



Nederlandse
Zorgautoriteit

Stand van de zorgmarkten 2014

Stand van de zorgmarkten 2014



De zorg in
2014



De
uitdagingen
voor 2015



Cijfers en feiten

Inhoud

De zorg in 2014	6
Decentralisatie in de langdurige zorg	8
Toezicht op correct declareren van zorg	9
De Nederlandse Zorgautoriteit	9
Veelgestelde vragen in 2014	10
Uitgaven aan zorg 2010 - 2014	12
Overzicht stand van de zorgmarkten per 2014	13
Toezicht op zorgverzekeraars en zorgkantoren	19
Eén integraal tarief voor ziekenhuisbehandelingen	22
Betere samenwerking mogelijk in eerstelijnszorg	23
Aandachtspunten bij hervormingen langdurige zorg	36
 De uitdagingen voor 2015	 40
De langdurige zorg: zet beschikbare middelen doelmatig in	44
De curatieve zorg: meer informatie over prijs en kwaliteit	44
Uitdagingen voor de zorgverzekeraars en zorgkantoren: geef duidelijke informatie	44
Uitdagingen voor de wetgever: pak zorgfraude en verspilling van zorggeld aan	44
Uitdagingen voor de NZa: vertrouwen (her-)winnen en vereenvoudigen	45
Uitdagingen voor de consument: zoek informatie	45
 Cijfers en feiten	 46
De zorgverzekeringsmarkt	48
De curatieve zorgmarkt	49
De medisch specialistische zorg	51
De curatieve GGZ	52
De eerstelijnszorg	53
De langdurige zorgmarkt	56



Voorwoord

Jaarlijks publiceert de NZa de ‘Stand van de zorgmarkten’: een overzicht van de ontwikkelingen in de zorg. Ook in deze editie over 2014 presenteren we een overzicht van de feiten. Hoe staat het met de publieke belangen: betaalbaarheid, toegankelijkheid en transparantie in de verschillende zorgsectoren?

Voor het eerst in jaren groeien de zorgkosten minder dan voorheen: in sommige sectoren zijn de uitgaven zelfs gedaald. En dat terwijl de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg over het algemeen goed tot zeer goed gebleven is. Toch geven we met elkaar nog steeds ieder jaar meer uit aan de zorg dan het jaar ervoor. Het blijft dus belangrijk om kostenbewust te zijn: doen we voldoende, maar doen we ook niet te veel? Zijn de zorgnota's correct? Weten we welke zorg goed is en welke niet? Is die duurdere behandeling kwalitatief beter dan een andere, goedkopere behandeling? Antwoorden op dit soort vragen zijn van belang om het basispakket aan zorg ook in de toekomst voor iedereen van hoog niveau, betaalbaar én toegankelijk te houden. Patiënten, cliënten en verzekerden kunnen alleen een goede keuze maken tussen de verschillende zorgbehandelingen en zorgpolissen als zij weten wat er wordt aangeboden en tegen welke prijs. En als de zorgnota goed te controleren is. Op het gebied van die transparantie valt in de zorg nog een wereld te winnen: de informatie over de zorg en de zorgverzekering kan duidelijker, beter en vooral eenvoudiger.

Ook voor de NZa blijft er veel te doen. Voor onszelf was 2014 een roerig jaar waarin pijnlijk duidelijk werd dat er in onze organisatie veel zaken beter kunnen en moeten. Daar werken we hard aan en over die verbeteringen zullen wij transparant moeten zijn. Door de dialoog aan te gaan met u, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars, de vertegenwoordigers van de consumenten en de wetgever. Over wat bij onszelf beter, duidelijker en eenvoudiger kan.

Maar ook door te laten zien op basis van welke feiten we keuzes maken in de zorg. En waar we mogelijkheden zien voor verbeteringen. In de regels zelf, in de wet, of in de naleving ervan. Het is goed dat we onze professionaliteit weer maximaal hebben ingezet voor de producten en analyses in de zorg, waarvan u de weerslag terugvindt in deze Stand van de zorgmarkten. Wat zeggen deze analyses, wat zeggen de cijfers in de zorg? En wat zien wij vanuit onze rol als marktmeester als de belangrijkste uitdagingen voor 2015? Voor de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars, voor de wetgevers en voor onszelf? En wat betekent dit alles voor de verzekerden, voor de patiënten en cliënten? U leest het in deze Stand van de zorgmarkten 2014.

Maarten Ruys

Voorzitter Raad van Bestuur a.i.

Loes de Maat

Directeur Toezicht en Handhaving

Rik Lagerwaard

Directeur Zorgmarkten Care en
waarnemend directeur Zorgmarkten Cure

Tim Maas

Directeur Bedrijfsvoering en Informatie

Misja Mikkers

Directeur Strategie en Juridische Zaken





1

De zorg in 2014

De zorg in 2014

Decentralisatie in de langdurige zorg

In 2014 trof de NZa voorbereidingen voor een aantal grote wijzigingen in 2015. Een daarvan is de decentralisatie van de langdurige zorg. Gemeenten en zorgverzekeraars krijgen hierin een belangrijke, nieuwe rol. En ook de taken van de NZa binnen de langdurige zorg veranderen. Zij heeft geen bemoeienis meer met de zorg die wordt overgeheveld naar de gemeenten, maar nog wel met de langdurige zorg voor mensen die een beschermde woonomgeving nodig hebben en hun zorg krijgen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Zorgkantoren moeten voor die mensen voldoende zorg in blijven kopen. Ook moeten zij cliënten begeleiden naar een geschikte zorgaanbieder als er sprake is van wachtlijsten. De NZa blijft ook in de Wlz toezicht houden op de prestaties van de zorgkantoren en kan maatregelen nemen als zij de wet niet goed uitvoeren.

Zorg in de buurt

In de eerstelijnszorg komt de nadruk te liggen op zorg in de buurt, waarbij samenwerking tussen zorgaanbieders nodig is. De NZa heeft daarom in overleg met marktpartijen een nieuwe bekostiging voor huisartsen uitgewerkt, die in 2015 wordt ingevoerd. Daarin is een vergoeding opgenomen voor multidisciplinaire zorg. Dat wil zeggen zorg die huisartsen en andere zorgaanbieders samen leveren bij de behandeling van patiënten met een chronische aandoening, zoals diabetes of COPD. Daarnaast kunnen huisartsen in de nieuwe bekostiging worden beloond voor hun resultaten. Bijvoorbeeld wanneer zij ook 's avonds bereikbaar zijn voor hun patiënten of doelmatig doorverwijzen.

Integrale tarieven ziekenhuiszorg

In 2015 vindt er nog een belangrijke wijziging plaats, dan worden integrale tarieven ingevoerd in de ziekenhuiszorg. Zorgverzekeraars spreken met het ziekenhuis dan een tarief af voor de behandelingen. Uit dat tarief moet het ziekenhuis vervolgens alles betalen: de kosten voor de apparatuur en de gebouwen bijvoorbeeld, maar ook het salaris van de verpleegkundigen, de administratieve

krachten en de medisch specialisten. Ziekenhuizen en specialisten moeten dus vanaf 2015 zelf onderling afspraken maken over de honoraria, de kwaliteit van de behandelingen en het aantal behandelingen. Tot nu toe moesten zorgverzekeraars nog een apart bedrag betalen voor het honorarium van de medisch specialist. Door dit in het tarief van de behandeling op te nemen, verwacht de NZa dat verzekeraars beter kunnen onderhandelen over welke behandelingen ze in welk ziekenhuis inkopen, tegen welke prijs en welke kwaliteit. Een ander voordeel is dat ook op de zorgnota geen apart honorariumtarief meer staat bij de behandelingen. Dit maakt de nota eenvoudiger en beter controleerbaar voor patiënten en verzekeraars. De NZa monitort de effecten van de invoering van integrale tarieven en kijkt daarbij ook naar de afspraken die ziekenhuizen en specialisten met elkaar maken. De eerste monitor integrale tarieven verschijnt naar verwachting eind 2014.

De veranderingen in de zorg zoals de wetgevers bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 voor ogen hadden, zijn met de invoering van deze integrale tarieven gerealiseerd. Maar we zijn er nog niet. Zorgaanbieders zullen meer informatie moeten geven over wat ze aan zorg aanbieden en met welke kwaliteit. Ook moeten er meer mogelijkheden komen om zorginnovaties snel door te voeren.

Contractonderhandelingen eerder van start in 2014

Vanaf dit jaar kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders eerder van start met de contractonderhandelingen voor de inkoop van zorg. Dit komt onder andere doordat de NZa de tarieven en de beleidsregels voor het jaar 2015 nu, waar mogelijk, in juli 2014 bekend maakte. Dit is beduidend eerder dan voorgaande jaren. Zorgaanbieders hebben zo meer tijd om te reageren op contractvoorstellen van zorgverzekeraars. Ook kunnen zij hun verzekeren daardoor eerder informeren over het gecontracteerde zorgaanbod in de verschillende polissen.

Meer informatie over kwaliteit nodig

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen dus steeds meer afspraken op maat maken. Dit betekent ook dat kwaliteitsinformatie steeds belangrijker wordt. Zorgverzekeraars hebben

informatie nodig over de verschillen in de kwaliteit van zorg om zorg goed in te kunnen kopen.

Verzekerden hebben deze informatie nodig om een goede keuze te kunnen maken tussen de verschillende zorgpakketten. Ook is deze informatie voor patiënten en cliënten nuttig bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder.

Al in 2009 beloofden de ziekenhuizen hun sterftecijfers openbaar te maken. In 2014 publiceerden zij deze cijfers alsnog op aandringen van de NZa. Sterftecijfers zeggen op zichzelf nog niet heel veel over de kwaliteit van de zorg in een ziekenhuis. Maar het is wel een begin. De NZa liet een aantal UMC's in 2014 onderzoek uitvoeren naar heropnames, heroperaties en het aantal ongeplande ligdagen na een operatie. Deze indicatoren blijken naast sterftecijfers ook bruikbaar als maat voor de kwaliteit van zorg. Ziekenhuizen kunnen met deze gegevens laten zien waar ze goed in zijn en zich

zo van elkaar onderscheiden. Niet ieder ziekenhuis is even goed in elke behandeling. Ziekenhuizen kunnen toelichten waarom ze op bepaalde punten afwijken van het gemiddelde, bijvoorbeeld als zij een bijzondere patiëntengroep behandelen. Als verzekeraars en patiënten maar op basis van goede informatie een gefundeerde keuze kunnen maken voor een behandeling in het ziekenhuis.

Toezicht op correct declareren van zorg

In 2014 was het toezicht op correct declareren een speerpunt van de NZa. Door te hoge declaraties moet de patiënt te veel eigen risico betalen en het leidt tot onnodig hoge zorgkosten en een hogere zorgpremie voor de basisverzekering. Het is daarom van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders er alles aan doen om correct te declareren, ook als de zorg volledig vergoed wordt door de zorgverzekeraar.

De Nederlandse Zorgautoriteit

Wat kost een behandeling bij de tandarts of een bezoek aan de huisarts? En wie controleert of zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan de wet houden? In Nederland is er een organisatie die tarieven in de zorg vaststelt en toezicht houdt op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dat is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De NZa stelt tarieven vast voor zorgbehandelingen

Voor de meeste zorgbehandelingen maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen afspraken over de inhoud van de behandeling, de kwaliteit en de prijs ervan. Sommige prijzen stelt de NZa vast, bijvoorbeeld de tarieven voor de zorg in een instelling voor ouderen of mensen met een verstandelijke handicap. Maar ook bijvoorbeeld voor gespecialiseerde brandwondenzorg of voor uw bezoek aan de huisarts en de tandarts.

De NZa is toezichthouder in de zorg

De NZa controleert - op basis van eigen analyses en van meldingen van consumenten - of zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan de wetten en regels houden. Zorgverzekeraars moeten bijvoorbeeld iedereen accepteren voor de basisverzekering. Ongeacht leeftijd, inkomen, leefstijl of gezondheid. En zorg-

aanbieders moeten de behandelingen op de juiste manier in rekening brengen. Ook moeten zij duidelijke informatie geven over de prijs en de kwaliteit van de zorg. Is het belang van de consument in het geding? Dan grijpt de NZa in.

De NZa adviseert het ministerie van VWS

De NZa adviseert de minister en de staatssecretaris van VWS, gevraagd en ongevraagd. Deze adviezen gaan bijvoorbeeld over mogelijke verbeteringen in de wetten en regels in de zorg. Onze adviezen baseren wij op onderzoek en analyses van feiten en cijfers in de zorg. De bewindslieden besluiten vervolgens zelf of ze deze adviezen overnemen of niet.

Wat is het doel van de NZa?

De NZa heeft als doel om te zorgen dat de inwoners van Nederland ook in de toekomst kunnen rekenen op goede basiszorg als zij dat nodig hebben. Binnen een redelijke termijn, binnen een redelijke afstand en tegen een redelijke prijs. De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan en valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. De taken van de NZa staan beschreven in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Veelgestelde vragen in 2014

De Informatielijn van de NZa ontving het afgelopen jaar ongeveer 19.000 vragen over bijvoorbeeld de tarieven en nota's van zorgaanbieders, beleidsregels van de NZa, de informatievoorziening door zorgverzekeraars en de rechtmatigheid van polisvoorwaarden. Het aantal vragen van consumenten neemt ieder jaar toe, in 2014 betrof dit 60% van alle vragen. De overige vragen komen van zorgaanbieders, patiëntenverenigingen, brancheorganisaties en verzekeraars. De NZa verwerkt de antwoorden op deze vragen zo veel mogelijk op haar website.

De onderwerpen waarover de Informatielijn van de NZa in 2014 de meeste vragen ontving:



DBC-systematiek

Er zijn veel vragen gesteld over hoe de regelgeving geïnterpreteerd moet worden en hoe in specifieke casussen op een juiste manier gedeclareerd moet worden. Consumenten hadden vooral vragen over de regels rond het afsluiten van een DBC.

Mijn zorgnota

Ook in 2014 stelden consumenten weer veel vragen over de juistheid van hun zorgnota.

De GGZ

De invoering van de basis GGZ leidde tot veel vragen bij vooral zorgaanbieders over de regelgeving en de tarieven.

Apotheekzorg

Binnen de apothekezorg is het 'eerste terhandstellingsgesprek' een aparte zorgprestatie geworden en daarmee zichtbaar op de nota. Consumenten hebben veel vragen gesteld over dit gesprek bij de eerste uitgifte van medicijnen, maar ook over het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar.

Langdurige zorg

In het kader van de veranderingen in de langdurige zorg, stelden zorgaanbieders vragen over de overgang van zorg vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wlz en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Consumenten hadden vooral vragen over wat er onder de aanspraken in de AWBZ valt.

Rijbewijskeuring

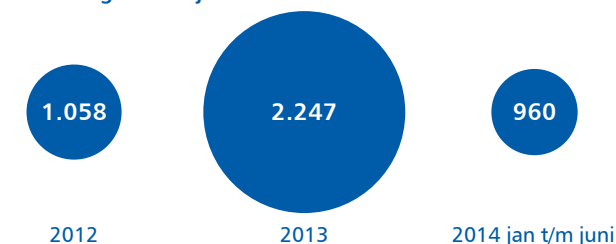
Een onderwerp waarover we ieder jaar veel vragen krijgen, is het tarief voor de rijbewijskeuring. De NZa heeft keuringsartsen in 2014 nog eens gewezen op het tarief dat zij voor een keuring mogen vragen en op het feit dat zij consumenten vooraf moeten informeren als de rijbewijskeuring langer dan een kwartier duurt en er dus een toeslag voor extra tijd in rekening mag worden gebracht.

Signalen over mogelijke problemen in de zorg

Naast vragen ontvangt de NZa ook meldingen over mogelijke problemen. Het gaat dan om mogelijke overtredingen van de Zvw, de AWBZ en de Wmg.

De NZa ontvangt deze meldingen van consumenten, verzekeraars, zorgaanbieders, andere toezichthouders en politieke partijen via het meldpunt op www.nza.nl, via de Informatielijn en via overleg met andere toezichthouders. In 2013 ontving de NZa 2.247 meldingen, in de eerste helft van 2014 waren het er 960. Dit zijn er iets minder dan in de eerste helft van 2013, maar dat jaar heeft de NZa ook heel actief opgeroepen om signalen te melden.

Aantal signalen bij de NZa



De meeste signalen in 2013 gaan over declaraties in de ziekenhuiszorg, mondzorg en GGZ.

In de top drie van veel voorkomende soorten problemen staat 'upcoding' (1.043 signalen); het meer rekenen voor een prestatie, dan op basis van de geleverde zorg terecht is. Daarna 'zorg niet geleverd, maar wel gedeclareerd' (261 signalen). Op de derde plek 'onjuiste betaaltitel/prestatie' (135 signalen); er is een onjuiste behandeling in rekening gebracht.

Er komen ook ieder jaar meer signalen over zorgverzekeraars. Ongeveer een derde van deze signalen gaat over de informatieverstrekking. Dit zijn onder meer signalen over verkeerde informatie over vergoedingen en op welke zorg verzekerden recht hebben. Aanbieders in de AWBZ hebben collectief klachten ingediend over de zorginkoop door de zorgkantoren.

De NZa gebruikt signalen om haar prioriteiten in het toezicht te bepalen. In sommige gevallen leveren ze ook concreet bewijs voor problemen die de NZa wil aanpakken of specifieke zorgaanbieders

die ze wil onderzoeken. Als er aanleiding voor is, kan de NZa handhavend optreden of een zaak overdragen aan een andere toezichthouder. Bijvoorbeeld het Openbaar Ministerie (OM), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) of de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW).

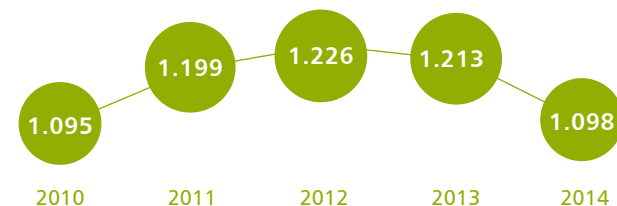
Overzicht toezichtsmaatregelen in 2014

Januari tot en met juli 2014	Aantal maatregelen
Informatieverzoeken (concessiehouders AWBZ)	29
Aanwijzingen zorgverzekeraars	73
Aanwijzingen concessiehouders AWBZ	338
Aanwijzingen zorgaanbieders	8
Last onder dwangsom	1
Boetes	1
Handhaving informatieverplichtingen	228
Besluiten zorgspecifieke fusietoets	14
Besluiten aanmerkelijke marktmacht	1
Zienswijzen	2

Zorgpremie daalde 115 euro in 2014

De gemiddelde zorgpremie is voor het tweede jaar op rij gedaald. In 2013 daalde deze premie met € 13 en in 2014 met € 115.

Gemiddelde zorgpremie per verzekeringsjaar in euro's



Bron: NZa Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014

Deze daling van de zorgpremie in 2014 werd mogelijk doordat zorgverzekeraars positieve resultaten hebben behaald en doordat een bijdrage in tekorten van vorige jaren is vervallen. Aan het eigen risico betalen verzekerden in 2014 gemiddeld € 35 meer. Dat komt ook doordat de compensatie voor chronisch zieken is afgeschaft. In totaal betalen verzekerden in 2014 dus gemiddeld € 80 minder aan zorg dan in 2013.

Overstappers bespaarden samen 54,2 miljoen euro

Het percentage verzekerden dat is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar is gedaald van 8,3% in 2013 naar 6,9% in 2014. Dit percentage is nog wel hoger dan in 2010 tot en met 2012. Verzekerden gaven aan dat zij vooral niet overstapten omdat de huidige verzekeraar een goed aanbod deed voor hetzelfde zorgpakket tegen een lagere premie. Daarnaast verwacht een deel van de verzekerden dat het veel moeite kost om een betere of goedkopere zorgverzekeraar te vinden en zijn ze bang voor administratieve problemen als ze overstappen. De mensen die zijn overgestapt hebben samen € 54,2 miljoen bespaard op hun zorgpremie.

In de komende overstapperperiode zal de NZa, via consumentenorganisaties en in samenwerking met de Autoriteit Consument en Markt (ACM), verzekerden meer informatie geven om hen te ondersteunen bij het maken van een keuze.

Kenmerken van de overstappers versus de niet-overstappers op 1 januari 2014

Kenmerken	Niet-overstappers	Frequente overstappers
Percentage vrouw	51%	53%
Percentage leeftijd	47 jaar	33 jaar
Kosten per verzekerde in 2011	€ 2.206	€ 1.345

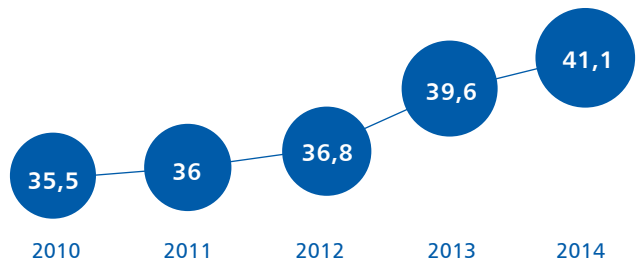
Bron: Vektis, Zorgthermometer 'Verzekerden in beweging 2014', april 2014

Uitgaven aan zorg 2010 - 2014

Per volwassene geven we in 2014 gemiddeld € 5.090 uit aan collectief verzekerde zorg.

Dit gebeurt via de nominale premie Zvw, de premie AWBZ, via de belastingen, de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, door eigen betalingen en zorgtoeslag.*

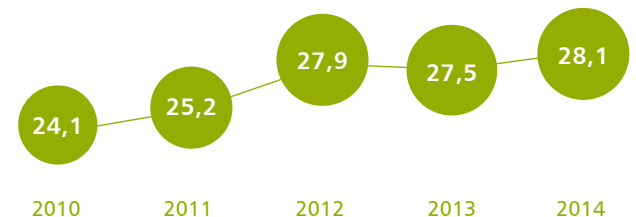
Overzicht uitgaven curatieve zorg (Zvw) in mld. EUR



Voor de curatieve zorg, inclusief curatieve GGZ, gaven we in 2013 in Nederland ruim € 39,6 miljard uit. Dit is een stijging van 7,7% ten opzichte van 2012.

In 2014 geven we naar verwachting € 41,1 miljard uit.

Overzicht uitgaven langdurige zorg (AWBZ) in mld. EUR



Voor de langdurige zorg gaven we in 2013 in Nederland in totaal € 27,5 miljard uit. Dit bedrag is inclusief de kosten van de persoonsgebonden budgetten (PGB's). In 2014 geven we naar verwachting in totaal € 28,1 miljard uit aan de langdurige zorg.

Overzicht Stand van de zorgmarkten 2014

Kenmerken van de gezondheidszorg in Nederland

De curatieve zorg (Zvw)

Zorgverzekeringsmarkt:

Consumenten verzekeren zich verplicht voor het basispakket van de Zvw en maken daarbij een keuze tussen concurrerende verzekeraars. Daarnaast kunnen zij kiezen of zij een aanvullende ziektekostenverzekering willen afsluiten.

Eerstelijns-zorg:	Curatieve geestelijke gezondheidszorg:	Medisch specialistische zorg:
• Huisartsenzorg • Mondzorg • Fysiotherapie • Farmacie • Verloskunde en kraamzorg • Logopedie • Diëtik • Oefentherapie • Basis GGZ • Ambulancezorg • Keten zorg	• Basis GGZ • Extramurale GGZ-zorg • De eerste 365 dagen intramuraal verblijf in het kader van een behandeling	• Ziekenhuizen • Categorale instellingen • Zelfstandige behandelcentra • Medisch specialisten

De langdurige zorg (AWBZ)

Geen zorgverzekeringsmarkt:

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

Langdurige zorg aan huis:	Langdurige zorg met verblijf
• Persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling in de thuissituatie voor ouderen, gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening of beperking	• Persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling in combinatie met verblijf in een instelling voor ouderen, gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening of beperking

De stand van de curatieve zorg (Zvw)

- Alle Nederlanders - met uitzondering van gemoedsbezwaarden - zijn verplicht verzekerd voor de Zvw.
- De minister van VWS bepaalt de omvang van het verzekerde basispakket.
- Zorgverzekeraars moeten doelmatig zorg inkopen om te kunnen concurreren op de zorgverzekeringsmarkt.
- Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering: zij moeten iedereen accepteren voor de basisverzekering, ongeacht leeftijd, leefstijl of ziektehistorie. Dit geldt niet voor de aanvullende verzekering.

Zorgverzekeringsmarkt

Kenmerken

- Geconcentreerde markt met in 2014 26 risicodragende zorgverzekeraars verdeeld over negen verzekeringsconcerns. De vier grootste verzekeringsconcerns hebben in 2014 samen een marktaandeel van bijna 90%.
- Verzekeringspolissen worden zowel in natura, restitutie als in een combinatie van beide aangeboden. Het aantal aangeboden natura- en restitutiepolicen stijgt. Het aantal naturaverzekerden en restitutieverzekerden is in 2014 licht gestegen ten koste van het aantal combinatieverzekerden. De prijs is voor verzekerden nog steeds de belangrijkste reden om over te stappen.
- Zorgverzekeraars mogen onderscheid maken tussen de vergoedingen voor zorgaanbieders met en zonder contract. Het aantal verzekerden dat bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg aanspraak kan maken op een volledige vergoeding neemt af sinds 2008.

Stand van de markt

- In 2014 zijn minder mensen overgestapt. In 2014 is 6,9% van de verzekerden (ongeveer 1,2 miljoen verzekerden) gewisseld bij een andere zorgverzekeraar, ten opzichte van 8,3% in het voorgaande jaar.
 - De gemiddeld betaalde nominale premie (inclusief collectiviteitskortingen) daalde van € 1.213 in 2013 naar € 1.098 in 2014.
 - Zorgverzekeraars behalen vanaf 2009 een positief exploitatieresultaat op de basisverzekering (exclusief beleggingsresultaten).
-

Medisch specialistische zorg	Curatieve GGZ	Eerstelijnszorg
Kenmerken • In 2014 zijn er: 82 algemene ziekenhuizen 2 categorale ziekenhuizen 8 universitair medische centra 65 categorale instellingen 258 zelfstandige behandelcentra • Er worden 23 specialismen onderscheiden.	Kenmerken • Er werken in 2012 3.835 psychologisch zorgverleners in de eerstelijns GGZ en 219 overige zorgverleners (vooral psychiaters en orthopedagogen). • Er zijn in 2011 179 niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders met een toelating op grond van de WTZi*. • In 2013 waren er 175 gebudgetteerde instellingen. • Voor de basis GGZ en de specialistische GGZ gelden maximumtarieven.	Kenmerken • In 2013 had 71,5% van de Nederlanders minimaal één keer contact met de huisarts. • Voor een deel van de eerstelijnszorg gelden (maximum)tarieven, bijvoorbeeld in de mondzorg, kraamzorg, verloskunde, basis GGZ en logopedie. • Voor de huisartsenzorg gelden in 2014 maximumtarieven voor consulten en visites, een inschrijftarief per patiënt en vrije tarieven voor verrichtingen in het kader van modernisering en innovatie. • Voor fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvisering, ketenzorg, en farmacie gelden vrije prijzen.
Stand van de markt • De omzetontwikkeling 2011-2012 bedroeg 0,7%. Deze groei is lager dan voorgaande jaren. • Aanbieders hebben zich in afspraken met de minister gecommitteerd aan een beperkte omzetgroei. • Het contracteren van ziekenhuizen door zorgverzekeraars vindt deels voorafgaand aan en deels lopende het jaar plaats. • Een aanzienlijk deel van de zorgverzekeraars maakt voor het B-segment plafond- en lumpsumafspraken met ziekenhuizen.	Stand van de markt • De basis GGZ is per 1 januari 2014 ingevoerd. • Zorgverzekeraars lopen al enige jaren in toenemende mate risico op de uitgaven aan de GGZ. • Per 2014 is het overgangsmodel beëindigd en worden gebudgetteerde aanbieders, net als de overige aanbieders GGZ, volledig bekostigd op basis van DBC's.	Stand van de markt • De NZa paste in 2014 de bekostiging van de eerstelijnszorg op een aantal punten aan. Zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars deze zorg beter kunnen organiseren. • In 2015 wordt een nieuw bekostigingsmodel ingevoerd voor de huisartsenzorg.

* Alleen zorginstellingen die zijn toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen mogen zorg aanbieden.

De stand van de langdurige zorg (AWBZ)

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

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

Onafhankelijke indicatiestelling en in sommige gevallen keuze voor de cliënt uit zorg in natura of persoonsgebonden budget (PGB).

De 32 zorgkantoren lopen geen risico over deze zorguitgaven. Het ministerie van VWS bepaalt de omvang van het verzekerde pakket en het jaarlijkse totale budget voor de langdurige zorg: de contracteerruimte. Dit geld verdeelt de NZa over de 32 regio's op basis van de zorg die in eerdere jaren nodig was. De zorgkantoren kunnen gedurende het jaar nog onderling met geld schuiven als in een bepaalde regio meer en in een andere regio minder zorg nodig is dan verwacht.

Per regio (in totaal 32 regio's) voert een zorgkantoor namens alle zorgverzekeraars de AWBZ uit voor de mensen in die regio die langdurige zorg nodig hebben. Cliënten kunnen niet kiezen voor een andere zorgverzekeraar/ander zorgkantoor. De zorgkantoren hebben wel een zorgplicht, net als de zorgverzekeraars en moeten dus voldoende zorg inkopen voor de bewoners in hun regio.

Langdurige zorg aan huis	Langdurige zorg in een instelling
Kenmerken • Op 1 januari 2014 hadden circa 463.000 mensen recht op langdurige zorg thuis. Van alle mensen met een indicatie heeft 15% een voorkeur voor een PGB. Het aantal mensen dat voor een PGB kiest neemt af. • In 2013 waren er in totaal 1.644 zorgaanbieders actief die een vorm van extramurale AWBZ-zorg in natura leverden, waarvan 1.363 instellingen en 281 zelfstandigen zonder personeel. • Per zorgkantoorregio waren dit gemiddeld 51 zorgaanbieders. • Er gelden integrale maximumtarieven per uur of dagdeel.	Kenmerken • Op 1 januari 2014 hadden circa 334.000 mensen recht op zorg in een beschermde woonomgeving (zorg met verblijf). Dit aantal is de laatste jaren licht gedaald. • Van alle mensen met een indicatie heeft in 2013 5,5% een voorkeur voor een PGB. Het aantal cliënten dat voor een PGB kiest neemt toe. • In 2013 bieden 946 zorgaanbieders deze langdurige zorg met verblijf. Per zorgkantoorregio waren er gemiddeld dertig zorgaanbieders. • Er gelden maximumtarieven per zorgzwaartepakket, de hoogte is afhankelijk van de zwaarte van zorg die nodig is. Daarnaast gelden er toeslagen, bijvoorbeeld voor de ziekte van Huntington of als er extreem zware zorg nodig is.
Stand van de markt • Het kabinet hervormt vanaf 2015 de langdurige zorg. De langdurige zorg in de thuissituatie wordt voor een deel overgeheveld naar gemeenten (naar de Wmo) en naar de zorgverzekeraars (de Zvw). Het aantal zorgaanbieders neemt de laatste jaren toe.	Stand van de markt • Het kabinet hervormt de langdurige zorg vanaf 2015. De huidige AWBZ wordt vervangen door de Wlz. In de langdurige zorg met verblijf is sprake van een hoge en stabiele concentratiegraad van zorgaanbieders.

De Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars kopen scherper zorg in

Zorgverzekeraars kiezen steeds gericht bij welke zorgaanbieders ze wel en bij welke zorgaanbieders ze geen zorg inkopen, terwijl ze toch blijven voldoen aan hun zorgplicht. Kwaliteit lijkt bij de zorginkoop nog van ondergeschikt belang. Het zwaartepunt van de onderhandelingen ligt in meer dan de helft van de gevallen (64%) bij de prijs en in 14% van de gevallen bij de kwaliteit.

Meer budgetpolissen

Het aanbod van zogenoemde budgetpolissen, zorgpakketten met een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders, stijgt. Het aandeel van deze polissen bedraagt 4,4% van de zorgverzekeringsmarkt. Zorgverzekeraars contracteren vooral selectief voor medisch specialistische zorg, farmacie en hulpmiddelen.

Contractering is eerder klaar, contracteerproces kan beter

De contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor 2014 waren eerder klaar dan in 2013. Toch kan het proces van contracteren nog beter. Zo moeten zorgaanbieders voldoende tijd krijgen om te reageren op contractvoorstellen van de zorgverzekeraars. Om dit mogelijk te maken, heeft de NZa ervoor gezorgd dat haar eigen regels voor 2015 zoveel als mogelijk in juli 2014 beschikbaar waren. De verzekeraars en zorgaanbieders kunnen daardoor eerder starten met het contracteerproces. Dit betekent dat zorgverzekeraars uiterlijk half november in hun polisvoorwaarden exact aan moeten kunnen geven met welke zorgaanbieders zij wel en niet een contract hebben in 2015. Consumenten kunnen deze informatie dan meenemen in hun keuze voor een zorgverzekering.

Verzekeraar mag vergoeding niet-gecontracteerde zorg bepalen

In juni 2014 nam de Tweede Kamer het wetsvoorstel aan om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet te wijzigen. Deze wetswijziging geeft verzekeraars de mogelijkheid om bij naturapolissen zelf te bepalen of er een vergoeding geldt voor niet-gecontracteerde zorg, en hoe hoog die vergoeding is. Deze wijziging gaat gelden voor onder meer medisch specialistische zorg en de curatieve GGZ.

Zorgverzekeraars hoeven niet met alle zorgaanbieders een contract te sluiten

Zorgverzekeraars kunnen, zolang zij voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden, ervoor kiezen om niet met alle zorgaanbieders een contract af te sluiten. Bijvoorbeeld omdat zij vinden dat er al genoeg aanbieders gecontracteerd zijn in de regio. Of omdat bepaalde zorgaanbieders hogere prijzen vragen voor hun behandelingen of niet duidelijk zijn over de kwaliteit van zorg.

Door het sluiten van contracten met zorgaanbieders kan de zorgverzekeraar erop sturen dat de zorg doelmatiger wordt verleend of van hogere kwaliteit is. De premie van een polis met zo'n gecontracteerd zorgaanbod kan daarom lager zijn dan die van andere polissen. Daarvoor is het wel nodig dat de zorgverzekeraar voldoende instrumenten heeft om de verzekerden ook te bewegen om naar die gecontacteerde zorgaanbieders te gaan. Bovengenoemde wijziging van artikel 13 Zvw is bedoeld om hiervoor te zorgen. De Eerste Kamer moet op het moment van schrijven van deze publicatie nog instemmen met de wetswijziging.

Transparantere zorginkoop

Voor zorg zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, oefentherapie, farmaceutische zorg, mondzorg, met uitzondering van de tandheelkundige hulp van specialistische aard, kraamzorg, dieetadvisering en verpleging en verzorging in de thuissituatie geldt deze wijziging niet.

De reden voor deze uitzonderingen is dat zorgaanbieders in deze sectoren naar verhouding een grote inkoopmacht van zorgverzekeraars ervaren. Het wetsvoorstel bevat daarom een aantal waarborgen om te bevorderen dat de contractonderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars goed verlopen. Zo regelt het wetsvoorstel dat zorgverzekeraars voortaan voor een bepaalde datum duidelijke informatie moeten geven over hun zorginkoopbeleid en –procedure. De NZa houdt er toezicht op dat verzekeraars deze bepalingen naleven.

Meer keuze tussen verschillende soorten polissen

Als de wetswijziging doorgaat, behouden verzekerden de keuze om - net als nu - een naturapolis te kopen met meer gecontracteerde zorgaanbieders. Verzekerden krijgen daarnaast de mogelijkheid om een polis te kopen waarbij zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet of minder dan nu vergoed wordt. De premie van die polis is daardoor lager. De wetswijziging regelt ook dat verzekerden die kiezen voor een restitutiepolis de kosten van zorg voortaan altijd vergoed krijgen tot een marktconform niveau, ook als zij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan.

Geef duidelijke informatie over verschillende zorgpolissen

Een belangrijke voorwaarde voor het succes van deze maatregel is of de consumenten weten waar ze voor kiezen. Zowel op het moment dat ze een polis moeten kiezen, als daarna. Is de informatie helder genoeg over de verschillende polissen en zorgpakketten? Is het voor verzekerden goed te zien met welke zorgaanbieders er een contract is gesloten door de zorgverzekeraar en met welke niet? Is er genoeg informatie beschikbaar over de kwaliteit van de zorg die geboden wordt? En is het voor verzekerden duidelijk genoeg of en hoeveel ze moeten bijbetalen als ze naar een zorgaanbieder gaan waar geen contract mee is? De NZa zal dit nauwlettend volgen en zorgverzekeraars aanspreken als de informatie onvoldoende duidelijk is.

Meer informatie over kwaliteit van zorg: tegenwicht voor inkoopmacht zorgverzekeraars

Veel zorgaanbieders klagen over de inkoopmacht van zorgverzekeraars. Die klachten gaan zowel over het proces van onderhandelen als over de uitkomsten van de onderhandelingen. Zorgverzekeraars moeten zich houden aan de zorgplicht en voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden. Maar wat is voldoende? En wat is een redelijke reisafstand voor behandelingen? Als dit concreter wordt, is het voor consumenten en voor zorgaanbieders duidelijker wanneer de zorginkoop van zorgverzekeraars voldoende is. Ook zal de NZa in overleg met de zorgaanbieders in haar marktscans informatie opnemen over de hoeveelheid zorg per regio, het aantal toetreders en uittreeders per regio en de prijsontwikkeling van zorg in die regio.

Misbruik van inkoopmacht kan leiden tot een (te) lage kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld als zorgverzekeraars uitsluitend zorg inkopen voor een lage prijs en niet naar de kwaliteit van zorg kijken. Overigens is daar altijd een ondergrens aan: alle zorg in Nederland moet voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg. De IGZ houdt daar toezicht op. Of zorgverzekeraars voldoende zorg van goede kwaliteit inkopen, kan alleen gemeten worden

als er ook goede informatie beschikbaar is over de kwaliteit van het zorgaanbod. Zorgaanbieders hebben er dan ook belang bij om samen met het Zorginstituut Nederland kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. Als uit de indicatoren blijkt dat zij een hoge kwaliteit van zorg op een doelmatige manier leveren, verstevigt dit hun positie aan de onderhandelingstafel.

Om vast te kunnen stellen of zorgverzekeraars een te grote machtspositie hebben, zal de NZa een meetinstrument ontwikkelen. Waarmee getoetst kan worden of de machtspositie van zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg nog goed is voor de belangen van de consument of niet. Ook wil de NZa meten of er zorgverzekeraars zijn die een te grote machtspositie hebben bij het aanbieden van zorgpolissen. Er moet voldoende concurrentie tussen de zorgverzekeraars blijven, zodat zij blijven strijden om de gunst van de verzekerden en goede zorgpakketten blijven aanbieden voor een redelijke prijs.

Onderzoek naar selectief contracteren door zorgverzekeraars

Ook in de toekomst willen we een goed basispakket aan zorg beschikbaar en betaalbaar houden voor iedereen die dat nodig heeft. Als de verschillen tussen polissen klein zijn, betaalt iedereen aan alle zorg mee. Dus ook aan ondoelmatige zorg. Zo houden we de premies voor iedereen onnodig hoog. Als zorgverzekeraars niet met alle zorgaanbieders contracten sluiten maar alleen met zorgaanbieders die zij selecteren, ontstaat er meer verschil tussen de zorgpolissen en dus meer keuze voor de verzekerden.

In de Verenigde Staten zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het effect van selectief contracteren op de premie voor de zorgverzekeringen. Hieruit blijkt dat daar substantiële premieverschillen zijn tussen polissen met een breed aanbod aan zorgaanbieders en polissen waar minder zorgaanbieders een contract hebben. Een groot deel van de verzekerden is echter niet op de hoogte van die verschillen en kiest zijn verzekering dus ook niet bewust. Ook in Nederland zien we dat de premie voor de budgetpolis, waarin de zorg selectief wordt gecontracteerd, € 94 lager is dan de gemiddelde polis prijs.

Sommige staten in de Verenigde Staten stellen nadere eisen aan het aantal zorgaanbieders dat gecontracteerd moet worden. Dit gaat dus verder dan de zorgplicht en de minuten-norm voor acute zorg die we in Nederland kennen. In de Verenigde Staten spelen zorgketens ook een belangrijke rol. Veel consumenten kiezen een ziekenhuis of specialist op basis van een advies van hun huisarts. Verzekeraars proberen daarom bijvoorbeeld huisartsen te betrekken in hun keten van aanbod en hen te stimuleren om te verwijzen naar zorgaanbieders die zij hebben gecontracteerd. Op die manier kunnen zij de coördinatie van zorg beter garanderen, een aspect waar verzekeraars in de Verenigde Staten op sturen. In Nederland wordt momenteel geëxperimenteerd met proeftuinen die lijken op de situatie in de Verenigde Staten. De NZa onderzoekt de komende jaren of deze ontwikkelingen ook mogelijk en gewenst zijn in de Nederlandse zorg.

Toezicht op zorgverzekeraars en zorgkantoren

Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten zich jaarlijks verantwoorden over de manier waarop zij hun wettelijke taken uitvoeren. De NZa geeft in toezichtprotocollen, informatiemodellen en voorschriften aan hoe zij dat moeten doen. De NZa richt zich daarbij onder andere op vragen als: voldoen de uitgaven aan de eisen die de wet- en regelgeving hieraan stelt, hebben zorgverzekeraars zich gehouden aan de zorgplicht en de acceptatieplicht voor de zorgverzekering, hebben zorgkantoren hun zorginkoop goed geregeld en voldoen ook zij aan hun zorgplicht?

Ieder jaar bepaalt de NZa welke prioriteiten en keuzes zij maakt in haar toezicht. Eén van de speerpunten in het toezicht van de NZa in 2014 was correct declareren. Onterecht hoge declaraties leiden tot onnodig hoge zorgkosten, die consumenten via de premies voor de basisverzekering betalen. Het is van belang dat verzekeraars en zorgaanbieders er alles aan doen om goed declareren te bevorderen.

Scherpere transparantie-eisen zorgverzekeraars

Iedereen heeft toegang tot de basisverzekering, ongeacht leeftijd, ziektehistorie of leefstijl. In 2012 en 2013 hielden zorgverzekeraars zich aan deze acceptatieplicht. Wel signaleert de NZa een aantal mogelijke risico's. Zo mogen zorgverzekeraars zich bij het aanbieden van polissen op bepaalde doelgroepen richten. Maar sommige verzekeraars werpen praktische drempels op voor mensen die niet tot die doelgroep behoren. Bijvoorbeeld doordat zij zich op een lastigere manier moeten aanmelden voor de basisverzekering. De NZa wil daarom de eisen voor de transparantie van zorgverzekeraars hierover aanscherpen. In alle informatie voor de basisverzekering moet duidelijk staan dat deze verzekering voor iedereen - ongeacht leeftijd, ziektehistorie of leefstijl - toegankelijk is. De NZa bekijkt ook hoe verzekeraars kunnen worden verplicht om ervoor te zorgen dat verzekerden zich voor alle polissen op dezelfde manier kunnen inschrijven.

Boete verzekeraars voor fouten in financiële verantwoording

De NZa rondde in 2014 een boeteprocEDURE af tegen vijf dochterondernemingen van een zorgverzekeraar. De reden voor deze boete van in totaal € 3,6 miljoen, was dat de NZa voor een

groot bedrag aan fouten in de financiële verantwoording over het jaar 2011 van deze verzekeraars constateerde. Het ging om rubriceringsfouten die zowel financiële voordelen als financiële nadelen opleverden voor de verzekeraars. De verzekeraars namen bijvoorbeeld in hun verantwoording op wat ze aan budget hadden afgesproken met de ziekenhuizen, terwijl ze in hun verantwoording alleen mogen zetten wat er aan daadwerkelijk ingediende declaraties vergoed is. Dit kan meer of minder zijn dan de afspraken die zij maakten met de ziekenhuizen. Al eerder maakten deze verzekeraars soortgelijke fouten en kregen hiervoor waarschuwingen van de NZa.

Kleine, regionale zorgverzekeraars controleren zorgnota's het beste

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij het opsporen van fraude of onjuiste declaraties in de zorg. Er zijn echter grote verschillen in de zorgvuldigheid waarmee zorgverzekeraars zorgnota's controleren. Opvallend is dat drie kleinere zorgverzekeraars het beste de zorgnota's controleren. Dit zijn DSW, Zorg en Zekerheid en De Friesland Zorgverzekeraar. Andere zorgverzekeraars kunnen van hen leren.

De NZa treft maatregelen bij de zorgverzekeraars die de zorgrekeningen nog onvoldoende controleren. De zorgverzekeraars hebben de controle van zorgnota's wel meer in het vizier dan voorheen. Zo ondernamen de verzekeraars in 2013 individueel en via Zorgverzekeraars Nederland (ZN) actie om hun controles te verbeteren, onder andere via het programma 'Zinnige zorg, zuivere rekening'. De NZa vindt dit een positieve ontwikkeling. Begin 2015 zal de NZa rapporteren of de zorgnota's inderdaad beter gecontroleerd worden.

Belangrijke stap in controle ziekenhuissector

De NZa deed naar aanleiding van signalen van patiënten en verzekeraars in 2013 onderzoek naar de declaraties van een ziekenhuis. Het ziekenhuis liet direct ook zelf grootschalig onderzoek doen en ontdekte nog meer fouten in de administratie van declaraties. Het ziekenhuis moet € 24,6 miljoen terugbetalen aan de zorgverzekeraars en kreeg een boete van € 2,5 miljoen.

Mede naar aanleiding van dit toezichtonderzoek startte de ziekenhuissector met een grootschalige schoon-schijfactie van de

administratie over 2012 en 2013. Daarbij kijkt een accountant of het onderzoek correct wordt uitgevoerd. De zorgverzekeraars hebben een rol bij het beoordelen van de uitkomsten. Als uit het onderzoek bij een ziekenhuis blijkt dat er foutieve declaraties zijn, zal het ziekenhuis afspraken maken met de verzekeraars over de verrekening. Hier is een belangrijke stap gezet om te zorgen dat de ziekenhuizen ook in de toekomst correct blijven declareren. Om de ziekenhuizen te helpen bij de schoon-schijfactie gaf de NZa voor ruim zestig praktijksituaties een extra toelichting over wat wel en niet mag bij declaraties. De brancheorganisaties van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en accountants konden hun vragen over het toepassen van de registratie- en declaratieregels in specifieke situaties voorleggen aan de NZa. Op basis van de praktijksituaties die zijn voorgelegd, verbetert de NZa de declaratieregels per 2015 op een aantal punten. Daarnaast bleek bij veel vragen en onduidelijkheden dat de registratiesystemen van de ziekenhuizen zelf nog niet helemaal op orde waren.

Onterecht hoge ziekenhuisdeclaraties teruggelegd

In 2014 vroeg de NZa bij 21 meldingen over vermoedelijk te hoge nota's om opheldering bij de betreffende ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Het betrof vooral declaraties van keel-, neus- en oorartsen, maar ook andere specialismen. Dit leidde tot een correctie van € 3,1 miljoen aan onterecht in rekening gebrachte zorgkosten.

Verscherpt toezicht GGZ

De NZa hield in 2014 verscherpt toezicht op de GGZ. Zo startte de NZa een onderzoek bij een GGZ-aanbieder na aanwijzingen dat de instelling mogelijk foutieve of onterechte declaraties had verstuurd. Verder legde de NZa een aanbieder een last onder dwangsom op omdat deze aanbieder een zorgverzekeraar weigerde inzage te geven in haar gegevens. De verzekeraar wilde nagaan of de aanbieder de juiste zorg had verleend en gedeclareerd. De aanbieder hoefde de dwangsom niet te betalen omdat zij uiteindelijk wel meewerkte aan de controles van de zorgverzekeraar. In navolging van deze maatregel treedt de NZa op tegen verschillende GGZ-instellingen die niet meewerken aan rechtmatigheidscontroles door zorgverzekeraars.

A close-up portrait of Vincent Leenders, a man with short brown hair and glasses, wearing a dark suit and a light blue shirt. He is looking directly at the camera with a slight smile. The background is a soft, out-of-focus grey.

De bestrijding van zorgfraude is een
prioriteit van het Openbaar Ministerie.

Vincent Leenders, Officier van Justitie, Openbaar Ministerie

‘Het bestrijden van zorgfraude doen we samen.’

Vincent Leenders: “Strafrecht is daarbij één schakel, maar wel een onmisbare schakel. In de zorgsector zijn veel instanties betrokken bij toezicht, handhaving en opsporing. Iedereen moet zijn rol pakken. Neem bijvoorbeeld verzekeraars die actief zijn bij fraudebestrijding, de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), die erop toezien dat bestuurders met een smet uit hun functie worden ontheven en de NZa die als marktmeester optreedt. Dat zijn allemaal checks en balances binnen het stelsel. De doelmatigheid en effectiviteit van de fraudebestrijding is groter door de krachten van alle instanties te bundelen. Het is goed om samen tot gemeenschappelijke handavingskeuzes te komen. Dan kunnen we zo optimaal mogelijk alle middelen en instrumenten inzetten die we tot onze beschikking hebben. Bij signalering van criminaliteitsvormen, of dat nu declaratiefraude of oneigenlijke besteding van middelen betreft, wordt zo veel mogelijk gezamenlijk de strategie bepaald om criminaliteit effectief te voorkomen en bestrijden. In de regel zal marktwerking tot zakelijke prijsstellingen leiden

die fraude tegengaan. Daarnaast treden toezichthouders zelf bestuursrechtelijk op tegen overtreding van regels. Strafzaken in het zorgdomein zijn door de aard - denk bijvoorbeeld aan het medisch beroepsgeheim - complexe zaken en die kosten tijd. We willen als OM zakendoen met effect, en niet als een olifant in een porseleinkast de verkeerde zaken doen. De meerwaarde van de inzet van strafrecht wordt bepaald door de mate van bewust en calculerend gedrag van de overtreder, de omvang van de schade en impact van de fraude op de maatschappij. Wat ook meeweegt is of het strafrechtelijk onderzoek een maatschappelijke discussie op gang kan brengen. Of het zaken blootlegt die anders niet, of beperkter, aan de oppervlakte zouden komen. Bij het maken van die keuzes luisteren we ook naar de betrokken instanties, wat zij zien, wat zij ondervinden. Wij delen dat wat wij zien bij het doen van strafzaken met de regelgevers. Hierdoor kunnen regels worden aangepast en fraudebestendiger worden. Het uiteindelijke doel is om samen fraude uit te bannen.”

De Curatieve Zorg

Integrale tarieven voor ziekenhuisbehandelingen

Per 1 januari 2015 worden in de ziekenhuiszorg integrale tarieven ingevoerd. Dit betekent dat patiënten en zorgverzekeraars niet meer apart voor de ziekenhuiskosten en voor het honorarium van de medisch specialist hoeven te betalen, maar dat alles in één tarief wordt ondergebracht. Zorgverzekeraars maken dan alleen nog met de ziekenhuizen afspraken over de tarieven voor een behandeling, de kwaliteit daarvan en het aantal behandelingen. Het ziekenhuis betaalt van dat tarief onder andere de salarissen/honoraria, de gebouwen en de apparatuur. Ziekenhuizen kunnen per 2015 bovendien afspreken met verzekeraars dat bepaalde taken niet meer uitsluitend door de specialist worden uitgevoerd, maar ook door andere professionals die daarvoor bevoegd zijn. Dit kan de behandelingen goedkoper maken. Ook voor patiënten is een integraal tarief overzichtelijker; zij kunnen daardoor beter controleren of de nota klopt. Eind 2014 brengt de NZa een monitor uit over de effecten van het integrale tarief voor de ziekenhuiszorg.

Uitgaven medisch specialistische zorg stegen met 2%

Gemiddeld groeiden de uitgaven aan ziekenhuisbehandelingen tussen 2006 en 2011 met 5,5% per jaar. In 2012 is het totaalbedrag aan declaraties 2% hoger dan in 2011. Dit is inclusief de extra kosten voor medicijnen. Die medicijnkosten werden eerst apart verrekend, maar zitten nu in de totale kosten van de behandelingen. In 2012 zijn er 1% minder patiënten behandeld dan in 2011. Het is voor het eerst in jaren dat het aantal patiënten niet toeneemt. De omzet van de ziekenhuizen nam af door lumpsumafspraken met verzekeraars en verrekening van overschrijdingen van budgetafspraken in voorgaande jaren.

Kosten per patiënt blijven toenemen

In de vorige Stand van de zorgmarkten konden we aan de hand van analyses bij acht patiëntengroepen zien dat de toename in

de kosten bij deze groepen tussen 2006 en 2011 vooral komt doordat meer mensen een intensievere behandeling krijgen of een behandeling met een duurdere techniek. De kosten van behandelingen stegen dus niet zozeer door een toename van het aantal patiënten, maar door hogere kosten per patiënt.

Deze trend zet zich door: per patiënt zijn de kosten tussen 2011 en 2012 met gemiddeld 3% toegenomen.

Grootste zorguitgaven in ziekenhuizen: hart- en vaatziekten en tumoren

Jaarlijks ontvangen 7 miljoen mensen ziekenhuiszorg. De verdeling over het type aandoeningen blijft ongeveer gelijk.* De meeste patiënten (1,9 miljoen) kwamen voor aandoeningen aan zintuigen (voornamelijk 'oog') en zenuwstelsel naar de medisch specialist. Voor hart- en vaatziekten, tumoren en het bewegingsapparaat kwamen ieder jaar 1,3 miljoen patiënten. Bijna de helft (40%) van de patiënten komt in een jaar voor meer dan één aandoening naar het ziekenhuis. In totaal werd in de ziekenhuizen het meeste gedeclareerd aan behandelingen van hart- en vaatziekten (3,0 miljard euro) en tumoren (3,0 miljard euro). In 2012 declareerden medisch specialisten gemiddeld € 2.434 per patiënt aan ziekenhuisbehandelingen.

Analyse per doelgroep patiënten

Een analyse van de zorgkosten voor acht groepen ziekenhuispatiënten tussen 2008 en 2012 geeft het volgende beeld (gemiddelde jaarlijkse verandering in procenten):

	Totale kostengroei 2008-2012
Bovenste luchtwegen en middenoor	4
Nieuwvormingen darm	4
Cataract	2
Artrose	3
Buikwandbreuken	4
Urinewegstenen	3
Varices	6
Degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (hernia)	5
Bron: Vektisdata	

* Bron: Vektisdata

Het meest opvallend bij deze cijfers is dat de groei van het aantal patiënten is gestopt tussen 2011 en 2012. In 2012 is in 64 van de 65 patiëntgroepen de toename van het aantal patiënten lager dan in de voorgaande jaren. De grootste afname is te zien bij varices. Ook de kosten per patiënt dalen voor een aantal groepen, zoals patiënten met nieuwvormingen in de darm, patiënten met artrose en patiënten met urinewegstenen.

Fusietoets

Sinds 1 januari 2014 moeten zorgaanbieders die het voornemen hebben om een concentratie (fusie, overname, oprichting van een gemeenschappelijke onderneming) tot stand te brengen, toestemming aan de NZa vragen. De beoordeling van de NZa is voornamelijk procedureel. De NZa toetst of de zorgaanbieders onder andere goed hebben nagedacht over het doel en de gevolgen van de concentratie en of cliënten, personeel en andere betrokkenen op een zorgvuldige wijze zijn betrokken bij de voorbereiding van de concentratie. Daarnaast toetst de NZa inhoudelijk of de cruciale zorg in gevaar komt als gevolg van de concentratie. Pas als de NZa toestemming heeft verleend kunnen de zorgaanbieders een melding doen bij de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Die toetst vervolgens of de mededinging in gevaar komt.

Tot 1 oktober 2014 ontving de NZa 51 aanvragen, waarvan er zeven zijn ingetrokken door de aanvragers. De NZa heeft negentien goedkeuringsbesluiten en drie ontheffingsbesluiten genomen. Twaalf aanvragen zijn nog in behandeling.

Ontwikkeling aantal patiënten		Ontwikkeling kosten per patiënt
2008-2011	2011-2012	2008-2012
5	-1	0
10	1	-3
2	2	0
6	0	-1
5	-7	2
4	2	-1
8	-12	3
7	0	0

Betere samenwerking mogelijk in eerstelijnszorg

De NZa paste in 2014 de bekostiging van de eerstelijnszorg op een aantal punten aan. Zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars deze zorg beter kunnen organiseren.

Nauwere samenwerking in geboortezorg mogelijk

Verloskundigen en kraamverzorgers die samenwerken in een geboortecentrum kunnen vanaf 2015 afspreken om hun zorg in één pakket aan de verzekeraar aan te bieden. Zorgverzekeraars hoeven dan niet langer apart zorg in te kopen bij de kraamzorg, verloskundigen en het geboortecentrum.

Vanaf 2015 krijgen zorgverzekeraars ook meer ruimte om te investeren in de samenwerking tussen zorgaanbieders. Zij kunnen via een nieuwe module 'integrale geboortezorg' initiatieven ondersteunen om de samenwerking te bevorderen. Via die module kunnen eerstelijns verloskundigen bijvoorbeeld een beroep doen op de expertise van een gynaecoloog. Zij hoeven daardoor hun cliënten minder vaak door te verwijzen naar het ziekenhuis.

Betere organisatie ketenzorg

Sinds 2010 is er een integraal tarief voor alle zorg die verschillende zorgaanbieders rond een bepaalde chronische aandoening leveren, de zogenoemde ketenzorg. Het doel daarvan was om de kwaliteit te verhogen en betere zorg te leveren aan patiënten met een chronische aandoening. Uit onderzoek van de NZa blijkt dat zorggroepen en zorgverzekeraars veel energie steken in het verder professionaliseren van de organisatie van ketenzorg. Ook is er meer transparantie over de geleverde kwaliteit, zodat verzekeraars en patiënten kunnen vergelijken. Tussen ketens onderling zijn daarin nog wel grote verschillen.

Bij de introductie van het integrale tarief voor ketenzorg was de verwachting dat dit op termijn ook een kostenbesparing zou opleveren. Als partijen in de eerste lijn beter samenwerken, is immers minder zorg in de duurdere tweede lijn nodig. De beoogde kostenbesparing is (nog) niet zichtbaar. De gemiddelde zorgkosten per patiënt zijn ongeveer hetzelfde gebleven. Wel is te zien dat er minder patiënten met een chronische ziekte naar

het ziekenhuis hoeven. De NZa blijft de ontwikkelingen van de ketenzorg monitoren.

Nieuwe bekostiging huisartsenzorg

Conform het advies van de NZa aan de minister wordt er per 1 januari 2015 een eerste stap gezet in een nieuwe bekostiging voor de huisartsenzorg. Deze bestaat uit drie segmenten.

- Segment 1 bevat de algemene huisartsenzorg. Onder deze basiszorg valt ook een aantal bijzondere verrichtingen, zoals kleine chirurgische ingrepen.
- In segment 2 zit de multidisciplinaire zorg. Dat wil zeggen zorg die huisartsen en andere zorgaanbieders samen leveren bij de behandeling van patiënten met een chronische aandoening, zoals diabetes of COPD. Hierdoor kunnen chronisch zieken en mensen met een complexe zorgvraag dichtbij huis door de huisarts geholpen worden, waar nodig in samenwerking met bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker.
- In segment 3 kunnen huisartsen worden beloond voor hun resultaten. Bijvoorbeeld wanneer zij doelmatig doorverwijzen, een bijzonder goede service hebben of ook 's avonds bereikbaar zijn voor hun patiënten. Huisartsen en verzekeraars kunnen ook afspraken maken over de bekostiging van vernieuwingen.

De bekostiging van de huisartsenzorg blijft zich de komende jaren ontwikkelen. Zo zullen er meer bijzondere verrichtingen onder de basiszorg gaan vallen. Verder worden er normen ontwikkeld om de kwaliteit van de huisartsenzorg te meten en komt er een zogenoemde 'substitutie-monitor': een instrument om te meten in hoeverre de huisarts en andere eerstelijnszorgaanbieders voorkomen dat mensen naar het ziekenhuis moeten.

Kosten geneesmiddelen daalden met bijna 8%

In 2013 zijn de totale uitgaven aan apotheekzorg afgenomen naar € 4,4 miljard. De kosten voor het uitgeven van geneesmiddelen daalden met 7,8%, de kosten voor zorgverlening daalden met 4,2%. Het gemiddeld tarief voor farmaceutische zorg is redelijk stabiel.

Consumenten zijn tevreden over de dienstverlening van hun apotheek. Bijna iedereen woont maximaal 4,5 kilometer van een

apotheek. Bovendien kun je vrijwel altijd bij de apotheek van je keuze terecht. Apothekers zelf geven aan dat hun financiële positie onder druk staat. Dit is aan de hand van de beschikbare cijfers nu niet goed te meten. Het is belangrijk dat er voldoende apotheken blijven bestaan om te zorgen dat de toegankelijkheid van deze zorg ook in de toekomst goed blijft. De NZa zal dit regelmatig toetsen.

Factuur apotheek transparanter voor consument

Sinds 1 januari 2014 wordt in de apotheekzorg het gesprek bij de eerste uitgifte van medicijnen apart in rekening gebracht. Wanneer apothekers een patiënt voor het eerst een nieuw medicijn of een nieuwe dosering geven, mogen zij deze prestatie declareren als zij een gesprek voeren met de patiënt over het gebruik van het medicijn. Bij controles van zorgverzekeraars en uit onderzoek van de Consumentenbond bleek dat die prestatie soms in rekening werd gebracht zonder dat er een volledig begeleidingsgesprek was gevoerd. Zorgverzekeraars moeten de apothekers hierop aanspreken. Door het begeleidingsgesprek apart op de nota te vermelden, is het ook voor de patiënt beter te controleren of de apotheeknota klopt.

Ella Kalsbeek, Voorzitter Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)

‘Geef patiënten de aandacht en zorg die ze nodig hebben.’



“Dagelijks is er nieuws over de ingezette hervormingen op het terrein van de GGZ, jeugd- en ouderenzorg. Ingrijpende veranderingen, die de huisarts en zijn praktijk stevig raken. De patiënt wordt nadrukkelijker via de huisarts geleid, voordat hij meer gespecialiseerde zorg kan krijgen, bijvoorbeeld in de GGZ. Bovendien wordt de huisarts vaak voortrekker in het coördineren van het netwerk aan zorgverleners en andere partijen die bij de patiënt zijn betrokken. Een verzwaring van de taken voor de huisarts dus.

Intussen blijft de vraag naar huisartsenzorg groeien, door demografische ontwikkelingen en substitutie van medisch specialistische zorg en GGZ naar de huisarts. Andere, oudere en langer thuiswonende patiënten maken het huisartsenvak steeds complexer en vragen meer tijd per patiënt.

Huisartsen weten daarin feilloos mee te bewegen. Hun praktijken en de manier waarop zij samenwerken zijn anders dan tien jaar geleden en zullen verder veranderen. Zij trekken bijvoorbeeld

meer gezamenlijk op, in groepspraktijken en in zorggroepen en ook met andere zorgverleners zoals de prikpost, apotheek en fysiotherapeut. In de huisartsenpraktijk komen meer en andere zorgverleners te werken, zoals praktijkondersteuners, en komen er meer taken bij, zoals voor de doktersassistenten. Daardoor slagen huisartsen er in om nog steeds circa 95% van de zorgvraag af te handelen in de huisartsenpraktijk, net als acht jaar geleden. Ondanks dat de huisartspraktijk het in die jaren veel drukker heeft gekregen: 1.000 contacten per 1.000 patiënten meer.

In het slagen van de grote transities speelt de huisarts een bepalende rol. Hij kan alleen niet tegelijkertijd én een groeiende en complexere zorgvraag opvangen én op grote schaal een extra aanbod voor jeugd, GGZ en ouderen organiseren met hetzelfde aantal patiënten. Ik verwacht daarom dat we de komende tijd de politiek mee krijgen om de huisartsenpraktijk te verkleinen, zodat alle patiënten de aandacht en zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben.”

Veel veranderingen in de GGZ

Op 1 januari 2014 is de GGZ omgevormd. Deze bestaat nu uit een 'basis GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Uitgangspunt is dat patiënten dicht bij huis en minder zwaar – en daarmee goedkoper – worden behandeld. Patiënten met lichte klachten worden geholpen in de huisartsenzorg. In de basis GGZ worden patiënten behandeld met lichte tot matige, niet-complexe psychische stoornissen of met chronische (stabiele) problematiek met een laag risico. Dan gaat het bijvoorbeeld om (eerstelijns) psychologische zorg. Patiënten met complexe stoornissen worden geholpen in de gespecialiseerde GGZ.

Volgens de eerste voorlopige cijfers dalen de uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg in 2013 met 3% ten opzichte van 2012. Dit komt onder andere doordat verzekeraars steeds scherper inkopen en met aanbieders onderhandelen over de prijs van de zorg. Maar er wordt ook onderhandeld over de manier waarop de GGZ is georganiseerd. Bijvoorbeeld over de vraag wie de hoofdbehandelaar mag zijn. Maar ook over welke zorg bij de basis GGZ hoort en welke zorg bij de gespecialiseerde GGZ. Daar lopen de meningen uiteen. Hoewel het goed is als verzekeraars zelf hun accenten leggen bij de zorginkoop moet dit voor zorgaanbieders niet leiden tot al te grote administratieve lasten of complexere declaratieprocedures. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten hier samen duidelijke afspraken over maken.

Meer informatie op de factuur in de GGZ

In de GGZ bepaalt de behandeltijd in belangrijke mate de hoogte van de factuur. Dit kan aanzetten tot onwenselijk declaratiegedrag. De NZa verplichtte in 2014 aanbieders in de GGZ om op de factuur de werkelijk bestede tijd te zetten, zodat verzekeraars en patiënten de nota's beter kunnen controleren. Ook moet op de nota worden vermeld wie de hoofdbehandelaar is en wie de medebehandelaars zijn.

Veranderingen in de forensische GGZ

De forensische zorg is bedoeld voor mensen met een psychische of psychiatrische stoornis die een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico hoog is dat zij opnieuw een strafbaar feit gaan plegen. Voor deze zorg is ook prestatiebekostiging

ingevoerd. In 2013 gold een overgangsregeling voor deze nieuwe bekostiging. De NZa controleert in 2014 of dit vangnet voldoet en of de zorgaanbieders in de forensische zorg uitkomen met hun geld voor de behandelingen.

Heldere informatie voor consumenten over zorgkosten

Consumenten hebben duidelijke informatie over de kosten van de zorg nodig. Daarmee kunnen zij een goede keuze maken voor een zorgaanbieder of zorgverzekeraar. Maar ook als de zorg volledig wordt vergoed, willen zij de rekening zien om bijvoorbeeld te controleren of de juiste behandeling is gedeclareerd. Daarmee spelen consumenten een steeds belangrijker rol in de controle op correct declareren in de zorg. De NZa heeft in 2014 dan ook het toezicht op informatie over zorgkosten aangescherpt.

Heldere kostenoverzichten van ziekenhuizen

In 2014 moeten zorgaanbieders in begrijpelijke taal meer informatie op de zorgnota's zetten, zodat verzekeraars die informatie door kunnen geven aan de patiënten. Zo krijgen patiënten en zorgverzekeraars een beter inzicht in de geleverde zorg en kunnen zij de nota's beter controleren.

Inzichtelijke passantentarieven van ziekenhuizen

De NZa verplicht verzekeraars om duidelijk op hun website te vermelden met welke zorgaanbieders zij een contract hebben. Aanbieders van medisch specialistische zorg moeten voorafgaand aan de behandeling duidelijk aangeven of er een contract is met de zorgverzekeraar of niet. Ook moeten ziekenhuizen op hun website de tarieven publiceren die zij rekenen bij niet-gecontracteerde zorg. De NZa controleert in 2014 of deze zogenoemde passantentarieven op de websites staan.

Vergelijkingsites van zorgverzekeringen

Verzekerden vinden dat informatie over zorgverzekeringen nog moeilijk te vergelijken is.

De NZa deed samen met de ACM en de AFM onderzoek naar de vergelijkingssites voor zorgverzekeringen. De vergelijkingssites zelf vallen onder het toezicht van de AFM. Wel kan de NZa de zorgverzekeraars aanspreken op de manier waarop zij hun

informatie over de polissen beschikbaar stellen. Verzekeraars zijn zelf verantwoordelijk voor de informatie op vergelijkingssites waar zij een contract mee hebben. De informatie over de polissen moeten dus ook op die sites correct zijn en voldoen aan de regels voor de informatieverstrekking van de NZa.

Heldere informatie over verzekerd pakket, het eigen risico en eigen bijdragen

De NZa toetst jaarlijks de informatie van zorgverzekeraars op hun website. Zij kijkt daarbij vooral of de zorgverzekeraar duidelijk vermeldt met welke zorgaanbieders er een contract is en wat de vergoeding van de zorg is als de verzekerden naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Als er in de polis staat dat er sprake is van 'vrije zorgkeuze' of 'volledige keuzevrijheid', moet heel duidelijk vermeld worden wat dat precies betekent. Oftewel: wat is de vergoeding van zorg geleverd door aanbieders die de verzekerde zelf kiest?

Ook checkt de NZa de informatie over het eigen risico en de eigen bijdragen. In sommige gevallen kan deze informatie nog beter door begrijpelijke taal te gebruiken. Zorgverzekeraars kunnen daarvoor samenwerken met consumentenorganisaties en patiëntenverenigingen. In 2014 checkt de NZa de websites van zorgverzekeraars voor aanvang van de overstapperiode in november. Voor verzekerden bleek het soms moeilijk om voorafgaand aan de behandeling duidelijkheid te krijgen over de verwachte kosten. Als een verzekerde hiernaar vraagt, dan moet de zorgverzekeraar duidelijke informatie geven over de consequenties van de behandeling voor het eigen risico. De NZa heeft deze verplichting opgenomen in de beleidsregel informatieverstrekking door zorgverzekeraars.

Eerder declareren van ziekenhuisbehandelingen

Om ziekenhuizen in staat te stellen sneller te declareren, heeft de NZa de maximale looptijd van een DBC-zorgproduct in 2015 verkort tot 120 dagen. Nu is de maximale looptijd van DBC-zorgproducten nog een jaar. Hierdoor zijn de cijfers over medisch specialistische zorg eerder beschikbaar. Onder medisch specialistische zorg vallen ziekenhuizen, ZBC's en instellingen voor revalidatie, audiologie en dialyse. Sommige behandelingen duren langer dan 120 dagen. Als een

patiënt na 120 dagen verder behandeld moet worden, wordt een nieuw DBC-zorgproduct geopend. Dat betekent dat verzekeraars en zorgaanbieders in hun onderhandelingen voor het jaar 2015 rekening moeten houden met extra DBC-zorgproducten voor patiënten die langer dan 120 dagen onder behandeling zijn.

Kwaliteit zorg moet transparant zijn

Naast informatie over de kosten van de zorg, moeten consumenten ook kunnen zien wat de kwaliteit van de geleverde zorg is. De consument kan deze informatie dan meenemen om een weloverwogen keuze te maken voor een zorgaanbieder. Deze informatie is ook belangrijk voor zorgverzekeraars om keuzes te maken, bijvoorbeeld om meer te vergoeden voor betere kwaliteit. Die keuzes van consumenten en zorgverzekeraars stimuleren zorgaanbieders weer om te investeren in kwaliteit en efficiëntie.

Kwaliteitsindicatoren

Een middel om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken, zijn kwaliteitsindicatoren. Een voorbeeld daarvan zijn de sterftcijfers van ziekenhuizen. Sinds 1 maart 2014 zijn ziekenhuizen verplicht om hun sterftcijfers te publiceren. Vier ziekenhuizen hebben nog niet aan deze verplichting voldaan. De NZa heeft aan deze ziekenhuizen aanwijzingen opgelegd. Zij kunnen tot 1 oktober 2014 de sterftcijfers over de eerste helft van 2014 aanleveren.

Het is nog beter als ziekenhuizen op eigen initiatief meer relevante en gedetailleerde informatie over de kwaliteit van zorg publiceren. De NZa heeft als marktmeester een rol om dit te stimuleren. Zij liet daarom een aantal UMC's onderzoek doen naar heropnames, heroperaties en aantal ongeplande ligdagen na een operatie. Dit blijken bruikbare indicatoren voor kwaliteit te zijn. Zorginstituut Nederland en de NZa zullen deze mogelijke indicatoren voor de kwaliteit van zorg met de ziekenhuizen bespreken.

A close-up portrait of Peter Höppener, a middle-aged man with short grey hair, looking directly at the camera with a slight smile. He is wearing a dark suit jacket over a light blue checkered shirt.

Peter Höppener, Directeur Zorg VGZ Zorgverzekeraar

‘Gemiddelde kwaliteit van zorg kan omhoog.’

“Het zorgveld heeft de afgelopen jaren slagen gemaakt op het gebied van transparantie en kwaliteit van zorg. Er zijn tal van kwaliteitsindicatoren beschikbaar en voor, met name, oncologische chirurgie zijn volumennormen opgesteld. We zijn er echter nog lang niet. VGZ zet daarom in op het verder verbeteren van kwaliteit. We willen meer informatie over uitkomsten van operaties, meer informatie uit bronregistraties of PROMs, minder zelf ingevulde lijstjes. We hebben stevig geïnvesteerd om kwaliteit te verbeteren. Zo hebben we voor heupvervanging veertien indicatoren vastgesteld die we als benchmark gebruiken. En we zien daarbij forse verschillen in uitkomsten, zowel bij ziekenhuizen als ZBC's. We stellen voor vijftien aandoeningen minimumnormen vast die soms hoger liggen dan die van de beroepsgroep. Het goede nieuws: 90% van de zorginstellingen haalt die norm. Van de 10% die de minimumnorm niet haalt, krijgt 5-10% dus geen contract voor de betreffende behandeling. Met die 90%, die wel

een contract voor 2015 krijgt, willen we kijken of we door het delen van kwaliteitsinformatie tot verdere verbetering kunnen komen. Natuurlijk ontstaat er discussie met het zorgveld over deze cijfers. Ik denk dat dat goed is. Samen komen we stap voor stap verder met het inzichtelijk maken en daarmee verbeteren van de kwaliteit. Het streven is niet één monopolist over te houden, maar om gezamenlijk met het zorgveld en patiëntenverenigingen de kwaliteit te verbeteren. Door het geven van benchmarkinformatie stellen we medici en ziekenhuizen in staat van elkaar te leren en zo de zorg voor patiënten te verbeteren. Zo brengen we de kwaliteit van zorg omhoog en stimuleren we zorginstellingen waar mogelijk zorg te verbeteren of krachten te bundelen. Goede zorg betekent minder zorgkosten. En dat is uiteindelijk voor iedereen van belang: zorginstellingen, patiënten en de samenleving.”

Informatie aan verzekerden over volumeafspraken

Zorgverzekeraars maken met zorgaanbieders afspraken over de inhoud, de kwaliteit en de prijs van de zorg, maar ook over de hoeveelheid behandelingen. Hierbij kan een plafond worden afgesproken: een maximum aantal behandelingen dat in rekening gebracht kan worden per jaar. Het kan dan gebeuren dat een zorgaanbieder bij het bereiken van dat omzetplafond cliënten van een verzekeraar weigert. Eind 2013 gebeurde dit bij een ziekenhuis voor cliënten van een bepaalde verzekeraar. De zorgverzekeraar heeft echter een zorgplicht en moet de verzekerde dus een oplossing bieden. Bijvoorbeeld door aanvullende afspraken te maken met de zorgaanbieder of door de verzekerde zorg te bieden bij een andere aanbieder.

Dit is verwarrend voor verzekerden die bij de keuze voor een zorgverzekeraar rekening houden met de zorgaanbieders bij wie ze terecht kunnen. Verzekerden moeten bij het kiezen van een polis weten of er gevolgen kunnen zijn voor hen als de verzekeraar afspraken heeft met bepaalde zorgaanbieders voor een maximum aantal behandelingen in een jaar. De NZa verplicht zorgverzekeraars om hier duidelijke informatie over te geven, dit is toegevoegd aan de beleidsregel over informatieverstrekking door zorgverzekeraars.

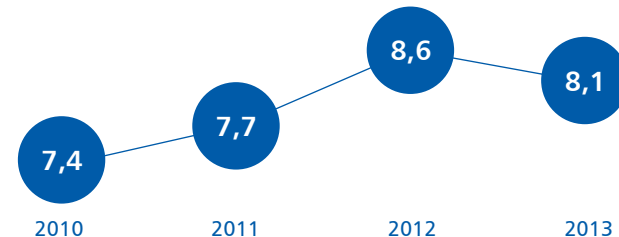
Voorkom patiëntenstops en maak normen voor wachttijden

In december 2013 kondigde een ziekenhuis een patiëntenstop af voor de transgenderzorg, omdat er problemen waren in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over de financiering. De NZa spoorde het ziekenhuis en de verzekeraars aan om tot een oplossing te komen en startte een onderzoek naar mogelijke maatregelen om de patiëntenstop te beëindigen. Dat onderzoek was uiteindelijk niet meer nodig omdat het ziekenhuis en de verzekeraars afspraken maakten en de patiëntenstop werd opgeheven. Om dit soort problemen in de toekomst te voorkomen, moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over acceptabele wachttijden in de transgenderzorg en patiënten informeren over de actuele wachttijden. De NZa controleert of dit ook daadwerkelijk het geval is.

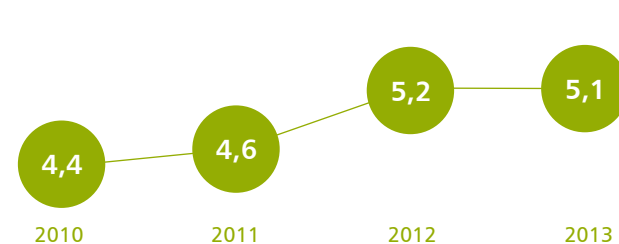
De Langdurige Zorg

Uitgaven langdurige zorg in cijfers in mld. EUR

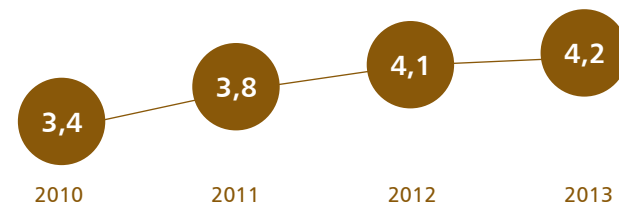
Wat gaven we uit aan verpleeg- en verzorgingshuiszorg?



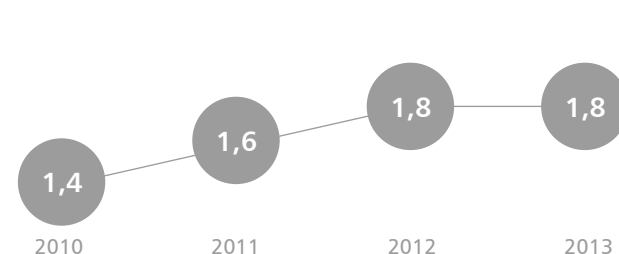
Wat gaven we uit aan gehandicaptenzorg met verblijf?



Wat gaven we uit aan thuiszorg?



Wat gaven we uit aan langdurige GGZ?



Veranderingen in de uitgaven langdurige zorg tussen 2012 en 2013

Ontwikkeling uitgaven langdurige zorg met verblijf
(in mln. EUR) tussen 2012-2013

	omzet- ontwikkeling	waarvan volume effect	waarvan prijs effect
Verpleging & Verzorging, inclusief geriatrische revalidatiezorg	-480	-538	58
Verpleging & Verzorging, gecorrigeerd voor geriatrische revalidatiezorg	155	97	58
Gehandicaptenzorg	-123	39	-162
Langdurige GGZ	-49	-3	-46

Wat zeggen de cijfers in de langdurige zorg?

Tussen 2010 en 2012 stegen de uitgaven aan langdurige zorg in een instelling met ruim € 2 miljard, zo'n 10 procent van het totale budget. Dit kwam vooral doordat de tarieven in de langdurige zorg omhoog gingen, door de jaarlijkse indexering en het extra geld dat in 2011 beschikbaar kwam (de zogenoemde 'intensiveringsmiddelen'). In mindere mate stegen de kosten door een toename van het aantal patiënten en door verzwarende van de zorg. In die periode gaven we ook meer uit aan langdurige zorg in de thuissituatie. Ook hier is ruim de helft van die stijging toe te schrijven aan de jaarlijkse indexatie van de tarieven.

Minder groei tussen 2012 en 2013

Tussen 2012 en 2013 zien we een trendbreuk in de cijfers. In de verpleging en verzorging dalen de totale uitgaven aan langdurige zorg met € 480 miljoen. In 2012 is de geriatrische revalidatiezorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Als we die uitgaven er nog bij optellen om de vergelijking zuiver te maken, zien we bij de verpleging en verzorging een toename in de uitgaven van € 155 miljoen. Toch is dit een minder grote stijging van de uitgaven dan in de jaren daarvoor. In de gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ daalden de uitgaven tussen 2012 en 2013.

Wat zijn de oorzaken van deze trendbreuk?

- De overheveling van de geriatrische revalidatiezorg naar de Zvw (zie hiernaast).
- De uitgaven aan zorg in een AWBZ-instelling daalden doordat vanaf 2012 cliënten met een lichtere zorgvraag hun zorg aan huis kregen.
- In 2013 verviel het extra geld (de intensiveringsmiddelen) voor de gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ. Hierdoor daalden de tarieven.

Grote veranderingen in de langdurige zorg

Er gaat veel veranderen in de langdurige zorg. Als de Tweede en Eerste Kamer alle voorgestelde wetten aannemen, ontstaat vanaf 2015 de volgende taakverdeling:

- **Gemeenten (Wmo en Jeugdwet): dagbesteding, begeleiding en jeugdhulp**
Gemeenten gaan zorgen voor de begeleiding en ondersteuning aan huis, zoals hulp bij aan- en uitkleden en haren wassen. De gemeente betaalt alleen nog de huishoudelijke hulp bij een laag inkomen. Ook de jeugdhulp en het beschermd wonen voor mensen met een psychische stoornis komt bij de gemeenten.
- **Zorgverzekeraars (Zvw): medische zorg**
De zorgverzekeraar regelt de medische zorg, zoals wijkverpleging, persoonlijke verzorging en extramurale palliatieve zorg. Ook regelt de verzekeraar de eerste drie jaar aaneengesloten verblijf van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg.
- **Rijksoverheid (Wlz): langdurige intensieve zorg**
De nieuwe Wlz is er voor de meest kwetsbare ouderen, voor mensen met een handicap in instellingen en voor GGZ-cliënten die langdurige zorg met verblijf nodig hebben. Cliënten in de Wlz hebben permanent toezicht, een beschermde woonomgeving of 24-uurs zorg in de nabijheid nodig en zullen een blijvend beroep doen op deze zorg.

Hervorming langdurige zorg

24- uurs zorg in de Wet langdurige zorg

- Recht op zorg in een instelling, thuis of met PGB
- Permanent toezicht en 24-uurs zorg nabij
- Langdurige GGZ
- Zorg voor de meest kwetsbare ouderen en mensen met een beperking

Nieuwe ondersteuning in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

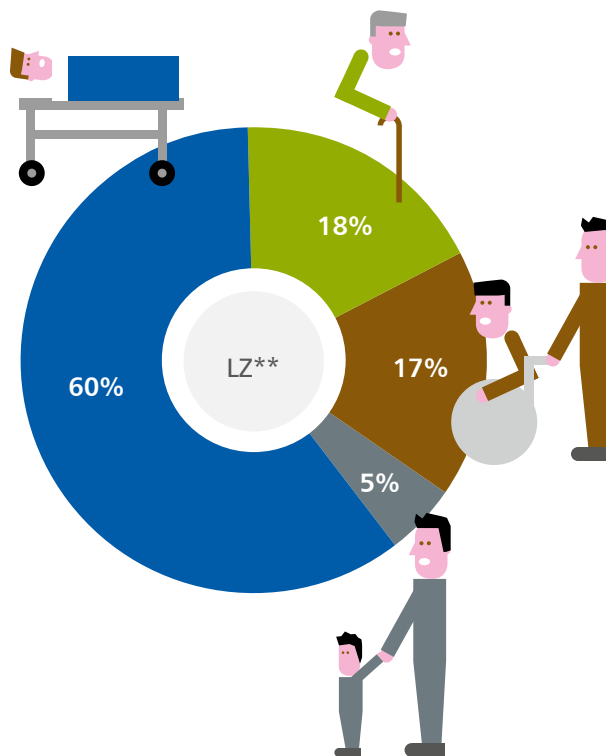
- Ondersteuning bij zelfredzaamheid
- Ondersteuning bij participatie
- Beschermd wonen en opvang
- Ondersteuning mantelzorg
- Cliëntondersteuning

Nieuwe zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw)

- Wijkverpleging
- Persoonlijke verzorging
- Extramurale behandeling
- Extramurale palliatieve zorg
- Intensieve kindzorg

Nieuw: Jeugdzorg naar gemeenten

- Gemeenten hebben een jeugdhulpplicht: kinderen tot 18 jaar ontvangen de hulp die nodig is. Kinderen die op grond van ernstige beperkingen hun verdere leven 24-uurs zorg of permanent toezicht nodig hebben, houden aanspraak op de Wet langdurige zorg (Wlz).



* Deze infographic is een vereenvoudiging van de hervorming langdurige zorg

** De uitgaven van de langdurige zorg (Lz) in 2013 bedragen circa € 28,5 miljard (AWBZ en Wmo-Huishoudelijke hulp)

Wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet per 2015

Per 1 januari 2015 wordt de verpleging en verzorging aan huis (wijkverpleging) betaald vanuit de Zvw. Dit betekent dat zorgverzekeraars verantwoordelijk worden voor de inkoop van wijkverpleging, naast de palliatieve terminale zorg die thuis wordt gegeven en de intensieve kindzorg. Mensen die deze zorg nodig hebben, hebben geen indicatie meer nodig van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Zij kunnen rechtstreeks of bijvoorbeeld via hun huisarts of zorgloket van de gemeente in contact komen met een wijkverpleegkundige. Die kijkt met de cliënten wat ze nodig hebben aan verpleging en verzorging om langer thuis te kunnen wonen.

Om deze overgang zonder al te ingrijpende wijzigingen te laten verlopen, is 2015 een overgangsjaar. Dit betekent dat (een deel van) de huidige zorgprestaties en tarieven voor verpleging en verzorging ook in 2015 blijven gelden als deze zorg vanuit de Zvw wordt betaald. In 2016 komt er een nieuw bekostigingsmodel. Uitgangspunt wordt dat zowel de cliëntgerichte taken, de preventiemaatregelen als de resultaten van de geleverde zorg een onderdeel van de bekostiging vormen.

Behandeling aan huis

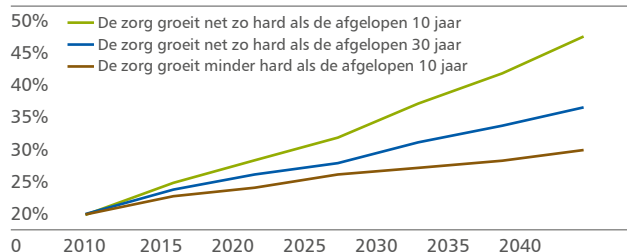
De behandeling aan huis, de zogenoemde 'extramurale behandeling' wordt in 2016 overgeheveld naar de Zvw. In 2015 zal het Zorginstituut Nederland een subsidieregeling gaan uitvoeren voor extramurale behandeling.

Waarom is deze hervorming nodig?

De uitgaven aan langdurige zorg nemen ieder jaar toe. Nu betaalt een gezin met twee modale inkomens ongeveer een kwart van zijn inkomsten – zo'n € 15.000 per jaar – aan de zorg in totaal. Het grootste deel daarvan wordt betaald via de inkomstenbelasting. Als de uitgaven zo blijven stijgen als de afgelopen jaren, dan zouden we in 2040 de helft van ons inkomen aan zorg moeten besteden. Dit betekent dat uitgaven aan andere publieke zaken zoals onderwijs en politie, in het gedrang kunnen komen. De grafiek in de volgende kolom geeft dit beeldend weer.

De helft van ons inkomen naar de zorg

% van het bruto inkomen dat een doorsnee gezin kwijt is aan zorg*



Mensen worden daarnaast steeds ouder en willen langer zelfstandig blijven wonen. Deze tendens is al een aantal jaar zichtbaar. Het kabinet wil nu de zorg anders organiseren, zodat mensen inderdaad dichterbij huis een beroep kunnen doen op de langdurige zorg. Voor wie zwaardere langdurige zorg in een beschermde woonomgeving nodig heeft, moet er zorg in een instelling beschikbaar blijven.

Doel: in 2017 geven we net zoveel uit aan langdurige zorg als in 2013

De veranderingen in de langdurige zorg gaan gepaard met een verlaging van het budget met € 3,4 miljard in 2017. De uitgaven aan langdurige zorg zullen na die verlaging net zo hoog zijn als in het jaar 2013. De grootste kortingen vinden plaats bij de zorg aan huis, namelijk de begeleiding en persoonlijke verzorging (€ 1,6 miljard) en huishoudelijke hulp (€ 0,6 miljard).

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de budgettaire gevolgen van de veranderingen in de langdurige zorg.

Uitgaven langdurige zorg 2013 en 2017 in mld. EUR

	2013	2017
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	26,5	0
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	1,3	4,0
Wet langdurige zorg (Wlz)	0	17,2
Zorgverzekeringswet (Zvw)	0	3,9
Jeugdwet	0	1,2
Totaal	27,8	26,3

Bron: Hervorming AWBZ, een simulatie van de gevolgen, Algemene Rekenkamer, april 2014

*Bron: De zorg, hoeveel extra is het ons waard (VWS)

A close-up portrait of Marco Walhout, a middle-aged man with short dark hair, wearing a dark blue suit, white shirt, and a striped tie. He is looking directly at the camera with a neutral expression. The background is a blurred cityscape seen through a window.

Marco Walhout, partner Deloitte, voorzitter Coziek, NBA

‘Investeer in uitvoerbaarheid en toetsbaarheid van de regels.’

“De controleerbaarheid van de zorgsector staat al jaren hoog op de agenda van de Sectorcommissie Coziek van de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA). Met name in de sectoren ziekenhuizen/UMC's en GGZ-instellingen blijkt na de introductie van DBC's sprake van toenemende complexiteit. Dit heeft gevolgen voor de betrouwbaarheid en controleerbaarheid van DBC-verantwoordingen en de jaarrekening. NBA/Coziek participeert daarom pro-actief in het overleg met veldpartijen en geeft controle-aanwijzingen in Audit Alerts.

Sinds 2006 nemen accountants een beperking op in hun controleverklaring bij de omzetverantwoordingen. Door de afschaffing van de budgetfinanciering kreeg de omzetverantwoording een directe link met de jaarrekening. De DBC-complexiteit verplaatste zich eveneens naar de jaarrekening. Een voorbehoud in de controleverklaring bij de jaarrekening zou grote consequenties kunnen hebben voor gebruikers van de jaarrekening. Daarom dringt nu ook de bancaire sector aan op het doorbreken van de huidige systeemcomplexiteit.

Eenduidige normen voor de toetsing van de omzetverantwoording 2013 ontbreken. Daarom is een procesafspraken gemaakt om de jaarrekening 2013 van ziekenhuizen te kunnen goedkeuren. Na self-assessments en accountantsonderzoek moet een finaal oordeel van een Expertgroep het aanknopingspunt bieden voor een stellig accountantsoordeel over de vermogenspositie van ziekenhuizen ultimo 2013.

De problematiek is daarmee niet structureel opgelost. Rondom de kwaliteit van de regelgeving zijn twee lessen te trekken:

- Bevorder toetsbare registratie- en declaratieregels op het detailniveau dat goed aansluit op de praktijk.
- Investeer in de uitvoerbaarheid en toetsbaarheid van regels. Sectorbrede consultatie van experts bevordert een dialoog vooraf en voorkomt discussie achteraf.”



Piet-Hein Peeters, Hoofdredacteur Zorg + Welzijn

‘Niemand wil als eerste zeggen dat het niet kan.’

“Congres in Ede 11 september 2014. Een zaal vol zorg- en welzijnsprofessionals toont zich grosso modo pessimistisch over de gevolgen van de decentralisaties. Betere zorg? Dacht het niet. Vraag: waarom horen we jullie hier niet over? Stilte. Eén dappere ziel steekt de vinger op. Vertelt over de *concullega's* in haar gemeente. “Bij de koffieautomaat bespreken we wat we mis zien gaan. Aan tafel bij de gemeente gaat het om wie de opdracht krijgt. Niemand wil als eerste zeggen dat het niet kan”. Professionals die toezien dat de kwaliteit van hun dienstverlening aan mensen die het dringend nodig hebben achteruit gaat, bestuurders die trachten de goedkoopste te zijn. Dan maar met wat mensen minder. Marktwerking. En u dacht dat op lokaal niveau de gemeenteraad de controlerende rol van de Tweede Kamer overneemt? Nou nee. Die heeft haar mandaat weggegeven aan regionale Gemeenschappelijke Regelingen waar een aantal wethouders, waarschijnlijk gesouffleerd door potente zorg-

bestuurders, de koek verdeelt. Nog begrijpelijk ook. Als fulltime betaalde, lokale ambtenaren al met de handen in het haar zitten over de uitvoering van de decentralisaties, wat zou je dan van goed bedoelende vrijwilligers als raadsleden mogen verwachten? Er zal veel goed gaan hoor. In zorg en welzijn. Omdat professionals nog een stap extra zetten, omdat mantelzorgers bereid zijn overbelast te raken en er financieel op achteruit te gaan. Omdat mensen die weg kwijnen weinig geluid maken. En dat er af en toe iets gruwelijk mis blijkt te zijn gegaan - een geëxplodeerde psychiatrische patiënt, een doodgevroren demente bejaarde - dat zou je een moderne vorm van toezicht houden kunnen noemen. Cynisch? Inderdaad. De vraag die erachter schuil gaat, is of u, brancheorganisaties, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, werkelijk lokale ‘kwaliteitsverschillen’ toe laat. Of dat u, onder het uiten van bezwingen als ‘de vinger aan de pols’, de teugels vanaf centraal niveau weer langzaam aanhaalt.”

Taken van de NZa in de langdurige zorg

De nieuwe wijze van bekostiging van de langdurige zorg heeft uiteraard ook gevolgen voor de taken van de NZa. De NZa is geen toezichthouder meer voor de zorg die na de hervormingen wordt geleverd door de gemeenten. Wel zal de NZa de veranderingen blijven volgen. Zien we bijvoorbeeld een opvallende toe- of afname in de vraag naar zorg met verblijf? Of zijn er bijzondere verschuivingen te zien tussen de zwaardere zorgindicaties? Deze gegevens zijn van belang voor de NZa als toezichthouder en regelgever voor de Wlz, de Zvw en de Wmg.

Taken NZa in de Wet langdurige zorg

Voor de Wlz zal de NZa vanaf 2015 dezelfde taken blijven uitvoeren als nu in de AWBZ. Het verdelen van het landelijk budget over de zorgkantoorregio's bijvoorbeeld, en het vaststellen van de tarieven voor de zorg. Ook ziet de NZa erop toe dat zorgkantoren en zorgaanbieders de wet naleven en dat zij zorgnota's goed indienen en controleren.

Taken NZa bij de wijkverpleging

De NZa zal geen tariefbeschikking per zorgaanbieder meer vaststellen voor de verpleging en verzorging aan huis (de wijkverpleging). Wel stelt de NZa het tarief en zorgprestaties vast voor de zorg die de wijkverpleging levert vanuit de Zorgverzekeringswet. Ook zal de NZa de totale uitgaven aan wijkverpleging monitoren. De NZa houdt toezicht op de zorgverzekeraars, dus ook voor deze zorg. Daarnaast controleert de NZa of de zorgverzekeraars de wet goed uitvoeren, of zij hun administratie op orde hebben en of zij zorgnota's checken op juistheid.

Blijft er voldoende zorg beschikbaar voor bewoners AWBZ-instellingen?

Door de kabinetsmaatregel om ouderen langer thuis te laten wonen, krijgen AWBZ-instellingen die zorg met verblijf aanbieden, te maken met een afname van het aantal bewoners. De maatregel betekent dat er uiteindelijk minder verpleeg- en verzorgingshuizen nodig zullen zijn. Voor bestaande bewoners bestaat er een overgangsregeling. Als cliënten moeten verhuizen omdat een zorgaanbieder de deuren sluit, moet het zorgkantoor de cliënt begeleiden naar een

passend alternatief. Een belangrijke vraag is hier of de komende jaren per regio in totaal wel voldoende plaatsen beschikbaar blijven voor iedereen die daar recht op heeft.

De komende jaren blijft er voldoende zorg met verblijf beschikbaar

Uit onderzoek van de NZa in 2014 blijkt dat er de komende jaren in ieder geval voldoende capaciteit beschikbaar is om cliënten met een indicatie voor langdurige zorg in een instelling te laten verblijven. Zorgkantoren moeten wel in de gaten houden of de zorgaanbieders ook op de langere termijn voldoende plaatsen beschikbaar hebben. Zorgaanbieders die nu in verhouding veel cliënten met een lichtere zorgvraag in huis hebben, hebben de grootste 'veranderopdracht'. Zij moeten bijvoorbeeld locaties afstoten of voor andere activiteiten gebruiken, zich richten op een andere cliëntgroep of (meer) zorg in de thuissituatie gaan bieden. De mate waarin een zorgaanbieder deze veranderingen aankan, is onder andere afhankelijk van de financiële reserves.

In vijf regio's moeten zorgkantoren extra opletten

Als in een regio veel zorgaanbieders zijn die veel moeten veranderen in hun bedrijfsvoering maar beperkte financiën hebben, kan daar op termijn een risico ontstaan. Op basis van de zwaarte van de veranderopdracht en de financiële situatie van de zorgaanbieders ziet de NZa op de lange termijn mogelijke risico's in de zorgkantoorregio's Arnhem, Amsterdam, Groningen, Midden-Holland en Utrecht. Zorgkantoren moeten in die regio's extra alert zijn om te zorgen dat er ook op de langere termijn voldoende zorg met verblijf beschikbaar blijft.

Aandachtspunten bij hervormingen langdurige zorg

De NZa constateert vanuit haar huidige rol als toezichthouder en regelgever in de AWBZ een aantal aandachtspunten voor de komende hervormingen in de langdurige zorg.

1. Waar kunnen cliënten terecht met hun vragen?

De organisatie van de langdurige zorg verandert ingrijpend. Het is belangrijk dat cliënten goede en duidelijke informatie krijgen en dat ze weten waar ze terecht kunnen met hun vragen.

- **Wat verandert er in de langdurige zorg?**

Informatie over alle veranderingen in de langdurige zorg is te vinden op de website: www.hervorminglangdurigezorg.nl.

Deze website bevat informatie voor cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren, gemeenten en samenwerkingsverbanden.

- **Wat verandert er voor mij als cliënt?**

Voor cliënten in de jeugdzorg en voor volwassenen die nu langdurige zorg ontvangen, is er een aparte website: www.hoeverandertmijnzorg.nl. Hier vindt u antwoord op vragen als: Houd ik mijn recht op zorg? Moet ik meer gaan betalen? Houd ik dezelfde zorgverlener? Deze website legt uit welke rechten u heeft bij de overgang naar de nieuwe zorg. U kunt ook uw vraag stellen via een formulier en krijgt dan antwoord per mail of telefonisch.

- **Informatie over jeugdhulp via gemeenten**

Voor de jeugdhulp wordt de informatiestroom eenvoudiger. Waren er voorheen veel verschillende instanties waar mensen naar toe moesten voor hun vragen, vanaf 2015 kunnen mensen voor al hun vragen over de jeugdhulp terecht bij hun gemeente.

2. Waar kunnen zorgaanbieders terecht met hun vragen?

- **Waar vind ik meer informatie als zorgaanbieder over de hervormingen?**

Zorgaanbieders in de langdurige zorg krijgen te maken met veel veranderingen en overgangsregelingen de komende tijd.

Ook voor hen bevat www.hervorminglangdurigezorg.nl veel informatie. Zij kunnen ook contact opnemen met de helpdesk voor zorgaanbieders via 030 – 273 99 00 (geopend op maandag t/m vrijdag van 9.00u tot 17.00u).

- **Waar moet de zorgnota heen voor mijn cliënt?**

Er zullen cliënten zijn die in een bijzondere situatie verkeren of voor wie het minder goed duidelijk is waar de zorgnota naartoe moet in de nieuwe situatie. Zorgaanbieders kunnen hun vragen hierover stellen aan hun brancheorganisatie. Is het ook voor de brancheorganisatie nog niet duidelijk waar de nota naar toe moet? Dan kan de brancheorganisatie de vraag voorleggen aan de NZa. Wij maken dan duidelijk hoe de zorg aan deze cliënt(en) betaald moet worden.

3. Aandachtspunten Wet langdurige zorg

- **Blijven de zorgkantoren voldoende zorg met verblijf inkopen?**

De NZa blijft ook bij de Wlz toezicht houden op de zorgkantoren. Bij de start van de veranderingen intensificeert de NZa dat toezicht. Houden de zorgkantoren zich aan hun zorgplicht, kopen zij voldoende zorg in voor de inwoners van hun regio en begeleiden zij mensen die op een wachtlijst staan? De NZa houdt dat in de gaten en kan maatregelen treffen als dat nodig is.

- **Hoe gaat het met de dagbesteding?**

Enkele jaren geleden zijn de tarieven voor deze zorg voor cliënten met en zonder verblijf gelijk getrokken. Omdat deze cliënten naar dezelfde soort dagbesteding gingen, bijvoorbeeld een winkel of restaurant. Blijft de kwaliteit van de begeleiding bij de dagbesteding na de hervormingen even goed als ervoor, blijft daar nu voldoende geld voor beschikbaar? Wordt de dagbesteding wellicht anders georganiseerd en ontstaan er nieuwe initiatieven van gemeenten in de wijk? Zijn de cliënten tevreden over die dagbesteding? De NZa zal dit blijven toetsen en rapporteert haar bevindingen aan de staatssecretaris van VWS.

4. Aandachtspunten langdurige zorg door gemeenten

- **Zijn de kaartenbakken op orde?**

Bij een omvangrijke verandering als deze kan er veel misgaan als de administratie niet op orde is. Weten de zorgaanbieders bijvoorbeeld in welke gemeenten hun cliënten staan ingeschreven? En andersom: weten de gemeenten bij welke aanbieders hun inwoners nu zorg krijgen? Als de kaartenbakken niet op orde zijn, kan de toegankelijkheid van de zorg in het geding komen. Ook het risico op zorgfraude of onjuiste nota's is dan groter. Te verwachten is dat zorgaanbieders en gemeenten regelmatig gegevens over cliënten zullen uitwisselen, omdat de zorgbehoefte van mensen geregeld verandert.

- **Signaleringsfunctie wordt essentieel**

Door de veranderingen in de langdurige zorg zullen mensen meer dan voorheen thuis zorg krijgen in plaats van dat ze naar een instelling gaan. Dit betekent dat er meer dan eerst goed gesignaleerd moet worden door bijvoorbeeld huisarts of wijkverpleegkundige wanneer de zorgbehoefte van mensen te groot wordt om nog thuis te blijven wonen. Dit betekent ook dat zorgkantoren de wachtlijsten goed moeten bijhouden. Verandert de urgentie, dan kan het zijn dat iemand niet naar een instelling van zijn voorkeur kan, maar naar een andere zorgaanbieder moet waar een plek is voor zorg in een beschermde woonomgeving.

- **Accepteren we verschillen tussen gemeenten?**

Gemeenten worden zelf verantwoordelijk voor de langdurige zorg. Dit betekent dat de manier waarop deze zorg georganiseerd wordt per gemeente kan gaan verschillen. Net zoals de activiteiten op het gebied van welzijn, leefbaarheid en veiligheid nu verschillen per gemeente. De gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor het toezicht op de besteding van de budgetten. Een externe toezichthouder kan dus niet ingrijpen als er verschillen ontstaan tussen gemeenten in de kwaliteit en organisatie van de langdurige zorg. De minister kan dit wel. Overigens blijft staan dat de kwaliteit van de zorg moet voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg. De IGZ ziet daarop toe.

5. Aandachtspunten wijkverpleging door zorgverzekeraars

- **Wat gaat de wijkverpleging kosten?**

De NZa verwacht dat de kosten van de wijkverpleging kunnen gaan toenemen. Bijvoorbeeld omdat er geen sprake meer is van een indicatiestelling door het CIZ. Maar ook omdat er meer taken dan voorheen onder de wijkverpleging vallen. Het ministerie van VWS zal over de kostengroei afspraken maken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa vraagt bij de zorgverzekeraars in 2015 gegevens op om een beeld van de totale kosten te krijgen. In het uiterste geval kan een teveel aan uitgaven teruggevorderd worden bij de zorgaanbieders. De NZa heeft deze mogelijkheid in de beleidsregels opgenomen.



Illya Soffer, Directeur Ieder(in)

‘De uitzondering is de regel.’

“Zelf kunnen kiezen waar je woont en met wie je woont. Kunnen werken als je kan. Zelf bepalen hoe de zorg en ondersteuning aan jouw lijf en in jouw huis georganiseerd wordt. Het lijkt zo vanzelfsprekend, maar dat is het niet voor iedereen. Mensen die dagelijks intensieve zorg nodig hebben, moeten de eigen regie over hun leven nog bevechten. De politiek heeft de mond vol van keuzevrijheid en eigen regie, maar of de harten er ook van overlopen, is nog maar de vraag. Want tussen droom en daad staan wetten in de weg en blijkbaar veel praktische bezwaren. Het motto van de hervorming langdurige zorg leek veelbelovend: we creëren geen modellen, maar nemen de menselijke maat als uitgangspunt: ‘van systemen naar mensen’. Toch dreigen de transities in de uitvoeringspraktijk uit te monden in juist minder

keuzevrijheid, minder eigen regie, minder zelfredzaamheid en minder mogelijkheden voor mensen met een chronische ziekte of beperking. Wetten en regels komen vooral tot stand op basis van rekenmodellen en beheersmatige ordeningsprincipes, waardoor de mens in het gedrang komt. Als je in een model past, komt het goed. Maar wat als dat niet het geval is? Wat als de maatschappelijke puzzel niet meer gelegd kan worden die iemand met een beperking nodig heeft om zelfstandig te kunnen wonen, werken en meedoen aan het sociale verkeer? De hervormingen in de langdurige zorg zijn pas geslaagd als de burger daarin echt centraal staat. Als eigen regie en zelfredzaamheid geen holle frasen zijn, maar dagelijkse praktijk. Wij zijn pas tevreden als de mens in de langdurige zorg de maat is, en de uitzondering de regel!”

Meer zorginnovatie mogelijk

De beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid om maximaal drie jaar te experimenteren met innovatieve zorg.

Innovaties in eerstelijnszorg

In 2014 ontving de NZa veel aanvragen voor experimenten in de ouderenzorg. Met de aankomende verandering van de thuisverpleging of wijkverpleging naar de Zvw, denken zorgaanbieders en zorgverzekeraars duidelijk na over hoe ouderen met een bepaalde zorgvraag zo lang mogelijk thuis kunnen blijven. Er is dan ook veel aandacht voor ondersteuning van zelfmanagement van de patiënt, bijvoorbeeld via e-health.

Twee experimenten complexe wondzorg

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars proberen meer grip te krijgen op de kwaliteit en kosten van de ouderenzorg door te experimenteren met een vorm van integrale bekostiging. Zo lopen er twee experimenten voor de behandeling van patiënten met complexe wonden. Bij deze zorg zijn diverse disciplines betrokken, zoals verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, wondconsulenten en artsen. Aanbieders van deze zorg krijgen binnen het experiment een tarief waar alle benodigde zorg voor de patiënt in zit, dus zowel de regiefunctie als de consulten en soms zelfs de benodigde hulpmiddelen. Er worden dus geen losse onderdelen gedeclareerd. Daarnaast is in overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars een nieuwe zorgprestatie toegevoegd: de 'regiefunctie'. Hieronder valt bijvoorbeeld het opstellen van een behandelplan, het bespreken van dit plan met de patiënt en afstemming met de specialist of de huisarts. Deze zorgprestatie kan vanaf 2015 worden gedeclareerd.

Huisartsen en wijkverpleegkundigen kunnen afspraken maken over nieuwe zorgbehandelingen

Er zijn binnen de gewone regels ook steeds meer mogelijkheden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te experimenteren met nieuwe vormen van zorg of betere samenwerking. Zo kunnen huisartsen en wijkverpleegkundigen per 2015 met de zorgverzekeraar afspraken maken over nieuwe, betere of efficiëntere zorgbehandelingen.

Oplossing nodig voor verschillende 'geldpotjes' voor innovatie

Voor bepaalde nieuwe initiatieven, vooral op het gebied van samenwerking tussen verschillende zorgsectoren, zijn er nog te veel belemmeringen in de huidige regels. Dit komt omdat er verschillende potjes geld beschikbaar zijn voor de verschillende zorgsectoren. Door de veranderingen in de langdurige zorg komen er vanaf 2015 nog meer van deze verschillende 'schotten' tussen de geldpotjes. Zo zullen zorgaanbieders in de langdurige zorg nu bijvoorbeeld ook meer met gemeenten en zorgverzekeraars moeten gaan samenwerken. Het ministerie van VWS zal met zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de NZa zoeken naar mogelijke oplossingen voor dit probleem.





De uitdagingen
voor 2015

De uitdagingen voor 2015

Tarieven moeten doelmatige zorg stimuleren

Hoewel het zorgstelsel zoals dat in 2006 is geïntroduceerd steeds beter functioneert, stijgen de zorguitgaven in bijna alle sectoren nog steeds. Alleen in de farmacie zijn de totale uitgaven afgenomen en in de GGZ lijken de uitgaven te dalen volgens de eerste voorlopige cijfers. Doelmatige zorg is daardoor een steeds belangrijker thema. De doelmatigheid kan verbeteren door technologische ontwikkelingen, de manier waarop aanbieders hun werkprocessen inrichten, veranderingen in medische richtlijnen en door de keuzes die medische professionals elke dag maken. In de sectoren waar vrije tarieven gelden, zoals het grootste deel

van de ziekenhuiszorg en de eerstelijnszorg, kunnen de zorgverzekeraars meer afspraken maken met zorgaanbieders over doelmatigheid van zorg.

Maar ook als er maximumtarieven gelden, kun je zorgaanbieders stimuleren om de doelmatigheid van de zorg te vergroten en de voordelen daarvan door te geven aan consumenten. De NZa onderzoekt daarom hoe we in de tariefberekeningen meer kunnen sturen op doelmatige zorg. Dus, hoe kunnen we zorgaanbieders die hun doelmatigheid verbeteren daarvoor belonen? En kunnen we consumenten daarvan laten meeprofiteren?

Kijk naar mogelijkheden om zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer vrijheid te geven

De NZa heeft de afgelopen jaren de minister van VWS geadviseerd om in bepaalde zorgsectoren minder regels door de overheid op te leggen. Zoals in de farmacie en de geboortezorg. Soms is ook weer een stap terug gedaan, zoals in de mondzorg. In 2014 presenteerde de NZa een visie op de manier waarop in de eerstelijnszorg minder regels door de overheid mogelijk zou zijn, bijvoorbeeld door zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen afspraken te laten maken over tarieven en de aard van de behandeling. De NZa besprak deze visie met de zorgaanbieders,

de verzekeraars en de patiëntenorganisaties en presenteerde in het uiteindelijke rapport ook de randvoorwaarden die nodig zijn om met minder regels te werken.

Ook voor andere zorgsectoren zal de NZa de komende tijd zo'n visie opstellen samen met de verschillende organisaties in de zorg. Daarbij weegt de NZa steeds aan de hand van diverse criteria af of een zorgsector klaar is voor een (verdere) stap naar minder regels door de overheid.

Van ‘verbod’ naar ‘gebod’

In veel zorgsectoren waar gewerkt wordt met vrije tarieven, stelt de NZa nog steeds de omschrijving van behandelingen vast, de prestatiebeschrijving. Deze omschrijvingen zijn ooit gestandaardiseerd om een goede vergelijking tussen behandelingen mogelijk te maken. Vooral in zorgsectoren waar partijen nog niet gewend zijn om te onderhandelen, kan dit nuttig zijn. Zorgaanbieders mogen dan alleen de zorg in rekening brengen die valt onder deze prestatiebeschrijving.

In de zorgsectoren waar nu vrije tarieven gelden (zoals het grootste deel van de ziekenhuiszorg), kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen afspraken maken over de kwaliteit van de behandeling en de prijs ervan. Doordat de behandelingen vast omschreven zijn, kunnen zij nog maar beperkt afspraken maken over de inhoud van de behandeling en over de wijze waarop de zorg moet worden georganiseerd. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen op dit moment wel een nieuwe prestatiebeschrijving aanvragen, maar dat leidt vaak tot vertraging. Hierdoor kunnen lokale afspraken over maatwerk en innovaties niet altijd direct in de praktijk worden gebracht. Dit is werken vanuit een verbodgedachte: ‘Niets is toegestaan, tenzij het is vastgesteld door de NZa’.

Meer ruimte voor afspraken over de inhoud en organisatie van de behandeling

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden juist meer ruimte moeten krijgen om ook afspraken te maken over de inhoud van de behandeling en de wijze waarop deze wordt georganiseerd en bekostigd. Dit zou mogelijk gemaakt kunnen worden door - waar mogelijk - te gaan werken vanuit een ‘gebodgedachte’. De NZa bepaalt niet meer welke zorgprestaties in rekening mogen worden gebracht, maar bepaalt wel de randvoorwaarden die zorgen dat de publieke belangen niet worden geschaad. Het gaat dan bijvoorbeeld om transparantievoorschriften: welke prestatiebeschrijving men ook hanteert, het moet voor de patiënt duidelijk zijn wat de behandeling inhoudt. Daar moet goed toezicht op worden gehouden. Afspraken over behandelingen moeten uiteraard wel verboden kunnen worden

als deze in strijd zijn met het publieke belang, bijvoorbeeld omdat minimumkwaliteitsnormen worden geschonden. Komen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar niet tot een afspraak? Dan kan er een terugvaloptie zijn waarbij de NZa alsnog de prestatiebeschrijving en eventueel het tarief bepaalt.

Stap voor stap naar gebod

Het ligt voor de hand om deze andere manier van werken in stappen in te voeren. Als eerste stap kan een extra, facultatieve prestatie ingevoerd worden in alle sectoren waar nu al vrije prijzen gelden. Daarna kunnen vrije prestaties ingevoerd worden voor een of meer zorgsectoren waarin gereguleerde prestaties nu al weinig toegevoegde waarde hebben. Een voorbeeld is de cosmetische medisch specialistische zorg. Op de middellange termijn zou men kunnen denken aan vrije zorgprestaties voor het gehele aanvullende pakket. Tegelijk kan men al beginnen om specifieke sectoren, waarvoor op basis van relevante factoren is vastgesteld dat de marktomstandigheden gunstig zijn om vrije prestaties in te voeren, te ontheffen van prestatieregulering. Hiervoor is geen wetswijziging nodig; dit kan per algemene maatregel van bestuur. Werkt dit naar tevredenheid, dan is op de langere termijn voor alle zorgsectoren waar vrije tarieven gelden een volledig gebodstelsel mogelijk, ook voor het basispakket. De Wmg gaat dan niet langer uit van ‘gereguleerd, tenzij’, maar van ‘vrij, tenzij’. De wetgevers zullen hier een besluit over moeten nemen.

Uitdagingen in de langdurige zorg: laat mensen niet tussen wal en schip vallen

- Gemeenten moeten wennen aan hun nieuwe rol als inkoper en financier van de begeleiding en ondersteuning aan huis en van de jeugdzorg. Zij moeten de beste zorg inkopen voor een goede prijs. Het op orde brengen van de 'kaartenbakken' is een grote en belangrijke uitdaging om te voorkomen dat mensen tussen de wal en het schip vallen.
- Zorgaanbieders moeten samen met de cliënt bekijken welke ondersteuning en zorg de cliënt nodig heeft om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen. De wijkverpleegkundige krijgt hier een belangrijke signaalfunctie. Aanbieders van zware langdurige zorg met verblijf moeten meer cliëntgericht werken. De bekostiging moet daar de ruimte voor bieden.
- Zorgkantoren moeten bewaken dat er voldoende zorg met verblijf beschikbaar blijft. Ook als zorgaanbieders mogelijk hun deuren moeten sluiten. De bewoners moeten dan ergens anders terecht kunnen voor de zorg waar zij recht op hebben. In vijf zorgkantoorregio's moeten de zorgkantoren daar extra op letten.

Uitdagingen in de curatieve zorg: meer informatie, betere samenwerking

- Zorgverzekeraars maken met de ziekenhuizen afspraken over de tarieven, de kwaliteit en het aantal behandelingen. Het ziekenhuis moet vervolgens zelf afspraken maken met de medisch specialisten en andere professionals over hun vergoeding. Hierdoor kunnen verzekeraars beter kiezen welke behandelingen zij bij welk ziekenhuis willen inkopen. Zorgaanbieders zullen meer inzicht moeten geven in de kwaliteit van hun behandelingen om te laten zien dat hun behandeling het verdient om ingekocht te worden.
- Ook in de GGZ is meer informatie nodig over de kwaliteit van zorg en het resultaat van de geboden behandelingen. Alleen dan kunnen de zorgverzekeraars goed zorg inkopen. Uiteraard moet dit wel binnen de regels die gelden voor de privacy van de individuele patiënten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten daarnaast betere afspraken maken over de begeleiding van patiënten naar de POH-GGZ, de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ.

- Eerstelijns zorgaanbieders moeten – binnen de grenzen van de mededingingswet – meer samenwerken, zodat patiënten zo veel mogelijk in de buurt terecht kunnen en niet te snel worden doorverwezen naar de tweede lijn.

Uitdagingen voor de zorgverzekeraars en zorgkantoren: geef duidelijke informatie

- Geef duidelijke informatie over de verschillen tussen de polis-sen. Zorg dat de informatie op vergelijkingssites correct is.
- Geef zorgaanbieders voldoende tijd om te reageren op contractvoorstellen.
- Blijf zorgnota's goed controleren en help verzekerden met vragen over hun zorgnota.
- Geef verzekerden duidelijke informatie over vergoedingen en aanspraken.
- Geef verzekerden inzage in declaraties, zodat zij deze op juistheid kunnen controleren.
- Help mensen die op de wachtlijst staan. Geef duidelijke wachtlijstinformatie.
- Zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren voor de basis-verzekering, tegen dezelfde premie, ongeacht leeftijd, leefstijl of ziektehistorie. Dit is de basis onder de solidariteit van ons zorgstelsel. Zorgverzekeraars moeten deze solidariteit bewaken en ook in hun informatievoorziening bijvoorbeeld niet sturen op doelgroepen. De acceptatieplicht geldt niet voor de aanvullende verzekering.

Uitdagingen voor de wetgever: pak zorgfraude en verspilling van zorggeld aan

- Op dit moment mogen verzekeraars alleen patiëntendossiers onderzoeken als er een signaal is dat dit onderzoek rechtvaardigt. Bij materiële en formele controles geldt ook dat in de regel eerst algemene controles moeten worden uitgevoerd voordat er detailcontroles gedaan mogen worden. Verzekeraars zouden echter effectiever kunnen zijn als zij bij een standaardcontrole een steekproef nemen uit patiëntendossiers. Zo sporen zij eerder (vermoede en onvermoede) fraude en frauderisico's op en kunnen zij hun controletaak steviger op-

pakken. Onze aanbeveling aan de wetgever is om stil te staan bij deze vraag, en daarbij ook oog te hebben voor de spanning tussen het geven van (meer) effectieve controle-instrumenten aan zorgverzekeraars en de wijze waarop en de mate waarin de privacy van de patiënt moet worden geborgd.

- Zorg dat verzekeraars beloofd worden voor goede controles. Op dit moment worden zorgverzekeraars door de onderlinge verrekening achteraf, nog voor een deel gestraft voor de foute nota's die zij hebben opgespoord. Zij krijgen daardoor minder geld uit de 'vereeningspot'. Dit probleem kan worden weggenomen door het voor verzekeraars aantrekkelijker te maken om onjuiste nota's tijdig op te sporen en deze te laten corrigeren.
- Verkort de termijn van declaratie. Zorgaanbieders en consumenten kunnen hun rekeningen jaren later nog bij de verzekeraar indienen. Dat is te laat voor een goede controle van de nota's.

Uitdagingen voor de NZa: **vertrouwen (her-)winnen en vereenvoudigen**

- Verzekerden moeten erop kunnen vertrouwen dat er juiste, tijdige, volledige en duidelijke informatie beschikbaar is over de verschillende zorgpolissen. Voor de NZa is transparantie door zorgverzekeraars dan ook een speerpunt in het toezicht in 2015.
- Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat er goede informatie beschikbaar is over de verschillen tussen zorgaanbieders. Dit betekent informatie over het zorgaanbod, de prijs, maar ook over de kwaliteit van zorg. De NZa zal het vrijgeven van deze kwaliteitsinformatie stimuleren en afdwingen waar nodig.
- De komende tijd wil de NZa de regels voor zorgdeclaraties zo min mogelijk veranderen en waar mogelijk vereenvoudigen. Een pas op de plaats en rust is nodig. In de ziekenhuissector bijvoorbeeld is de administratie door de vele overgangsregelingen zeer complex. Deze overgangsregelingen zijn per 2015 verleden tijd.
- De commissie Borstlap onderzocht in 2014 het interne functioneren van de NZa en gaf een scherpe analyse van het personeelsbeleid en de ICT. De analyse bevat indringende aanbevelingen die de NZa wil, moet en kan aanpakken.

- De rol van de NZa binnen het Nederlandse zorgstelsel als regelgever en toezichthouder is dynamisch en complex. Het rapport van de commissie Borstlap geeft de minister aanbevelingen over de inrichting van deze taken. De minister zal besluiten op welke manier de taken en rollen van de NZa georganiseerd worden de komende jaren.

Uitdagingen voor de consument: **kies uw polis zorgvuldig en check uw zorgnota's**

- Kijk kritisch naar uw zorgverzekering. Wat is voor u belangrijk in 2015? Welke kosten kunt u zelf dragen, waar kunt u maar beter een goede verzekering voor afsluiten? Heeft u een zorgaanbieder waar u graag naartoe gaat? Check in de polis wat de voorwaarden zijn en of de zorgaanbieder van uw keuze een contract heeft met de zorgverzekeraar.
- Vraag uw zorgverzekeraar naar de kwaliteit van de zorgaanbieder waar u heen wilt.
- Controleer de zorgrekening van uw zorgaanbieder of verzekeraar en vraag om een toelichting als er onduidelijkheden zijn. Komt u er met hen niet uit? Dan kunt u een klacht indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). U kunt uw klacht ook melden bij de NZa. De NZa gebruikt uw melding bij haar toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- Kijk voor de veranderingen in de langdurige zorg op www.hoeverandertmijnzorg.nl.





Cijfers en feiten

Cijfers en feiten

Huidige vormgeving zorgverzekeringsmarkt

Soorten polissen	Zorgverzekeraars bieden de volgende polissen aan: • Naturapolis: verzekerde heeft recht op zorg. • Restitutiepolis: verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg. • Combinatiepolis: de aanspraak op natura of restitutie verschilt per soort zorg. Het aantal naturaverzekerden is in 2013 gestegen. 91% procent heeft een polis met (deels) gecontracteerde zorg. 9% kiest voor een restitutiepolis waarbij de zorg niet gecontracteerd is.
Premiebetaling	Verzekerden betalen een nominale premie aan de zorgverzekeraar. De gemiddelde betaalde nominale premie daalde voor het tweede jaar op rij van € 1.213 in 2013 naar € 1.098 in 2014. Naast de door verzekerden te betalen nominale premie dragen werkgevers (voor hun werknemers) en zelfstandigen en gepensioneerden (voor henzelf) verplicht een inkomensafhankelijk bedrag bij aan de zorgverzekering.
Eigen risico verzekerden	In 2014 geldt een verplicht eigen risico voor iedereen van 18 jaar en ouder van € 360 (in 2013 € 350 en in 2012 € 220). Daarnaast is het mogelijk om vrijwillig te kiezen voor een hoger eigen risico, waardoor de maandelijkse premie voor de basisverzekering lager wordt. Het percentage verzekerden zonder dit vrijwillig eigen risico bedraagt in 2014 circa 89%: dit percentage daalt de afgelopen jaren.
Collectiviteiten	In 2014 is ruim 70% van alle verzekerden collectief verzekerd.

Recente ontwikkelingen zorgverzekeringsmarkt

Overzicht opbouw zorgverzekeringspremie 2010-2014 (in EUR)	2010	2011	2012	2013	2014
Verandering premie door verzekeraars	€ 0	-€ 1	€ 65	-€ 117	-€ 82
Verandering premie door pakketwijzigingen en zorguitgaven	€ 36	€ 105	-€ 38	€ 104	-€ 33
Totaal verandering premie	€ 36	€ 104	€ 27	-€ 13	-€ 115
Verandering in eigen risico	€ 5	€ 4	€ 20	€ 62	€ 35
Totale verandering in nominale betalingen	€ 41	€ 108	€ 47	€ 49	-€ 80

Bron: Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2014, NZa

De gemiddelde zorgpremie is voor het tweede jaar op rij gedaald. In 2014 daalde deze premie met € 115. De positieve resultaten van verzekeraars zorgden voor een daling van € 82 gemiddeld per verzekerde. Pakketwijzigingen en zorguitgaven leidden per saldo daarnaast tot een daling van € 33. Aan het eigen risico betalen verzekerden in 2014 gemiddeld € 35 meer dan in 2013. Dat komt ook door het afschaffen van de compensatie voor chronisch zieken.

Door alle veranderingen samen betalen verzekerden in 2014 gemiddeld € 80 minder aan zorg dan in 2013.

Overstappedrag

In 2014 stapten iets minder verzekerden over dan in 2013. In 2014 stapten 1,2 miljoen mensen over, dat is 6,9% van de verzekerden. In 2013 was dit 8,3%. Van de overstappers koos 4,9% voor een collectieve verzekering en 2,1% voor een individuele verzekering. Consumenten bespaarden in 2014 in totaal ruim € 54 miljoen aan premiegelden door over te stappen naar een andere polis en/of zorgverzekeraar.

Vaker collectief verzekerd

Wie zich in een groep verzekert, kan tot 10% korting krijgen op de zorgverzekeringspremie. De meeste mensen verzekeren zich dan ook in een collectief. In 2014 is 70% collectief verzekerd. Ruim twee derde van de zorgverzekeraars heeft in 2013 en 2014 een collectiviteitsgraad van meer dan 50%. De gemiddelde korting voor collectieve verzekeringen ten opzichte van individuele verzekeringen is in 2014 gedaald en bedraagt gemiddeld € 57. Werkgeverscollectiviteiten leveren gemiddeld het grootste prijsvoordeel op, namelijk € 70. Dat is een verschil van 6,2% 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 informatievoorziening, informatie op de website en oordeel over de prijs-kwaliteit. Over de service van hun zorgverzekeraar zijn verzekerden over het algemeen tevreden.

De curatieve zorgmarkt

Nederlanders zijn sinds 1 januari 2006 voor de curatieve zorg verplicht verzekerd via de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw bevat noodzakelijke, op genezing gerichte zorg. In 2013 werd aan de curatieve zorg in totaal € 39,6 miljard uitgegeven. In 2014 is dit bedrag naar verwachting verder gestegen naar ruim € 41 miljard. De tabel hieronder geeft een overzicht van de verschillende onderdelen van de curatieve zorg en de uitgaven in 2014.

Zorgaanbod en uitgaven curatieve zorg basispakket 2014 (mln EUR)*

• Huisartsenzorg	2.597
• Tandheelkundige zorg	720
• Paramedische zorg	653
• Verloskunde en Kraamzorg	504
• Dieetadvisering	49
• Medisch specialistische zorg	22.904
• Ambulance en overig ziekenvervoer	666
• Genees- en hulpmiddelen	6.100
• Geneeskundige GZZ	4.076
• Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen	1.207
• Overig	1.577
Totaal uitgaven curatieve zorg basispakket 2014	41.052

Recente ontwikkelingen in de curatieve zorg

Ziekenhuizen gecompenseerd voor de jaren 2012 en 2013

Ziekenhuizen worden sinds 2012 betaald op basis van de zorg die zij hebben geleverd. Vóór die tijd kregen zij per jaar een budget op basis van onder andere hun omvang en aantal ligdagen. Omdat dit een grote verandering is voor ziekenhuizen, is een overgangsregeling afgesproken: het transitiemodel. Dit model regelt dat ziekenhuizen in 2012 en 2013 respectievelijk 95% en 70% terugkrijgen van een eventuele daling in de inkomsten ten opzichte van het budget dat ze anders hadden gekregen. Ziekenhuizen die meer inkomsten hadden in 2012 en 2013 dan dat budget, moeten daar 95% en 70% van afdragen. Begin 2014 heeft de NZa de voorlopige transitiebedragen vastgesteld; het

*Bron: Rijksbegroting 2015, XVI Volksgezondheid, Welzijn, en Sport, p.199, als gevolg van afronding kan de som der delen afwijken van het totaal

gaat voor alle ziekenhuizen samen om een voorlopig bedrag van € 267,6 miljoen voor 2012 en € 189,2 miljoen voor 2013. De cijfers worden in het najaar van 2014 definitief vastgesteld. De overgangsregeling is alleen bedoeld voor de jaren 2012 en 2013. Per 2014 is deze regeling vervallen.

Controle op besteding beschikbaarheidsbijdragen

Sommige vormen van zorg kunnen niet vertaald worden naar zorgprestaties. Daarvoor verstrekt de NZa subsidies, de zogenoemde beschikbaarheidsbijdragen. Op dit moment krijgen onder andere de medische vervolgopleidingen, de traumazorg, spoedeisende hulp, academische zorg, het calamiteiten-hospitaal en orgaanuitnameteams zo’n beschikbaarheidsbijdrage. Dit kost in totaal bijna € 2 miljard. Zorgverzekeraars controleren de betaling via de declaraties. De NZa moet ervoor zorgen dat de beschikbaarheidsbijdragen doelmatig en volgens de regels worden besteed. Dit doet zij onder andere door eisen te stellen aan de verantwoording en te bekijken hoe de doelmatigheid kan worden verbeterd. Ook zorgt de NZa dat de regels helder zijn en voor alle partijen gelijk.

Functie	Bedrag in euro's
(Medische) vervolgopleidingen	1.129.904.301
Beschikbaarheidtoeslag SEH	12.399.644
Traumazorg opleiden, trainen en oefenen	11.278.942
Traumazorg kennis en coördinatie	454.408
Traumazorg/-centrum	7.996.458
Academische zorg	686.308.921
DHAZ	41.237.255
Joodse oorlogsslachtoffers	534.501
Psychotrauma zorg specifieke doelgroepen	3.999.459
Orgaanuitnameteams	2.065.169
Mobiel medisch team met helikopter	17.644.605
Brandwondenzorg	5.664.057
Voertuig mobiel medisch team	52.449
Calamiteitenhospitaal	2.923.599
Traumazorg honorarium	326.004

Medisch specialistische zorg

Uitgaven	De uitgaven aan medisch specialistische zorg bedroegen in 2013 circa € 22,5 miljard.*
Zorgvragers	In 2013 had 37,8% van de Nederlanders minimaal één keer contact met een medisch specialist (nagenoeg hetzelfde percentage als in 2012).** In 2013 werd 6,8% van de bevolking ten minste voor één nacht opgenomen in het ziekenhuis (in 2012 was dit 6,5%). Het percentage Nederlanders dat minstens één keer een dagopname had in het ziekenhuis is licht gedaald van 7,8% in 2012 naar 7,2% in 2013.
Zorgaanbieders	De liquiditeit en solvabiliteit van aanbieders van medisch specialistische zorg is de laatste jaren verbeterd. In een klein aantal regio's is sprake van een hoge concentratiegraad: daar hebben patiënten relatief weinig keuze in aanbieders van ziekenhuiszorg.
Toegang tot zorg	Toegang tot medisch specialistische zorg vindt meestal plaats na verwijzing. Alleen de afdeling spoedeisende zorg van een ziekenhuis is toegankelijk zonder verwijzing.
Contractering	Zorgverzekeraars en aanbieders van medisch specialistische zorg zijn niet verplicht om contract-afspraken te maken. Verzekeraars nemen steeds meer initiatieven om selectief te contracteren. Ook maken zij steeds vaker plafondafspraken en lumpsumafspraken. Door verschillende veranderingen in de regels zijn de onderhandelingen de afgelopen jaren complex verlopen.
Bekostiging	Per 1 januari 2012 hebben ziekenhuizen geen budget meer, maar krijgen betaald per geleverd DBC-zorgproduct. Voor ongeveer 70% van de ziekenhuisbehandelingen (het B-segment) gelden vrije prijzen. Voor complexe behandelingen (het A-segment) stelt de NZa maximumtarieven vast. In 2012 en 2013 is er een overgangsfase waarin de risico's van de overgang naar prestatiebekostiging voor instellingen gedempt worden.

Omzetontwikkelingen ziekenhuizen in mld. EUR

	2009	2010	2011	2012
A-segment	10,42	11,35	10,93	7,05
B-segment	3,61	4,11	4,33	7,87
Verrekenbedrag	0,00	0,00	0,00	0,34
Subtotaal	14,03	15,45	15,26	15,26
Honorarium vrijgevestigde specialisten	2,18	1,75	1,82	2,00
Totaal	16,21	17,21	17,14	17,26

Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen en NZa gegevensuitvraag 2010 en 2012 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten

*Bron: Rijksbegroting 2015, XVI Volksgezondheid, Welzijn, en Sport, p.199

**Bron: CBS

Huidige vormgeving GGZ

Uitgaven	De uitgaven aan curatieve GGZ bedragen in 2013 circa € 4,3 miljard. In 2014 is dat € 4,1 miljard*. De curatieve GGZ betreft volledige extramurale GGZ en intramurale GGZ-zorg voor zover die korter duurt dan één jaar.
Zorgvragers	Het aantal cliënten in de curatieve GGZ is in 2011 met circa 3,7% gestegen ten opzichte van 2010. In 2011 maakten 952.131 cliënten gebruik van tweedelijs GGZ-zorg. Naar schatting maakten in dat jaar 328.368 cliënten gebruik van eerstelijs GGZ-zorg.**
Zorgaanbieders	Eerstelijs psychologische zorg: Er zijn in 2012 3.835 psychologisch zorgverleners werkzaam in de eerstelijs GGZ en 219 overige zorgverleners (met name psychiaters en orthopedagogen). Tweedelijs GGZ-zorg: In 2013 zijn er in de tweede lijn 175 gebudgetteerde GGZ-aanbieders. In 2011 waren er in totaal 179 niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders met WTZi-toelating en 3.295 vrijgevestigde zorgaanbieders (vrijgevestigde psychiaters en psychologisch zorgverleners).
Toegang tot zorg	Eerstelijs GGZ-zorg is direct toegankelijk of na verwijzing. Tweedelijs GGZ-zorg is alleen toegankelijk na verwijzing door eerstelijs GGZ-aanbieder, huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of Bureau Jeugdzorg (BJZ).
Contractering	Bij de inkoop van GGZ-zorg werken zorgverzekeraars met basis- en aanvullende overeenkomsten. In de overeenkomsten zijn (kwaliteits-) voorwaarden opgenomen. Extra budget of een hoger tarief is mogelijk als aan de voorwaarden wordt voldaan.
Bekostiging	De NZa stelt landelijke maximum DBC-tarieven vast. Vanaf 2013 is prestatiebekostiging ingevoerd en declareren alle GGZ-instellingen wat ze daadwerkelijk aan zorg leveren via de DBC's. Er is geen sprake meer van een afgesproken budget. Per 1 januari 2014 is de GGZ opgedeeld in de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.

Huidige vormgeving eerstelijnszorg

Uitgaven	De uitgaven aan eerstelijnszorg bedroegen in 2013 € 8,5 miljard (inclusief farmacie). In 2014 is dat € 9 miljard*
Zorgvragers	In 2013: • Had 71,5% van de bevolking minimaal één keer contact met de huisarts. • Bezocht 78,7% van de Nederlanders een tandarts. • Ging ruim 22% van de Nederlanders naar de fysio- of oefentherapeut. • Gebruikte 37% van de Nederlanders een voorgeschreven geneesmiddel.
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.
Toegang tot de zorg	Het overgrote deel van de aanbieders in de eerstelijnszorg is rechtstreeks toegankelijk zonder verwijfsbrief van de huisarts. Voorgeschreven geneesmiddelen zijn bij de apotheek op recept verkrijgbaar.
Contractering	De inspanningen van zorgverzekeraars richten zich onder meer op de contractering van fysiotherapie, ketenzorg en farmacie. Bij de farmacie is sprake van een hoge contracteergraad. In de farmacie hebben de zorgverzekeraars in 2014 gemiddeld met 96% van de apotheken en met 82% van de apotheekhoudende huisartsen een contract.
Bekostiging	Voor een deel van de eerstelijnszorg gelden door de NZa vastgestelde (maximum-)tarieven per zorg-activiteit (bijvoorbeeld: huisartsenzorg, kraamzorg, verloskunde, eerstelijnspsychologische zorg, logopedie en mondzorg). Voor de huisartsenzorg gelden daarnaast een inschrijftarief en vrije tarieven voor een aantal verrichtingen in het kader van modernisering en innovatie. De bekostiging van de huisartsenzorg verandert per 2015. Voor fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvisering, ketenzorg en farmacie gelden vrije prijzen.

*Bron: Rijksbegroting 2015, XVI Volksgezondheid, Welzijn, en Sport, p.199

Recente ontwikkelingen eerstelijnszorg

Nieuwe tarieven mondzorg in 2015

Nadat het experiment met vrije prijzen in de mondzorg in 2012 beëindigd werd, stelt de NZa sinds 1 januari 2013 de tarieven en prestaties in deze sector weer vast. Omdat de onderbouwing van de tarieven lang niet geactualiseerd was, startte de NZa in 2013 een kostenonderzoek onder ruim 800 aanbieders van mondzorg. Doel is nieuwe tarieven in te voeren, die zijn gebaseerd op de huidige praktijkvoering. Uitgangspunt daarbij is dat de consument niet te veel betaalt en de gemiddelde zorgaanbieder het vastgestelde norminkomen overhoudt. De nieuwe tarieven moesten ingaan op 1 januari 2014. Dit is niet gelukt omdat het aanleveren van juiste en volledige gegevens voor het kostenonderzoek meer tijd kostte dan verwacht. In het najaar van 2014 zal de NZa de nieuwe tarieven voor 2015 bekend maken. De verwachting is dat deze in de loop van 2015 worden ingevoerd.

Grotere rol verzekeraar in ambulancezorg

In 2014 is de bekostigingsstructuur van de ambulancezorg gewijzigd. Voorheen werd het budget bepaald op basis van de gerealiseerde productie, dat wil zeggen ritten en kilometers. Nu is niet meer de geleverde productie bepalend voor het budget, maar het beschikbaar hebben van voldoende ambulancezorg in een regio. Het budget is onderhandelbaar, waarbij het grootste deel gemaximeerd is. Daarnaast is er sinds dit jaar één landelijk tarief voor de spoedrit.

De rol van de verzekeraar is hiermee groter geworden en afspraken over doelmatigheid en kwaliteit kunnen worden meegenomen in het vaststellen van het budget. Daarvoor moet de sector wel verder werken aan het ontwikkelen van meetbare kwaliteitsnormen. Momenteel is er maar één meetbare graadmeter voor de kwaliteit van ambulancezorg. Dat is het aantal spoedritten dat binnen vijftien minuten de patiënt bereikt. De wettelijke norm is dat 95% van de ritten binnen die tijd moet vallen. Het is van belang dat verzekeraars hierover afspraken maken met de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's).

Huidige vormgeving AWBZ

Uitgaven	De uitgaven aan intramurale en extramurale AWBZ-zorg in natura bedragen in 2013 € 24,3 miljard*. In 2014 is dat € 25 miljard. Bijna 63% van het totale AWBZ-budget voor zorg in natura werd in 2013 besteed aan de intramurale zorg: bijna € 15,3 miljard. Aan extramurale AWBZ-zorg gaven we in 2013 bijna € 4,3 miljard uit. In 2013 gaven we € 2,5 miljard uit aan persoonsgebonden budgetten in de AWBZ. In 2014 is dat € 2,4 miljard.
Zorgvragers	Op 1 januari 2014 hadden 463.000 mensen een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg. Dit is een toename ten opzichte van het voorgaande jaar. Hiervan heeft 15% een voorkeur voor een PGB, dit aantal neemt af. Op 1 januari 2014 hadden circa 334.000 mensen een indicatie voor intramurale AWBZ-zorg. Dit aantal is de laatste jaren gedaald. In de intramurale AWBZ kiest circa 5,5% voor een PGB, hier neemt het aantal mensen dat voor een PGB kiest juist toe.
Zorgaanbieders	Het totaal aantal AWBZ-instellingen neemt toe van 1690 in 2012 naar 1799 in 2013. Het aantal instellingen dat intramurale AWBZ-zorg leverde was in 2013 946. Het aantal zorgaanbieders dat extramurale zorg leverde was in 2013 1644. Dit waren 1363 instellingen en 281 zelfstandigen zonder personeel. De financiële positie van aanbieders laat tussen 2011 en 2012 een verbetering zien. Een uitzondering hierop is de daling bij zorgaanbieders die zowel intra- als extramurale zorg leveren. Wat opvalt, is dat de gemiddelde financiële positie van kleinere aanbieders over het algemeen beter is dan van grotere aanbieders.
Toegang tot zorg	Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg is een indicatie van het CIZ of BIZ noodzakelijk. In de extramurale AWBZ gelden in 2013 de volgende zorgvormen: persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP), begeleiding (BG) en behandeling (BH). De indicatiestelling voor intramurale AWBZ-zorg vindt plaats in zorgzwaartepakketten (ZZP's). De ZZP's omvatten een samenhangend pakket aan zorg waarop de verzekerde aanspraak heeft. Binnen de ZZP-indeling is verder onderscheid gemaakt naar doelgroep: verzorging en verpleging, gehandicap-tenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Ook gelden er nog enkele toeslagen voor bijvoorbeeld crisisopvang en voor de ziekte van Huntington. Zorg met verblijf kan in bepaalde gevallen ook thuis geleverd worden met het 'Volledig Pakket Thuis'.
Contractering	De zorgkantoren hebben in de AWBZ geen contracteerplicht. Wel hebben zij een zorgplicht voor de bewoners in hun regio en moeten ze met hun inkoop binnen de landelijk vastgestelde contracteerruimte blijven.
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.

*Bron: Rijksbegroting 2015, XVI Volksgezondheid, Welzijn, en Sport, p.193 en 236

Ontwikkelingen in de langdurige zorg

Grote verschillen tussen zorgkantoren

Jaarlijks toetst de NZa of de zorgkantoren de AWBZ goed uitvoeren. Het meest recente onderzoek laat zien dat de verschillen tussen de zorgkantoren groot zijn. De kleine zorgkantoren scoren in het algemeen beter dan de grotere. Een punt van zorg is het toenemend bedrag aan PGB's dat nog teruggevorderd moet worden bij budgethouders. De NZa onderzoekt de oorzaken hiervan. Sinds 15 februari 2014 heeft de NZa meer bevoegdheden om op te treden als verzekeraars de AWBZ onvoldoende uitvoeren. De NZa heeft van deze nieuwe bevoegdheid gebruik gemaakt door aan 26 AWBZ-verzekeraars een aanwijzing te geven omdat zij hun processen onvoldoende hebben uitgevoerd of negatieve wettelijke reserves hebben.

Beter toezicht op zorgkantoren

De NZa heeft samen met de zorgkantoren veertien nieuwe normen ontwikkeld om beter inzicht te krijgen in de manier waarop zorgkantoren hun wettelijke taken uitvoeren. Zo wordt bijvoorbeeld zichtbaar gemaakt of cliënten tijdig de zorg krijgen die zij volgens hun indicatie nodig hebben. Er wordt dus minder gekeken naar de bedrijfsvoering en activiteiten en méér naar de resultaten voor cliënten van een zorgkantoor.

Verscherpt toezicht op PGB-regeling

In 2013 heeft de NZa onderzoek gedaan naar mogelijke risico's op misbruik van zorggeld bij de PGB-regeling. Daaruit bleek dat het onvoldoende duidelijk was welke zorg de budgethouder mag inkopen, waardoor zorgkantoren moeilijk kunnen controleren of de geleverde zorg effectief is en past bij de indicatie van de cliënt. De NZa heeft de staatssecretaris van VWS daarom begin 2014 geadviseerd om dit in de regels duidelijker te omschrijven.

Daarnaast is de NZa in 2014 een vervolgonderzoek gestart naar de effecten van de aanpak van PGB-fraude. Dit onderzoek loopt tot het einde van het jaar. De NZa kijkt daarbij niet alleen naar het uitvoeringsproces bij de zorgkantoren, maar spreekt ook met alle andere partijen in de PGB-keten. Per 1 januari 2015 verandert de PGB-regeling. Budgethouders krijgen dan geen totaalbudget

meer op hun eigen rekening, maar ontvangen hun geld via de Sociale Verzekeringsbank waar zij de zorgnota's kunnen indienen. De NZa neemt in haar onderzoek mee of er bij dit nieuwe systeem ook risico's zijn op mogelijk misbruik van zorggeld.

Bekostiging Wlz

Op 1 juli 2014 stelde de NZa de regels vast voor de langdurige zorg in 2015. Uiteraard is dit onder voorbehoud van de invoering van de Wet langdurige zorg. Zodra deze wet wordt ingevoerd, zal de NZa aangeven hoe groot het totale budget zal zijn en wat dit betekent voor het budget dat beschikbaar is voor zorg vanuit een Persoonsgebonden Budget. Ook zal de NZa na de invoering van deze wet onderzoek doen naar mogelijke verbeteringen in de bekostiging van de langdurige zorg.

Ontwerp:
www.taluut.nl

Fotografie portretten:
Willem Mes

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Postadres:
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

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

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

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

