidelijk uitgesproken keuze voor een vorm van gereguleerde concurrentie. Maar ook in de langdurige zorg voelen zorgaanbieders steeds meer de noodzaak om efficiënt te werken. Door het bekostigingssysteem van de zorgzwaartepakketten krijgen zorgaanbieders betaald op basis van daadwerkelijk geleverde zorg en niet meer op basis van de omvang van hun organisatie.

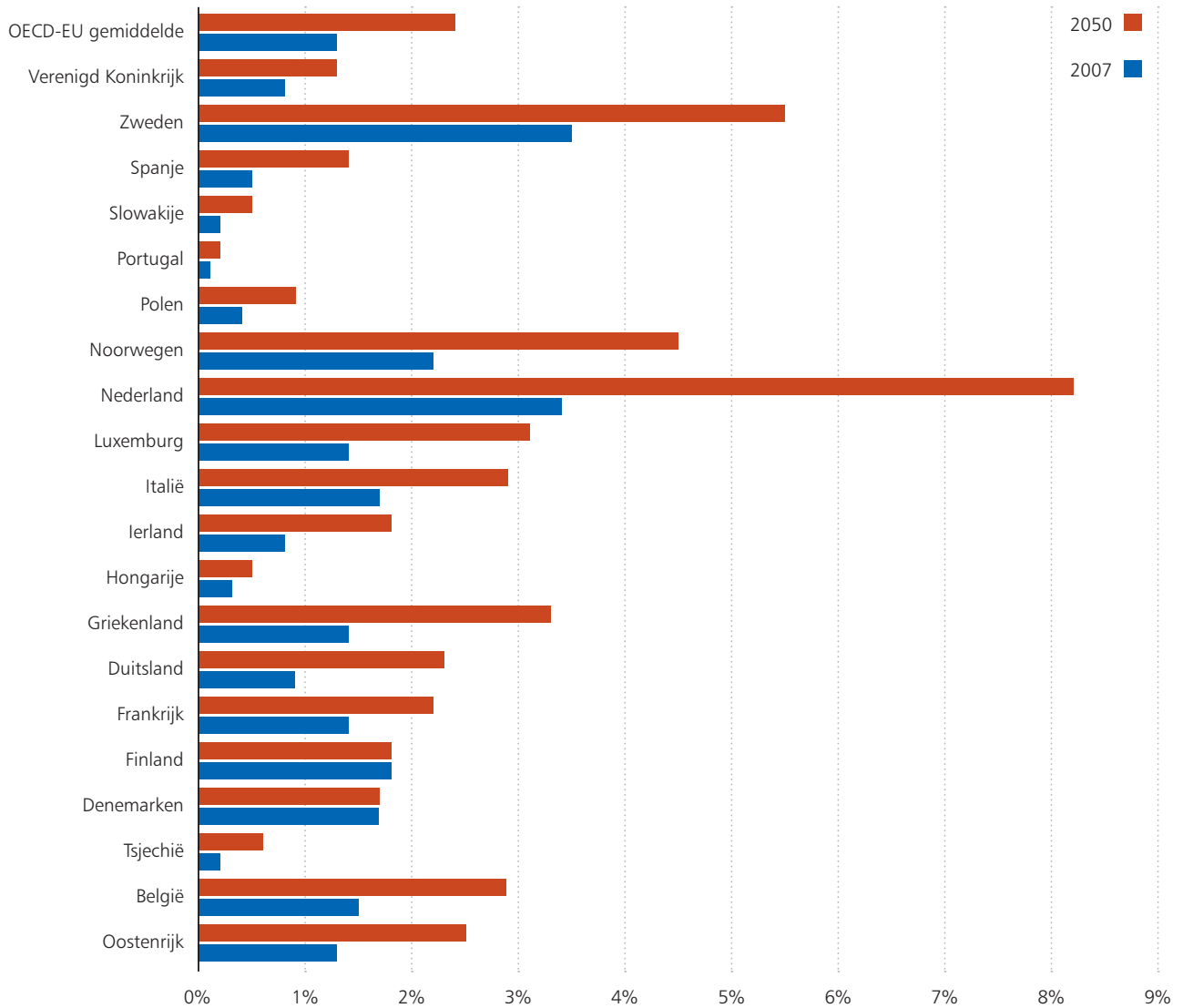
---

“Marktwerving is niet de schuld van, noch de oplossing voor de problemen in de zorg.”

- Wouter Bos, VOZ magazine, augustus 2012

---

Het kost een aantal jaren tijd om meer concurrentie en meer eigen verantwoordelijkheid met de juiste spelregels in de zorg te realiseren. Zowel de curatieve als de langdurige zorg zitten dan ook midden in een overgangssituatie.

FIGUUR 1. UITGAVEN AAN LANGDURIGE ZORG IN 2007 EN DE VERWACHTING VOOR 2050<sup>1</sup>

1 Bron: Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Colombo, F. en Mercier, J. (2011) OESD Long Term Care, 2011.



**“Bij het ontwikkelen van richtlijnen is nu ook aandacht voor de doelmatigheid van de zorg”**

- Janko de Jonge, vice-voorzitter Orde van Medisch Specialisten

**FABEL:** De zorgkosten stijgen omdat we te maken hebben met de vergrijzing en meer complexe aandoeningen.  
**FEIT:** Bij acht patiëntengroepen is juist bij patiënten met minder zware aandoeningen een grote stijging te zien in de zorgkosten. Deze patiënten krijgen meer behandelingen dan voorheen en zien ook meer verschillende specialisten.

**Reactie Janko de Jonge,  
 vice-voorzitter Orde van Medisch Specialisten:**

In de Marktscan medisch specialistische zorg 2011 onderzocht de NZa voor een achttal aandoeningen de kosten- en volume-ontwikkeling. Voor deze acht aandoeningen stelt de NZa een stijging van de schadelast per patiënt vast over de periode 2006 - 2008.

Bij alle aandoeningen is er sprake van een stijgende gemiddelde prijs per DBC tussen 2006 en 2008. Bij twee aandoeningen is sprake van een gelijkblijvend of dalend aantal DBC's per patiënt. Voor zes aandoeningen is er sprake van een toename in het aantal DBC's per patiënt.

Wat veroorzaakte de prijsstijgingen en de toename in aantallen DBC's per patiënt in de periode 2006-2008? Het antwoord op deze vraag is niet eenvoudig. Veel factoren kunnen een rol spelen.

Zo stegen productprijzen over de hele linie in de beginjaren van de DBC-systematiek (2006-2008). Zowel in het A-segment als het B-segment. Als gevolg van verdere uitbreidingen in het B-segment na 2008, (tarief-) kortingen en versterking van de positie van verzekeraars is pas in de jaren daarna de beoogde prijsdaling ontstaan, vooral in het B-segment. Anderzijds zijn meer geavanceerde behandelingen geïntroduceerd die de keuze voor deze vaak duurde behandeling met bijbehorende hogere DBC prijs verklaren. Instellingen registreren nu meer dan zij in de beginjaren deden. Dit kan de toename in aantallen DBC's verklaren.

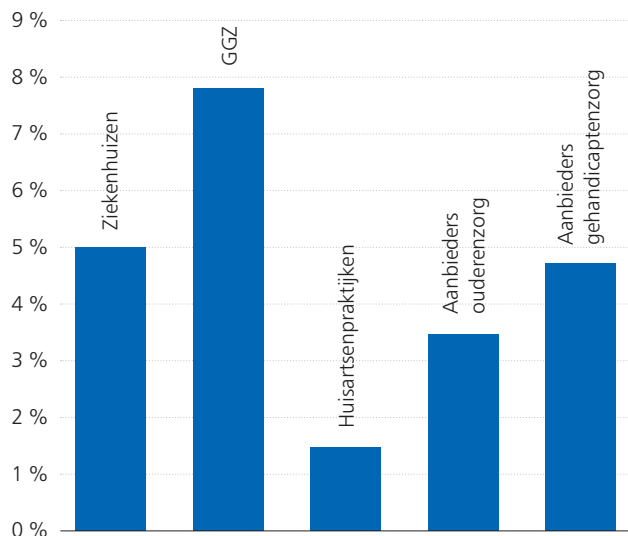
Maar kan er ook sprake zijn van ondoelmatig handelen?

Recent gepubliceerde onderzoeken zorgen ervoor dat er in toenemende mate aandacht is voor doelmatigheid. Dergelijke onderzoeken stimuleren de aandacht voor en discussie over bijvoorbeeld praktijkvariatie en helpen daarmee de kwaliteit en doelmatigheid van zorg verder te verbeteren.

Voor de Orde van Medisch Specialisten staat voorop dat elke patiënt goede zorg moet krijgen, afgestemd op de reële zorgbehoefte, verleend door die professional en in die setting die daar geschikt voor is. Goede zorg is veilig, doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht, tijdig en toegankelijk. Goede zorg is daarmee gepaste zorg. De medische indicatiestelling staat voorop, maar er dient ook nadrukkelijk gekeken te worden naar doelmatige (zinnig en zuinige) zorg. Bij het ontwikkelen van richtlijnen voor de zorg is nu ook aandacht voor de doelmatigheid van de zorg.

Gegevens die zicht bieden op praktijkvoering kunnen helpen de zorg te optimaliseren. Medisch specialisten zijn gebaat bij deze gegevens om hun eigen handelen te controleren en kritisch te blijven kijken naar de eigen praktijkvoering.

**FIGUUR 2. GEMIDDELTE GROEI VAN DE ZORGITAVEN DEELMARKTEN TUSSEN 2001 EN 2011<sup>2</sup>**



## OORZAKEN GROEI ZORGITAVEN

Wat is nu eigenlijk de oorzaak van de groei van de zorguitgaven? In de afgelopen jaren heeft de techniek zich steeds verder

ontwikkeld. Dat heeft als voordeel dat we ziekten eerder kunnen diagnosticeren en technisch complexe behandelingen kunnen uitvoeren. Maar die behandelingen zijn wel duurder. Patiënten zijn bovendien steeds mondiger geworden. Er is een verschuiving in ons denkbeeld ontstaan van 'de dokter weet wat beter is' naar 'ik heb altijd recht op zorg en zorg is gratis'.

De vergrijzing is een andere veelgenoemde oorzaak voor de stijgende kosten, maar dat is nog steeds toekomstmuziek. De vergrijzing in Nederland is pas over een jaar of tien of vijftien op zijn hoogtepunt. Daarin lopen wij achter bij ons omringende landen. Bij het interpreteren van cijfers over de groei van de zorguitgaven is het belangrijk om deze nuance te betrekken: de grootste uitgaven moeten nog komen.

Onderzoek van de NZa naar de uitgaven aan zorg bij acht verschillende patiëntengroepen gaf een opvallend beeld: de stijging van de kosten werd niet veroorzaakt doordat meer patiënten behandeld werden of de aandoeningen complexer waren. De stijging werd veroorzaakt doordat juist de patiënten met lichtere aandoeningen meer behandelingen kregen en bovendien door meer verschillende specialisten onderzocht werden. In 2012 en 2013 onderzoekt de NZa of deze oorzaak van de uitgavenstijging ook bij andere patiëntengroepen te zien is.

**TABEL 3. ONTWIKKELING PER PATIËNTENGROEP TUSSEN 2006 EN 2008 (in percentage per jaar)**

Patiëntengroepen	Omzet-ontwikkeling	Ontwikkeling aantal patiënten	Ontwikkeling aantal DBC's	Ontwikkeling schadelast per patiënt
Ontstekingen van de bovenste luchtwegen en middenoor	20	0	-1	20
Operabele darmtumor	14	3	6	10
Aandoeningen van de oog lens	11	7	8	4
Artrose	11	8	8	3
Buikwandbreuken	9	2	3	7
Urinewegstenen	14	4	-2	9
Varices	19	8	12	10
Degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom	21	0	4	21

Bron: MDS

<sup>2</sup> Dit betreft de groei van de constante prijzen, dus exclusief de inflatie-effecten.

Cijfers van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven uit 2012 bevestigen dat de oorzaak van de stijgende kosten niet ligt aan de vergrijzing en eveneens niet ligt aan een toename van het aantal (oudere) patiënten. Ook in het rapport van deze Taskforce komt naar voren dat het grootste deel van de stijging van de zorgkosten veroorzaakt wordt doordat:

1. Het begrip 'zorg' steeds verder wordt opgerekt. Bijvoorbeeld omdat aanspraken en prestaties vaag geformuleerd zijn, zoals de aanspraak 'begeleiding' in de AWBZ en de prestatie 'dienstverlening en preventie' in de GGZ.
2. Er per patiënt steeds meer zorg wordt gegeven.

## DE NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT

De Nederlandse Zorgautoriteit 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 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.

De NZa houdt toezicht op 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. Dit vraagt om heldere keuzes: welke zorg is noodzakelijke basiszorg, waar ligt de eigen verantwoordelijkheid van de consument en op welke manier zorgen we ervoor dat de zorg van goede kwaliteit blijft én zo efficiënt mogelijk wordt geleverd?

**FABEL:** Er wordt fors bezuinigd op de zorg.

**FEIT:** De uitgaven stijgen ieder jaar sterk.



**"De AWBZ is één grote financiële tijdbom"**

- Marc Berg, partner KPMG Plexus

**FABEL:** We moeten kiezen tussen marktwerking of overheidssturing.

**FEIT:** Meer ondernemerschap is goed, maar zorg kan nooit zonder overheidssturing: we besteden publieke middelen. Nu een stelselwijziging invoeren is behalve zinloos, tijd- en geldverspilling.

### Is het zinvol om opnieuw een stelselwijziging in te voeren in de gezondheidszorg?

#### *Reactie Marc Berg, partner KPMG Plexus:*

De stelselwijziging in 2006 maakte dat alle Nederlanders over dezelfde zorgverzekering konden beschikken: er kwam eindelijk een einde aan de tegenstelling tussen 'ziekenfonds-' en 'particulier verzekerden'.

Tegelijkertijd diende de zorg meer vraaggericht te worden: meer innovatie, minder wachtlijsten, meer gericht op wat burgers en patiënten willen en nodig hebben. Ziekenhuizen mochten voor het (nog kleine) B-segment gaan experimenteren met vrije prijzen, en aanbieders die patiënten verloren of geen contracten kregen met zorgverzekeraars zouden voortaan ook het daarbij behorende geld kwijtraken.

Deze stelselwijziging heeft de reikwijdte van de gereguleerde marktwerking in de Nederlandse zorg vergroot. Aanbieders moeten concurreren om patiënten (wie levert de beste prijs/kwaliteit verhouding?), en de ruimte om in 'lokaal overleg' tussen aanbieders en verzekeraars nieuwe vormen van zorg te contracteren wordt steeds groter. Patiënten reizen steeds verder om de beste zorg te vinden, en de productfinanciering maakt dat aanbieders worden geprikkeld om patiënten zo efficiënt mogelijk te behandelen. Declareren per diagnosebehandeling-combinatie (DBC) gaat onnodige ligdagen, complicaties en onnodige diagnostiek tegen.

Werkt het? Het antwoord is 'ja, maar...'. Er is meer innovatie, de prijzen dalen, patiënten beginnen daadwerkelijk te kiezen, wachtlijsten zijn fors minder, mensen worden sneller en vaak ook beter geholpen, de productiviteit stijgt. Allemaal prima. Maar tegelijkertijd had het DBC-systeem toch nog teveel kenmerken van de klassieke fee-for-service financiering: elke nieuw product levert geld op. En waar je voor betaalt daar krijg je veel van, is een klassieke wet in de gezondheidseconomie.

We konden er op wachten: vooral de laatste paar jaar is de volumegroei inderdaad fors, zodat de positieve effecten van lagere prijzen en efficiëntere zorg teniet werden gedaan.

Moet hiervoor het stelsel weer op de kop? Natuurlijk niet. De belangrijkste reden dat de volumegroei niet adequaat werd aangepakt door zorgverzekeraars, was omdat de zorginkoop lange tijd weinig impact had op het financiële eindresultaat. Het B-segment was klein, en het eindresultaat werd ook nog door de overheid grotendeels nagecalculeerd. En de weeffouten in het DBC-stelsel zijn de verantwoordelijkheid van de regulatoren van de markt – niet van de markt zelf. Met name in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een DBC-stelsel ingevoerd dat in internationaal perspectief een modderfiguur slaat, zonder de voordelen van een echt product-stelsel en met alle nadelen. Wat nodig is, is het repareren van deze weeffouten en het echt 'in positie zetten' van verzekeraars en aanbieders. Ten dele is dit al ingezet bij de ziekenhuizen door het invoeren van DOT en bij de verzekeraars door het verdwijnen van de ex-post verevening.

Het laatste wat nu nodig is, is de suggestie dat de uitgangspunten van 2006 heroverwogen zouden moeten worden. Alsof je een nieuwbouwhuis waarnaar decennia lang is uitgekeken na een aantal jaar reviseert door het maar tegen de vlakte te gooien. Tegelijkertijd staat er nog wel een bouwwerk uit de jaren zestig wat feitelijk al lang is uitgewoond: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ is één grote financiële tijdbom. Een tijdbom gebouwd op archaische 'rechten' op uren zorg zonder enige prikkel om hogere kwaliteit voor minder kosten te leveren. Integratie van grote delen van deze zorg - zoals de langdurige GGZ en de extramurale verpleging - in de Zw en alle vormen van maatschappelijke ondersteuning in de wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), is de meest logische stap. Door meer afstemming en contractering door de keten heen is dit de beste »



weg naar zorginhoudelijke én doelmatigheidswinst. Een forse impuls voor de verdere extramuralisering van de zorg in Nederland, zonder vershraling. Alleen de reductie van de AWBZ-bureaucratie maakt deze stap de moeite waard: voor het werkplezier van de professionals én voor een reductie van de kosten.

Stelselherziening? Laat de Zorgverzekeringswet nu maar even met rust. Maar laten we een prioriteit maken van de herziening van de AWBZ.

## 2012: HET SPEL IS OP DE WAGEN

Veranderen kost tijd. Zeker in een sector waar het aantal belanghebbenden, het aantal medewerkers en het aantal cliënten zo groot is als in de zorg. Het belang ervan raakt ons allemaal. Iedereen wil goede zorg, en iedereen wil de kosten daarvan in de hand houden. Dat alleen al is een spanningsveld waardoor het moeilijk is om concrete stappen te zetten. Want wie bepaalt wat goede, noodzakelijke en efficiënte zorg is?

De overheid kan dat niet alleen bepalen, simpelweg omdat zorgprofessionals beter weten wat nodig en mogelijk is voor hun cliënten. Maar onder druk van alle technische mogelijkheden, onder druk van een steeds mondiger cliënt en onder druk van de eigen portemonnee (ik verdien meer als ik meer zorg lever), is het ongewenst en onverstandig om zorgprofessionals uitsluitend zelf verantwoordelijk te laten zijn voor de beheersing van de kosten.

In 2006 heeft de zorgverzekeraar die sturende rol gekregen. Zij hebben medisch adviseurs in huis en gegevens van alle zorgaanbieders voorhanden. Zij zijn op de hoogte van 'uitbijters': zorgaanbieders die opvallend goede resultaten boeken, of juist niet (bijvoorbeeld het aantal patiënten dat een

hersteloperatie moet laten uitvoeren na een liesbreukoperatie) of die opvallend vaker dan andere zorgaanbieders een bepaalde behandeling uitvoeren. Die informatie heb je als cliënt niet, daar is een expert voor -de zorgverzekeraar- die haar verzekerden kan helpen bij het vinden van de juiste zorg en zorgaanbieder.

## ZORGVERZEKERAAR STUURT STERKER

In 2012 zijn belangrijke stappen gezet in de verandering naar een sturende zorgverzekeraar die in onderhandeling met zorgaanbieders voor zijn verzekerden zinnig en zuinig zorg inkoop:

- De budgetten voor ziekenhuizen zijn afgeschaft: in plaats van een vast budget per jaar wordt in 2012 voor het eerst door zorgverzekeraars onderhandeld met ziekenhuizen over de inkoop van zorg en de voorwaarden daarbij.
- De tarieven voor 70% van de ziekenhuiszorg zijn vrijgegeven. Zorgverzekeraars kunnen daardoor goed onderhandelen over wat er geleverd wordt, met welke kwaliteit en tegen welke prijs. Het doel hiervan is om de best mogelijke zorg tegen de meest gunstige prijs te kunnen inkopen voor verzekerden.
- Zorgverzekeraars dragen steeds meer risico: als zij te weinig of teveel zorg, zorg van een te lage kwaliteit of zorg tegen

**FABEL:** We moeten al zoveel betalen voor de gezondheidszorg in Nederland.

**FEIT:** Vergeleken met ons omringende landen betalen wij relatief veel via de belastingen, maar relatief weinig eigen bijdragen direct uit onze portemonnee, vooral in de ziekenhuiszorg. Meer zelf betalen helpt om het kostenbewustzijn te vergroten: zorg is niet gratis. In de AWBZ is wel sprake van eigen bijdragen.

**FABEL:** Marktwerking is de oorzaak van de kostenstijging.

**FEIT:** De ziekenhuisuitgaven zijn in de jaren 2001-2006 met 5% per jaar gestegen, net als in de periode tussen 2006 en 2011. Daarbij zijn de kosten per ziekenhuisbehandeling in de jaren na 2006 gedaald. Aan de andere kant is het zo dat het betalen per behandeling prikkelt om meer te behandelen. Daar zijn maatregelen voor nodig, bijvoorbeeld een scherp inkopende zorgverzekeraar en het wegnemen van belemmeringen in het systeem, zoals het tegelijkertijd werken met verschillende vormen van bekostiging in de ziekenhuizen.

een te hoge prijs inkopen, ontvangen zij via de risico-verevening geen compensatie meer zoals in eerdere jaren, maar lopen zij zelf financieel risico. Dit vergroot hun motivatie om goed te kijken naar de doelmatigheid en omvang van de ingekochte zorg.

- Belangrijk hierbij is dat zorgverzekeraars bij natura- en restitutiepolissen een groot verschil mogen maken in de vergoeding voor zorg door gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders. De vergoeding voor zorg die geleverd wordt door zorgaanbieders zonder contract, mag veel lager zijn. Alleen een vergoeding van nul euro is niet toegestaan. Verzekeraars kunnen zo een duidelijk onderscheid maken in hun polissen en zo zorgaanbieders belonen die wel een contract met hen hebben afgesloten. In het voorjaar van 2012 verduidelijkte de NZa de regels over deze vergoeding.
- Ook voor de zorg- en dienstverlening door apothekers zijn de prijzen vrijgegeven. Apothekers kunnen met zorgverzekeraars afspraken maken over de tarieven voor de zorg die zij leveren. Hetzelfde geldt voor de prijzen van geneesmiddelen.
- Alle eerstelijnssectoren met vrije tarieven (fysiotherapie, oefentherapie, diëtadviering, eerstelijns psychologische zorg, farmacie en mondzorg) hebben per januari 2012 een zogenoemde facultatieve prestatie: de zorgaanbieder heeft alleen een overeenkomst met de zorgverzekeraar nodig om nieuwe vormen van zorg aan te kunnen bieden.
- In 2012 is een driejarig experiment met het vrijgeven van de prijzen in de mondzorg van start gegaan. Per januari 2013 stopt dit experiment, vooral doordat de prijzen in het eerste kwartaal van 2012 met bijna 10% stegen. In de mondzorg zijn er weinig contracten tussen zorgverzekeraars en tandartsen. Er is dan sprake van onvoldoende tegendruk: een sturende zorgverzekeraar kan de prijzen op peil houden.
- In 2012 is tot slot een experiment 'regelarme instellingen' van start gegaan. Hiermee onderzoekt het ministerie van VWS of het mogelijk en wenselijk is om met minder regelgeving te werken voor zorgaanbieders. De evaluatie van dit experiment vindt plaats in 2014.



**“Patiënten hebben er recht op te weten op basis waarvan ze kunnen kiezen voor de beste zorg”**

- Wilna Wind, algemeen directeur Patiëntenfederatie (NPCF)

**FABEL:** Patiënten weten precies welke kwaliteit geboden wordt tegen welke prijs om een goede keuze te kunnen maken tussen zorgaanbieders.

**FEIT:** De zorgverzekeraar heeft gedetailleerd inzicht in cijfers van goed presterende zorgaanbieders en heeft medische expertise in huis om aanbieders ook op zorginhoudelijke gronden te kunnen beoordelen. De patiënt heeft deze informatie nu niet. Tijdige informatie bij het kiezen van de polis is een *conditio sine qua non*: de patiënt moet een polis kunnen kiezen die bij hem past en moet dus weten welke zorgaanbieders de zorgverzekeraar gecontracteerd heeft (of welke juist niet).

### **Patiënt wil (vergelijkings-) informatie over de kwaliteit van zorg.**

#### **Reactie Wilna Wind, algemeen directeur Patiëntenfederatie (NPCF):**

Als patiënt wil je de beste dokter, uiteraard. Om goed te kunnen kiezen heb je informatie nodig. Die informatie hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar gek genoeg is die nog steeds amper beschikbaar voor de patiënt.

Waarom niet? Waarom mag een patiënt niet weten welke dokter beter is dan een ander? Waarom kan de patiënt nu vrijwel alleen op basis van reviewsite ZorgkaartNederland zorgverleners vergelijken?

De patiënt anno nu kan en moet zelf keuzes kunnen maken en zelf bepalen welke zorgaanbieder bij hem of haar past. Hij wil niet door de verzekeraar worden voorgelicht onder het mom: 'Wij weten wel wat goed voor u is'. Dat is anno 1800. Uit onze meldacties blijkt dat mensen zelf willen kiezen op onderwerpen die zij belangrijk vinden. Men wil vooral instellingen kunnen

vergelijken op bijvoorbeeld kwaliteit van de samenwerking tussen zorgverleners, de wachttijden en het zorgaanbod. Daarnaast willen ze inzicht in behandelresultaten (slagingspercentage, complicaties) en aantal behandelingen per jaar per arts (meer dan per ziekenhuis). Het wordt hoog tijd dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun kwaliteitsinformatie transparant maken en in leesbare taal presenteren aan patiënten.

Daarbij hoort uiteraard ook dat patiënten in een oogopslag in hun polis kunnen zien welke dokter of andere zorgverlener wel of niet gecontracteerd is door de verzekeraar. Uit onze meldacties blijkt dat 84% van de deelnemers wil weten waar een verzekeraar op let bij het afsluiten van contracten. Slechts in 8% van de gevallen heeft de verzekerde die informatie.

Patiënten hebben er recht op te weten op basis waarvan ze kunnen kiezen voor de beste zorg. Op dat gebied is er in 2013 nog een wereld te winnen.

## ACCEPTATIE VAN DE STURENDE ROL VAN DE VERZEKERAAR KOST TIJD

Het kost tijd voor zorgaanbieders en voor consumenten om te accepteren dat verzekeraars gericht en selectief zorg gaan inkopen en dus niet meer zomaar alle zorg en alle zorgaanbieders contracteren. In 2012 ontving de NZa veel klachten van zorgaanbieders in de eerstelijnszorg zoals fysiotherapeuten en logopedisten.

Eén van de verwachtingen die bij deze zorgaanbieders leeft, is dat men van mening is dat er een individuele onderhandeling zou moeten zijn tussen elke individuele zorgaanbieder en elke verzekeraar. Dat hoeft niet. Verzekeraars moeten een realistisch bod doen en zij moeten voldoen aan hun zorgplicht. Ook mag van verzekeraars worden verwacht dat zij verschil maken als een zorgaanbieder een ander pakket aan service en/of kwaliteit en/of behandeluitkomsten kan bieden. We zien ook in de praktijk dat er een verscheidenheid aan prijs- en prestatieafspraken ontstaat. Maar dit betekent nog niet dat er een recht is op individuele onderhandelingen. Verzekeraars zullen om logistieke redenen werken met gestandaardiseerde contracten. Dit is gebruikelijk in situaties waar veel aanbieders met weinig vragers zaken doen.

Het klopt dat verzekeraars hierbij een bepaalde mate van inkoopmacht hebben. Dat is nu ook juist de sturende rol die we hen hebben toebedeeld bij de stelselwijziging in 2006. Zij zijn het die zorg moeten inkopen voor hun verzekerden. Verzekeraars mogen ook een lage vergoeding geven voor niet gecontracteerde zorg. Juist dan kunnen zij namelijk keuzes maken in wat zij wel en niet aanbieden aan hun verzekerden.

De consument heeft daarmee de sterkste troef: de consument kiest namelijk de verzekeraar waar hij of zij van

vindt dat deze het meest aantrekkelijke zorgpakket aanbiedt. Dat kan het goedkoopste zorgpakket zijn, het pakket met meer service en kwaliteit, een combinatie daarvan of juist een zorgpakket toegesneden op bepaalde zorgbehoeften. Als verzekeraars moeten concurreren om de gunst van de consument, zullen zij inkoopvoordelen ook doorgeven aan consumenten. Onder deze voorwaarde is er niet snel sprake van ongewenste inkoopmacht. Dat ligt anders als zorgaanbieders marktmacht hebben of afspraken over prijzen maken. In dat geval is er geen zelfregelend mechanisme ter bescherming van consumenten. Zorgaanbieders met marktmacht kunnen zichzelf dan oneigenlijke winst toe-eigenen. Bij de contractonderhandelingen zoals die in 2012 gevoerd zijn, ziet de NZa geen reden om in te grijpen: er zijn geen aanwijzingen dat er sprake is van misbruik van marktmacht door verzekeraars. Dat het zorginkoopproces veranderd is en tot de nodige discussie en fricties tussen partijen leidt is te verwachten. Het is logisch dat onderhandelingen leiden tot aanpassingen, bijvoorbeeld in het zorgaanbod of in de bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Dit alles is een gevolg van het streven van de overheid om juist meer verantwoordelijkheid bij de verschillende partijen zelf neer te leggen.

Ook consumenten moeten wennen aan de veranderingen die nu in 2012 pas echt vorm krijgen. Zorgverzekeraars contracteren niet meer alle zorgaanbieders en zullen ook minder gaan vergoeden voor niet gecontracteerde zorg. Dat betekent dat de consument ook actiever moet gaan kiezen welke polis bij hem of haar past. Is dat een polis met de laagste prijs? Of is dat een polis die wat duurder is maar waar ook zorgaanbieders gecontracteerd zijn die in de avonden bereikbaar zijn? Of is dat een polis met veel zorgaanbieders dicht in de buurt?

## VERBETERINGEN IN DE BEKOSTIGING

Het invoeren en 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 en de betaalbaarheid van de zorg.

Per 2012 kunnen zorgverzekeraars gericht afspraken maken per ziekenhuis over de kwaliteit en de prijs van behandelingen, maar ook over het aantal behandelingen dat dit ziekenhuis per jaar betaald krijgt. Deze zogenoemde lumpsumafspraken remmen de groei omdat een plafond, een maximum wordt afgesproken.

Het inkoopproces van zorgverzekeraars is dit jaar bij ziekenhuizen, maar ook in de eerstelijnszorg waar vrije tarieven gelden (fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvisering, eerstelijns psychologische zorg, farmacie en mondzorg) scherper dan de afgelopen jaren.

### Bekostiging van ziekenhuizen moet eenduidiger

In de ziekenhuissector gelden verschillende overgangsregelingen. In deze sector bestaan hierdoor nog steeds verschillende systemen van bekostigen naast elkaar. Zo is sprake van een bekostiging per zorgproduct, een apart bedrag voor het honorarium van medisch specialisten en een budget voor het gehele ziekenhuis. Dit geeft onduidelijkheid bij het inkopen van zorg en vergroot de kans op strategisch gedrag bij het bepalen van de tarieven voor de verschillende soorten zorg. De NZa adviseerde ook dit jaar met klem om overgangsregelingen zo kort mogelijk te houden en zo snel mogelijk over te gaan naar één bekostigingssysteem waar ook de honorariumtarieven voor de zorgprofessionals -net als bij alle andere zorg in Nederland- in verwerkt zijn. Het is wenselijk dat ziekenhuizen en verzekeraars vrij kunnen onderhandelen over de integrale kosten van de zorgproducten, dus ook over de honoraria. Pas dan kan de verzekeraar effectief sturen op volume en prestaties.

De ziekenhuizen hebben inmiddels met de minister van VWS afgesproken dat de aparte honorariumcomponent voor medisch specialisten in 2015 vervalt, maar zouden dan nu al

geloofwaardige stappen moeten zetten op weg naar die afschaffing. In 2013 is het noodzakelijk om ter voorbereiding op het jaar 2015 al de helft van de honorariumbudgetten te koppelen aan de zorg die daadwerkelijk wordt ingekocht door de zorgverzekeraars. In 2014 zou dit voor driekwart van de honorariumbudgetten moeten gelden.

In de ziekenhuizen is per 1 januari 2012 de DOT-systematiek ingevoerd. Hiermee is het aantal zorgverrichtingen teruggebracht van 40.000 naar 4.000. Bij het registreren van zorg staat nu de behandeling centraal en niet de specialist die de behandeling uitvoert. Dit is een grote omwenteling voor specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars. In 2012 heeft DBC-onderhoud samen met vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en de NZa hard gewerkt om kinderziekten in het nieuwe declaratiesysteem weg te werken.

Een belangrijk risico van dit bekostigingssysteem -het declareren per behandeling- is groei van het volume. Als specialisten of ziekenhuizen meer verdienen naarmate zij meer behandelen, is het te verwachten dat het aantal behandelingen stijgt. De verzekeraar moet hier tegenwicht bieden: niet meer behandelen dan vanuit de zorgplicht nodig is. Daarnaast heeft de minister met de ziekenhuissector de afspraak gemaakt dat de kosten van behandelingen in deze sector de komende vier jaar met maximaal 2,5% per jaar stijgen. Dit is een ambitieuze doelstelling gezien het feit dat de uitgaven aan ziekenhuiszorg de afgelopen 10 jaar jaarlijks met gemiddeld 5% toenamen.

### Bekostiging geboortezorg: stimuleer samenwerking

In 2012 bracht de NZa advies uit over het verbeteren van de bekostiging van geboortezorg. Er is meer samenwerking nodig in de zorg rond zwangerschap en geboorte. De NZa adviseert om per 2014 gelijke spelregels in te voeren in de eerste- en tweedelijns geboortezorg. Zorgverzekeraars kunnen zo beter samenwerkingsverbanden stimuleren en afspraken maken over de resultaten daarvan. Ook adviseert de NZa dat aanbieders en verzekeraars gaan experimenteren met een ketentariaf.

**FABEL:** De zorgverzekeraars doen hun werk niet. Selectieve inkoop komt nog nauwelijks van de grond.  
**FEIT:** Pas in 2012 zijn de juiste voorwaarden van kracht waardoor de verzekeraars de regierol die hen is toebedeeld ook echt kunnen oppakken.

### Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg vergt fundamentele keuze

Er is een fundamentele keuze nodig om de bekostiging van de huisartsenzorg en geïntegreerde zorg te verbeteren, zo stelt de NZa in haar advies van juni 2012 aan de minister van VWS. Stellen we de patiëntvraag centraal, het resultaat van de zorg, de keuzevrijheid van de patiënt of het beheersen van de kosten? Dit heeft consequenties voor de wijze van bekostiging en voor de rol die verzekeraar inneemt bij de inkoop van eerstelijnszorg: niet alles kan tegelijkertijd. Als we vinden dat er meer ruimte nodig is voor maatwerk en keuzevrijheid, zal de bekostiging dat ook moeten doen en moeten vaste tarieven vervangen worden door onderhandelingen tussen aanbieders en verzekeraars. Daar past dan ook niet bij dat de overheid een abonnements-tarief vaststelt. Als kostenbeheersing centraal staat, zijn gereguleerde tarieven weer beter, maar dit biedt minder mogelijkheden voor substitutie van medisch specialistische zorg en voor de keuzevrijheid van de patiënt. De regering moet hier een richting bepalen.

### Bekostiging AWBZ: keuzes in de aanspraken

In de AWBZ geldt sinds 2006 een plafond in de uitgaven, namelijk de contracteerruimte. De zorg via persoonsgebonden budgetten (PGB's) bleef tot nu toe buiten deze contracteerruimte. Zorg via een persoonsgebonden budget biedt veel voordelen, namelijk goedkopere zorg en meer eigen regie voor de patiënt. Maar het PGB functioneerde tegelijkertijd ook als ventiel voor de contracteerruimte: de uitgaven aan PGB-zorg zijn gemiddeld met 30% per jaar toegenomen, een haast ongebreidelde groei. In 2012 zijn belangrijke stappen gezet om de PGB's ook in de toekomst beschikbaar te houden voor cliënten die dat nodig hebben en die in staat zijn zelf de regie te voeren en een administratie te beheren. Afgesproken is dat de zorg die nu geleverd wordt via deze PGB's vanaf 2014 ook onder de contracteerruimte valt. De manier waarop dat gebeurt

wordt nog uitgewerkt, maar een belangrijk verschil is dan wel dat ook voor deze zorg een plafond gaat gelden om de huidige groei van 30% per jaar te remmen. Relevant bij die uitwerking is dat er duidelijke informatie wordt gegeven aan consumenten en huidige budgethouders. Voor alle afspraken die op papier worden gemaakt, in convenanten bijvoorbeeld maar ook bij een verschuiving van budgetten zoals in dit geval, geldt dat daar alleen daadwerkelijk wat verandert als er consequenties aan verbonden zijn voor zorgaanbieders en (toekomstige en huidige) cliënten/patiënten. Bijvoorbeeld keuzes in de aanspraken: wat valt nu wel en niet onder de collectieve bekostiging? Daar moet op tijd duidelijkheid over komen.

Ook is duidelijkheid nodig over wat collectieve en wat private kosten zijn. De discussie over het scheiden van wonen en zorg in de AWBZ loopt al langer. In het Lenteakkoord van het voorjaar 2012 is besloten om de zorg voor cliënten met een relatief lichte zorgzwaarte (ZZP 1-3) in de eigen woonomgeving te organiseren.

In september 2012 bracht de NZa haar advies over het scheiden van wonen en zorg uit aan de minister. De NZa ziet inderdaad mogelijkheden om met deze extramuralisering een besparing te realiseren, maar ziet ook risico's. Voor mensen met een zwaardere zorgbehoefte (ZZP 3) en voor mensen met een licht verstandelijke handicap (ZZP LVG 1-2) zijn deze plannen moeilijk te realiseren. Juist voor deze mensen kan permanent toezicht, een therapeutisch leefklimaat en/of een veilige of beschermde woonomgeving noodzakelijk zijn. Er zijn aanvullende maatregelen nodig om de kwaliteit van de zorg te waarborgen voor deze cliënten. Bovendien zal er een druk ontstaan om eerder ZZP 4 indicaties aan te vragen. De besparing van het scheiden van wonen en zorg zal dan ook minder groot zijn dan aanvankelijk werd aangenomen, zo signaleert de NZa. Zorgaanbieders moeten daarnaast voldoende tijd krijgen om het

zorgaanbod aan te passen aan de nieuwe regels. Zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld meer extramuraal zorg aan gaan bieden of de ruimte die vrijkomt gebruiken voor een ander aanbod aan zorg- en dienstverlening.

## REGULERING IN 2012

Een belangrijke taak van de NZa is het vaststellen van tarieven en het opstellen van regels in de zorg.

In de intramuraal AWBZ werkte de NZa in 2012 aan het voltooiën van het bekostigingssysteem op basis van zorgzwaarte. Per 1 januari 2012 zijn integrale tarieven ingevoerd in de AWBZ. Dat wil zeggen dat er nu ook voor het vastgoed geen apart budget meer is, maar dat de vergoeding voor deze kosten (de zogenoemde kapitaallasten) verwerkt is in het tarief.

Een aantal vormen van zorg bleef tot nu toe buiten het ZZZP-bekostigingssysteem, zoals spoedzorg en zorg aan mensen met een extreme zorgzwaarte. De NZa adviseerde in 2012 om ook deze vormen van zorg te vergoeden in hetzelfde systeem van ZZZP's. De beoogde ingangsdatum van 1 januari 2013 is door de val van het kabinet uitgesteld.

Patiënten en zorgprofessionals hebben recht op de juiste tarieven voor zorg. Waar sprake is van vrije tarieven, bepalen verzekeraars in onderhandeling met de zorgaanbieders het tarief voor zorg. Voor de langdurige zorg, het A-segment in ziekenhuizen en de huisartsenzorg gelden vaste of maximumtarieven. De NZa indexeert deze tarieven jaarlijks. Waar nodig herijkt de NZa de tarieven en de bijbehorende zorgprestaties met behulp van kostenonderzoeken.

In 2012 deed de NZa onderzoek naar de praktijkkosten en -inkomsten van huisartsen. Aan de hand van de resultaten berekent de NZa de tarieven voor huisartsenzorg per 2013. Huisartsen hebben in juni 2012 met de minister een akkoord gesloten over betere zorg in de buurt en de wijze waarop wordt omgegaan met de overschrijding uit 2011. Het akkoord houdt in dat de overschrijding van 99 miljoen euro in het jaar 2011 niet leidt tot een extra korting in de tarieven in 2013. Er komt

daarnaast extra financiële ruimte voor de praktijkondersteuners GGZ. Huisartsen zullen zich extra inspannen om onnodig gebruik van dure patentgeneesmiddelen terug te dringen.

In 2012 berekent de NZa in opdracht van de minister opnieuw de tarieven voor tandartsen, orthodontisten en andere aanbieders van mondzorg. Vanaf 1 januari 2013 gelden weer maximumtarieven met bijbehorend zorgaanbod in deze sector.

Sinds april 2012 is de NZa verantwoordelijk voor het vaststellen van prestaties en tarieven van forensische zorg: geestelijke gezondheidszorg aan volwassenen met een strafrechtelijke veroordeling. Het ministerie van Veiligheid en Justitie koopt deze zorg in. In augustus 2012 publiceerde de NZa de regelgeving voor 2013 van deze sector.


## WEGNEMEN BELEMMERINGEN IN WET- EN REGELGEVING

Een belangrijke verbetering in het bekostigen van onze gezondheidszorg is het wegnemen van bestaande belemmeringen in de regels. Er zijn nog veel regels die innovatie en efficiëntie tegenhouden in de zorg.

Het invoeren van de facultatieve prestatie (zie de opsomming op pagina 17) is een goed voorbeeld, dit voorkomt langlopende goedkeuringsprocedures voor nieuwe vormen van zorg en vermindert de administratieve lasten. Ook adviseerde de NZa dit jaar om de bekostiging in de eerstelijnszorg te verbeteren en te vereenvoudigen. Er zijn nu bij bijvoorbeeld huisartsen en medisch specialisten nog verschillen in tarieven en regels voor precies dezelfde zorg, zoals diagnostiek. Zonder deze 'schotten' tussen de eerste en tweede lijn valt veel winst te boeken.

Soms is regelgeving juist nog niet scherp genoeg geformuleerd. In 2012 bleek dat in de GGZ bijvoorbeeld niet altijd duidelijk is welke zorg wel en welke niet onder de basisverzekering valt. Dit leidt tot discussies of uitgaven aan bepaalde therapieën en behandelingen wel of niet uit publieke middelen gefinancierd moeten worden. De NZa adviseerde hier dan ook om de wettelijke aanspraken te verduidelijken: wat valt wel, wat valt juist niet in het basispakket?





**“De huisarts als poortwachter moet worden versterkt, niet verzwakt”**

- Olof Suttorp, arts MBA

**FABEL:** De afspraken die de minister gemaakt heeft met de ziekenhuizen zijn voldoende om de groei van de zorgkosten door ziekenhuizen te halveren.

**FEIT:** Een halvering van de groei betekent een drastische verandering in de praktijk.

### **Wat moet er in het ziekenhuis veranderen om de groei van de zorguitgaven terug te brengen van 5% naar 2,5%?**

#### **Reactie Olof Suttorp, arts MBA:**

Zorgen voor elkaar lijkt een eigenschap die exclusief hoort bij de mens. Eeuwenlang vormgegeven in een charitatieve context en stoelend op religieuze fundamenten droeg het om niet verlenen van zorg alleen maar bij aan productiviteit en welzijn. In de twintigste eeuw is het zorgbedrijf echter uit zijn relatieve isolement gekomen: zorg is een element geworden van diverse maatschappelijke sectoren, zoals onderwijs, wetenschap, technologie, arbeidsmarkt en economisch leven. Soms lijkt het nu zelfs of de hiermee gepaard gaande verworvenheden boven het primaire doel van zorgen voor elkaar gaan.

Aan de andere kant heeft het toetreden van de zorg in het maatschappelijk bestaan geleid tot het anders beleven van ongemak, ziekte en dood. Wetenschap en technologie op het gebied van de geneeskunde en haar fundamenten hebben geleid tot een geloof in de maakbaarheid van het leven en in het kunnen afwenden van de dood. Tussen leven en dood is een lijdenloos bestaan gedacht, waardoor zorgen voor elkaar is verdrongen door interventie van de onfeilbaar ge(d)achte geneeskunde. Hierdoor accepteert men de grenzen van de geneeskunde minder en dit doet de omvang van de zorgsector alleen maar toenemen, met navenant effect op macro- en micro-economie.

In de cure sector komen beide tendensen samen. De roep om een interventie in de gezondheidstoestand van de patiënt is steeds luider en de patiënt zal vanwege zijn heilig geloof erin steeds meer eisen. Maar de instelling en de zorgprofessionals varen hier wel bij. Meer zorg betekent meer omzet, meer mogelijkheden tot ontwikkeling en een per saldo groter belang van de sector in de economie. Deze schroefbeweging omhoog

leidt tot een oneindig appèl op de zorg, die tot frustratie leidt voor de patiënt en uiteindelijk tot een zorgsector met steeds hogere uitgaven. Zo geformuleerd zou er toch een moment moeten komen waarop het individu calculeert dat de totaal gespendeerde gelden onvoldoende gezondheidswinst hebben opgeleverd. Dit moment zou een nieuw en vurig gewenst evenwicht inluiden en met als effect het afbuigen van de omvang van de zorgsector.

Welke factoren zouden kunnen helpen dit nieuwe, gewenste evenwicht sneller te bereiken? Voor de langere termijn is meer nadruk op educatie van de (toekomstige) patiënt van belang. Wat is te verwachten van de geneeskunde tegen welke nadelen en financiële gevolgen op macro- en micro-economisch terrein. Maar ook hoe kan ik zelf gezondheidswinst creëren en gezondheidsverlies tegengaan. Deze ontwikkeling van het individu kan worden geëntameerd door eerstelijns gezondheidswerkers zoals de huisarts en ondersteunend personeel, maar ook zou de zorgverzekeraar in de vorm van persoonlijke gezondheidscoaches een belangrijke rol kunnen spelen. Van belang hiernaast is het aanbrengen van negatieve prikkels voor de eerste lijn om door te sturen naar de tweede. Te denken valt aan een malus bij een gebleken onnuttige verwijzing naar de tweede lijn. De huisarts als poortwachter moet worden versterkt, niet verzwakt.

Gemotiveerd door de huisarts verwezen naar het ziekenhuis zou een tweede fase moeten optreden van het managen van de verwachtingen van de patiënt over wat de geneeskunde kan betekenen. De medisch specialist moet een reëel spectrum aan hulp bieden, dit betekent zich nadrukkelijk verdiepen in de patiënt en de zorgvraag. Daar hoort bij het kunnen weigeren van diagnostiek en behandeling aan de patiënt. Financiële prikkels voor de instelling en zorgprofessional staan op gespannen voet met deze wijze van handelen, immers, de verrichting uitvoeren en de hoeveelheid ervan bepaalt nog »

altijd het inkomen van beide instituties en niet de tijd nemen die nodig is voor gewogen raadgeving. In die zin moeten een consult weer consulteren gaan betekenen: luisteren en raad geven en dat verdient allereerst financieel beloond te worden.

Voor het uitzetten van diagnostiek en het naar elkaar verwijzen jagen verwachtingen en kosten op. Ook hier zou een malus bedacht kunnen worden voor bijvoorbeeld het onnodig doubleren van onderzoeken. Het meer op elkaar doen aansluiten van informatiesystemen kan hierbij van grote hulp zijn.

Het geheel loslaten van de productieprikkel zal onherroepelijk leiden tot frustratie en demotivatie en zeker niet tot de wil een meer rationele basis te leggen voor een gewogen toepassing van de medisch specialistische interventie. Wachtlijsten zijn dan zeker te voorzien, gepaard gaande met een krimp van de sector met gevolgen voor de arbeidsmarkt. Een tussenvorm zou

kunnen zijn de invoering van een partieel loondienstverband van de medisch specialist aan de instelling met een bonusregeling. Te denken valt aan een belang van 30% voor een bonusdeel. Zo blijft een productieprikkel in stand, met echter een geringer effect op de verdien capaciteit. Een en ander zal ook aan instellingszijde de continuïteit van de bedrijfsvoering en daarmee ook de arbeidsmarkt niet in gevaar brengen.

Concluderend is op de langere termijn educatie van de (toekomstige) patiënt en versterking van de barrière tot toetreding van de tweede lijn noodzakelijk om vermindering van de ziekenhuisproductie te verkrijgen. Op de kortere termijn is verkleining van de productieprikkel -maar niet geheel wegnemen- van belang. Niet de verrichting en het aantal ervan moet voorop staan, maar de werkelijke tijdsbesteding aan en begeleiding van de zorgvrager.

Ook in de AWBZ moet objectief bekeken worden welke (basis-) zorg nodig is. De NZa ziet hier vanuit haar rol als toezichthouder risico's in de huidige regelgeving. Vooral in de extramurale AWBZ (de thuiszorg bijvoorbeeld) is er meer kans op verspilling of misbruik van zorggelden. Dit komt door de huidige combinatie van lage toetredingsdrempels voor nieuwe zorgaanbieders en het feit dat bij het stellen van de indicaties geen face-to-face-contact hoeft te zijn. De NZa adviseert dan ook om in de extramurale AWBZ de screening van nieuwe zorgaanbieders te verbeteren, af te stappen van bekostiging per uur en te blijven zorgen voor een goed geborgde indicatiestelling.

## TOEZICHT IN 2012: GEPAST GEBRUIK, TRANSPARANTIE EN MARKTMACHT

De NZa houdt toezicht op het naleven van wet- en regelgeving door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Als partijen de regels overtreden, kan de NZa handhaven door te waarschuwen,

een verplichting op te leggen (een aanwijzing), een last onder dwangsom of een boete op te leggen. Zij werkt daarin samen met andere toezichthouders zoals de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), de Nederlandsche Bank (DNB), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst (FIOD) en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW). In 2012 gaf de NZa prioriteit aan toezicht op gepast gebruik, toezicht op het naleven van transparantievoorschriften en toezicht op machtsposities in de zorg.

### Meer controle door zorgverzekeraars en zorgkantoren op gepast gebruik

De NZa is dit jaar strenger opgetreden om te zorgen dat zorgverzekeraars en zorgkantoren beter en intensiever controleren of zorggeld 'gepast' gebruikt wordt. Zorggeld wordt 'gepast gebruikt' als de zorg noodzakelijk is en voldoet aan de wettelijke voorwaarden en wetenschappelijke standaarden.



**EITEL HOMAN, bestuurder NZa:** Een goed geborgde indicatie- of diagnosestelling is een must om objectief te kunnen vaststellen wat de zorgbehoefte is. Indicaties die zorgaanbieders zelf kunnen aanvragen voor hun cliënten, zijn gevoeliger voor onjuist of oneigenlijk gebruik. Zo nu en dan krijgen we schrijnende signalen binnen van cliënten die te hoge indicaties hebben gekregen maar nauwelijks de zorg krijgen die ze wél nodig hebben. Vaak zijn dat kwetsbare cliënten, bijvoorbeeld met psychische problemen die niet in staat zijn hier zelf alert in te handelen. Voor die kwetsbare groepen moeten we zorgen. De NZa hecht daarom aan een adequate en onafhankelijke borging van de indicatiestelling. Dit kan centraal via een indicatieorgaan, in de zorginstelling zelf, of wellicht nog op een andere manier, als de onafhankelijkheid maar gegarandeerd is en de beoordeling face-to-face plaatsvindt.

In 2010 bleek al uit onderzoeken van de NZa dat zorgverzekeraars en zorgkantoren de manier waarop en de intensiteit waarmee zij controleren op gepast gebruik van zorggeld moeten verbeteren. De NZa heeft daarom de regels voor de zorgverzekeraars en zorgkantoren aangescherpt. Zo moeten zorgkantoren PGB-gelden die niet zijn uitgegeven terughalen. Daarnaast waarschuwde de NZa zorgverzekeraars dat zij meer en beter moeten controleren of zorggeld gepast gebruikt is. De uitkomsten van deze controles moeten zij vervolgens meewegen bij de inkoop van zorg.

### Toezicht op transparantie in 2012

De NZa stelt transparantievoorschriften op voor aanbieders en verzekeraars en controleert of partijen zich aan die voorschriften houden. In 2012 lag de prioriteit bij deze controle op de zorgsectoren waar vrije tarieven zijn ingevoerd, zoals de mondzorg en de farmaceutische zorg. Zorgaanbieders zijn verplicht om duidelijke informatie te geven over de prijzen die zij hanteren voor de zorg- en dienstverlening.

De NZa ontving in 2012 veel signalen over de mondzorg, dit betrof vooral klachten over het ontbreken van transparante informatie over de prijzen. Bij tandartsen en andere aanbieders van mondzorg checkte de NZa dan ook de websites op de naleving van dit voorschrift. Dit bleek nog niet optimaal. Alle 11.000 tandartsen, orthodontisten, mondhygiënist en tandprotheticisten ontvingen vervolgens persoonlijk per brief een verzoek om hun tarieven transparant te maken. Met effect: een nieuwe check liet zien dat de tarieven daarna wel bekend werden gemaakt. In totaal zijn 79 aanwijzingen gegeven aan aanbieders van mondzorg. Twee tandartsen volgden deze aanwijzing pas op nadat hen een last onder dwangsom werd opgelegd. Ook zijn drie verzekeraars aangesproken die onjuiste informatie over de vergoeding van mondzorg op hun website hadden staan. Zij hebben dit direct aangepast.



**“Er zijn nog tal van lastige  
overgangsmaatregelen”**

- Roelof Konterman, voorzitter Raad van Bestuur Achmea

**FABEL:** Vaste prijzen in de zorg zijn beter.

**FEIT:** Elk systeem kent zijn voor- en nadelen. Strakke overheidsregulering met vaste of maximumtarieven kan innovatie en doelmatigheid belemmeren: het tarief staat immers al vast. Ook vergroot het werken met vaste tarieven de bureaucratie, omdat de overheid dan moet bepalen wat voor soort zorg er wordt aangeboden voor de prijs die is vastgesteld. Met vaste prijzen is het risico op onderbehandeling en het risico op een toename van wachtlijsten bovendien groot. Met vrije tarieven kan meer onderhandeling plaatsvinden tussen zorgaanbieders en de financier (de zorgverzekeraar of het zorgkantoor) en zijn afspraken op maat mogelijk over de kwaliteit van de te leveren zorg, de doelmatigheid ervan en de tarieven. Het risico van elk systeem waar per behandeling wordt betaald is een stijging van het aantal behandelingen. Hier zijn passende maatregelen nodig, zoals meer informatie voor zorgverzekeraars over verschillen in aantal behandelingen, de resultaten en de kwaliteit ervan (de zogenoemde 'spiegelinformatie over praktijkvariatie'). Met daarbij plafondafspraken of andere innovatieve contractvormen tussen zorgverzekeraars en aanbieders, met als sluitstuk goede controle achteraf van de geleverde zorg.

### **De verzekeraars hebben optimale sturingsmogelijkheden, wat is nog nodig om nog meer dan voorheen selectief in te kopen op doelmatig en kwalitatief goede zorg?**

#### ***Reactie Roelof Konterman, voorzitter Raad van Bestuur Achmea:***

Het is verleidelijk om in te gaan op de vraag wat er nog meer nodig is om kwalitatief en doelmatig goede zorg in te kopen. Dat zal ik niet doen. Voor een goed gefundeerd antwoord op deze vraag is een volledig rapport nodig van de omvang van het NZa rapport dat momenteel voor u ligt. En dan moet je het vanuit alle perspectieven bekijken niet alleen vanuit de verzekeraar. Daarvoor zijn 800 woorden gewoon niet genoeg.

De stelling dat verzekeraars optimale stuurmogelijkheden hebben is op zich discutabel. Als je de vraag beantwoordt op stelselniveau voor de Zorgverzekeringswet (ik beperk me tot de cure) dan durf ik te stellen dat het stelsel qua opzet prima is en dat het in toenemende mate ruimte biedt aan partijen om hun rol te kunnen vervullen. De Zorgverzekeringswet met ondermeer de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zijn echter een kader. Zeg maar het fundament, de verdiepingsvloeren en het dak van het huis. En die staan. En stevig ook. De wanden, de inrichting, de aansluitingen, de kleuren, daar moet nog veel aan gebeuren. En dan hebben we het over de (uit-)werking van

het stelsel. Het doorgaande proces. De stelselstructuren zijn dus goed maar de invulling behoeft nadere uitwerking.

Om een paar zaken te noemen zonder uitpuittend te zijn. Er is nog sprake van dubbele bekostiging. Er zijn nog schotten tussen eerste en tweede lijn. Nog niet overal kennen we vrije tarieven. Er zijn nog tal van lastige overgangmaatregelen. Er is nog een Macro Beheers Instrument (MBI) in de ziekenhuiszorg: dat instrument stimuleert om meer te produceren en straft goed presteren af. We betalen nog op basis van verrichtingen bij gebrek aan uitkomstindicatoren. Maar dat zijn allemaal zaken die door er systematisch aan te werken verbeterd kunnen worden. Niet zonder pijn en niet zonder moeite maar het is allemaal redelijk maakbaar. Als je terugkijkt naar zes jaar Zvw dan is er onwaarschijnlijk veel gebeurd en het tempo van de verbeteringen is indrukwekkend en neemt toe. Een goede zaak.

De stelling kan ook worden gelezen alsof selectief inkopen een doel op zich is. Dat is het niet. Het is een middel om betere en meer doelmatige zorg te leveren. Net als werken aan innovatie en preventie. Het voeren van zorginfrastructuur discussies. De lastige discussie over zinnige zorg aangaan. Convenanten sluiten om voor de korte termijn de kosten te matigen. En ook dit lijstje is bij lange na niet uitpuittend. Wat is dan wel meer nodig? Rust en ruimte. Rust op stelselniveau. Het komt er nu op aan binnen de kaders van het stelsel de zorg zelf te verbeteren. »

Geen discussies over de fundamenteën, de verdiepingsvloeren en het dak. Dat leidt tot gigantische vertragingen. Ruimte voor de zorgpartijen om samen het huis verder in rap tempo te vervolmaken en waar nodig noodzakelijk onderhoud en reparatiewerk te doen. Nee dat gaat niet zonder discussie en wrijving. Dat kunnen we elke dag weer in de krant lezen. Maar juist daardoor wordt het bouwwerk steviger en beter. En natuurlijk zijn er 'invullende' kaders nodig van de overheid. Kaders die garanderen dat de bewoners veilig, comfortabel en betaalbaar kunnen wonen.

Maar die kaders moeten niet worden uitgewerkt op basis van casuïstiek. Geen ad hoc regelgeving gebaseerd op incidenten. En dat is wat helaas toch de praktijk is geworden. Als een verzekeraar een ziekenhuis redt van faillissement wordt het gezien als onterechte bemoeizucht. Als er overwegingen zijn om het niet te doen blijkt de neiging tot instandhouding dominant. Als zorgverleners en verzekeraars samen omwille van kwaliteit

van zorgvoorzieningen willen verplaatsen dan is er meteen een spoeddebat. Als verzekeraars zich bemoeien met minimum (kwaliteit-)normen dan is het ongepaste invloed. Als verzekeraars inkopen dan is het verwijt dat ze alleen op kosten en niet op kwaliteit letten. En ook dit lijstje is niet uitputtend. Selectief inkopen is een middel om op basis van kwaliteit doelmatig in te kopen. Aanpak van de zorginfrastructuur wil dat versnellen. Immers, zonder dát geen kwaliteitsverbetering met beheerste kostenontwikkeling. En dat betekent dat niet meer alle zorg van elke soort op elke hoek van de straat verkregen kan worden. En dat besef is nodig. Ook van de politiek. Lokaal, regionaal en landelijk. Zorgpartijen toetsen op de kaders. En niet op elke specifieke situatie die zich voordoet. Niet de ruimte wegnemen door elk voorval te gebruiken om de fundamenteën weer ter discussie te stellen. Dat gaat ten koste van het tempo om kwaliteit, solidariteit en betaalbaarheid te blijven garanderen. Tempo is nodig en dat bereiken we alleen met deze wijze van krachtenbundeling.

Verzekeraars moeten hun verzekerden duidelijke informatie geven over de zorgaanbieders die zij contracteren en de voorwaarden die daarbij gelden. Als zorg niet vergoed wordt, moet de zorgverzekeraar ook duidelijk zijn over de redenen daarvan en informatie verstrekken over eventueel bezwaar tegen de afwijzing. De NZa heeft in 2012 gekeken op welke wijze zorgverzekeraars hier informatie over geven en bespreekt de goede voorbeelden hiervan met de verzekeraars. Ieder jaar werkt de NZa de regelgeving voor die informatievoorziening bij. De verzekeraars ontvangen dan een vragenlijst zodat zij na kunnen gaan en kunnen verantwoorden of zij aan alle -nieuwe- regels voldoen, met een self-assessment. Ook de apothekers hebben zo'n self-assessment ontvangen, zodat zij kunnen checken en verantwoorden of de informatie die zij geven aan de consument voldoende is.

Zorgaanbieders moeten duidelijk zijn naar hun cliënten over wat wel en wat geen verzekerde behandeling is. De NZa

vereenvoudigde in 2012 de regels hiervoor in de GGZ door diagnosebehandelingcombinaties te voorzien van een kleurcode: rood is niet-verzekerde zorg, groen is verzekerde zorg. Ook beschreef zij nogmaals duidelijk dat zorgaanbieders verplicht zijn om hier duidelijkheid over te geven aan hun patiënten, voorafgaand aan de start van de behandeling. Dit systeem werkt pas goed als scherp duidelijk is welke zorg wel, en welke zorg niet in de basisverzekering zit.

In september 2012 start de NZa een onderzoek naar transparantie in de AWBZ. De vraag is of cliënten voldoende informatie hebben over het zorgaanbod, de kwaliteit en de prijs ervan om een keuze voor een geschikte zorgaanbieder te kunnen maken. Ook zorgkantoren hebben deze informatie nodig om cliënten goed te kunnen begeleiden naar een geschikte zorgaanbieder. De NZa zal hierbij ook gebruik maken van informatie en signalen van consumentenorganisaties, zoals de Consumentenbond en de NPCF.

### Toezicht op marktmacht in 2012: ziekenhuizen, zorggroepen en apothekers

Het toezicht op machtsposities in de zorg is essentieel: als partijen zich onafhankelijk van anderen kunnen gedragen, belemmert dit de concurrentie en het toetreden van nieuwe aanbieders. Het effect daarvan is dat prijzen stijgen en de innovatie, efficiëntie en de kwaliteit afnemen. De NZa volgt daarom nauwlettend in welke sectoren machtsposities ontstaan en kan maatregelen treffen of anderen -de Minister of de NMa- adviseren om in te grijpen.

De NZa ziet een belangrijk risico in de concentratie van ziekenhuizen, huisartsen maar ook verzekeraars: er zijn veel partijen met marktmacht. Er is nog weinig concurrentie tussen ziekenhuizen en bij huisartsen/zorggroepen. Daarnaast signaleert de NZa nog te weinig onderscheid tussen de verschillende polissen voor de basisverzekering. Ook ziet de NZa risico's voor de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van zorg door een sterkere concentratie van medisch specialisten, bijvoorbeeld in regionale maatschappen.

Bij verschillende samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg onderzocht de NZa in 2012 of er sprake was van misbruik van marktmacht. Zo legde de NZa in 2012 twee samenwerkingsverbanden van apotheken de verplichting op om zich te houden aan de regels voor toetreding van andere apotheken tot dat netwerk. Ook verplichtte de NZa twee zorggroepen van huisartsen met marktmacht in de regio om patiënten door te verwijzen naar zorgaanbieders van hun keuze, zoals apotheken. De huisartsen weigerden expliciet hun patiënten door te verwijzen naar een bepaalde internetapotheek. De NZa tikte daarnaast twee ziekenhuizen op de vingers die zich lieten betalen door andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld

thuiszorgaanbieders) voor doorverwijzingen. Patiënten hebben recht op een onafhankelijk advies van medisch specialisten of huisartsen bij het zoeken naar een zorgaanbieder. De kosten voor doorverwijzen zijn bovendien al verwerkt in de tarieven.

### Toezicht op fraude en misbruik in 2012: PGB, onderaannemers, mondzorg

In 2012 ontving de NZa veel signalen van mogelijke fraude of misbruik van zorggelden door zorgaanbieders. De NZa onderzocht deze signalen en heeft 46 zaken overgedragen aan de strafrechtelijke autoriteiten, dit betrof vermoedens van titel- of diplomamisbruik, oneigenlijke declaraties van PGB-gelden door bemiddelingsbureaus en belemmeringen in de vrije keuze voor zorgaanbieders.

Twee PGB-zorgaanbieders ontvingen een last onder dwangsom van de zorgautoriteit in 2012 omdat zij geen goede administratie voerden. Uit de administratie moet duidelijk blijken waar het zorggeld aan is besteed. Dat was hier niet het geval.

Twee tandartsen ontvingen van de NZa in 2012 een boete omdat zij te hoge tarieven declareerden voor de geleverde zorg.

In de AWBZ speelt al langer het probleem dat bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen soms onterecht moeten bijbetalen voor zorg- en dienstverlening waar zij voor verzekerd zijn, zoals bijvoorbeeld toiletpapier of het wassen van beddengoed. De NZa hanteert hier een strikt lik-op-stuk beleid: zorgaanbieders die nu nog de fout ingaan ontvangen direct een aanwijzing en worden met naam en toenaam genoemd op de website van de NZa. In 2012 zijn drie zorgaanbieders in de AWBZ hiervoor op de vingers getikt door de NZa.

**FABEL:** Zorgaanbieders weten zelf het beste wat goed presteren is.

**FEIT:** Zorgverzekeraars willen een goed pakket aan zorg- en dienstverlening aanbieden voor hun verzekerden. Zij mogen dus zelf bepalen wat zij goed presterende zorgaanbieders vinden en kunnen daar onderling in verschillen. Zo mag de ene zorgverzekeraar vooral zorg willen inkopen die zo efficiënt en betaalbaar mogelijk geleverd wordt, terwijl een andere zorgverzekeraar wellicht vooral selecteert op bovengemiddelde kwaliteit of service.





**“Het overhevelen van veel directe zorg  
naar gemeentes is een goede zaak”**

- Rob de Jong, voorzitter Raad van Bestuur Pluryn

**FABEL:** Als de PGB's per 2014 onder de contracteerruimte worden gebracht, remt dit de huidige groei van 30% per jaar.

**FEIT:** Het is goed dat de PGB's onder de contracteerruimte worden gebracht, maar dat doet niets af aan het feit dat het begrip 'zorg' steeds meer is opgerekt. De groei aan uitgaven kan alleen worden geremd als we keuzes durven maken. Bijvoorbeeld de AWBZ weer terugbrengen naar waar dit oorspronkelijk voor bedoeld was, namelijk een volksverzekering voor onverzekerbare zorg aan kwetsbaren.

**'Hoe kan de indicatiestelling worden verbeterd zodat mensen die kwetsbaar zijn de juiste zorg blijven ontvangen maar het oprekken van het begrip zorg tegelijkertijd een halt toe wordt geroepen?'**

**Reactie Rob de Jong, voorzitter Raad van Bestuur Pluryn:**

Het overhevelen van veel directe zorg - ook in de AWBZ en de Jeugdzorg - naar gemeentes is een goede zaak.

De NZa pleit voor een goed geborgde, onafhankelijke, indicatiestelling. Juist bij de overheveling van de financiering van zorg naar de gemeentes is deze onafhankelijke indicatiestelling van belang. Dit niet alleen om te voorkomen dat in de toewijzing van zorg (te) grote lokale verschillen ontstaan. Door landelijke regie op het indiceren van specialistische zorg (vanuit AWBZ de OBC's vanaf ZZP LVG4 en vanuit de jeugdzorg de LWI's en JeugdzorgPlus) kan tevens het onnodig gebruik maken van deze voorzieningen voorkomen worden. Deze zorg wordt namelijk geleverd door over het land verspreide behandelcentra en niet door lokale partijen.

Naar onze mening is in ieder geval voor deze zorg de huidige onafhankelijke indicatiestelling noodzakelijk. En daarmee ook een financieringsregime waarbij gemeentes niet rechtstreeks voor de daaraan verbonden kosten hoeven 'op te draaien', door enigerlei vorm van verevening. Een AWBZ zoals die oorspronkelijk bedoeld was!

Deze zorgaanbieders moeten wél inspelen op de transitie door klip en klaar hun zorg aan te bieden aan alle gemeentes; laagdrempelig en via internet goed bereikbaar. Een goede afstemming tussen lokale of intergemeentelijke indicatieorganen en landelijke indicatieorganen is hierbij essentieel.

Per saldo is mijn antwoord op de stelling: zorg ervoor dat de huidige indicatiestelling, mét de systematiek voor toewijzing van eventueel noodzakelijke extra gelden (CIZ en CCE), gehandhaafd blijft voor de specialistische Jeugdzorg (OBC's, JeugdzorgPlus en LWI's) en tot goede afstemming komt met lokale of intergemeentelijke indicatieorganen. Op deze manier zorgen we ervoor dat de meest kwetsbare cliënten na de transitie kunnen blijven rekenen op de noodzakelijke specialistische behandeling.

De meest kwetsbare cliënten zijn jongeren met multiproblematiek, waarbij meerdere zorgvormen uit diverse circuits (gehandicaptenzorg, onderwijs, jeugdzorg, GGZ, arbeidsintegratie) een geïntegreerd hulpaanbod bieden.

## OVERZICHT STAND VAN DE ZORGMARKTEN PER 2012

In de onderstaande overzichtstabellen zijn de kenmerken van de curatieve zorgmarkt (Zvw) en de langdurige zorgmarkt (AWBZ) op een rij gezet.

**TABEL 4. DE NEDERLANDSE ZORGMARKT**

De curatieve zorgmarkt (Zvw)			De langdurige zorgmarkt (AWBZ)	
<b>Zorgverzekeringsmarkt:</b> De markt waarop burgers zich verzekeren voor het basispakket van de Zvw en daarbij een keuze maken uit met elkaar concurrerende verzekeraars			<b>Geen zorgverzekeringsmarkt:</b> Per regio (in totaal 32 regio's) voert een zorgkantoor namens alle zorgverzekeraars de AWBZ uit voor alle burgers die AWBZ zorg nodig hebben en woonachtig zijn in de betreffende regio. Cliënten kunnen niet kiezen uit concurrerende verzekeraars.	
<b>Eerstelijnszorg:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisartsenzorg</li> <li>• Mondzorg</li> <li>• Fysiotherapie</li> <li>• Farmacie</li> <li>• Verloskunde en kraamzorg</li> <li>• Logopedie</li> <li>• Diëtik</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Oefentherapie</li> <li>• Eerstelijns psychologische zorg</li> <li>• Ambulancezorg</li> <li>• Ketenzorg</li> </ul>	<b>Curatieve geestelijke gezondheidszorg:</b> extramuraal GGZ-zorg en de eerste 365 dagen intramuraal verblijf in het kader van een behandeling	<b>Medisch specialistische zorg:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenhuizen</li> <li>• Categorale instellingen</li> <li>• Zelfstandige behandelcentra</li> <li>• Medisch specialisten</li> </ul>	<b>Markt voor extramuraal zorg:</b> persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling in de thuissituatie voor ouderen, gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening / beperking	<b>Markt voor intramuraal langdurige zorg:</b> persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling in combinatie met verblijf in een instelling voor ouderen, gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening / beperking

**TABEL 5. DE CURATIEVE ZORGMARKT (ZVW)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Nederlanders -met uitzondering van gemoedsbezwaarden- zijn verplicht verzekerd voor de Zvw.</li> <li>• De minister van VWS bepaalt de omvang van het verzekerde basispakket.</li> <li>• Zorgverzekeraars moeten doelmatig zorg inkopen om te kunnen concurreren op de zorgverzekeringsmarkt.</li> <li>• Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht, het is verboden om mensen te weigeren voor een zorgverzekering.</li> </ul>
<b>Zorgverzekeringsmarkt</b> <b>Marktkenmerken</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geconcentreerde markt met in 2012 26 risicodragende zorgverzekeraars verdeeld over 9 verzekeringsconcerns. Ten opzichte van 2011 is De Friesland gefuseerd met Achmea. De vier grootste verzekeringsconcerns hebben in 2012 samen een marktaandeel van 90%.</li> <li>• Verzekeringopolissen worden zowel in natura, restitutie als in een combinatie van beide aangeboden.</li> <li>• Zorgverzekeraars mogen onderscheid maken tussen de vergoedingen voor zorgaanbieders met en zonder contract.</li> </ul>

<p><i>Stand van de markt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanaf 2008 stappen er elk jaar meer mensen over. In 2012 is 6% van de verzekerden (ongeveer 1 miljoen verzekerden) ingestroomd bij een andere zorgverzekeraar.</li> <li>• De gemiddeld betaalde nominale premie (inclusief collectiviteitskortingen) steeg van € 1.049 in 2008 naar € 1.226 in 2012.</li> <li>• Zorgverzekeraars behalen pas vanaf 2009 een positief exploitatieresultaat op de basisverzekering (exclusief beleggingsresultaten). In 2009 is het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde voor de basisverzekering ongeveer € 23. In 2010 is het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde voor de basisverzekering gedaald naar ongeveer € 2.</li> </ul>		
<p><b>Medisch specialistische zorg</b> <i>Marktkkenmerken</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ongeveer 6,3 miljoen mensen bezochten in 2010 een medisch specialist.</li> <li>• In 2011 waren er: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 84 algemene ziekenhuizen;</li> <li>- 8 academische ziekenhuizen;</li> <li>- 59 categorale instellingen;</li> <li>- 313 zelfstandige behandelcentra.</li> </ul> </li> <li>• Er worden 34 specialismen onderscheiden.</li> <li>• Er zijn in Nederland ongeveer 19.000 medisch specialisten.</li> <li>• Vanaf 1 januari 2012: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invoering herzien DBC-systeem (DOT);</li> <li>- Invoering prestatiebekostiging in grootste gedeelte medisch specialistische zorg;</li> <li>- Uitbreiding segment met vrije prijsvorming tot 70%.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Curatieve GGZ</b> <i>Marktkkenmerken</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In 2009 maakten ongeveer 866.000 cliënten gebruik van tweedelijns GGZ-zorg en 289.000 cliënten van eerstelijns GGZ-zorg.</li> <li>• Er werken in 2009 4.031 psychologisch zorgverleners in de eerstelijns GGZ en 174 overige zorgverleners (met name psychiaters en orthopedagogen).</li> <li>• Er zijn in 2009 in de tweede lijn 179 gebudgetteerde GGZ-aanbieders en 58 niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders met een toelating op grond van de WTZi<sup>3</sup>.</li> <li>• In 2011 waren er 181 gebudgetteerde instellingen<sup>4</sup>.</li> <li>• Voor de eerstelijns psychologische zorg is er sprake van prestaties (consulten) met vrije prijsvorming.</li> <li>• Voor het grootste deel van de tweedelijns GGZ-instellingen geldt dat een representatie van zorgverzekeraars budgetafspraken maakt met de instelling.</li> <li>• De overige aanbieders GGZ worden bekostigd op basis van DBC's.</li> </ul>	<p><b>Eerstelijnszorg</b> <i>Marktkkenmerken</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In 2010 hadden ongeveer 12 miljoen Nederlanders minimaal 1 huisartscontact per jaar.</li> <li>• Voor een deel van de eerstelijnszorg gelden door de NZa. vastgestelde (maximum)tarieven per zorgactiviteit (bijvoorbeeld: kraamzorg, verloskunde en logopedie).</li> <li>• Voor de huisartsenzorg gelden maximumtarieven voor consulten en visites met daarnaast een inschrijftarief per patiënt en vrije tarieven voor een aantal verrichtingen in het kader van modernisering en innovatie.</li> <li>• Voor fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvisering, ketenzorg, eerstelijnspsychologische zorg en farmacie gelden vrije prijzen.</li> <li>• In 2012 golden vrije prijzen voor mondzorg, per 2013 zijn dit weer gereguleerde tarieven.</li> </ul>
<p><i>Stand van de markt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het deel van de markt met vrije prijzen dalen de prijzen in 2010 licht, maar stijgt het volume fors.</li> <li>• De contractering van ziekenhuizen door zorgverzekeraars is in ontwikkeling.</li> <li>• Een aanzienlijk deel van de zorgverzekeraars sluit voor het B-segment plafond- en lumpsum afspraken met ziekenhuizen.</li> </ul>	<p><i>Stand van de markt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Momenteel is er nog vrijwel geen gereguleerde concurrentie in de GGZ.</li> <li>• De minister van VWS heeft besloten om per 1/1/2013 prestatiebekostiging in te voeren voor de curatieve GGZ.</li> <li>• Ook zal de risicodragendheid van verzekeraars verder worden opgevoerd.</li> </ul>	<p><i>Stand van de markt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voldoende prikkels voor een scherpe en selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars in de eerste lijn (uitgezonderd bij mondzorg).</li> <li>• Ook is de bekostiging geschikt voor concurrerende zorginkoop door zorgverzekeraars.</li> </ul>

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

4 Over 2010 zijn nog onvoldoende gegevens over het aantal eerstelijns psychologische zorgverleners en het aantal (vrijgevestigde) tweedelijns zorgaanbieders bekend.

**TABEL 6. DE LANGDURIGE ZORGMARKT (AWBZ)**

- Verplichte volksverzekering gericht op het verzorgen, verplegen, begeleiden en behandelen bij het ontbreken van perspectief op genezing.
- Zorgvragers: ouderen, gehandicapten en mensen met psychiatrische aandoening/beperking.
- Vijf aanspraken: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf.
- Onafhankelijke indicatiestelling<sup>5</sup> en in sommige gevallen keuze voor de cliënt uit zorg in natura of persoonsgebonden budget (PGB).
- De 32 zorgkantoren lopen geen risico over de AWBZ-zorguitgaven.
- Ministerie van VWS bepaalt omvang verzekerde pakket en het jaarlijks macrobudget ('contracteerruimte').

**Zorgverzekeringsmarkt**

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***Marktkennmerken*

- In 2010 ontvingen circa 340.000 mensen extramurale AWBZ-zorg.
- In de extramurale AWBZ hebben voorjaar van 2011 plusminus 117.000 mensen een PGB.
- In 2011 waren er in totaal 1.397 zorgaanbieders actief die een vorm van extramurale AWBZ leverden.
- Per zorgkantoorregio waren dit gemiddeld 44 zorgaanbieders.
- Het aantal aanbieders verschilt per functie en per zorgkantoorregio.
- Sinds 2012 zijn er integrale maximumtarieven per uur of dagdeel.

*Stand van de markt*

- Zorgkantoren hebben in de loop van de tijd hogere kortingspercentages gerealiseerd voor de verschillende extramurale functies.
- 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***Marktkennmerken*

- In 2010 verbleven zo'n 260.000 mensen in een AWBZ zorginstelling.
- In de intramurale AWBZ hebben voorjaar 2011 ongeveer 13.000 mensen een PGB.
- In 2011 bieden 801 zorgaanbieders intramurale AWBZ-zorg (exclusief GGZ).
- Per zorgkantoorregio waren er gemiddeld 25 zorgaanbieders.
- Het aantal aanbieders verschilt per ZZP-groep en per zorgkantoorregio.
- Bandbreedtetarieven per ZZP.

*Stand van de markt*

- In de intramurale langdurige zorg (excl. GGZ) is sprake van een hoge en stabiele concentratiegraad.
- De afgelopen jaren zijn er belangrijke veranderingen in de regulering doorgevoerd:
  - Vanaf 2012 is sprake van integrale tarieven: ook de bekostiging van de huisvesting is nu verwerkt in de zorgtarieven;
  - Per januari 2012 is de verplichting voor zorgkantoren vervallen om intramurale instellingen te contracteren.

<sup>5</sup> Steeds vaker wordt de indicatiestelling gemandateerd aan de zorgverlener.







2

UITDAGINGEN  
VOOR 2013





**“Zorgverzekeraars moeten hun beleid meer afstemmen op de situatie in de mondzorg”**

- Rob Barnasconi, voorzitter NMT

**FABEL:** Marktwerking en vrije tarieven leiden alleen maar tot prijsstijgingen en meer behandelingen.

**FEIT:** Als de verzekeraars goed kunnen inkopen, kunnen zij ook innovatieve contracten afsluiten die juist de kwaliteit van zorg op peil houden én de zorgkosten in bedwang houden.

### Waarom lukte dit niet in de mondzorg?

#### Wat is daarvoor nodig?

##### *Reactie Rob Barnasconi, voorzitter NMT:*

Een interessante vraag. Laat ik om te beginnen ingaan op het huidige zorgstelsel. Dit stelsel stuurt op zorg die is opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De zorgverzekeraars spelen daarin inderdaad een sleutelrol; zij kopen in en sturen daarbij op een zo goed mogelijke prijs/kwaliteitsverhouding. Hiermee wordt beoogd dat zij de kosten in de hand houden en de kwaliteit van de zorg bewaken. Of dit beleid in het algemeen leidt tot het realiseren van de beoogde doelen is niet aan mij. Wel kan ik zonder twijfel stellen dat dit beleid in de mondzorg niet werkt. De mondzorg is namelijk anders.

In de mondzorg valt namelijk slechts een gering deel van de zorg in de Zvw en AWBZ. Financieel ongeveer 20%. Dit is de huidige politieke keuze, na decennia waarin de mondzorg als een politieke speelbal over het verzekeringsveld schoof met een wisselende omvang van het verzekerde pakket en de daarvoor beschikbaar gestelde financiële middelen. De aanvullend verzekerde zorg en de niet-verzekerde zorg vallen buiten de Zvw en AWBZ maar wel binnen de sturings-scope van het huidige zorgstelsel. De zorgverzekeraar zou daarin een andere rol moeten (willen) spelen. Toch is dit niet het geval. In de praktijk contracteren de meeste zorgverzekeraars enkel de totale zorg.

Ook de overheid, als vormgever van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft geen oog gehad voor de bijzondere situatie waarin de mondzorg zich bevindt. Deze wet schrijft immers voor dat tandartsen zijn aangewezen op

afspraken met zorgverzekeraars, ook voor de zorg die de verzekeraars niet verzekeren. Helaas moet ik vaststellen dat het met de innovatieve contracten ook (nog) niet lukt. Het meewerken aan het mogelijk maken van innovatieve zorgvormen staat niet hoog op de agenda van de zorgverzekeraars. Op zich is dat ook begrijpelijk, want innovatieve zorgvormen leiden in veel gevallen in eerste instantie tot hogere kosten en er bestaat vaak onzekerheid over het terugverdienen van die kosten, zeker wanneer patiënten switchen van zorgverzekeraar.

Wat is er nodig om dit zorgstelsel wel te laten werken voor de mondzorg? Daarvoor moeten zorgverzekeraars hun beleid meer afstemmen op de bijzondere situatie in de mondzorg en daarbij dus ook rekening houden met de verschillen vormen van zorgaanbod die nu eenmaal bestaan. De NMT pakt hierbij zelf de handschoen op en heeft dit jaar een eigen overeenkomst ontwikkeld, die gericht is op de zorg die onderdeel uitmaakt van de Zvw en AWBZ.

Helaas is door het besluit van de minister om het experiment met vrije tarieven voortijdig te beëindigen dit initiatief ondergesneeuwd, maar het geeft aan dat de tandartsen bereid zijn om afspraken te maken over het collectief gefinancierde deel van de zorg. Als verzekeraars bereid zijn om onderscheid te maken tussen Zvw/AWBZ-zorg en aanvullende verzekeringen, en zich daarnaast niet mengen in de niet-verzekerde zorg, zal het mondzorglandschap er in de komende jaren anders uitzien. Beter.

## UITDAGINGEN VOOR 2013

2012 is het jaar waarin de stelselwijziging in de zorg na jaren van voorbereiding van start is gegaan. Zorgverzekeraars hebben een steeds sterker sturende rol en zorgaanbieders meer verantwoordelijkheid om goede zorg tegen een redelijke prijs aan te bieden.

Juist omdat die veranderingen ingezet zijn, is niets doen geen goede keuze. Er zijn nog veel onvolkomenheden in de bekostiging en regelgeving in de zorg waar de komende jaren hard aan geschaafd moet worden: de gezondheidszorg in Nederland zit midden in een overgangssituatie. Stil blijven staan is net als blijven hangen in het midden van een gammele touwbrug: het risico om te vallen is groot en teruggaan naar een ander stelsel -met weer andere onvolkomenheden- kost veel geld, veel energie en vooral jaren tijd van praten en voorbereidingen treffen.

Welke onvolkomenheden zitten er ook na 2012 nog in de bekostiging en regelgeving van de zorg? Wat is nodig voor de gezondheidszorg om vlot en veilig de overkant te kunnen bereiken?

In dit hoofdstuk beschrijven we de uitdagingen voor 2013 in de zorg. Voor de overheid, voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Wat staat de NZa daarin te doen als marktmeester, toezichthouder en regelgever? En het belangrijkste: wat betekent dit voor de consument, voor de verzekerden, voor cliënten en patiënten?

### UITDAGINGEN VOOR DE OVERHEID: STOP STELSELDISCUSSIE EN GEEF DUIDELIJKHEID

Zowel in de cure als in de langdurige zorg staat de overheid voor de lastige keuze om in te grijpen in de stijgende kosten. De oorzaak van deze kostenstijging ligt in de toename van het aantal behandelingen.

Een discussie over een nieuw of ander zorgstelsel leidt af van de noodzaak om maatregelen te nemen, maar neemt die noodzaak

niet weg. Het is juist nu belangrijk dat de overheid vervolgstappen zet en overgangsmaatregelen zo kort mogelijk laat duren. Als er in de zorg zelf niets verandert, heeft de overheid namelijk grofweg vier mogelijkheden om de zorgkosten te dekken, namelijk de belasting verhogen, bezuinigen op andere publieke taken, ingrijpen door te bezuinigen op de zorg zelf, en instellen van een uitgavenplafond.

De mogelijkheden die de overheid ter beschikking staan om te bezuinigen op de zorg zelf zijn:

- Ingrijpen in het verzekerde pakket: het gaat hier om keuzes wat wel en wat niet onder de basisverzekering valt en waar we dus met elkaar voor willen betalen. In de AWBZ wordt nu bijvoorbeeld een voorstel uitgewerkt om de woonlasten voor de intramurale zorg te scheiden van de zorgkosten.
- Verhogen van de eigen bijdrage: zoals gezegd zijn onze eigen bijdragen zeker in de curatieve zorg nog erg laag vergeleken met ons omringende landen. In de AWBZ is wel sprake van meer eigen bijdragen.
- Ingrijpen in de hoogte van de prijzen. Dit is nu niet mogelijk in sectoren waar gewerkt wordt met vrije prijzen. Daar waar gewerkt wordt met gereguleerde tarieven geldt een wettelijke verplichting dat deze tarieven kostendekkend moeten zijn. Dit maakt ingrijpen in de prijzen maar beperkt mogelijk.
- Het instellen van een plafond op de uitgaven, zoals in de AWBZ waar sinds 2006 sprake is van de 'contracteer-ruimte', een maximaal uit te geven bedrag per jaar.

Als zorgaanbieders efficiënt werken en zorgverzekeraars sturen op prijs en kwaliteit, zullen dit soort maatregelen beperkter nodig zijn. Voor de overheid ligt er in ieder geval een uitdaging om goed aan de consument uit te leggen waarom niet alles meer kan en waarom we zinnig en zuinig met zorggelden om moeten springen. En wat dat dan concreet betekent, namelijk dat zorgverzekeraars niet meer met alle zorgaanbieders afspraken maken en dat de keuze van de consument voor een bepaald type polis steeds belangrijker zal worden en dus aandacht verdient. Voor de zorgprofessionals en

wetenschappelijke verenigingen is een belangrijke uitdaging om zorgvuldig te bepalen of alle zorg in alle gevallen geboden moet worden: wanneer is een behandeling nog zinvol en wanneer niet meer?

De overheid moet maatregelen nemen om de stijging van de uitgaven aan langdurige zorg in de hand te houden. Het besef dat hervormingen in de AWBZ nodig zijn is inmiddels gemeengoed geworden. Naast pakketverkleining vindt ook de discussie plaats of het niet beter is om de AWBZ door zorgverzekeraars te laten uitvoeren voor eigen verzekerden, delen ervan over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet of juist over te hevelen naar de gemeenten. Deze keuze heeft consequenties voor de uitvoering, de regelgeving en het toezicht daarop.

Als delen van de AWBZ overgeheveld worden naar de Wmo, wordt die zorg een voorziening in plaats van een verzekerd recht. Dit biedt meer mogelijkheden om de kosten te beheersen en om flexibel om te gaan met de concrete invulling van de zorgvraag.

Uitvoering door gemeenten van alleen al de ouderenzorg (verpleging en verzorging) betekent overigens een vergroting van het gemeentelijke budget met 10 miljard euro. Het huidige Wmo-budget is ruim 1 miljard euro. Een terechte vraag is hier of gemeenten voldoende toegerust zijn op deze taak, bijvoorbeeld het inkopen van complexe zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen? Voor zeer specifieke vormen van zorg, zoals bijvoorbeeld de zorg voor patiënten met Huntington, blijft centrale of regionale inkoop doelmatiger en beter.

Als ervoor gekozen wordt om de AWBZ uit te laten voeren door zorgverzekeraars, heeft dat alleen zin als zij ook risico dragen voor de doelmatige uitvoering en het verhogen van de kwaliteit van zorg<sup>6</sup>. En ook als zorgverzekeraars de AWBZ gaan uitvoeren, is het belangrijk dat er een goed geborgde indicatiestelling blijft bestaan. Verzekeraars hebben er nu belang bij dat indicaties zo hoog mogelijk zijn: dat bepaalt het (norm-)bedrag dat zij

ontvangen. Om deze reden is ook de prikkel om te investeren in preventie bij gemeenten hoger dan bij zorgverzekeraars: gemeenten ontvangen geen bedrag per cliënt, maar een budget waaruit zij de voorziening kunnen vergoeden en waarmee zij ook kunnen investeren in preventie.

In alle scenario's geldt dat er heldere keuzes nodig zijn vanuit de overheid. Wat bijvoorbeeld niet kan is het overhevelen van delen van de AWBZ naar de Wmo met vervolgens nog sterke tarief- en prestatiereregulering, of uitvoering door de zorgverzekeraars zonder enige vorm van risicodragendheid en zonder een goed geborgde indicatiestelling.

---

## “Kijk goed aan de voorkant.”

- Eitel Homan, bestuurder NZa

---

Per definitie vertragen overgangsregelingen de noodzakelijke veranderingen en zorgen bovendien voor ongewenste neveneffecten. Het is aan de overheid om het aantal overgangsregimes en de termijn ervan tot een minimum te beperken.

### ZORGAANBIEDERS: VERANTWOORDELIJKHEID NEMEN

Zorgaanbieders kunnen zelf nog veel doen om ingrijpende bezuinigingen te voorkomen. Een belangrijke mogelijkheid is om de eigen bedrijfsvoering zo efficiënt mogelijk in te richten: zorgaanbieders zijn zich hier terdege van bewust en er zijn dan ook al veel resultaten geboekt op dit gebied. Toch zijn er nog steeds grote onderlinge verschillen te zien en wordt nog te vaak opnieuw het wiel uitgevonden. Zorgaanbieders kunnen efficiënter zijn in het inkopen van kwaliteitssystemen die elders hun effect al bewezen hebben en leren van zorgaanbieders die hun bedrijfsvoering al wel efficiënt en effectief hebben ingericht zonder aan kwaliteit van zorg in te boeten. Dit geldt zowel voor de care als voor de cure.

---

6 *No risk, no gain*, researchpaper Marc Pomp, maart 2012.



**“Leg de indicatie- en regelruimte  
neer bij de professionals”**

- Wim de Weijer, Raad van Advies NZa

**FABEL:** De overheid verplicht thuiszorgaanbieders om een minutenregistratie bij te houden.

**FEIT:** In de thuiszorg declareren zorgaanbieders nu op basis van daadwerkelijk geleverde uren. Dat kan door het planningsstelsel als basis voor de declaratie te gebruiken, dan is er geen minutenregistratie nodig.

### **Stimuleert het invoeren van extramurale zorgpakketten of weekbudgetten innovatie en doelmatigheid in de thuiszorg?**

#### **Reactie Wim de Weijer, Raad van Advies NZa:**

Thuiszorg: het kan echt anders!

In de thuiszorg waren vroeger budgetsystemen voor regio's.

Er was een kruisvereniging die het budget toegewezen kreeg en de wijkverpleegkundige verdeelde de schaarse zorg vaak in goed overleg met de huisarts en de patiënt. Dit systeem kende weinig registratievereisten maar was wat betreft de output niet transparant. Eind jaren '90 is het systeem vervangen door het systeem van 'aantal uren x tarief (PxQ)'. Thuiszorgorganisaties werden 'productiebedrijven' met uitgebreide registratiesystemen. De zorgkantoren kregen hierdoor een transparanter beeld van de werkzaamheden van de zorgverleners. Organisaties werden gestimuleerd om functiedifferentiatie toe te passen met als doel zo laag mogelijke functies in te zetten, met als resultaat veel zorgverleners bij de patiënt.

In deze periode ontstond ook de zogenoemde 5-minutenregistratie met alle ergernis en administratieve rompslomp van dien; zelfs op de agenda van de Tweede Kamer werd deze minutenregistratie een terugkerend agendapunt.

In het bovengeschetste systeem zit nauwelijks stimulans om te innoveren (want dat leidt tot minder pxq) en gezamenlijk met de patiënt te zoeken naar een vorm van zorg die minder kost. De veelheid aan administratieve handelingen die het pxq systeem met zich meebrengt leidt daarnaast tot grote ergernissen bij patiënten en de professionals. Genoeg reden om te onderzoeken of veranderingen en vereenvoudigingen mogelijk zijn, die ook nog zouden kunnen leiden tot meer innovatie en beperking van de professionele zorg met als resultaat verlaging van kosten, verhoging van het professionele werkplezier en hogere patiënttevredenheid.

De afgelopen jaren zijn veel thuiszorgorganisaties hiermee bezig geweest en zijn er initiatieven ontstaan met meer regelruimte voor (wijk-) verpleegkundigen. Het is nu belangrijk om in formele zin de regelgeving te veranderen waardoor een aantal doelstellingen bereikt kan worden, namelijk meer innovatie, een stimulans van de mantelzorg, het verlagen van de kosten en met hetzelfde toegewezen budget meer patiënten verzorgen.

De richting van de verandering is duidelijk; leg de indicatie- en regelruimte neer bij de professionals. Zorgkantoren kunnen dit proces sturen door bijvoorbeeld voor 2013 afspraken te maken met zorgorganisaties dat ze bijvoorbeeld 100% van het budget van 2012 krijgen met als taakstelling om 10% meer klanten in zorg te nemen. In ruil daarvoor mag de zorgorganisatie in overleg met de patiënt het zorgproces nieuw inrichten door bijvoorbeeld zorg op afstand te leveren (domotica oplossingen), betere organisatie van de mantelzorg, te stoppen met patiënt-onvriendelijke functie- differentiatie en nieuwe vormen van gemeenschappelijke buurtvoorzieningen aan te bieden.

Thuiszorgorganisaties zullen in de rij staan om mee te mogen doen aan dergelijke experimenten, minder regeldruk, zonder landelijke 'onafhankelijke' indicatie en vijf minutenregistratie en met meer werkplezier voor de professionals en hogere patiënttevredenheid. En hoe dan de controle zullen de rekenmeester zich afvragen? In een aantal sectoren is daar ervaring mee opgedaan, bijvoorbeeld in de sector voor mobiliteits-hulpmiddelen. Organisaties werken daar met heldere protocollen en door middel van steekproeven worden controles uitgevoerd van de indicatiestelling en zorgverlening.

Zorgaanbieders merken steeds meer dat verzekeraars en zorgkantoren sturen en voorwaarden stellen als zij contracten afsluiten. Zorgaanbieders kunnen hun positie verstevigen ten opzichte van de zorgverzekeraars door transparant te maken wat ze doen, tegen welke prijs en met welke kwaliteit.

### Uitdagingen voor de cure: niet alles doen

In de ziekenhuiszorg wordt de belangrijkste uitdaging het verlagen van de kostengroei. Heldere portfoliokeuzes zijn daar noodzakelijk: doe waar je goed in bent en laat zorg die je zelf minder goed en/of minder doelmatig kunt aanbieden over aan anderen. Dat is overigens iets anders dan het bestaande palet aan zorg onderling te verdelen over verschillende aanbieders in de regio. Het gaat erom zorg af te stoten die je als ziekenhuis niet doelmatig of met een te lage kwaliteit aanbiedt. Afstoten van zorg is dus niet hetzelfde als zorg via een omweg aanbieden.

Ziekenhuizen moeten zelf verantwoordelijkheid nemen om de ambitieuze doelstelling van het halveren van de groei waar te maken. Dit vraagt naast efficiënte bedrijfsvoering ook een medisch-inhoudelijke discussie: wanneer is een behandeling nog zinvol? Wanneer zeggen we 'nee' tegen de mondige patiënt? Deze vraag geldt uiteraard ook voor de huisarts: wanneer zeggen we 'nee' als een patiënt om een verwijzing voor een medisch specialist vraagt?

Het beschikbaar houden van zorg voor wie dat echt nodig heeft is een verantwoordelijkheid van iedereen, ook van zorgprofessionals. Iedereen zou elkaar erop moeten kunnen

aanspreken als er zorggelden ondoelmatig worden benut of niet zinnig worden besteed. Hier zijn grote verschillen zichtbaar in het gedrag en in de cultuur tussen ziekenhuizen, maatschappen en specialisten.

Uit de marktscan van de NZa blijkt dat er veel meer substitutie mogelijk is tussen de tweede en eerstelijns. Huisartsen en fysiotherapeuten bijvoorbeeld kunnen tegen een veel lager tarief zorg leveren dan medisch specialisten. Zorgverzekeraars moeten hier regionaal veel sterker op sturen: zorgaanbieders in de eerstelijnszorg kunnen bijvoorbeeld veel meer en goedkoper diagnostiek aanbieden. Met de tweedelijnszorg zijn dan afspraken nodig over het verminderen van het aantal diagnostiekverrichtingen. Dat is nu lastig door de versnippering in de bekostiging en de financiële schotten tussen de verschillende sectoren in het Budgettair Kader Zorg.

De diverse overgangsregelingen die zijn afgesproken met de ziekenhuissector belemmeren ook de substitutie van dure medisch specialistische zorg naar de goedkopere eerstelijnszorg. Verschillende bekostigingssystemen naast elkaar belemmeren dat zorgverzekeraars goede afspraken kunnen maken over deze substitutie.

Om te zorgen dat zorgaanbieders duidelijke portfoliokeuzes maken en substitutie naar de eerstelijnszorg van de grond komt, moeten de huidige overgangsregelingen zo snel als mogelijk afgerond worden. Ook zijn duidelijke afspraken nodig om de aparte honorariumcomponent in de tarieven af te bouwen in 2013 en 2014.

**FABEL:** Als zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet uit de onderhandelingen komen, moet de overheid/de NZa ingrijpen.

**FEIT:** Als het zorgaanbod of het voorstel daartoe van een zorgaanbieder niet aantrekkelijk genoeg is voor de zorgverzekeraar om aan zijn verzekerden aan te bieden, mag de zorgverzekeraar dit weigeren. De overheid grijpt niet in, omdat de consument zo de sterkste troef behoudt: de keuze voor de beste polis met voor de consument het meest aantrekkelijke/meest geschikte zorgpakket. Wel heeft de NZa een leidraad opgesteld voor goed contracteren. Zorgaanbieders kunnen zorgverzekeraars hierop aanspreken. De NZa blijft zorgvuldig monitoren hoe de contractonderhandelingen verlopen.

Zorgaanbieders in de eerstelijnszorg moeten duidelijk laten zien wat ze doen en welke -extra- kwaliteit ze bieden om aantrekkelijk te blijven in de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars.

Overigens betekent meer vrijheden voor zorgpartijen niet dat zij zich kunnen onttrekken aan de huidige wet- en regelgeving. Samenwerken mag uiteraard, maar misbruik van marktmacht en kartelvorming is ook in de zorg niet toegestaan.

### Uitdagingen voor de care: transparante informatie en doelmatige inzet van middelen

In de AWBZ blijft de belangrijkste uitdaging een doelmatige inzet van de beschikbare middelen en transparantie over het zorgaanbod. Wat vinden we een publieke verantwoordelijkheid en wat een private verantwoordelijkheid? Welke onderdelen in deze zorg willen we met elkaar blijven betalen en wat zijn keuzes van het individu?

De forse stijging van de zorgkosten in deze sector maakt fundamentele keuzes in de uitvoering, in het pakket en helderheid over de aanspraken onontkoombaar. Een goed geborgde, bij voorkeur face-to-face indicatiestelling is een must om objectief te kunnen vaststellen wat de zorgbehoefte is.

---

“Niets doen is ook een keuze.”

- Theo Langejan, voorzitter Raad van Bestuur NZa

---

De plannen van het kabinet om wonen en zorg te scheiden vergt zorgvuldigheid, zo signaleert de NZa in haar recente advies aan de minister van VWS. Zorgaanbieders in de AWBZ zijn de laatste jaren geconfronteerd met een stapeling aan maatregelen, zoals het invoeren van de normatieve huisvestings-component en het afschaffen van specifieke toeslagen. Nieuwe maatregelen kunnen leiden tot financiële problemen bij bepaalde AWBZ-zorgaanbieders.

In de extramurale AWBZ (de thuiszorg) is het wenselijk om te veranderen van het declareren per uur naar een bekostiging op basis van een integraal weektarief of bekostiging op basis van zorgzwaarte. Dit vergroot de druk om zorg doelmatig en flexibel te leveren en om vernieuwingen door te voeren. Bovendien voorkomt een weekbudget dat meer zorg wordt geleverd dan nodig. Bij een budget per week of op basis van zorgzwaarte bestaat wel het risico op onderbehandeling.

### ZORGVERZEKERAARS: GEEF OP TIJD DUIDELIJKE INFORMATIE IN DE POLISSEN

Verzekeraars kunnen -zeker gezien de stevige rol die zij hebben per 2012- sterker sturen op efficiënte inzet en beschikbaarheid van zorg. Het is niet nodig om tien dialysecentra in Nederland te hebben waarvan vervolgens de helft leegstaat. Het is niet nodig om in elke regio drie ziekenhuizen te hebben waar complexe oncologiezorg wordt geleverd. Dat is ook vanuit het oogpunt van kwaliteit niet de juiste keuze: sommige behandelingen kunnen pas van goede kwaliteit zijn als het aantal behandelingen, het volume per jaar groot genoeg is.

De kwaliteit van hartklepoperaties stijgt als een arts deze met grote regelmaat uitvoert. Verzekeraars kunnen hierin sturen door voor hun eigen regio na te gaan welke zorgaanbieders binnen een redelijke reistijd goede zorg voor een acceptabele prijs leveren en dan ook alleen die zorgaanbieders te contracteren. In het voorjaar van 2012 verduidelijkte de NZa de regelgeving voor het vergoeden van zorg door niet gecontracteerde aanbieders. Zorgverzekeraars mogen een lage vergoeding geven voor zorg die is geleverd door een zorgaanbieder waar zij geen contract mee hebben. Dit biedt ruimte voor zorgverzekeraars om selectiever zorg in te kopen en meer onderscheid te maken tussen de verschillende polissen.

Als er wijzigingen zijn in de vergoedingshoogte, moeten verzekeren voordat ze een polis aanschaffen goed weten welke zorg van welke aanbieders hun verzekeraar in de regio heeft gecontracteerd. Idealiter zou dit bekend moeten zijn in de maand november, zodat verzekeren de tijd hebben om verschillende polissen voor het komende jaar met elkaar te vergelijken.





**“Altijd wijs om even na te denken waar we nu daadwerkelijk moeten gaan snijden”**

- Bertine Lahuis, voorzitter Raad van Bestuur Karakter

**FABEL:** Iedereen heeft recht op alle zorg die beschikbaar is.

**FEIT:** Als we alles voor iedereen en overal beschikbaar houden, zal er onvoldoende geld overblijven voor andere publieke taken als het onderwijs of de politie. In de zorg wordt in nog geen twee maanden net zoveel uitgegeven als in het onderwijs in een jaar. Het jaarlijkse budget voor de politie wordt in de zorg uitgegeven in één maand.<sup>7</sup>

**Op welke manier kunnen we ervoor zorgen dat psychiatrische zorg ook in de toekomst beschikbaar/betaalbaar blijft voor patiënten die dat echt nodig hebben? Hoe voorkomen we overbehandeling?**

*Reactie Bertine Lahuis,*  
*voorzitter Raad van Bestuur Karakter:*

Binnen de zorg zijn we met elkaar in een situatie terecht gekomen waar discussies worden gevoerd waar we moreel gezien niet uitkomen en die blijken te leiden tot oneigenlijke maatregelen zoals sommige van de pakketingrepen en de eigen bijdrage voor psychiatrisch patiënten. Door gebrek aan sturing en verplichtende afspraken (aan beide kanten van de tafel) voor de lange termijn blijven dit soort ongewenste maatregelen zich voordoen. Afspraken die moeten leiden tot daadwerkelijke en duurzame verandering in de zorg vragen om een lange termijn visie en vasthoudendheid, die zorgaanbieders zowel naar de patiënten (de juiste inhoud van zorg) als naar hun personeel waar kunnen maken.

Binnen de psychiatrie, net als binnen de overige onderdelen van de gezondheidszorg, moeten we ervoor zorgen dat we de zorg uitvoeren waarvan we weten dat deze effectief is, de zorg nalaten waarvan we weten dat deze niet effectief is en de zorg waarvan we niet weten of deze effectief is, boven aan ons wenselijk zetten van onderzoek (inclusief doelmatigheid). Het aanpassen van de financieringssystemen waarbij we de perverse financiële prikkels fors reduceren en daadwerkelijk gaan sturen en belonen op kwaliteit hoort daarbij. Lange termijn afspraken zijn nodig om de gewenste veranderingen binnen instellingen geleidelijk aan te bewerkstelligen.

De onzekerheid en risico's die nu vaak ontstaan door de gebrekkige afspraken tussen verzekeraars en instellingen, zijn mede een reden dat de inhoudelijk gewenste veranderingen zich niet, onvoldoende of in een traag tempo doorzetten. Een meer participerende relatie tussen financier en zorginstelling en daarmee co-creatie in de zorg zal dit sterk bevorderen. Het is aan zorgprofessionals om scherp te zijn en de verantwoordelijkheid te nemen om alleen effectieve zorg in te zetten, en gezamenlijk in het veld in te zetten op onderzoek naar meer effectieve en doelmatige zorg. Kijken wat onze praktijkvariatie is -inclusief argumenten daarvoor- zal hierbij een goede stimulans kunnen zijn. Meer meten om meer te weten. Dit impliceert ook dat de participatie met de patiënt en zijn/haar omgeving geïntensiveerd moet worden.

Goede voorlichting over wat bekend is over welke behandeling en welke keuze de patiënt kan maken. En bij dat gesprek hoort ook het onderwerp waar en wanneer de behandeling stopt (en wat doen we niet), en welke verantwoordelijkheid bij de patiënt ligt (wat haalbaar is). Bij veel van onze chronische patiënten moet vanaf het begin het gesprek -naast de symptoombehandeling- ook gaan over hoe je je verhoudt tot de aanwezige ziekte: bij jezelf, of binnen het gezin, of bijvoorbeeld in het werk en op school. Wat kan, wat is haalbaar en acceptabel.

Het omzetten van veel klinische behandeling naar (intensieve) ambulante zorg is een gewenste verandering van uit de inhoud. Dit versterkt de regie van de patiënt en is destigmatiserend. Bovendien levert dit ook op de langere termijn een directe reductie van de kosten op, maar ook indirect baten door de toegenomen maatschappelijke participatie van de patiënten. De werkelijke introductie van ehealth zal betekenis krijgen doordat het zelfzorg versterkt, en binnen de specialistische zorg door andere inzet van zorg de kosten zal doen reduceren. »

<sup>7</sup> Bron: De zorg: Hoeveel extra is het ons waard? Publicatie ministerie van VWS, juni 2012.

De professionals/specialisten zullen hun vensters naar buiten nog verder open moeten zetten om de maatschappelijke verantwoordelijkheid ook te ervaren en te nemen. Instellingen zullen kleiner worden en activiteiten in het 'voorveld' zullen toenemen. De tweedelijns GGZ zal meer moeten doen aan scholing van andere zorgaanbieders in de eerstelijnszorg maar ook van scholen. De tweedelijns GGZ zal meer bereikbaar en beschikbaar moeten zijn voor de eerstelijnszorg en voor korte consultaties zonder direct de gehele patiëntenzorg over te nemen en daarbij het gebruikelijke 'volledige specialistische diagnostiek & behandeltraject' in te zetten.

Dit alles kan bijdragen tot vermindering van de doorverwijzingen voor overname door de specialistische zorg. Allemaal zinvolle acties die we moeten gaan inzetten, ook binnen de psychiatrie.

Echter, ondanks de grote groei van GGZ zorg, liggen hier niet de grootste gezondheidszorgkosten. En epidemiologisch is die groei van GGZ zorg niet zo vreemd en zeker -ten dele- een verstandige. Altijd wijs om even na te denken waar we nu daadwerkelijk moeten gaan snijden. Hoe dan ook, lange termijn afspraken waarin ruimte bestaat tot verantwoord ombouwen van onze instellingen is voor dit alles een belangrijke voorwaarde.

Zorgverzekeraars doen er goed aan om de consument duidelijk te maken wat hun visie is op bekostiging en kwaliteit. Het is goed dat zorgverzekeraars daar verschillende visies op hebben. Verschillende consumenten hebben daar namelijk verschillende meningen over: de één wil bijvoorbeeld ruimere openingstijden bij zorgaanbieders, terwijl een ander dat minder belangrijk vindt. Als zorgverzekeraars laten zien aan de consument waarom zij bepaalde zorg wel of niet inkopen, kunnen consumenten een gefundeerde keuze maken bij welke zorgverzekeraars zij een verzekering afnemen.

### UITDAGINGEN VOOR DE NZa: TOEZICHT OP MACHTSCONCENTRATIE EN TRANSPARANTIE

Twee uitdagingen voor de NZa zijn hiervoor al genoemd: in 2013 verbetert de NZa de huidige bekostigingssystemen en zet zo snel als mogelijk tussenstappen om overgangsregelingen zo kort mogelijk te laten duren. Daarnaast liggen er voor de NZa de volgende uitdagingen:

- In 2013 verscherpt de NZa het toezicht op transparantie naar de zorgverzekeraars (die helderheid moeten geven over polisvoorwaarden en hun dienstverlening) en zorgaanbieders (die duidelijk moeten zijn welke behandelingen en eigenschappen van hun dienstverlening (kwaliteit en prijs)

zij aanbieden en of dit onder de basisverzekering valt of niet).

- Sectoren die prioriteit hebben in het transparantietoezicht in 2013 zijn onder meer de zorgverzekeraars, de apothekers en de GGZ-aanbieders. Ook doet de NZa in 2013 onderzoek naar de marktmacht van concentraties van specialisten, bijvoorbeeld in regionale maatschappen.
- In 2012 doet de NZa onderzoek naar de transparantie van verzorgings- en verpleeghuizen over hun zorgaanbod, de kwaliteit en de prijs. Afhankelijk van de resultaten kan ook dit een toezichtsprioriteit worden in 2013.
- De NZa herstelt bij misbruik van marktmacht ook in 2013 waar nodig de concurrentie. Als er sprake is van machtsconcentratie kan de NZa optreden door prijsplafonds, transparantieplichtingen of contracteerverplichtingen in te stellen.
- De NZa volgt nauwkeurig de effecten van de nieuwe contracten die zorgverzekeraars met ziekenhuizen afsluiten. Er zijn meer prikkels voor innovatieve contracten nu het B-segment is uitgebreid en verzekeraars meer risico lopen. Het duurt nog even voordat al die effecten zichtbaar zullen zijn: de eerste cijfers zijn in 2014 beschikbaar.
- Ook in 2013 blijft een belangrijke taak van de NZa om de bekostigingssystemen te verbeteren en tarieven en prestaties vast te stellen of te herijken voor zorgsectoren

waar gereguleerde tarieven gelden. Ook blijft de NZa de minister adviseren over het verbeteren en vereenvoudigen van regels voor de verschillende zorgsectoren. Voor mondzorg worden opnieuw vaste tarieven berekend. Daarnaast wordt het tarief van de huisartsenzorg aangepast op basis van de resultaten van het kostenonderzoek van de NZa uit 2012.

- Zodra de overheid een fundamentele keuze heeft gemaakt voor wel scenario zij kiest voor de huisartsenzorg en de geïntegreerde zorg, kan de NZa aan de slag om die bekostiging te verbeteren en te vereenvoudigen.

## UITDAGINGEN VOOR DE CONSUMENT

Voor de consument is en blijft een belangrijke uitdaging om bewust om te gaan met zorg. Zorg is niet gratis, het is nodig dat consumenten inzicht krijgen in wat ze jaarlijks via de belastingen betalen aan zorg. Daarnaast helpt het als consumenten beseffen dat de stijging van de zorguitgaven niet onbeperkt zo door kan gaan en dat meer eigen betalingen en/of pakketverkleiningen noodzakelijk zijn om essentiële zorg beschikbaar te houden voor wie dat nodig heeft.

De keuze voor een verzekeringspolis wordt steeds belangrijker. Als de verschillen tussen polissen groter worden, moet de consument meer energie stoppen in het vergelijken van die polissen. Daar is duidelijke, volledige en tijdige informatie voor nodig. De consument moet weten bij welke polis welke zorgaanbieders (niet) gecontracteerd zijn en wat het kost om

dan toch naar zo'n aanbieder toe te gaan. Als de consument al zelf een voorkeur heeft voor een bepaalde zorgaanbieder, moet hij of zij kunnen zien met welke zorgverzekeraar(s) en bij welke polis die zorg vergoed wordt.

---

**“De zorg heeft geen baat bij ad hoc regelgeving gebaseerd op incidenten. En dat is wat helaas toch de praktijk is geworden.”**

- Roelof Konterman

---

Hier hoort ook acceptatie bij. Acceptatie dat er wel degelijk een vrije keuze is voor een zorgverzekeraar met bijbehorende contracten, maar dat dat niet meer hetzelfde is als voorheen: er zal geen sprake meer zijn van volledige vergoeding voor alle vormen van zorg of voor alle zorgaanbieders. Voor iedereen die dat nodig heeft moet voldoende en kwalitatief goede zorg beschikbaar zijn in de regio. De zorgverzekeraar heeft hier een zorgplicht voor zijn verzekerden. De NZa stelt regels op over deze zorgplicht en controleert of de afspraken worden nagekomen.

**FABEL:** Het zorgstelsel is succesvol als alle zorg blijft bestaan die er nu is.

**FEIT:** De belangrijkste parameter voor succes in de gezondheidszorg is op dit moment de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Als deze vergoeding omlaag gaat, betekent dit namelijk:

- Dat zorgverzekeraars de regierol op zich nemen en echt selectief inkopen.
- Dat de zorg in Nederland beter en goedkoper gaat worden. Selectieve zorginkoop bevordert namelijk de kwaliteit, doelmatigheid, transparantie en innovatie van de zorg.
- Er grotere verschillen tussen polissen ontstaan.
- De consument de sterkste troef in handen krijgt: het gefundeerd kiezen voor een zorgpakket/polis die aansluit bij wat hij of zij belangrijk vindt.



**“Machtsconcentratie van aanbieders is veel gevaarlijker dan dat van inkopers”**

- Henk Don, bestuurder NMa

**FABEL:** Zorgaanbieders moeten wel fuseren om de kosten in de hand te houden.

**FEIT:** Grote machtsconcentraties van zorgaanbieders bemoeilijken de onderhandelingen met zorgverzekeraars en de toetreding van nieuwe zorgaanbieders. Onderzoeken wijzen uit dat de prijzen stijgen na een fusie.

### **Moeten we niet veel meer doen om de machtsconcentraties van met name zorggroepen en huisartsen maar ook van zorgverzekeraars aan te pakken?**

#### ***Reactie Henk Don, bestuurder NMa:***

De winst van zorggroepen zit erin dat een goed op elkaar ingespeelde keten van zorgverleners betere kwaliteit kan leveren tegen lagere kosten. Samenwerking tussen verschillende disciplines: bijvoorbeeld tussen huisarts, diabetes-verpleegkundige, diëtist en fysiotherapeut, leidt ook niet tot marktmacht. Deze zorgaanbieders bieden immers verschillende diensten aan, die niet met elkaar concurreren.

Aanmerkelijke marktmacht kan wél ontstaan wanneer zorgaanbieders vanuit eenzelfde discipline met elkaar samenwerken. Daarom moeten NZa en NMa inderdaad kritisch kijken naar die zorggroepen waar bijvoorbeeld bijna alle huisartsen uit de regio in meedoen. Dat kan gemakkelijk leiden tot onderlinge afstemming van prijzen. Daarnaast bestaat het risico dat de keuzevrijheid van patiënten wordt belemmerd en de markt wordt verdeeld, zodat de aanbieders niet meer geprikkeld worden om hun best te doen voor betere kwaliteit

en lagere kosten. Op lokale of regionale zorgmarkten kunnen ook individuele zorgaanbieders, bijvoorbeeld ziekenhuizen, beschikken over aanmerkelijke marktmacht. Ik zou daarom verwachten dat de NZa vaker gebruik maakt van haar mogelijkheden om aan zulke aanbieders gedragsregels op te leggen.

Machtsconcentratie van aanbieders is veel gevaarlijker dan machtsconcentratie van inkopers. Samenwerking bij inkoop richt zich in de regel op lagere prijzen en betere kwaliteit, wat ook in het belang is van de patiënt en/of verzekerde. Dat geldt voor de inkoop van genees- en hulpmiddelen door zorgaanbieders, het geldt ook de inkoop van zorg door zorgverzekeraars. Zo lang er op de verkoopmarkt voldoende concurrentiedruk is, zullen de voordelen van inkoopsamenwerking worden doorgegeven aan de afnemers. Zorgverzekeraars hebben vaak regionaal een sterke positie, wat hen een zekere inkoopmacht geeft op de lokale zorgmarkten. Maar hun polissen verkopen ze op een landelijke verkoopmarkt, waar zij meerdere grote en kleine concurrenten naast zich vinden. Het functioneren van die markt wordt door de NZa nauwlettend gemonitord; geen van de aanbieders op die markt beschikt over aanmerkelijke marktmacht.

A black and white portrait of a middle-aged man with short dark hair and glasses, wearing a dark suit, white shirt, and patterned tie. He is smiling slightly and looking towards the camera. The background consists of a brick wall and a decorative wrought-iron gate. A vertical green bar is on the right side of the image.

**“Er is veel meer mogelijk als het gaat om  
de herinrichting van de zorg in de regio”**

- André Rouvoet, voorzitter Zorgverzekeraars Nederland

**FABEL:** Als je echt wat hebt, moet je meteen naar het ziekenhuis.

**FEIT:** De huisarts en andere eerstelijnszorgaanbieders kunnen door toenemende technische mogelijkheden goed en veel goedkoper complexere behandelingen uitvoeren.

### Hoe kunnen zorgverzekeraars slimmer regionaal zorg inkopen?

#### *Reactie André Rouvoet, voorzitter Zorgverzekeraars Nederland:*

Zorgverzekeraars zijn vrijwel allemaal nauw betrokken bij de organisatie van de zorgverlening in de regio. Zo hebben zij de versterking van de eerstelijnszorg in de buurt hoog in het vaandel staan. Zij zien mogelijkheden om in de lokale eerste lijn, waaronder de huisartsvoorziening, veel méér zorg te verlenen dan nu gebeurt. Veel van wat nu in het ziekenhuis afgehandeld wordt, zou ook in de huisartspraktijk om de hoek kunnen, mits de huisartspraktijk daar dan ook voor is uitgerust. Dat vergt investeringen klein en groot. Het gaat namelijk om kleine verrichtingen bij de huisarts tot de integrale ketenzorg voor chronische aandoeningen, zoals diabetes.

Daarnaast zijn zorgverzekeraars stap voor stap bezig met het concentreren van specialistische zorg. Met name complexe behandelingen die weinig voorkomen, zullen omwille van de kwaliteit niet in alle ziekenhuizen in een regio aangeboden kunnen blijven worden. Dat betekent dat zorgverzekeraars samen met ziekenhuizen op basis van goede kwaliteitsnormen onderhandelen over welke zorg in de regio wordt aangeboden. In dat verband kijken zorgverzekeraars bijvoorbeeld ook naar de organisatie van de spoedeisende hulp. Daarbij kan de vraag aan de orde komen of meerdere ziekenhuizen in een regio allemaal op hetzelfde niveau hun spoedeisende hulp moeten organiseren.

Maar er is méér mogelijk in de regio dan het terugdringen van onnodige ziekenhuisverrichtingen en het concentreren van specialistische zorg. Er is nóg een doelstelling die zorgverzekeraars in de regionale zorgverlening nastreven. En dat is dat ouderen langer in hun eigen woonomgeving moeten kunnen blijven wonen met zoveel mogelijk zorg aan

huis geleverd. Verpleeghuisopnames moeten zolang als mogelijk en verantwoord is, worden uitgesteld.

Ook dat vereist slimme, regionale organisatie van de zorgverlening: dichtbij huis, toegankelijk en gemakkelijk bereikbaar. De zorgverlening in de wijk moet dus anders georganiseerd worden, op een andere manier regionaal en lokaal ingekocht. De zorgverzekeraars hebben voorgesteld de verpleging en verzorging van de ouderenzorg uit de AWBZ te halen en over hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Zodoende blijft de zorg voor ouderen een verzekerd recht. Bovendien wordt het gemakkelijker om de zorg in de buurt van huisartsenzorg tot ziekenhuiszorg en van medicijnverstrekking tot wijkverpleging vanuit één financieringsbron te organiseren. Dat kan kwaliteitswinst en efficiencywinst met zich meebrengen. De wijkverpleging verdient een plaats binnen de Zorgverzekeringswet en preventie verdient veel meer aandacht dan nu het geval is.

Alles wat niet als echte zorg betiteld kan worden, waaronder in elk geval de begeleiding die nu in de AWBZ zit, wordt een verantwoordelijkheid van de gemeente. Uiteraard vraagt de zorg en begeleiding van ouderen in de regio om goede afstemming. Goede contacten tussen gemeente en zorgverzekeraar horen bij die nieuwe vormen van regionale zorginkoop. In diverse steden hebben zorgverzekeraars en gemeenten daar al convenanten over afgesloten.

Kortom, er is inderdaad veel meer mogelijk als het gaat om de herinrichting van de zorg in de regio. Technologische ontwikkelingen en de vergrijzing dagen de zorgsector uit tot het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorgverlening: basiszorg dichtbij huis of specialistische zorg verder weg. Zorgverzekeraars zien het als hun maatschappelijke taak aan die goede zorgverlening vorm te geven.







# 3

STAND VAN DE  
ZORGMARKTEN

## DE STAND VAN DE CURATIEVE ZORGMARKT

### Het stelsel van de curatieve zorg

Nederlanders zijn sinds 1 januari 2006 voor de curatieve zorg verplicht verzekerd via de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw bevat de noodzakelijke, op genezing gerichte, zorg. In 2012 werd aan de curatieve zorg in totaal circa € 36,237 miljard uitgegeven. De tabel hieronder geeft een overzicht van de verschillende onderdelen van de curatieve zorg en de uitgaven in 2012.

Zorgaanbod	Uitgaven (miljoen €)
Huisartsenzorg	2324
Tandheelkundige zorg	729
Paramedische hulp	617
Verloskunde en Kraamzorg	505
Medisch specialistische zorg (ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's), medisch specialisten)	20189
Ambulances en overig ziekenvervoer	612
Genees- en hulpmiddelen	6827
Geneeskundige GZZ	4038
Multidisciplinaire zorgverlening	355
Overig (o.a. grensoverschrijdende zorg en overige curatieve zorg zoals eerstelijnsdiagnostische centra)	790
<b>Totaal</b>	<b>36986</b>

ministerie van VWS, Begroting 2013 (september 2012)

### Uitvoering van de Zvw

Iedere Nederlander is verplicht zich te verzekeren voor het basispakket van de Zvw. Naast het basispakket kunnen mensen vrijwillig een aanvullende verzekering afsluiten voor niet-basiszorg.

Zorgverzekeraars hebben de taak om op de zorginkoopmarkt scherp te onderhandelen met de zorgaanbieders. Zo kunnen zij zorg tegen een goede prijs-kwaliteitverhouding contracteren. Zorgverzekeraars met een goed inkoopbeleid kunnen zich richting hun verzekerden onderscheiden door kwaliteit, service en/of een scherpe premie. In onderlinge concurrentie proberen de verzekeraars op die manier zoveel mogelijk verzekerden aan

te trekken. Verzekerden kunnen ieder jaar van verzekeraar wisselen. Ze betalen aan de verzekeraar van hun keuze een nominale premie.

De Zvw bevat een aantal regels om de curatieve zorg voor iedereen toegankelijk te houden. Zorgverzekeraars die het basispakket willen aanbieden moeten voldoen aan deze regelgeving. Zie hiervoor **tabel 8**.

TABEL 8. WETTELIJKE WAARBORGEN OM RISICOSELECTIE TE VOORKOMEN

	Waarborg	Toelichting
1.	Acceptatieplicht	Verzekeraars mogen niemand weigeren.
2.	Wettelijk omschreven pakket	De overheid stelt het pakket van verzekerde zorg vast. Dit pakket is voor iedereen hetzelfde.
3.	Verbod op premie-differentiatie	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 beperkte korting van max.10% op de premie geven (collectiviteitskorting).
4.	Zorgplicht	Als een verzekerd risico zich voordoet, moet de zorgverzekeraar bij een naturapolis zorgen voor voldoende gecontracteerd zorgaanbod. Bij een restitutiepolis is dit anders, daar moet de zorgverzekeraar 'de rekening betalen' en de verzekerde waar nodig begeleiden naar de juiste zorgaanbieder.

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.

### Recente ontwikkelingen

Op de curatieve zorgmarkt zijn in de afgelopen jaren veranderingen doorgevoerd om onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en -aanbieders mogelijk te maken.

Denk daarbij aan het invoeren van prestatiebekostiging, bijvoorbeeld 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 risico zijn gaan lopen. Denk daarbij aan het geleidelijk afschaffen van de achteraf (ex post-)verevening.

Als derde valt in de curatieve zorg op dat de minister van VWS in het afgelopen jaar verschillende convenanten en bestuurlijke akkoorden heeft gesloten met veldpartijen:

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

## DE ZORGVERZEKERINGSMARKT

De zorgverzekeringsmarkt is de markt waarop zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de gunst van de verzekerden en waarop verzekerden voor hun basisverzekering een keuze maken uit de verschillende zorgverzekeraars.

**TABEL 9. HUIDIGE VORMGEVING ZORGVERZEKERINGSMARKT**

Aantal concerns, verzekeraars en polissen	Er zijn in 2012 26 risicodragende zorgverzekeraars verdeeld over 9 verzekeringsconcerns. Er zijn twee wijzigingen ten opzichte van 2011: er is een concern minder door de fusie van De Friesland met Achmea en er is een zorgverzekeraar minder door de fusie van Trias met VGZ binnen de Coöperatie VGZ <sup>8</sup> . Sinds de invoering van de Zvw in 2006 zijn er nog geen nieuwe toetreders geweest op de zorgverzekeringsmarkt. Er zijn de NZa momenteel twee initiatieven van potentiële toetreders op de zorgverzekeringsmarkt bekend <sup>9</sup> . Verzekeraars bieden samen in 2012 in totaal 60 polissen voor de basisverzekering aan.
Marktaandelen	De vier grootste concerns van zorgverzekeraars zijn Achmea, VGZ, CZ en Menzis. Deze vier concerns hebben in 2012 samen een marktaandeel van 90%. Er is sprake van een geconcentreerde markt.
Soorten polissen	Zorgverzekeraars bieden de volgende polissen aan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Naturapolis: verzekerde heeft recht op zorg;</li> <li>• Restitutiepolis: verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg;</li> <li>• Combinatiepolis: de aanspraak op natura of restitutie verschilt per soort zorg.</li> </ul> In 2012 is het aanbod van naturapolissen gestegen. Vergeleken met 2011, zijn er iets meer restitutiepolissen op de markt en is er een daling in het aantal combinatiepolissen te zien.
Premiebetaling	Verzekerden betalen een nominale premie aan de zorgverzekeraar. De gemiddeld betaalde nominale premie (inclusief collectiviteitskortingen) stijgt van € 1.049 in 2008 naar € 1.226 in 2012. Naast de nominale premie die verzekerden zelf betalen, dragen werkgevers (voor hun werknemers) en zelfstandigen en gepensioneerden (voor henzelf) verplicht een inkomensafhankelijk bedrag bij aan de zorgverzekering.
Eigen risico verzekerden	In 2012 geldt een verplicht eigen risico voor iedereen van 18 jaar en ouder van € 220 (in 2011: € 170 ) <sup>10</sup> . 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 circa 94% en daalt sinds 2010 licht.
Collectiviteiten	In 2012 is ruim 67% van alle verzekerden collectief verzekerd.

<sup>8</sup> NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt; Weergave van de markt 2008-2012, 2012.

<sup>9</sup> NZa, Monitor Toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt; Onderzoek naar belemmeringen voor toetreding en de positie van kleine zorgverzekeraars, 2012.

<sup>10</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-is-het-eigen-risico-in-de-zorgverzekering.html>.

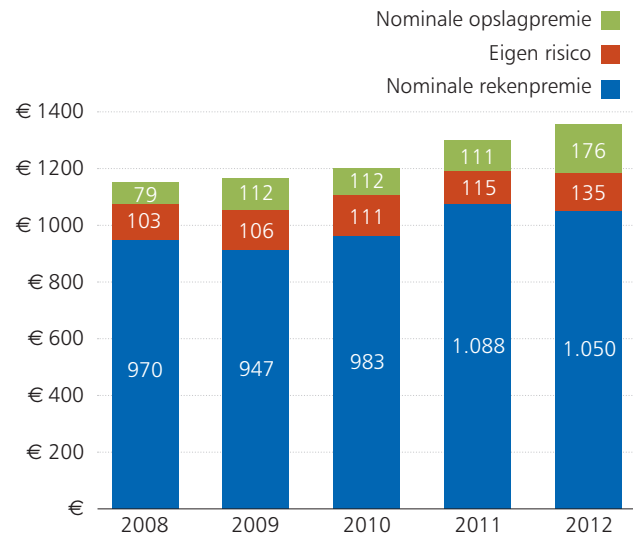
### Recente ontwikkelingen

Het onderdeel van de nominale premie dat verzekeraars gebruiken om hun bedrijfskosten en exploitatiekosten te dekken, steeg tussen 2009 en 2011 niet. In 2012 is hierin verandering gekomen en is de zogenaamde nominale opslagpremie fors gestegen van € 111 per verzekerde in 2011 naar € 176 per verzekerde in 2012. De belangrijkste oorzaken van deze stijging zijn dat er geen macronacalculatie meer is en dat de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars verhoogd zijn<sup>11</sup>.

Zorgverzekeraars behalen pas vanaf 2009 een positief exploitatieresultaat op de basisverzekering (excl. beleggingsresultaten). In 2009 is het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde voor de basisverzekering ongeveer € 23. In 2010 is het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde voor de basisverzekering gedaald naar ongeveer € 2.

Het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering én de aanvullende verzekering is afgenomen van € 25 in 2010 naar € 17 in 2011. Net als in 2010 is in 2011 een verschil zichtbaar tussen de vier grootste zorgverzekeraars en de overige zorgverzekeraars: het gemiddelde exploitatieresultaat van de vier grootste verzekeraars en de overige verzekeraars is in 2011 respectievelijk € 14 en € 45<sup>12</sup>.

FIGUUR 10. DE ONTWIKKELING VAN DE NOMINALE BETALINGEN VAN VERZEKERDEN (gemiddeld per verzekerde van 18 jaar of ouder)



Bron: ministerie van VWS (rekenpremie en eigen risico), NZa/Vektis (opslagpremie)

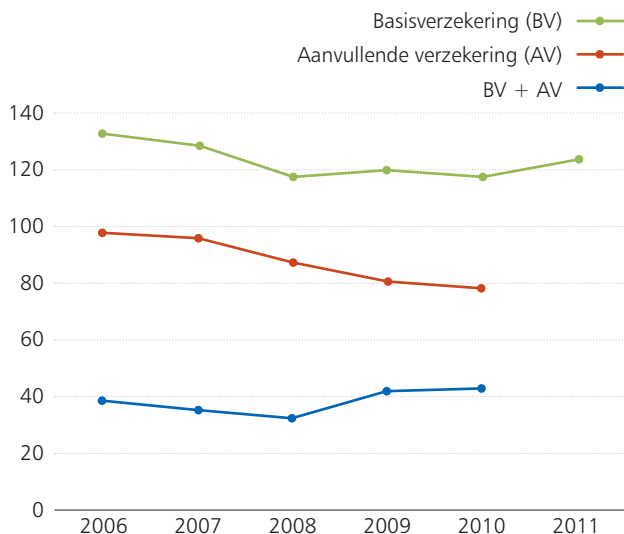
11 NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt; Weergave van de markt 2008-2012, 2012.

12 De gemiddelde exploitatieresultaten voor de basisverzekering en de aanvullende verzekering afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot het gemiddelde exploitatieresultaat basisverzekering + aanvullende verzekering te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal basisverzekering-verzekerden.

### Dalende uitvoeringskosten basisverzekering

De uitvoeringskosten zijn de kosten die zorgverzekeraars maken bij het uitvoeren van hun taken. **Figuur 11** toont de gemiddelde uitvoeringskosten per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het gemiddelde daarvan. Over 2011 zijn nog geen gegevens beschikbaar die zijn uitgesplitst naar BV en AV apart, enkel over BV en AV samen. Uit figuur 11 blijkt dat de uitvoeringskosten voor de basisverzekering blijven dalen. De uitvoeringskosten voor de aanvullende verzekering stegen in 2009 en 2010. Overigens heeft een van de kleinere concerns over de hele reeks jaren veruit de laagste uitvoeringskosten per verzekerde<sup>13</sup>.

**FIGUUR 11. GEMIDDELTE UITVOERINGSKOSTEN PER VERZEKERDE BV, AV EN BV+AV (in euro)**



Bron: DNB (jaarstaten Wft, 2011 voorlopig; kwartaalstaten Wft)

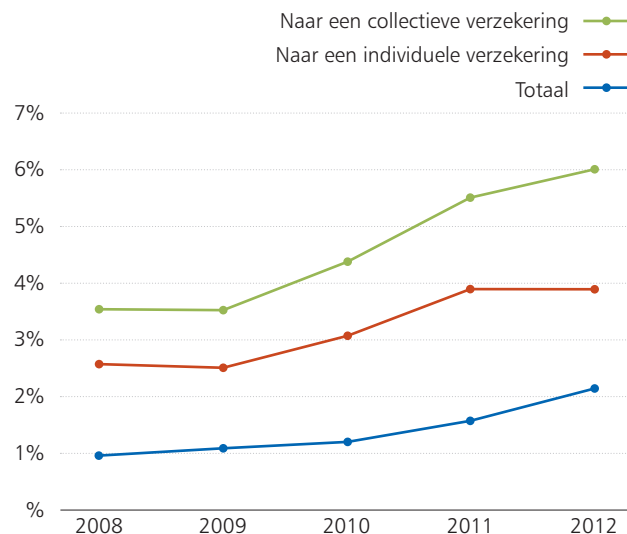
### Toenemende concentratie op de markt

Vergeleken met vorig jaar is de concentratiegraad op de zorgverzekeringsmarkt gestegen door de fusie tussen Achmea en De Friesland. Op de index van Herfindahl-Hirschmann (HHI), die de mate van concentratie uitdrukt, scoorde de zorgverzekeringsmarkt in 2011 nog 2.105. In 2012 steeg dit naar 2.277.

### Overstappedrag

Vanaf 2008 stapten er elk jaar meer mensen over van zorgverzekeraar. In 2012 stapten 1 miljoen mensen over, dat is 6% van de verzekerden. De consument heeft in 2012 bijna € 40 miljoen aan premiegelden bespaard door over te stappen naar een andere polis en/of zorgverzekeraar.

**FIGUUR 12. PERCENTAGE VERZEKERDEN DAT JAARLIJKS INSTROOMT BIJ EEN ANDERE ZORGVERZEKERAAR**



Bron: Vektis

13 NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt; Weergave van de markt 2008-2012, 2012.

### Vaker collectief verzekerd

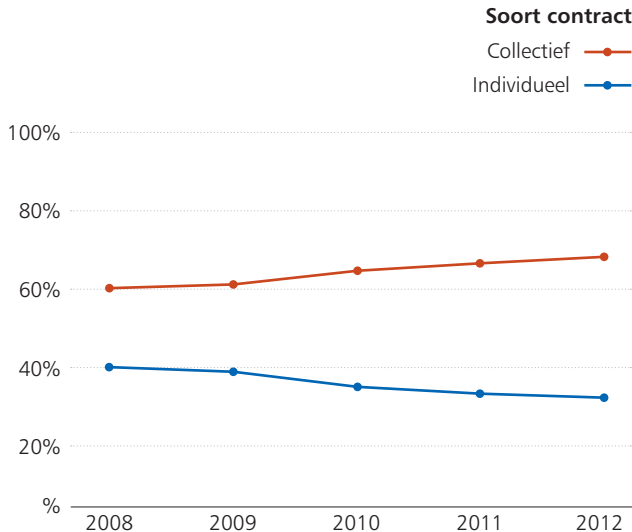
Wie zich in een groep verzekert, kan tot 10% korting krijgen op de zorgverzekeringspremie. De meeste mensen verzekeren zich dan ook in een collectief, ieder jaar zo'n 2 procentpunt meer. In 2012 is ruim 67% collectief verzekerd<sup>14</sup>. Ruim tweederde van de zorgverzekeraars heeft in 2012 een collectiviteitsgraad 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 2012 gemiddeld € 74, ofwel 5,8%. Van de verschillende typen collectiviteiten kennen de werkgeverscollectiviteiten gemiddeld genomen het grootste prijsvoordeel, 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 (bij)betalingen.

**FIGUUR 13. ONTWIKKELING PERCENTAGE COLLECTIEF EN INDIVIDUEEL VERZEKERDEN**

Bron: Vektis



<sup>14</sup> NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt; Weergave van de markt 2008-2012, 2012.



## DE MARKT VOOR MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

TABEL 14. HUIDIGE VORMGEVING MARKT VOOR MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Uitgaven	De uitgaven aan medisch specialistische zorg waren in 2011 circa € 18,6 miljard <sup>15</sup> .												
Zorgvragers	In 2010 bezochten naar schatting 6,3 miljoen mensen een medisch specialist <sup>16</sup> . In 2010 werd 6,7% van de bevolking (circa 1,1 miljoen personen) opgenomen in het ziekenhuis.												
Zorgaanbieders	<p>In 2011 waren er 84 algemene ziekenhuizen, 8 academische ziekenhuizen en 59 categorale instellingen (bijvoorbeeld revalidatiecentra). Bij de NZa zijn 313 ZBC's bekend die een toelating hebben verkregen op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI). Vanaf 2007 tot en met 2010 is het totale aandeel van ZBC's in de markt voor medisch specialistische zorg gestegen van 1% naar 2,3%<sup>17</sup>. Er worden 34 specialismen onderscheiden<sup>18</sup>. Er zijn in Nederland circa 19.000 medisch specialisten<sup>19</sup>. De financiële positie van aanbieders van medisch specialistische zorg is de laatste jaren verbeterd. Wel blijft de liquiditeit relatief laag.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Financiële positie</th> <th>2009</th> <th>2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rentabiliteit</td> <td>3,1%</td> <td>3,2%</td> </tr> <tr> <td>Solvabiliteit</td> <td>13,6%</td> <td>14,9%</td> </tr> <tr> <td>Liquiditeit</td> <td>0,85%</td> <td>0,89%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Voor een klein aantal regio's geldt dat een hoge concentratiegraad is en dat patiënten relatief weinig alternatieve aanbieders van ziekenhuiszorg hebben in de omgeving.</p>	Financiële positie	2009	2010	Rentabiliteit	3,1%	3,2%	Solvabiliteit	13,6%	14,9%	Liquiditeit	0,85%	0,89%
Financiële positie	2009	2010											
Rentabiliteit	3,1%	3,2%											
Solvabiliteit	13,6%	14,9%											
Liquiditeit	0,85%	0,89%											
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 <sup>20</sup> . Door verschillende veranderingen in de regels zijn de onderhandelingen de afgelopen jaren complex verlopen.												
Bekostiging	Vanaf 1 januari 2012 zijn budgetten niet meer leidend, maar worden instellingen afgerekend per geleverd DBC-zorgproduct. Tegelijkertijd met de invoering van prestatiebekostiging is het B-segment met vrije prijzen uitgebreid naar zo'n 70%. In 2012 en 2013 is er een transitiefase waarin de risico's van de overgang naar prestatiebekostiging voor instellingen gedempt worden.												

15 Ministerie VWS, Begroting 2012, 2011.

16 CBS, Gezondheidszorg in cijfers 2011, 2011.

17 NZa, Monitor Zelfstandige behandelcentra; Een kwalitatieve en kwantitatieve analyse, 2012.

18 NZa, Marktscan Medisch specialistische zorg; Weergave van de markt 2006-2011, 2012.

19 Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2010, 2010.

20 ZorgmarktAdvies en Pels Rijcken & Droogleeuw Fortuijn, Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg; Contractvormen onder DOT, 2011.

TABEL 15. OMZET 2010 IN € MLD. EN % GROEI T.O.V. 2009 (%)

	A-segment	B-segment	A + B segment	Overige opbrengst	totaal
2010 in € mld.	11,28	4,11	15,39	3,87	19,26
2010 groei t.o.v. 2009	8,3%	13,7%	9,7%	7,6%	9,2%

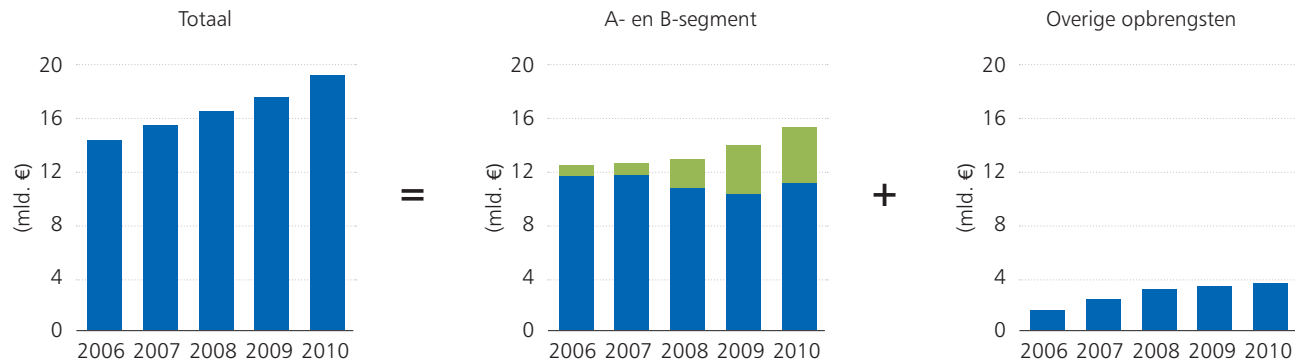
## Recente ontwikkelingen

### Omzetontwikkeling ziekenhuizen<sup>21</sup>

De omzet van ziekenhuizen is in de afgelopen jaren gestegen. De groei van het A- en B-segment samen is 9,7%. Dit is inclusief een eenmalige budgetvergoeding voor immateriële vaste kosten. Als er gecorrigeerd wordt voor deze eenmalige budgetvergoeding dan ligt de groei voor het A+B-segment samen op ongeveer 5%. Dit is inclusief een correctie voor de stijging van de omzet door de inflatie.

De omzetontwikkeling is vooral toe te schrijven aan het hogere volume en zeer beperkt door prijsstijgingen per DBC. De tarieven voor het A-segment zijn in 2010 verhoogd met 0,4%. In het B-segment was er in 2010 sprake van een prijsdaling van circa 2%. Gecorrigeerd voor inflatie (1,3%) is er in het A-segment sprake van een prijsdaling van circa 1% en in het B-segment van een prijsdaling van ongeveer 3%.

FIGUUR 16. OMZETONTWIKKELING ZIEKENHUIZEN



Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

21 NZa, Marktscan Medisch specialistische zorg; Weergave van de markt 2006-2011, 2012.

### Honoraria medisch specialisten en beheersmodel

De lumpsummen voor de honoraria van medisch specialisten zijn op 1 januari 2008 afgeschaft. Sindsdien zijn de honoraria van medisch specialisten sterk gegroeid.

TABEL 17. HONORARIA MEDISCH SPECIALISTEN (€ mln.)<sup>22</sup>

	2007	2008	2009	2010
Totaal honorarium	2.376	2.962	3.154	2.816

Omdat de honoraria van de medisch specialisten het budget overschreden, zijn de honorariumtarieven in 2010 gekort met € 512 miljoen. In 2011 is vervolgens nog een aanvullende korting doorgevoerd van € 94 miljoen (totale korting € 606 miljoen).

Met ingang van 2012 heeft NZa nieuwe DBC-zorgproducten met nieuwe honorariumtarieven vastgesteld. Deze tarieven zijn zo opgesteld dat de kans op overschrijding lager is. Daarnaast heeft de NZa per 2012 een model voor de beheersing van de honorariumomzet van medisch specialisten ingevoerd<sup>23</sup>. In hoofdlijnen komt het model er op neer dat de NZa per jaar voor elke instelling voor medisch specialistische zorg een grens vaststelt voor de in dat jaar te declareren honorariumomzet van vrijgevestigd medisch specialisten (honorariumplafond).

### Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015<sup>24</sup>

Het ministerie van VWS, vertegenwoordigers van ziekenhuiszorg en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 afgesproken dat de uitgaven aan ziekenhuiszorg per jaar met 2,5% mag stijgen. Normaal gesproken zou de groei zo'n 5% per jaar zijn.

### Nieuwe contractvormen<sup>25</sup>

De contractering van ziekenhuizen door zorgverzekeraars is in ontwikkeling. Een aanzienlijk deel van de zorgverzekeraars sluit voor het B-segment plafond- en lumpsumafspraken met ziekenhuizen. Bij een plafondafpraak is de omzet vooraf begrensd. Bij een lumpsumafpraak is er naast een omzetplafond ook sprake van een omzetgarantie. Gezien de grote veranderingen vanaf 1 januari 2012 (prestatiebekostiging, 70% vrije prijsvorming en invoering DOT) en de onzekerheid daarover voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn lumpsumafspraken tijdelijk een extra interessante contractvorm voor beide partijen: zorgverzekeraars beheersen zo het opwaartse risico, terwijl ziekenhuizen het neerwaartse risico beperken.

### Tijdige contractering<sup>26</sup>

Tijdige contractering door zorgverzekeraars, ziekenhuizen en ZBC's is een aandachtspunt van de NZa. In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 is afgesproken dat de contractering voor 2012 in beginsel voor 1 april 2012 zou worden afgerond. De contractering in de ziekenhuiszorg verloopt echter traag. In de zomer van 2012 zijn de onderhandelingen van ziekenhuizen en verzekeraars over de inkoop van zorg voor contractjaar 2012 nog niet afgerond.

22 NZa, Marktscan Medisch specialistische zorg; Weergave van de markt 2006-2011, 2012.

23 NZa, beleidsregel BR/CU-2064.

24 Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012 -2015.

25 ZorgmarktAdvies en Pels Rijcken & Droogleeuw Fortuijn, Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg; Contractvormen onder DOT, 2011.

26 VWS, Kamerbrief Contractering van ziekenhuizen door zorgverzekeraars van 5 april 2012 en persbericht van Achmea van 22 mei 2012.

## DE MARKT VOOR CURATIEVE GGZ

TABEL 18. HUIDIGE VORMGEVING MARKT CURATIEVE GGZ

Uitgaven	De uitgaven aan curatieve GGZ bedragen in 2011 ongeveer € 4,1 miljard <sup>27</sup> . De curatieve GGZ is GGZ-zorg buiten een instelling (extramuraal) en intramurale GGZ-zorg tot 1 jaar <sup>28</sup> . In 2009 kwam circa 93% van de omzet van de curatieve GGZ voor rekening van gebudgetteerde aanbieders. De overige 7% werd geleverd door niet-gebudgetteerde aanbieders en verleners van eerstelijns psychologische zorg <sup>29</sup> .												
Zorgvragers	Het aantal cliënten in de curatieve GGZ is in 2009 met plusminus 9% gestegen ten opzichte van 2008. In 2009 maakten 865.711 cliënten gebruik van tweedelijns GGZ-zorg. Naar schatting maakten in dat jaar circa 288.908 cliënten gebruik van eerstelijns GGZ-zorg.												
Zorgaanbieders	<p><i>Eerstelijns psychologische zorg:</i> Er zijn in 2009 4.031 psychologisch zorgverleners werkzaam in de eerstelijns GGZ en 174 overige zorgverleners (met name psychiaters en orthopedagogen).</p> <p><i>Tweedelijns GGZ-zorg:</i> Er zijn in 2011 in de tweede lijn 181 gebudgetteerde GGZ-aanbieders. In 2009 zijn er 58 niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders met WTZI-toelating. Er zijn 466 vrijgevestigde psychiaters (medisch specialisten) werkzaam en 1.518 psychologisch zorgverleners. Het aantal niet-gebudgetteerde instellingen en psychologisch zorgverleners is aanzienlijk toegenomen ten opzichte van 2008. In de curatieve GGZ die door instellingen wordt geleverd is sprake van een hoge marktconcentratie<sup>30</sup>. Er komen wel steeds meer instellingen bij. In 2009 zijn 44 nieuwe (niet-gebudgetteerde) instellingen toegetreden. Zij waren in 2009 verantwoordelijk voor 1,4% van de totale productie van GGZ-instellingen. De financiële positie (rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit) van aanbieders is de laatste jaren verbeterd.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Financiële positie</th> <th>2009</th> <th>2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rentabiliteit</td> <td>3,3%</td> <td>3,6%</td> </tr> <tr> <td>Solvabiliteit</td> <td>15,6%</td> <td>17,0%</td> </tr> <tr> <td>Liquiditeit</td> <td>90,7%</td> <td>96,1%</td> </tr> </tbody> </table>	Financiële positie	2009	2010	Rentabiliteit	3,3%	3,6%	Solvabiliteit	15,6%	17,0%	Liquiditeit	90,7%	96,1%
Financiële positie	2009	2010											
Rentabiliteit	3,3%	3,6%											
Solvabiliteit	15,6%	17,0%											
Liquiditeit	90,7%	96,1%											
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.												

27 Ministerie VWS, Begroting 2012, 2011.

28 Intramurale GGZ-zorg die langer duurt dan 1 jaar valt onder de AWBZ.

29 NZa, Marktscan curatieve GGZ 2008 - 2011, 2012.

30 NZa, Monitor De curatieve GGZ in 2009; Ontwikkelingen in aanbod en volume, 2010.

Bekostiging	<p>Voor de eerstelijns psychologische zorg zijn er prestaties (consulten) met vrije prijsvorming. Voor het grootste deel van de tweedelijns GGZ-instellingen geldt dat een representatie van zorgverzekeraars afspraken maakt met de instelling over de te realiseren budgetparameters en het daaruit volgende budget. Deze instellingen declareren wel DBC's bij individuele zorgverzekeraars. De NZa stelt landelijke maximum DBC-tarieven vast. Gebudgetteerde instellingen verrekenen de DBC-inkomsten zodat de gelijk zijn aan het afgesproken budget. Vanaf 2012 is het voor de gebudgetteerde instellingen ook mogelijk om afspraken te maken in DBC's in plaats van budgetparameters, indien daar overeenstemming over is met de zorgverzekeraars. Voor de niet-gebudgetteerde instellingen en de vrijgevestigde aanbieders in de tweede lijn dienen DBC's voor de bekostiging en is er geen sprake van een afgesproken budget.</p>																																																						
Omzet	<table border="1" data-bbox="464 456 1362 855"> <thead> <tr> <th colspan="6" data-bbox="464 456 1362 483">OMZETONTWIKKELING CURATIEVE GGZ (IN MILJOENEN)</th> </tr> <tr> <th colspan="2" data-bbox="464 483 906 517"></th> <th data-bbox="906 483 1018 517">2008</th> <th data-bbox="1018 483 1129 517">2009</th> <th data-bbox="1129 483 1241 517">2010</th> <th data-bbox="1241 483 1362 517">2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="464 517 683 608" rowspan="2">Eerstelijns psychologische zorg</td> <td data-bbox="683 517 906 576">Eerstelijns Psychologische zorg</td> <td data-bbox="906 517 1018 576">93,2</td> <td data-bbox="1018 517 1129 576">96,7</td> <td data-bbox="1129 517 1241 576">-</td> <td data-bbox="1241 517 1362 576">-</td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 576 906 608"><b>Totaal</b></td> <td data-bbox="906 576 1018 608"><b>93,2</b></td> <td data-bbox="1018 576 1129 608"><b>96,7</b></td> <td data-bbox="1129 576 1241 608"><b>-</b></td> <td data-bbox="1241 576 1362 608"><b>-</b></td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 608 683 855" rowspan="4">Tweedelijnszorg</td> <td data-bbox="683 608 906 671">Gebudgetteerde zorgaanbieders</td> <td data-bbox="906 608 1018 671">3.152,8</td> <td data-bbox="1018 608 1129 671">3.402,7</td> <td data-bbox="1129 608 1241 671">3.490,7</td> <td data-bbox="1241 608 1362 671">3.625,1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 671 906 730">Niet-gebudgetteerde instellingen</td> <td data-bbox="906 671 1018 730">10,6</td> <td data-bbox="1018 671 1129 730">51,7</td> <td data-bbox="1129 671 1241 730">-</td> <td data-bbox="1241 671 1362 730">-</td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 730 906 790">Vrijgevestigde aanbieders</td> <td data-bbox="906 730 1018 790">116,1</td> <td data-bbox="1018 730 1129 790">185,0</td> <td data-bbox="1129 730 1241 790">-</td> <td data-bbox="1241 730 1362 790">-</td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 790 906 855">Onbekende AGB-code</td> <td data-bbox="906 790 1018 855">6,0</td> <td data-bbox="1018 790 1129 855">8,2</td> <td data-bbox="1129 790 1241 855">-</td> <td data-bbox="1241 790 1362 855">-</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="683 855 906 855"><b>Totaal</b></td> <td data-bbox="906 855 1018 855"><b>3.285,5</b></td> <td data-bbox="1018 855 1129 855"><b>3.647,6</b></td> <td data-bbox="1129 855 1241 855"><b>3.490,7</b></td> <td data-bbox="1241 855 1362 855"><b>3.625,1</b></td> </tr> </tbody> </table>					OMZETONTWIKKELING CURATIEVE GGZ (IN MILJOENEN)								2008	2009	2010	2011	Eerstelijns psychologische zorg	Eerstelijns Psychologische zorg	93,2	96,7	-	-	<b>Totaal</b>	<b>93,2</b>	<b>96,7</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	Tweedelijnszorg	Gebudgetteerde zorgaanbieders	3.152,8	3.402,7	3.490,7	3.625,1	Niet-gebudgetteerde instellingen	10,6	51,7	-	-	Vrijgevestigde aanbieders	116,1	185,0	-	-	Onbekende AGB-code	6,0	8,2	-	-	<b>Totaal</b>		<b>3.285,5</b>	<b>3.647,6</b>	<b>3.490,7</b>	<b>3.625,1</b>
OMZETONTWIKKELING CURATIEVE GGZ (IN MILJOENEN)																																																							
		2008	2009	2010	2011																																																		
Eerstelijns psychologische zorg	Eerstelijns Psychologische zorg	93,2	96,7	-	-																																																		
	<b>Totaal</b>	<b>93,2</b>	<b>96,7</b>	<b>-</b>	<b>-</b>																																																		
Tweedelijnszorg	Gebudgetteerde zorgaanbieders	3.152,8	3.402,7	3.490,7	3.625,1																																																		
	Niet-gebudgetteerde instellingen	10,6	51,7	-	-																																																		
	Vrijgevestigde aanbieders	116,1	185,0	-	-																																																		
	Onbekende AGB-code	6,0	8,2	-	-																																																		
<b>Totaal</b>		<b>3.285,5</b>	<b>3.647,6</b>	<b>3.490,7</b>	<b>3.625,1</b>																																																		

## Recente ontwikkelingen

### Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014

In navolging van het akkoord in de ziekenhuiszorg zijn er ook in de curatieve GGZ in een bestuurlijk akkoord afspraken gemaakt om voor 2013 en 2014 tot een gematigde groei van de zorguitgaven te komen van 2,5% exclusief jaarlijkse loon- en prijsbijstelling. GGZ-instellingen realiseren dit door een groter aandeel van de patiënten ambulante zorg te bieden en daarom het aantal bedden in instellingen af te bouwen.

### Prestatiebesteding in 2013

In 2013 gaat ook de curatieve GGZ volledig over op prestatie-besteding. Alle instellingen rekenen dan verplicht in DBC's af. In 2013 is er een overgangsjaar om een deel van de risico's van de verandering op te vangen.

### Kortingen, eigen bijdragen en beperking pakket

In 2012 zijn er in de GGZ kortingen doorgevoerd en wijzigingen geweest in eigen betalingen en pakket. Zo kortte de NZa de tarieven voor tweedelijns GGZ met 5,5% in opdracht van de minister. De eigen bijdrage voor de eerstelijns psycholoog is in 2012 verhoogd van € 10 naar € 20. Ook is het aantal sessies in de eerstelijns in het basispakket beperkt van acht sessies naar vijf sessies per jaar. Ook in de tweede lijn zijn eigen bijdragen gekomen, variërend van € 100 tot € 200 per jaar.

#### 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. Voorheen was de forensische zorg onderdeel van de AWBZ. De bekostiging vindt nu nog plaats op basis van budgetparameters. 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. Hiervan is circa € 375 miljoen bestemd voor tbs<sup>31</sup>.

De forensische zorg wordt apart bekostigd, los van de curatieve GGZ. In de cijfers over aanbieders van GGZ-zorg in **de tabel op pagina 68** zijn wel circa 34 GGZ-aanbieders opgenomen die ook forensische zorg aanbieden. GGZ-zorgaanbieders die alleen forensische zorg aanbieden zijn echter niet opgenomen in de tabel.

Het aantal zorgaanbieders waarmee DJI afspraken maakt, is de afgelopen jaren fors gestegen. **Tabel 19** geeft deze ontwikkeling weer.

**TABEL 19. AANTAL AANBIEDERS FORENSISCHE ZORG MET BUDGETAFSPRAKEN DJI**

	2008	2009	2010	2011
Forensisch Psychiatrische Centra (voorheen TBS kliniek)	12	12	13	13
Zorg aan gedetineerden	-	-	16	13
Overige instellingen Forensische Zorg	55	72	77	87

31 Ministerie van Veiligheid en Justitie, Begroting 2012, 2011.

## DE MARKT VOOR EERSTELIJNSZORG

TABEL 20. HUIDIGE VORMGEVING MARKT EERSTELIJNSZORG

Uitgaven	De uitgaven aan eerstelijnszorg waren in 2011 € 9,9 miljard (inclusief farmacie) <sup>32</sup> .
Zorgvragers	In 2010: <ul style="list-style-type: none"> <li>• hadden ongeveer 12 miljoen. Nederlanders minimaal één huisartscontact per jaar.</li> <li>• bezochten circa 13 miljoen Nederlanders een tandarts.</li> <li>• gingen ongeveer 3,7 miljoen Nederlanders naar de fysio- en oefentherapeut<sup>33</sup>.</li> <li>• gebruikten circa 6 miljoen Nederlanders een voorgeschreven geneesmiddel in een referentieperiode van 14 dagen<sup>34</sup>.</li> </ul>
Zorgaanbieders	Huisartsen, gezondheidscentra, mondzorg, verloskunde en kraamzorg, paramedische hulp (onder andere fysiotherapie, logopedie), ambulancezorg, dieetadvisering, farmacie, eerstelijnspsychologen en ketenzorg. In de eerstelijnszorg is er over het algemeen voldoende aanbod en een beperkte marktconcentratie. Voor apotheken <sup>35</sup> en ketenzorg is er in enkele regio's wel een beperkt aantal aanbieders.
Toegang tot de zorg	Het overgrote deel van de aanbieders in de eerstelijnszorg is inmiddels 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 (ruim) boven de 90% in 2011 <sup>36</sup> . Voor de farmacie geldt dat de zorgverzekeraars landelijk gemiddeld met 93% van de apotheken en met 95% van de apotheekhoudend huisartsen voor 2012 een contract hebben gesloten <sup>37</sup> .
Bekostiging	Voor een deel van de eerstelijnszorg gelden door de NZa vastgestelde (maximum)tarieven per zorgactiviteit (bijvoorbeeld: kraamzorg, verloskunde en logopedie). 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, farmacie en mondzorg (experiment, stopt 2013) gelden vrije prijzen.

32 Ministerie van VWS, Begroting 2012, 2011.

33 CBS, Gezondheid en zorg in cijfers 2011, 2011.

34 CBS, Statline.

35 Zie o.a. NZa AMM besluit zorgverzekeraar Menzis Apotheek in Breskens.

36 NZa, Marktscan Eerstelijns bewegingszorg; Weergave van de markt 2008-2010, 2012.

37 NZa, Marktscan Farmacie; Rapportage april 2012, 2012.

## Recente ontwikkelingen

### Vrije prijzen farmacie

Een andere markt die in 2012 is vrijgegeven, zonder experiment-status, is de farmacie<sup>38</sup>. Apothekers en apotheekhoudende huisartsen verstrekken geneesmiddelen en hulpmiddelen en geven hierbij informatie en begeleiding. Vanaf 1 januari 2012 gelden er nieuwe prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg, die de NZa in samenwerking met veldpartijen heeft opgesteld<sup>39</sup>. De extramurale apotheekzorg heeft ook in 2012 een hoge contracteergraad. Zorgverzekeraars hebben landelijk gemiddeld met 93% van de apotheken een contract gesloten. Onder de apotheekhoudende huisartsen is dat percentage 95%. Gemiddeld liggen de vergoedingen iets onder het niveau van de tarieven die in 2011 in de tariefbeschikking stonden<sup>40</sup>.

### Huisartsen: korting en akkoord

Huisartsen hebben in juni 2012 met de minister een akkoord gesloten over betere zorg in de buurt en de wijze waarop wordt omgegaan met de overschrijding uit 2011. Er komt daarnaast extra financiële ruimte voor de praktijkondersteuners GGZ. Huisartsen zullen zich extra inspannen om het gebruik van onnodig dure patentgeneesmiddelen terug te dringen. In 2012 voert de NZa een kostenonderzoek uit om de tarieven voor huisartsenzorg per 1 januari 2013 te herijken.

### Nieuwe beroepen en taakherschikking

De minister van VWS verwacht dat taakherschikking van specialisten naar andere beroepsgroepen (zoals verpleegkundig specialisten) een deel van de toename van de zorgvraag kan opvangen. Daarnaast biedt het vooral voor verpleegkundigen en paramedici een interessant carrièreperspectief. De verpleegkundig specialist en physician assistant zijn voor een periode van vijf jaar toegevoegd aan de Wet BIG. De NZa constateert in een onderzoek dat er nog wel enkele financiële

belemmeringen zijn voor taakherschikking (bijvoorbeeld de eis dat alleen de poortspecialist een DBC mag openen)<sup>41</sup>.

### 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. Ook de kosten zijn de afgelopen jaren flink gestegen. Een deel daarvan valt in de basisverzekering<sup>42</sup>. De kosten voor de aanspraken in de basisverzekering zijn gestegen van ruim € 400 miljoen in 2007 naar ruim € 600 miljoen in 2010. Er gelden vrije prijzen in de bewegingszorg. De contracteergraad van zorgverzekeraars ligt ruim boven de 90%. In de contracten voor 2011 zijn diverse kwaliteitsaspecten opgenomen.

## DE STAND VAN DE LANGDURIGE ZORGMARKT

### Het stelsel van de langdurige zorg

Alle Nederlanders zijn sinds 1968 in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verplicht verzekerd voor vormen van langdurige zorg. Het doel van de AWBZ is het collectief afdekken van niet individueel te verzekeren ziektekostenrisico's.

De uitgaven aan AWBZ-zorg zijn in de periode van 2000 tot en met 2011 met 76% gestegen van ruim € 14 miljard in 2000 naar ruim € 24,6 miljard in 2011<sup>43</sup>. 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

38 NZa, Marktscan Farmacie; Rapportage april 2012, 2012.

39 <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/apotheekzorg/>.

40 NZa, Marktscan Farmacie; Rapportage april 2012, 2012.

41 NZa, Advies Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg.

42 Voor kinderen tot 18 jaar worden de eerste negen9 behandelingen vergoed.

Indien resultaat uit blijft, worden nog eens negen9 behandelingen vergoed.

Indien er sprake is van een specifieke chronische aandoening die genoemd wordt op de 'chronische lijst' dan worden alle behandelingen voor jongeren vergoed.

Volwassenen met een chronische aandoening krijgen een vergoeding vanaf de 21ste behandeling ([www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)).

43 VWS, Programmabrief langdurige zorg, 2011 en VWS, Begroting 2012, 2011.



maand<sup>44</sup>). Toen de AWBZ in 1968 van kracht werd, bedroeg de premie 0,41%<sup>45</sup>. In 2012 bedraagt de premie 12,15%. De eigen bijdragen van AWBZ-gebruikers zijn circa 7% van de totale AWBZ inkomsten<sup>46</sup>.

Het grote verschil met de curatieve vormen van zorg (Zvw) is dat de langdurige zorg (AWBZ) zich niet (primair) richt op genezing en herstel, maar veel meer op het zo goed mogelijk verzorgen, verplegen en begeleiden van mensen waarbij het perspectief op genezing niet aan de orde is maar waar het accent steeds meer is komen te liggen op dat wat mensen nog wel en dat wat mensen niet meer zelf kunnen.

In 2010 maakten ruim 600.000 Nederlanders gebruik van de AWBZ<sup>47 48</sup>. Dat komt neer op ongeveer 3,6% van de bevolking. 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/beperking.

### Uitvoering van de AWBZ

Voordat een cliënt een beroep kan doen op de AWBZ bekijken het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of het Bureau Jeugdzorg (BJZ) in de meeste gevallen welke zorg iemand nodig heeft. Het doel daarvan is om onnodig beroep op AWBZ-zorg te voorkomen en alle Nederlanders gelijke toegang tot AWBZ-zorg te geven.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden, maar hebben hun uitvoeringstaken aan de zogenoemde 'zorgkantoren' gemandateerd.

<sup>44</sup> 12,15% AWBZ-premie over maximaal E 33.863 aan inkomen.

<sup>45</sup> Heroverwegingswerkgroep, Langdurige zorg; Rapport brede heroverwegingen, 2010.

<sup>46</sup> VWS, Begroting 2012, 2011.

<sup>47</sup> AWBZ gebruikers maken overigens ook relatief veel gebruik van zorg uit de zorgverzekeringswet.

<sup>48</sup> VWS, Programmabrief langdurige zorg, 2011.

FIGUUR 21. INDELING IN ZORGKANTOORREGIO'S



Bron: VWS

De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de AWBZ voor alle verzekerden in de eigen regio.

De zorgkantoren hebben als taak om AWBZ-zorg in te kopen in hun regio, cliënten naar de juiste zorg te begeleiden, zorgaanbieders te betalen en controleren of zorgaanbieders rechtmatige en doelmatige zorg leveren.

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. De NZa houdt toezicht op de rechtmatigheid en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren.

## Recente ontwikkelingen

### Contractering zzp'ers

Vanaf 2012 kunnen zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) tot de markt voor zorg in natura toetreden als zij een overeenkomst met het zorgkantoor aangaan. In 2012 loopt daarvoor een pilot bij twee zorgkantoren<sup>49</sup>. De pilot verloopt volgens het ministerie van VWS goed. In overleg met de zorgkantoren is besloten de directe inhuur van zzp'ers door zorgkantoren per 1 januari 2013 landelijk mogelijk te maken<sup>50</sup>.

### Aanpakken onnodige bureaucratie

In januari 2012 zijn 28 experimenten met regelarme zorginstellingen gestart. Het doel van de experimenten is minder onnodige bureaucratie en meer tijd voor de cliënt. Naast de experimenten hebben zorgaanbieders bijna 700 meldingen ingediend over hinderende wet- en regelgeving. De meldingen gaan vaak over bekostiging, AWBZ-brede zorgregistratie (AZR), kwaliteit en toegang. Momenteel worden naar aanleiding van de meldingen oplossingsrichtingen in kaart gebracht.

### Beperken omvang AWBZ

De geriatrische revalidatiezorg, multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen na bijvoorbeeld een operatie of functionele achteruitgang, gaat per 1 januari 2013 van de AWBZ naar de Zvw. Gelijktijdig komt er een nieuw bekostigingssysteem. Om dit zorgvuldig te doen en risico's af te dekken voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid is er in 2013 nog een garantie-bekostiging. Ook de uitleen van hulpmiddelen verdwijnt per 1 januari 2013 uit de AWBZ. Hulpmiddelen worden alleen nog ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

---

49 NZa, Marktscan Extramurale AWBZ; Weergave van de markt 2008-2011, 2012.

50 VWS, Tweede voortgangsrapportage Hervorming Langdurige Zorg, 2012.

## DE MARKT VOOR EXTRAMURALE AWBZ

TABEL 22. HUIDIGE VORMGEVING MARKT VOOR EXTRAMURALE AWBZ

Uitgaven	Ongeveer 17% van het totale AWBZ-budget werd in 2011 besteed aan de extramurale zorg: ruim € 3,8 miljard <sup>51</sup> <sup>52</sup> . Daarnaast bedroegen de uitgaven aan PGB's in 2011 circa € 2,3 miljard <sup>53</sup> <sup>54</sup> .				
Zorgvragers	In 2010 maakten circa 340.000 cliënten gebruik van extramurale AWBZ <sup>55</sup> . In de extramurale AWBZ hadden voorjaar 2011 ongeveer 117.000 mensen een PGB (90% van het totaal aantal mensen met een PGB heeft een extramurale indicatie) <sup>56</sup> .				
Zorgaanbieders	Het aantal zorgaanbieders neemt de laatste jaren toe. In 2011 waren er in totaal 1.397 zorgaanbieders actief die een vorm van extramurale AWBZ leverden. Per zorgkantorregio waren dit gemiddeld 44 zorgaanbieders. Het aantal aanbieders verschilt per functie en per zorgkantorregio:				
	<b>Functie</b>	<b>Minimum</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Maximum</b>	
	Begeleiding	16	41	92	
	Behandeling	4	12	29	
	Persoonlijke verzorging	8	31	72	
	Verpleging	9	27	70	
	De financiële positie van aanbieders laat een lichte verbetering zien in 2010 ten opzichte van 2009. Wat opvalt, is dat de gemiddelde financiële positie van kleinere extramurale aanbieders aanzienlijk beter is dan van grotere extramurale aanbieders.				
			Balansgrootte in mln. in 2010		
		<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>0-10</b>	<b>10-100</b>
	Rentabiliteit	4,5%	4,4%	17,7%	3,8%
	Solvabiliteit	20,5%	21,5%	35,6%	24,4%
	Liquiditeit	79,2%	82,6%	165,3%	93,9%
Toegang tot zorg	Voor het ontvangen van extramurale AWBZ is een indicatie van het CIZ of BIZ veelal noodzakelijk. Een afgegeven extramurale AWBZ-indicatie kan betrekking hebben op de volgende zorgvormen: persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP), begeleiding (BG) en behandeling (BH). De indicatie bevat niet alleen een omschrijving van de zorgfunctie(s) waar de geïndiceerde recht op heeft, maar ook de zwaarteklasse met een bandbreedte van het aantal uren zorg.				
Contractering	De zorgkantoren hebben op de markt van extramurale AWBZ-zorg geen contracteerplicht.				
Bekostiging	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 per uur of dagdeel.				

51 Exclusief PGB, dagbesteding en vervoer.

52 NZa, Marktscan Extramurale AWBZ, Weergave van de markt 2008-2011, 2012.

53 Dit bedrag is inclusief een (beperkt) deel PGB intramuraal.

54 VWS, Begroting 2012, 2011.

55 VWS, Programmabrief langdurige zorg, 2011.

56 VWS, Programmabrief langdurige zorg, 2011 in combinatie met CVZ, Kwantitatieve gegevens PGB-AWBZ, 2012.

## Recente ontwikkelingen

### Onderhandeling door Zorgkantoren

Zorgkantoren hebben in de loop van de tijd hogere kortingspercentages voor de verschillende extramurale functies bedongen. Zie **tabel 23** voor de ontwikkeling van de kortingen ten opzicht van de door de NZa vastgestelde maximumtarieven.

**TABEL 23. KORTINGEN ZOR GKANTOORREGIO'S**

		2008	2009	2010	2011
Begeleiding	Minimum	0,5%	0,7%	0,7%	1,1%
	<b>Gemiddeld</b>	<b>2,9%</b>	<b>3,0%</b>	<b>2,9%</b>	<b>3,9%</b>
	Maximum	5,9%	5,0%	6,0%	6,8%
Behandeling	Minimum	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
	<b>Gemiddeld</b>	<b>2,3%</b>	<b>2,5%</b>	<b>3,9%</b>	<b>4,1%</b>
	Maximum	13,6%	17,6%	24,4%	23,5%
Persoonlijke verzorging	Minimum	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
	<b>Gemiddeld</b>	<b>2,1%</b>	<b>2,3%</b>	<b>2,3%</b>	<b>3,0%</b>
	Maximum	5,3%	5,0%	4,8%	6,2%
Verpleging	Minimum	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
	<b>Gemiddeld</b>	<b>2,5%</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,2%</b>	<b>2,7%</b>
	Maximum	11,6%	4,5%	4,8%	4,7%
<b>Totaal</b>	Minimum	0,2%	0,2%	0,3%	0,9%
	<b>Gemiddeld</b>	<b>2,5%</b>	<b>2,5%</b>	<b>2,5%</b>	<b>3,7%</b>
	Maximum	5,2%	4,4%	4,7%	7,1%

## DE MARKT VOOR INTRAMURALE AWBZ

**TABEL 24. HUIDIGE VORMGEVING MARKT VOOR INTRAMURALE AWBZ**

Uitgaven	In 2011 was er in de AWBZ een budget van ruim € 22,1 miljard (exclusief PGB-middelen). Ongeveer 83% van het totale AWBZ-budget werd in 2011 besteed aan de intramurale zorg: bijna € 18,3 miljard (exclusief PGB-middelen) <sup>57</sup> .
Zorgvragers	In 2010 waren er ongeveer 260.000 mensen die intramurale zorg ontvingen <sup>58</sup> . In de intramurale AWBZ hadden voorjaar 2011 ongeveer 13.000 mensen een PGB (10% van het totaal aantal budgethouders heeft een intramurale indicatie) <sup>59</sup> .

57 NZa, Marktscan Intramurale AWBZ; Weergave van de markt 2010-2011, 2012.

58 VWS, Programmabrief langdurige zorg, 2011.

59 VWS, Programmabrief langdurige zorg, 2011 in combinatie met CVZ, Kwantitatieve gegevens PGB-AWBZ, 2011.

Zorgaanbieders	<p>In 2011 leveren 801 zorgaanbieders in Nederland intramurale AWBZ-zorg (exclusief GGZ)<sup>60</sup>. Per zorgkantoorregio zijn er gemiddeld 25 zorgaanbieders.</p> <p>Het aantal aanbieders verschilt per ZGP-groep en per zorgkantoorregio. Uit onderstaande tabel blijkt dat de afgelopen jaren het gemiddeld aantal aanbieders per zorgkantoorregio per ZGP-groep constant blijft.</p>																																																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ZGP</th> <th>Categorie</th> <th></th> <th>2010</th> <th>2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="9">Behandeling</td> <td rowspan="3">ZGP V&amp;V</td> <td>Minimum</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Gemiddeld</td> <td>11</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Maximum</td> <td>24</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">ZGP GHZ LG</td> <td>Minimum</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Gemiddeld</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Maximum</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">ZGP GHZ VG</td> <td>Minimum</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Gemiddeld</td> <td>7</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Maximum</td> <td>18</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td rowspan="9">Geen Behandeling</td> <td rowspan="3">ZGP V&amp;V</td> <td>Minimum</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gemiddeld</td> <td>14</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Maximum</td> <td>34</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">ZGP GHZ LG</td> <td>Minimum</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Gemiddeld</td> <td>7</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Maximum</td> <td>18</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">ZGP GHZ VG</td> <td>Minimum</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Gemiddeld</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Maximum</td> <td>18</td> <td>21</td> </tr> </tbody> </table>					ZGP	Categorie		2010	2011	Behandeling	ZGP V&V	Minimum	3	3	Gemiddeld	11	11	Maximum	24	24	ZGP GHZ LG	Minimum	1	1	Gemiddeld	5	5	Maximum	15	15	ZGP GHZ VG	Minimum	2	2	Gemiddeld	7	7	Maximum	18	15	Geen Behandeling	ZGP V&V	Minimum	4	4	Gemiddeld	14	14	Maximum	34	33	ZGP GHZ LG	Minimum	2	1	Gemiddeld	7	6	Maximum	18	17	ZGP GHZ VG	Minimum	1	1	Gemiddeld	8	9	Maximum	18
ZGP	Categorie		2010	2011																																																																			
Behandeling	ZGP V&V	Minimum	3	3																																																																			
		Gemiddeld	11	11																																																																			
		Maximum	24	24																																																																			
	ZGP GHZ LG	Minimum	1	1																																																																			
		Gemiddeld	5	5																																																																			
		Maximum	15	15																																																																			
	ZGP GHZ VG	Minimum	2	2																																																																			
		Gemiddeld	7	7																																																																			
		Maximum	18	15																																																																			
Geen Behandeling	ZGP V&V	Minimum	4	4																																																																			
		Gemiddeld	14	14																																																																			
		Maximum	34	33																																																																			
	ZGP GHZ LG	Minimum	2	1																																																																			
		Gemiddeld	7	6																																																																			
		Maximum	18	17																																																																			
	ZGP GHZ VG	Minimum	1	1																																																																			
		Gemiddeld	8	9																																																																			
		Maximum	18	21																																																																			
<p>In de intramurale langdurige zorg (exclusief GGZ) is sprake van een hoge en stabiele concentratiegraad<sup>61</sup>.</p> <p>De financiële positie van zorgaanbieders is verbeterd, met uitzondering van de gemiddelde rentabiliteit.</p>																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Financiële positie</th> <th colspan="5">Balansgrootte in mln. in 2010</th> </tr> <tr> <th>2009</th> <th>2010</th> <th>0-10</th> <th>10-100</th> <th>&gt;100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rentabiliteit</td> <td>4,4%</td> <td>4,0%</td> <td>5,8%</td> <td>4,3%</td> <td>3,6%</td> </tr> <tr> <td>Solvabiliteit</td> <td>20,1%</td> <td>21,7%</td> <td>39,6%</td> <td>24,7%</td> <td>17,8%</td> </tr> <tr> <td>Liquiditeit</td> <td>68,6%</td> <td>75,5%</td> <td>179,3%</td> <td>83,2%</td> <td>63,0%</td> </tr> </tbody> </table>					Financiële positie	Balansgrootte in mln. in 2010					2009	2010	0-10	10-100	>100	Rentabiliteit	4,4%	4,0%	5,8%	4,3%	3,6%	Solvabiliteit	20,1%	21,7%	39,6%	24,7%	17,8%	Liquiditeit	68,6%	75,5%	179,3%	83,2%	63,0%																																						
Financiële positie	Balansgrootte in mln. in 2010																																																																						
	2009	2010	0-10	10-100	>100																																																																		
Rentabiliteit	4,4%	4,0%	5,8%	4,3%	3,6%																																																																		
Solvabiliteit	20,1%	21,7%	39,6%	24,7%	17,8%																																																																		
Liquiditeit	68,6%	75,5%	179,3%	83,2%	63,0%																																																																		
Toegang tot zorg	<p>Voor intramurale AWBZ is meestal een indicatie van het CIZ of BIZ nodig. De indicatiestelling voor intramurale AWBZ-zorg vindt plaats in zorgzwaartepakketten (ZGP's). De ZGP's omvatten een samenhangend pakket aan zorg waarop de verzekerde aanspraak heeft. Binnen de ZGP-indeling is verder onderscheid gemaakt naar doelgroep. Zo bestaan er momenteel verschillende ZGP's voor de verzorging en verpleging (10), gehandicaptenzorg (30) en langdurige geestelijke gezondheidszorg (13). Niet alle intramurale zorg is ondergebracht in ZGP's. Er bestaan nog enkele overige prestaties (bijvoorbeeld crisisopvang) en toeslagen (bijvoorbeeld toeslag extreme zorgzwaarte gehandicaptenzorg). De toeslag voor de kapitaallasten is per 2012 opgenomen in de ZGP-tarieven. De geïndiceerde intramurale AWBZ-zorg kan in bepaalde gevallen ook thuis geleverd worden door een intramurale AWBZ-aanbieder ('Volledig Pakket Thuis').</p>																																																																						

Contractering	De zorgkantoren hadden tot 2011 op de markt van intramurale langdurige zorg een contracteerplicht. Deze is 1 januari 2012 afgeschaft.
Bekostiging	Tot en met 2012 stelde de NZa bandbreedtetarieven vast voor de verschillende ZZP's. Dit betekent dat het door het zorgkantoor en de zorgaanbieder overeengekomen tarief slechts door de NZa wordt vastgesteld indien het valt binnen de aangegeven bandbreedte. In 2012 ligt de bandbreedte tussen 94% en 100%. Vanaf 2013 betreft het maximumtarieven (dus zonder ondergrens).

## Recente ontwikkelingen

### 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.

### Scheiden wonen en zorg

In het lenteakkoord staat het besluit om voor nieuwe cliënten in de lichtste zorgzwaartecategorieën alleen nog extramurale zorg aan te bieden per 2013 om zo de woonlasten en de zorgkosten te scheiden. In september 2012 bracht de NZa een advies hierover uit. De NZa signaleert risico's voor bepaalde groepen cliënten die een beschermde woonomgeving nodig hebben. Ook kunnen bepaalde zorgaanbieders in financiële problemen komen door een stapeling van maatregelen.

### Afschaffing Contracteerplicht

Op 1 januari 2012 is de plicht voor zorgkantoren om intramurale instellingen te contracteren afgeschaft.

### Hogere tarieven voor ZZP's

Het kabinet heeft vanaf 2012 € 852 miljoen per jaar extra uitgetrokken voor meer zorgpersoneel en opleidingen in de langdurende zorg. Dit extra bedrag is verwerkt in de ZZP-tarieven: deze zijn met 4,8% verhoogd. Het is de NZa niet bekend hoe deze middelen zijn besteed. In het Begrotingsakkoord 2013 is de verhoging van de ZZP-tarieven voor geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg weer ongedaan gemaakt. Voor verpleging en verzorging blijft de verhoging van de tarieven bestaan.

60 NZa, Marktscan Intramurale AWBZ; Weergave van de markt 2010-2011, 2012.

61 Hier moet bij vermeld worden dat de concentratiegraad gemeten is op het niveau van het zorgkantoor, terwijl de relevante markten voor intramurale AWBZ veelal kleiner zijn.

## INTERNATIONALE VERGELIJKING

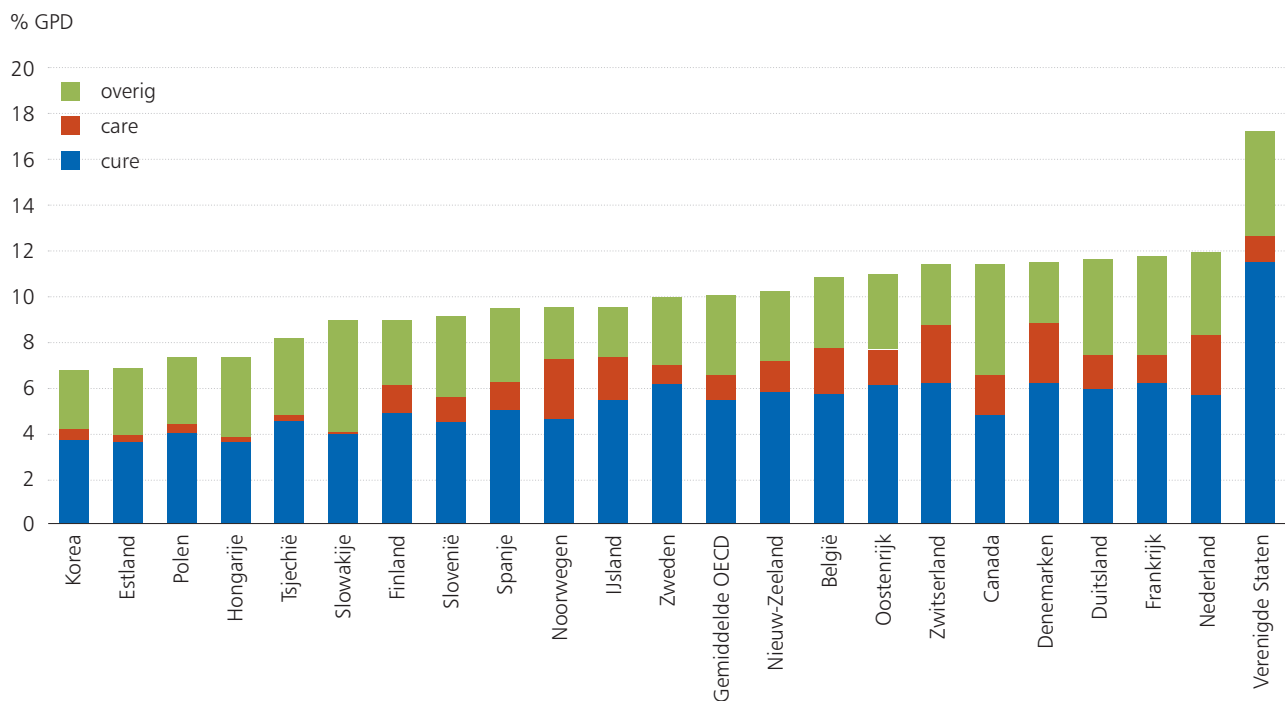
Nederland geeft in 2009 een relatief groot aandeel van het Bruto Nationaal Product (BNP) uit aan zorg. Zie **figuur 25** met een vergelijking van de totale zorguitgaven van OECD landen als aandeel van het BNP. Nederland heeft met 12% de één na hoogste uitgaven aan zorg, alleen de VS geeft meer uit. De Nederlandse uitgaven zijn circa 1,9 procentpunt hoger dan het gemiddelde van deze OECD landen (10,1%).<sup>62</sup> Hier is een nuancering op zijn plaats, omdat de uitgaven aan zorg in Nederland vrijwel volledig publiek gefinancierd zijn. In de ons omringende landen, bijvoorbeeld Duitsland en Frankrijk, is een behoorlijk deel van vooral de AWBZ privaat gefinancierd.

Het kan best zijn dat er per saldo weinig verschil is in de totale uitgaven, dit geldt in ieder geval voor de AWBZ.

### Nederlandse curatieve zorg redelijk in lijn met andere OECD landen

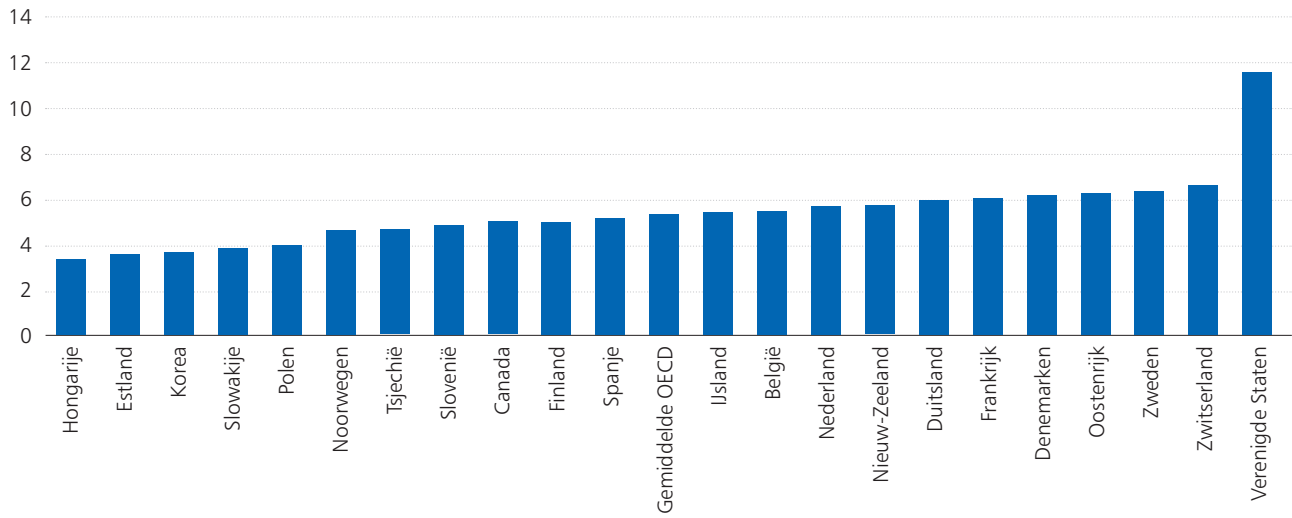
De Nederlandse uitgaven aan curatieve zorg liggen redelijk in lijn met de andere OECD landen. Uit **figuur 26** blijkt dat de Nederlandse uitgaven aan curatieve zorg met 5,8% iets (0,3 procentpunt) hoger liggen dan het gemiddelde (5,5%).

FIGUUR 25. TOTALE ZORGUIGAVEN IN 2009 ALS AANDEEL VAN HET BNP (%)



62 OECD Health Data 2011.

FIGUUR 26. UITGAVEN AAN CURATIEVE ZORG 2009 ALS AANDEEL VAN HET BNP (%)

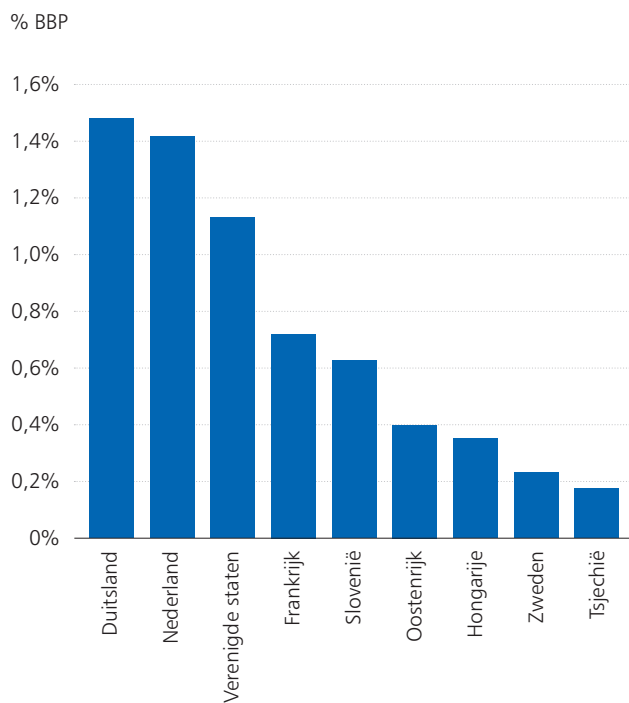




### Relatief hoge GGZ-uitgaven

Een verklaring voor de licht hogere curatieve uitgaven ligt waarschijnlijk in de relatief hoge kosten voor de GGZ. Dat blijkt ook uit **figuur 27**<sup>63</sup>, waarin de de uitgaven aan GGZ als aandeel van het BNP<sup>64</sup> zijn uitgedrukt. De Nederlandse GGZ-uitgaven liggen duidelijk hoger dan de meeste andere landen in de vergelijking.

FIGUUR 27. UITGAVEN GGZ ALS AANDEEL VAN BNP



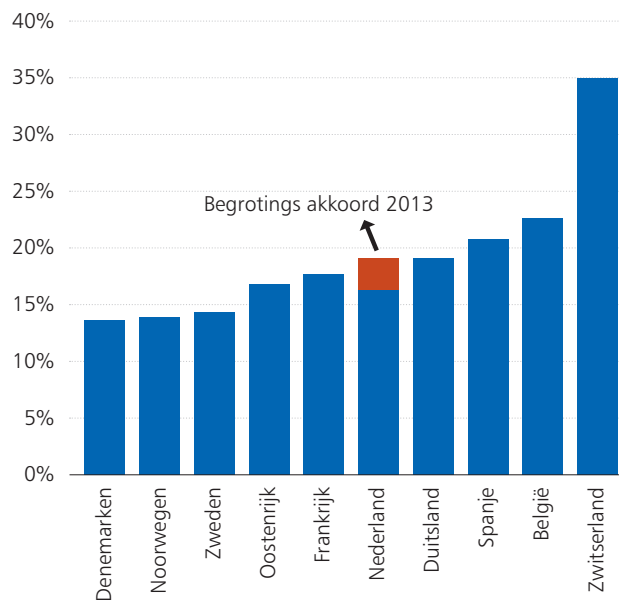
63 Bron: Begroting VWS 2012.

64 Een kanttekening bij deze tabel is dat er weinig landen vergeleken worden en dat een deel van de GGZ-kosten in Nederland onder de AWBZ vallen.

### Eigen betalingen

In de ons omringende landen wordt naast het eigen risico veel meer met losse eigen bijdragen gewerkt. Dit leidt tot relatief hoge maximumbedragen per persoon in andere landen: in België geldt een maximum eigen betaling van € 450 voor kwetsbare mensen met een laag inkomen, voor mensen met hogere inkomens is het maximum € 1800. In Finland geldt een maximum van € 590 voor ambulante/klinische zorg plus € 630 euro voor geneesmiddelen; in Noorwegen en Spanje gelden maxima van respectievelijk € 537 en € 500 (€ 1000 per huishouden) per jaar.

FIGUUR 28. PERCENTAGE PRIVATE BETALINGEN CURATIEVE ZORG 2008

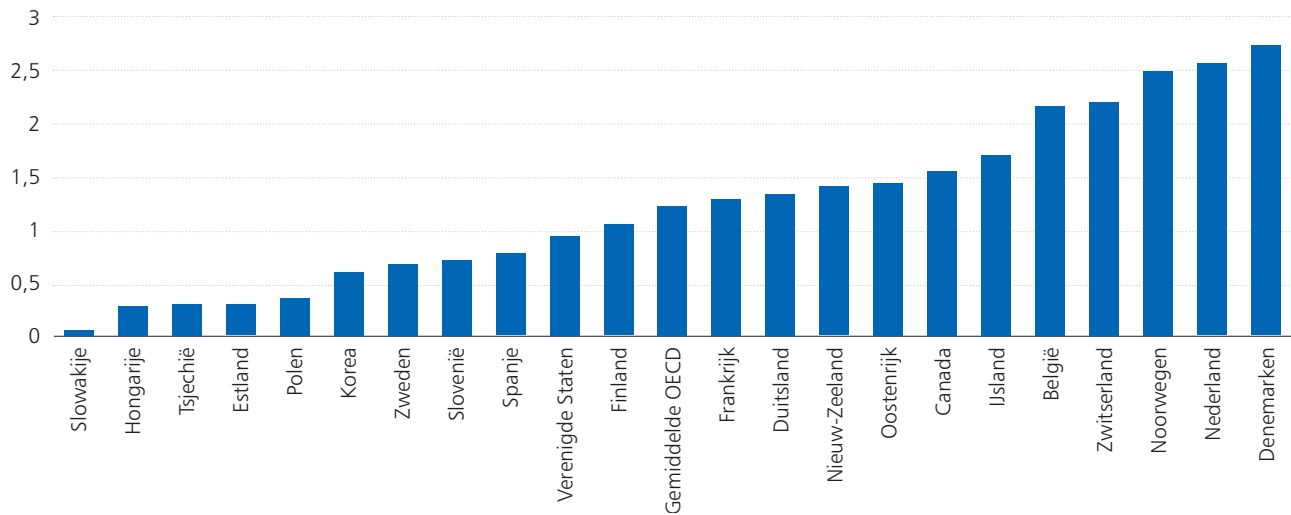


### AWBZ veroorzaakt relatief hoge uitgaven van Nederland in internationale vergelijking

De hoge Nederlandse totale uitgaven aan zorg als aandeel van het BNP wordt voor een belangrijk deel verklaard door de hoge uitgaven aan langdurige zorg (AWBZ). Zoals te zien is in

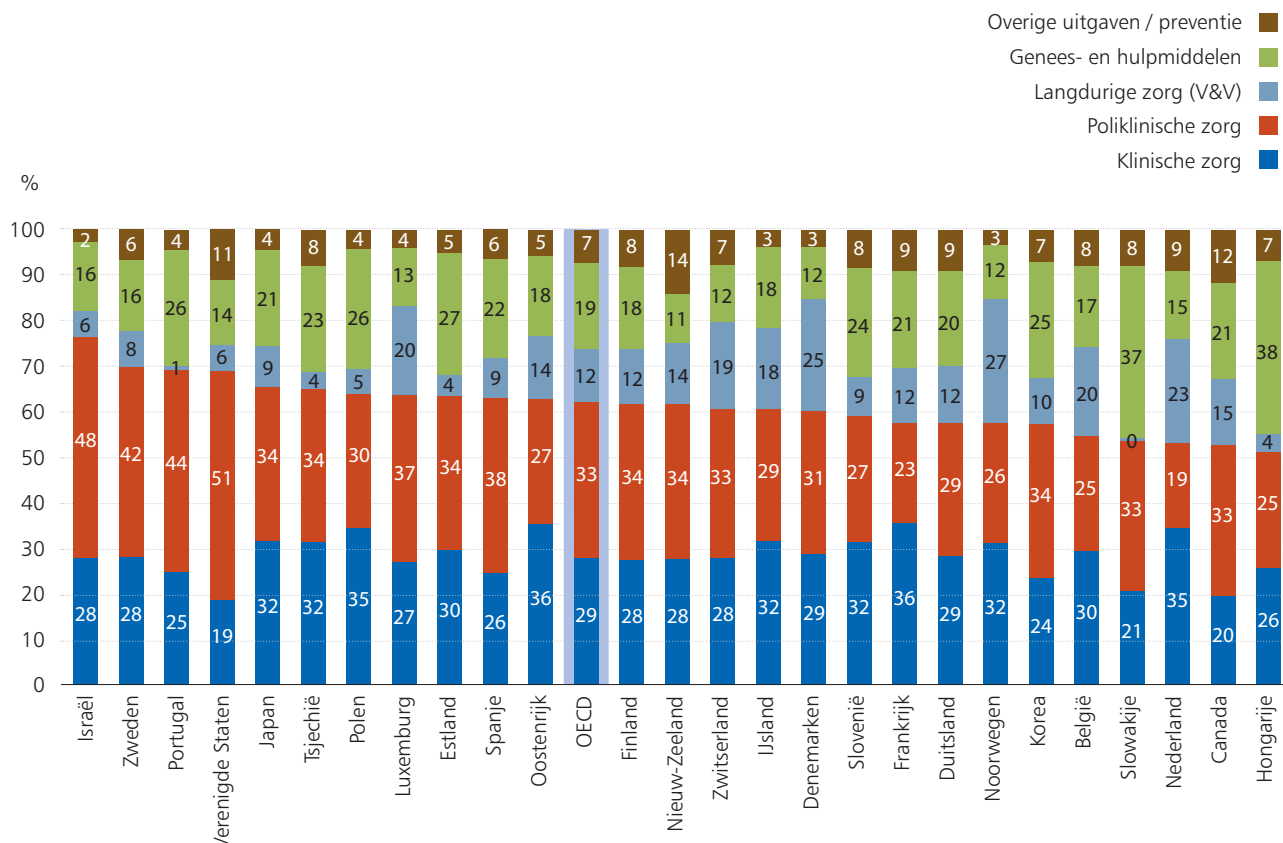
**figuur 29** gaf Nederland in 2009 2,5% van het BNP uit aan langdurige zorg. Het gemiddelde van de OECD landen is 1,2% van het BNP. Nederland geeft dus circa 1,3 procentpunt van het BNP meer uit aan AWBZ-zorg dan het gemiddelde van deze OECD landen<sup>65</sup>.

**FIGUUR 29. UITGAVEN AAN LANGDURIGE ZORG 2009 ALS AANDEEL VAN HET BNP (%)**



65 OECD Health Data 2011.

FIGUUR 30. VERDELING VAN UITGAVEN OVER VERSCHILLENDE ZORGSECTOREN



Bron: OECD Health Data 2011

## OVERZICHT WETSVORSTELLEN EN -WIJZIGINGEN IN DE ZORG 2012

### Wetswijzigingen in 2012:

- In 2012 heeft de NZa er een nieuw instrument bijgekregen: het Macrobeheersingsinstrument (MBI). Hiermee kan de NZa ingrijpen in de budgetten van zorgsectoren als de minister dat vraagt. De NZa is terughoudend met het inzetten van het MBI. Het is vreemd om in te grijpen in afspraken tussen zorgverzekeraars en -aanbieders. En het MBI werkt zo dat iedere aanbieder gekort wordt, of deze nu heeft bijgedragen aan de korting of niet.
- In juni 2012 bracht de Commissie Baarsma een rapport uit met alternatieve oplossingen voor het MBI. Zo kan bijvoorbeeld het landelijke budget, het Budgettair Kader Zorg, verdeeld worden over de verzekeraars, net zoals nu in de AWBZ, zodat zij in hun eigen contracten afspraken kunnen maken daarover met zorgaanbieders.
- Er ligt een voorstel voor een procedurele toets door de NZa van fusies in de zorg. In het voorstel wordt ook de bevoegdheid van de NZa uitgebreid om tijdig de risico's te signaleren voor de continuïteit van zorg.
- Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) wordt vanaf 1 januari 2013 een zelfstandig bestuursorgaan. De NZa krijgt in de wet de taak om toezicht te houden op de premiegefinancierde uitgaven en ontvangsten en de betalingen in de AWBZ door het CAK.
- Er is een algemene maatregel van bestuur in voorbereiding om voor verschillende vormen van zorg én voor de continuïteit daarvan een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen.
- Tot slot zijn er voorstellen voor wijzigingen van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ om het Begrotingsakkoord 2013 uit te voeren. Dit betreft vooral wijzigingen in het verzekerde pakket.

### Lopende wetsvoorstellen:

- De Wet Forensische zorg wordt naar verwachting per 1 januari 2013 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 is dit al een taak van de NZa via een tijdelijk besluit.
- Het College voor zorgverzekeringen verandert per 1 januari 2013 in het Nederlands Zorginstituut (NZi) en krijgt er dan taken en verantwoordelijkheden bij: het vaststellen van professionele standaarden, indicatoren voor kwaliteit van zorg en de transparantie daarvan.

Door de val van het kabinet in 2012 is een aantal wetsvoorstellen controversieel verklaard, namelijk de Wet cliëntenrechten zorg, Winstuitkering in de zorg (voorwaarden voor winstuitkering aan aanbieders van medisch-specialistische zorg), de Beginselenwet AWBZ-zorg en de overheveling van 'Begeleiding' naar de gemeentes.

**NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT (Nza)****Postadres:**

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

**Bezoekadres:**

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

[www.nza.nl](http://www.nza.nl)

