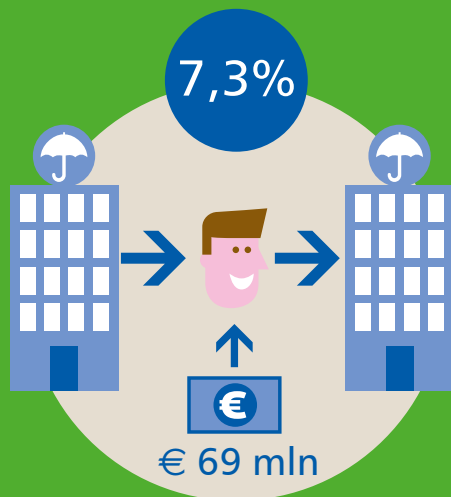




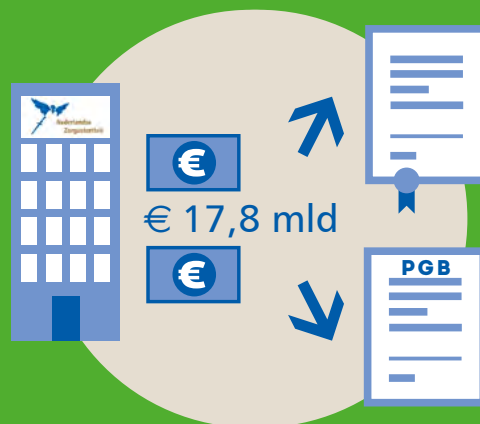
Nederlandse
Zorgautoriteit

Stand van de zorgmarkten 2015

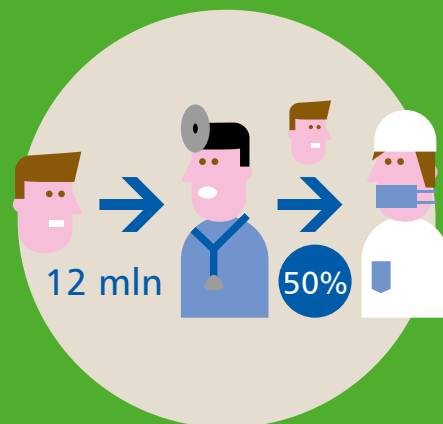




Stapten 7,3% van de Nederlanders over naar een andere zorgverzekeraar. Deze overstappers bespaarden met elkaar € 69 miljoen op hun zorgpremie.



Verdeelde de NZa € 17,8 miljard aan contracteerruimte en persoonsgebonden budgetten.



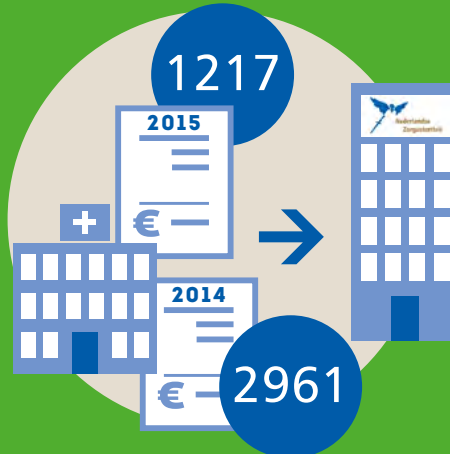
Gingen 12 miljoen burgers naar de huisarts. 50% van hen had vervolgens minimaal een keer contact met een medisch specialist.

In 2015

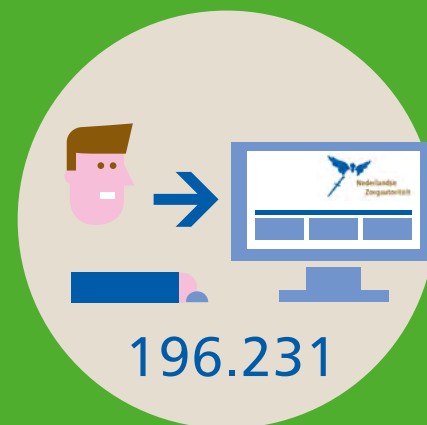
De gemiddelde Nederlander declareert jaarlijks € 2153 euro aan zorg bij de zorgverzekeraar. (bron: Vektis Zorgprisma publiek)

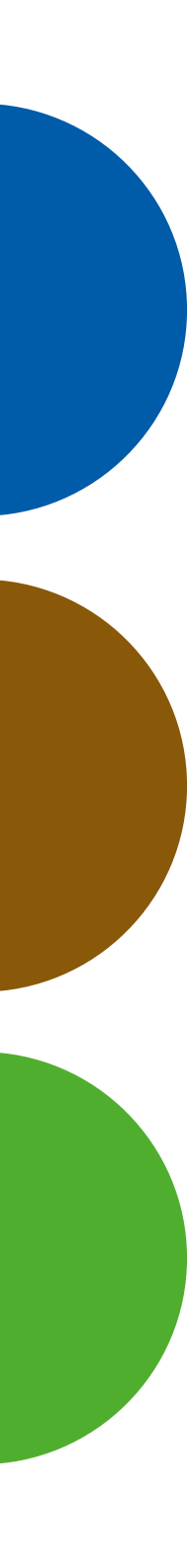


Ontving de NZa 1217 productieafspraken voor 2015 en 2961 nacalculatieformulieren over 2014 van zorgaanbieders in de langdurige zorg.



Werd de website www.nza.nl van januari tot augustus 196.231 keer bezocht.





Stand van de zorgmarkten 2015



De zorg in 2015



Beloftes en
uitdagingen



Cijfers en feiten



Inhoud

De zorg in 2015 6

- Wat deed de NZa in 2015 om de informatie in de zorg te verbeteren? 9
- Is er voldoende zorg beschikbaar, ook bij faillissementen? 13
- Klopt mijn zorgnota wel? 13
- Veelgestelde vragen aan de NZa in 2014 – 2015 15
- Signalen 16
- Overzicht stand van de zorgmarkten 2015 17
- Zorgverzekeraars 22
- Medisch specialistische zorg: houd dure geneesmiddelen toegankelijk 26
- Curatieve ggz: duidelijke informatie over wachttijden 27
- Forensische zorg: geef tbs-klinieken meer tijd voor overgang naar nieuwe financiering 27
- Geboortezorg: samenwerking wordt beloond 30
- Huisartsenzorg: nieuwe bekostiging in 2015 30
- Mondzorg: geef meer informatie over beugels 30
- Logopedie: geef prijzen vrij 31
- De langdurige zorg: grote verandering in 2015 34

Beloftes en uitdagingen 38

- Beloftes voor 2016 40
- Uitdagingen voor de komende jaren 41

Cijfers en feiten 44

- De zorgverzekeringsmarkt 46
- Uitgaven curatieve zorg 47
- De medisch specialistische zorg 48
- De curatieve ggz 49
- De eerstelijnszorg 50
- De langdurige zorg 51



dr. Marian J. Kaljouw, voorzitter raad van bestuur



drs. René J.P. Jansen, lid raad van bestuur

Voorwoord

Voor u ligt de 2015-editie van de Stand van de zorgmarkten: de cijfers en feiten over de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. We gaan in op vragen als: hoe houden we dure medicijnen ook in de toekomst betaalbaar? Hoe maken consumenten een keuze tussen de bijna zesduizend opties die zorgverzekeringen bieden?

De cijfers geven ons inzicht in hoe het met de zorg gaat. Welke radertjes moeten we als NZa anders laten draaien? Maar, minstens zo belangrijk zijn de vragen waar mensen die zorg nodig hebben mee rond lopen: bij welke zorgaanbieder krijg ik goede zorg? En wat moet ik daarvoor zelf betalen?

Ik vind dat burgers erop moeten kunnen vertrouwen dat er goede en betaalbare zorg beschikbaar is als zij dat nodig hebben. De kosten van zorg maken we steeds inzichtelijker. Maar als het om kwaliteit gaat, blijft de ontwikkeling achter. We hebben in Nederland goede gezondheidszorg, daar staan we om bekend. De NZa wil dat dit zo blijft en zet daarom nog meer in op kwaliteit van zorg. In de wetenschap dat aan goede gezondheidszorg een prijskaartje hangt, zijn wij het aan onze stand verplicht steeds opnieuw te toetsen of de burger de kwaliteit krijgt waarvoor hij betaalt, en daar mag u ons op aanspreken.

De komende jaren pakken wij, samen met andere partijen, de handschoen op. We gaan de kwaliteit van de zorg zichtbaarder maken in onze regelgeving en ons toezicht. Onze prestaties en tarieven moeten een kwaliteitsgarantie geven aan burgers. Bijvoorbeeld dat de zorg voldoet aan de zorgstandaarden van Zorginstituut Nederland. Of een garantie afgeven dat de behandeling voldoet aan de gouden standaard van de wetenschappelijke vereniging. We zetten ons ervoor in dat er voor burgers betrouwbare informatie is over de kwaliteit van de zorg. We stimuleren zorgaanbieders om daar meer inzicht in te geven, zodat burgers er op kunnen vertrouwen dat de zorg die ze afnemen goed is en zij een weloverwogen keuze kunnen maken tussen aanbieders.

Want daar doen we het voor: goede en betaalbare zorg voor iedereen in Nederland.

dr. Marian J. Kaljouw
voorzitter raad van bestuur





1

De zorg
in 2015

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 regels 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).

Wat is het doel van de NZa?

Het doel van de NZa is de belangen van burgers te beschermen, zodat die ook in de toekomst kunnen rekenen op goede zorg als zij dat nodig hebben. Binnen een redelijke termijn, binnen een redelijke afstand en tegen een redelijke prijs. We maken vanuit dit perspectief, als onafhankelijke organisatie, regels en houden toezicht op de zorg.

De NZa stelt prestaties en tarieven vast

De NZa bepaalt prestaties en tarieven voor zorgbehandelingen, bijvoorbeeld de maximumtarieven voor de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap en voor een bezoek aan de huisarts of de tandarts. Voor de meeste zorgbehandelingen maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen afspraken over de inhoud van de behandeling, de kwaliteit en de prijs ervan.

De NZa is toezichthouder in de zorg

De NZa ziet er – op basis van eigen analyses en van meldingen van consumenten – op toe dat 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 zorgaanbieders moeten bijvoorbeeld de behandelingen op de juiste manier in rekening brengen. Ook moeten zij duidelijke informatie geven over de prijs en kwaliteit van de zorg. Is het belang van de consument in het geding? Dan grijpt de NZa in.

De NZa adviseert en signaleert

De NZa signaleert feitelijke ontwikkelingen in de zorg en adviseert de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Deze adviezen gaan bijvoorbeeld over de uitvoerbaarheid en doeltreffendheid van voorgenomen beleid. De adviezen en signaleringen baseren wij onder andere op onderzoeken en analyses uit onze marktscans en monitors van de verschillende zorgsectoren.

Niet alleen op de wereld

De NZa doet haar werk niet alleen. We werken samen met organisaties in en voor de zorg. Zo is samenwerking op het gebied van kwaliteit van zorg met Zorginstituut Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg van groot belang. We vragen hen naar richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitsindicatoren en betrekken deze in de regelgeving en ons toezicht. Daarnaast werken we onder andere samen met koepelorganisaties en individuele veldpartijen. We wisselen kennis met elkaar uit en zoeken draagvlak om onze regelgeving zo goed mogelijk uit te werken en uitvoerbaar te maken. Door deze contacten kunnen we ook informatie inwinnen over innovatieve ontwikkelingen.

De zorg in 2015

Krijgt u de zorg die u nodig heeft en is het de beste zorg?

Hoe weet u welke zorgpolis bij u past, en welke zorgaanbieder de beste is als u zorg nodig heeft? Om bewust te kunnen kiezen uit de verschillende mogelijkheden in de zorg, hebben patiënten en verzekerden duidelijke informatie nodig. Over de inhoud en de kosten van een behandeling, maar ook over de kwaliteit ervan en over de vergoeding door de zorgverzekeraar. Duidelijke informatie over de kwaliteit en kosten van behandelingen is de sleutel tot betere en betaalbare zorg. Zorgverzekeraars hebben die informatie ook nodig, om goede zorg tegen een redelijke prijs in te kopen voor hun verzekerden. En zorgaanbieders kunnen die informatie gebruiken om de zorg beter en efficiënter te maken.

Wat deed de NZa in 2015 om de informatie in de zorg te verbeteren?

Duidelijke informatie over de zorginkoop

Voor verzekerden is het belangrijk dat zij bij het afsluiten van een polis weten naar welke zorgaanbieders ze kunnen gaan. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten dan ook op tijd afspraken met elkaar maken. Mede door de scherpere onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders zijn er veel klachten over het inkoopproces. De NZa organiseerde in 2015 verschillende bijeenkomsten hierover met zorgaanbieders, patiëntenverenigingen, verzekeraars en wetenschappers. Dit heeft geleid tot een nadere regel voor de onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Vanaf 2016 zijn zorgverzekeraars verplicht om voor 1 april de procedure voor het afsluiten van contracten en hun inkoopbeleid voor het volgende jaar bekend te maken. Verder moeten zorgverzekeraars in het inkoopproces een redelijke termijn opnemen voor zorgaanbieders om het contractvoorstel te bestuderen en vragen te stellen. En zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders moeten tijdens de contracteerperiode voldoende beschikbaar zijn voor elkaars vragen en antwoorden. We controleren of partijen zich aan de nieuwe regel houden.

Naast deze nieuwe nadere regel publiceerde de NZa een overzicht van de verschillende contractvormen in de eerstelijnszorg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen dit overzicht gebruiken bij de zorginkoop, maar kunnen uiteraard ook samen tot een nieuw inkoopmodel komen.

De NZa kreeg de afgelopen jaren ook klachten van zorgaanbieders en brancheorganisaties over het contracteerproces in de langdurige zorg. We organiseerden een bijeenkomst voor zorgkantoren en zorgaanbieders om hierover met elkaar in gesprek te gaan. Verder werken partijen aan het uniformeren van inkoopkaders en het vormgeven van meerjarenafspraken. De NZa monitort de ontwikkelingen.

Verbeterd meldpunt

De NZa verbetert momenteel haar meldpunt en werkt samen met andere meldpunten en loketten zodat mensen zo snel mogelijk bij het juiste loket terecht komen en minder worden doorverwezen. Door de komst van een nieuw interventieteam kan de NZa daarnaast sneller op meldingen reageren en problemen aanpakken en kunnen er meer snelle, zichtbare acties worden ondernomen. Verder gaat de NZa na of een verzekeraar adequaat op een melding heeft gereageerd en de klachten zo afhandelt dat burgers goed geholpen zijn.

Goede informatie op vergelijkingssites

Vergelijkingssites voor zorgverzekeringen zijn een belangrijk hulpmiddel bij het kiezen van een geschikte zorgverzekering. De informatie op die sites moet dan wel juist, volledig, eenduidig, niet-misleitend en duidelijk zijn. De NZa verplicht zorgverzekeraars om ook zelf te controleren of de informatie over hun polissen op vergelijkingssites klopt. Dit is nu ook in een beleidsregel vastgelegd. Het gaat dan bijvoorbeeld om informatie over het eigen risico en mogelijkheden om over te stappen.

Voorlichting bij het kiezen van een zorgverzekering

De NZa publiceert jaarlijks in samenwerking met de consumentenorganisaties een factsheet 'Hoe kies ik mijn zorgverzekering?'. In de overstapperiode voor het jaar 2015 startte de NZa daarnaast samen met de Autoriteit Consument & Markt een voorlichtingscampagne 'Check uw zorgverzekering'.

Daarin riepen we verzekerden op om te beoordelen of het aanbod van hun zorgverzekeraar nog past bij hun situatie, en om hun polis te vergelijken met aanbiedingen van andere zorgverzekeraars.

Voor verzekerden waren hulpmiddelen om te kiezen beschikbaar op www.consuwijzer.nl, zoals een stappenplan om tot een goede keuze voor een zorgpolis te komen. Ook dit jaar besteden we hier in de overstapperiode weer aandacht aan.

Keuze-informatie in de langdurige zorg

De NZa heeft in 2015 onderzocht hoe uitvoerders van de Wet langdurige zorg (Wlz) keuze-informatie en cliëntondersteuning aanbieden. Er blijkt veel informatie beschikbaar te zijn, maar consumenten gebruiken deze informatie vaak niet. Hierdoor krijgen cliënten mogelijk niet altijd de zorg die het best bij hun behoeften past. Uit het onderzoek blijkt dat er nog grote verschillen tussen de Wlz-uitvoerders zijn in het niveau van de informatie en ondersteuning die zij bieden. Een specifiek aandachtspunt is de kwaliteit van hun websites. De informatie daarop moet juist en volledig zijn, maar ook goed te vinden en te vergelijken. Dat kan nog worden verbeterd. Verder zouden Wlz-uitvoerders actiever moeten communiceren richting hun cliënten en zich meer moeten richten op hun behoeften.

Duidelijke nota

Consumenten hebben recht op een correcte nota in begrijpelijke taal, zodat zij zelf ook kunnen controleren of hun rekening klopt. De NZa zette samen met ziekenhuizen en zorgverzekeraars al verschillende stappen om de ziekenhuisnota beter en duidelijker te maken voor consumenten. Zo staan de zorgactiviteiten nu verplicht op de nota en krijgen patiënten sinds januari 2015 hun rekening eerder te zien. Uit onderzoek van de Consumentenbond bleek dat consumenten de ziekenhuisnota inderdaad duidelijker en beter te begrijpen vinden dan voorheen.

Voor consumenten is het nog wel lastig om vooraf een inschatting te krijgen van de kosten van behandelingen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten betere informatie geven over wat een behandeling hen mogelijk gaat kosten. De NZa scherpt daarom de regels voor de informatie aan verzekerden/patiënten aan per 1 november 2015. Zorgverzekeraars zijn verplicht om consumenten die daarom vragen informatie te geven over de financiële

gevolgen van hun keuze voor een specifieke behandeling bij een specifieke zorgaanbieder.

Om beter inzicht te krijgen in de kosten, helpt het als de prijs van behandelingen in verhouding staat met de zwaarte ervan. Daarom worden vanaf 2016 behandelingen op de spoedeisende hulp en eenvoudige poliklinische behandelingen ingedeeld in lichte, middelzware of zware behandelingen. Zodat ziekenhuizen en zorgverzekeraars reële prijzen afspreken en patiënten de kosten van behandelingen beter kunnen begrijpen.

Openbaar maken data

De NZa helpt mee om informatie over zorg te ontsluiten en deze meer toegankelijk en beter vindbaar te maken voor consumenten en anderen. Zo publiceert de NZa de landelijk gemiddelde gedeclareerde bedragen van zorgproducten in de ziekenhuiszorg. Verder zien we er op toe dat ziekenhuizen en zelfstandige klinieken de prijzen voor behandelingen die zij in rekening mogen brengen als er geen contract is met de zorgverzekeraar goed vindbaar, actueel en vergelijkbaar op hun website hebben staan.

Maar inzicht geven in zorgkosten mag niet ten koste gaan van de privacy van patiënten of de bedrijfsvertrouwelijkheid schaden van zorgaanbieders of verzekeraars. De NZa toetst dan ook of de gegevens die zij zelf publiceert, voldoen aan die hoge normen en aan de geldende mededingsregels. We gaan daarbij heel kritisch om met het uitleveren van data en vermijden alle mogelijke risico's.

Waarom transparantie belangrijk is

Anne-Wietske Enequist, juridisch beleidsmedewerker NZa, legt het uit.



“Patiënten en verzekerden moeten bewust kunnen kiezen. Bijvoorbeeld voor een verzekeringspolis die bij je past of voor een bepaald ziekenhuis als je een behandeling nodig hebt. Voor een goede keuze is duidelijke informatie nodig over welke zorg je krijgt voor welke prijs. Wat de kwaliteit is, wat je zelf moet betalen en wat de verzekeraar vergoedt.”

Waarom zorgplicht belangrijk is

Michiel Lugt, unitmanager NZa, legt het uit.



“Als je ziek bent, met een psycholoog wilt praten of zorg in een verpleeghuis nodig hebt, moet je kunnen rekenen op kwalitatief goede en betaalbare zorg. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Zij moeten zorgen dat je binnen een redelijke wacht- en reistijd de zorg krijgt die je nodig hebt. Wij houden verzekeraars aan die zorgplicht.”

Is er voldoende zorg beschikbaar, ook bij faillissementen?

Zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat hun verzekerden binnen een redelijke termijn, binnen een redelijke afstand en tegen een redelijke prijs toegang hebben tot alle zorg uit het basispakket. De NZa houdt er toezicht op dat de zorgverzekeraars zich aan deze zorgplicht houden.

Voldoende fysiotherapie, logopedie en verloskundige zorg beschikbaar

De NZa onderzocht in 2015 of verzekeraars met voldoende fysiotherapeuten, logopedisten en verloskundigen een contract afsluiten. Veel van deze zorgaanbieders zijn het niet eens met de manier waarop zorgverzekeraars met hen onderhandelen. Zij vinden dat de tarieven te laag zijn en dat de zorgverzekeraars hen geen ruimte geven in de onderhandelingen. De vrees bestond dat hierdoor te weinig contracten zouden worden afgesloten en er onvoldoende zorg beschikbaar zou zijn voor wie dat nodig heeft. Dit blijkt niet het geval. Het onderzoek laat zien dat er voldoende fysiotherapie, logopedie en verloskundige zorg beschikbaar is, ook in dunbevolkte gebieden. Eind 2015 publiceren we de resultaten van een vergelijkbaar onderzoek, maar dan voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

Risico op faillissement zorgverzekeraar of ziekenhuis klein

Een faillissement van een zorgverzekeraar of zorgaanbieder zou de toegankelijkheid van zorg in gevaar kunnen brengen. De NZa deed daarom in 2015 onderzoek naar de mogelijke gevolgen als een ziekenhuis of zorgverzekeraar failliet gaat. Uit dit onderzoek bleek dat de kans dat een zorgverzekeraar failliet gaat zeer klein is. Gebeurt dit toch, dan bestaat wel het risico dat een groep verzekerden tijdelijk onverzekerd is. De kans dat een ziekenhuis failliet gaat is ook klein, maar in incidentele gevallen niet uitgesloten. Voor de meeste zorg is op korte reisafstand een geschikt alternatief beschikbaar. De reisafstand kan wel langer zijn in dunbevolkte gebieden of bij hoogcomplex zorg voor relatief kleine groepen patiënten, zoals kinderoncologie. De NZa adviseert de minister van VWS om hiervoor maatregelen te treffen. De minister heeft de NZa gevraagd om in 2015 bij het toezicht op de zorgplicht ook aandacht te besteden aan de genoemde risico's.

Voldoende langdurige zorg beschikbaar

Mensen willen langer zelfstandig blijven wonen. Deze trend zien we al een aantal jaren en de wet- en regelgeving sluit hier nu op aan. Het gevolg is dat zorgaanbieders die relatief veel cliënten met een lichte zorgvraag in hun instelling hadden, hun strategie moeten aanpassen om te voorkomen dat ze failliet gaan. Een faillissement van een zorgaanbieder kan een risico zijn voor de zorgplicht van zorgkantoren. Er moet voldoende capaciteit beschikbaar blijven om cliënten in een instelling te laten verblijven. De NZa monitort voortdurend of er voldoende zorg beschikbaar is en ook zorgkantoren moeten in de gaten houden of zij aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Mogelijke risico's moeten zij bij de NZa melden. Ondanks de grote uitdagingen waar zorgaanbieders voor staan, constateert de NZa dat er op dit moment voldoende langdurige zorg beschikbaar is.

Klopt mijn zorgnota wel?

Iedereen betaalt mee aan de zorg via de zorgverzekeringspremie en de belastingen. Het is dus belangrijk dat het geld voor de zorg goed wordt besteed. Zorgaanbieders moeten de juiste zorg bieden en die zorg op de juiste manier in rekening brengen. Zorgverzekeraars moeten vervolgens controleren of de ingediende nota's correct zijn.

Zorgverzekeraars controleren declaraties beter

Jaarlijks toetst de NZa of zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet goed uitvoeren. Daarbij kijken we onder andere naar hoe verzekeraars zorgdeclaraties controleren. Checken zij of de nota's kloppen; bijvoorbeeld of de zorgaanbieders de juiste hoeveelheid en de juiste soort zorg in rekening brengen? In 2012 schoot nog ruim de helft van de zorgverzekeraars tekort in die controle. Inmiddels hebben de meeste zorgverzekeraars hun controles fors verbeterd. De NZa ziet nog wel verbetermogelijkheden: de controles zouden eerder moeten plaatsvinden, en de zorgverzekeraars zouden in hun controles nog meer gebruik moeten maken van analyses van grote groepen declaraties. Met die analyses kunnen zorgverzekeraars bijvoorbeeld opsporen welke zorgaanbieders buitensporig veel (dure) behandelingen in rekening brengen, en checken waarom dat zo is.

Clënten verpleeg- en verzorgingshuizen ontvingen € 188.000 aan onterechte bijbetalingen terug

De NZa rondde begin 2015 een onderzoek af naar onterechte bijbetalingen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bij tien zorginstellingen constateerden we dat cliënten ten onrechte hebben bijbetaald voor zorg en diensten die vallen onder de wettelijke aanspraak op langdurige zorg. Het gaat dan met name om was- en inrichtingskosten. Deze instellingen hebben in totaal ruim € 188.000 terugbetaald aan ruim driehonderd gedupeerden.

Verschillende zorginstellingen verstrekken bovendien te weinig, onduidelijke of zelfs foute informatie aan cliënten over de bijbetalingen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Op verzoek van de NZa is deze informatie nu verbeterd. Daarnaast is er een stappenplan opgesteld om de positie van bewoners te versterken. Cliëntenraden worden nauwer betrokken bij het vaststellen van diensten en tarieven. De NZa verwacht dat door de constructieve maatregelen van de zorgaanbieders, het aantal onterechte bijbetalingen verder afneemt.

NZa onderzoekt onterechte toeslagen in de mondzorg

In 2015 ontving de NZa verschillende signalen van consumenten over nota's in de mondzorg. Soms krijgt een patiënt twee rekeningen mee, waarvan ze er één naar de verzekeraar mogen sturen. Soms moeten patiënten een deel van de behandeling pinnen of contant betalen, zonder factuur. In andere gevallen staat er een niet-bestaande declaratiecode op de rekening. Dit is niet toegestaan. De NZa startte medio 2015 op basis van verschillende signalen een onderzoek bij een praktijk in Zuid-Holland en maande de organisatie om direct te stoppen met het in rekening brengen van niet-toegestane toeslagen voor 'kwaliteit' of 'service'. Ook bij twee andere mondzorgpraktijken onderzoekt de NZa in 2015 of de nota's en de administratie op orde zijn. De NZa waarschuwt consumenten om alert te zijn als hun tandarts een toeslag vraagt, of contante betaling zonder factuur. Toeslagen voor 'kwaliteit' of 'service' zijn sowieso niet toegestaan. Een tandarts mag alleen prestaties in rekening brengen die de NZa heeft vastgesteld.

Betere informatie over rijbewijskeuring

De NZa krijgt veel vragen van consumenten over de rijbewijskeuring door met name psychiaters. Het basistarief voor de keuring is gebaseerd op 15 minuten directe tijd die de keuringsarts besteedt

aan de keuring van de bestuurder, en op 15 minuten indirecte tijd voor bijvoorbeeld het schrijven van een verslag. In de praktijk blijkt dat voor een psychiatrische keuring vaak meer tijd nodig is. Daardoor valt de rekening vaak hoger uit dan mensen verwachten. Psychiaters zouden mensen beter moeten vertellen hoe het tarief voor de keuring is opgebouwd. De NZa heeft gesproken met het Bureau Rijbewijskeuringen (BRK), dat alleen psychiatrische keuringen doet. Het BRK registreert op de factuur nu het aantal minuten dat de keuring bij de arts heeft geduurd, dus de directe tijd. Consumenten zien daardoor beter hoe de rekening is opgebouwd. Verder heeft de NZa de regels voor de rijbewijskeuring verduidelijkt. Daarin staat nu expliciet dat keuringsartsen alleen extra tijd mogen rekenen als zij die daadwerkelijk, direct of indirect, aan de keuring besteden.

Onderzoek naar compliance van ziekenhuizen

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben hun onderzoek naar foute ziekenhuisrekeningen in vorige jaren serieus opgepakt. Zij constateerden zo'n € 277 miljoen aan foute zorgdeclaraties over 2012 en 2013. De NZa doet aanbevelingen waarmee ziekenhuizen deze fouten in de toekomst kunnen voorkomen. Zo bestaat er in de meeste ziekenhuizen nog geen gedragscode voor rechtmatig en integer declareren van behandelingen. In 2015 onderzoekt Berenschot in opdracht van de NZa hoe ziekenhuizen in hun compliancesystemen aandacht besteden aan het thema correct registreren en declareren van zorg. Daarbij kijken we hoe deze systemen zijn ingericht, wat goede en slechte voorbeelden zijn en wat ziekenhuizen kunnen verbeteren op dit punt. Daarnaast ontwikkelt de NZa samen met de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn een brochure voor leden van raden van toezicht: hoe kunnen interne toezichthouders bevorderen dat zorg rechtmatig wordt geregistreerd en gedeclareerd, zodat de zorgkosten niet oplopen?

Zelfonderzoek ggz-instellingen

Ook ggz-instellingen zijn bezig om fouten in de administraties van vorige jaren in kaart te brengen. Zorgverzekeraars hebben in nauwe samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland het initiatief genomen om gezamenlijk op te trekken bij de formele en materiële controles in de curatieve ggz over het jaar 2013. Hierdoor zijn de controlepunten transparant en eenduidig voor alle partijen. Het onderzoek wordt eind 2015 afgerond. Vervolgens bekijken de partijen hoe zij de controles over 2014 en 2015 kunnen gaan uitvoeren.

Veelgestelde vragen aan de NZa in 2014 – 2015

De Informatielijn van de NZa ontving tussen augustus 2014 en augustus 2015 ruim 20.000 vragen. Bijna 40% van de vragen kwam van consumenten. De overige vragen kwamen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, brancheorganisaties en andere partijen uit de zorg. De onderwerpen waarover de Informatielijn de meeste vragen ontving:

Dure geneesmiddelen

Zorgaanbieders stellen veel vragen over de bekostiging hiervan en hoe zij de onderlinge dienstverlening kunnen declareren.

Apotheekzorg

Binnen de apotheekzorg is het 'begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel' onderwerp van veel vragen van consumenten. Dit gesprek is vaak belangrijk voor een veilig en effectief gebruik van voor de patiënt nieuwe geneesmiddelen. Veel consumenten begrijpen het nut van het gesprek niet of meldden dat er een gesprek in rekening werd gebracht dat niet had plaatsgevonden. In overleg met zorgaanbieders verandert de apotheeknota daarom per 2016. Het begeleidingsgesprek voor medicijnen staat dan niet meer apart op de nota. Er kan dan een 'terhandstelling met begeleidingsgesprek' of een 'standaard terhandstelling', dus zonder begeleidingsgesprek, in rekening worden gebracht. Zo kan de consument nog steeds controleren of de nota klopt en of het gesprek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. De apotheker bepaalt vanuit zijn deskundigheid of zo'n gesprek noodzakelijk is: je kunt als consument dus niet zelf kiezen of je wel of niet zo'n gesprek wilt.

Mondzorg

Zorgaanbieders stelden veel vragen over wanneer zij bepaalde prestaties in rekening mogen brengen en welke combinaties van prestaties mogelijk zijn. Consumenten wilden vooral weten of hun rekening klopt met de regels en overeenkomt met de behandeling die zij hebben gekregen.

Werkwijze zorgverzekeraars

Consumenten wilden weten of hun zorgverzekeraar bepaalde kosten terecht of onterecht niet vergoedt en of kosten onder het eigen risico vallen of niet. Aan het einde van het jaar kwamen er veel vragen over het bekend maken van de verzekeringspolissen,

de verschillende keuzes in polissen en de contracten tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders.

Geestelijke gezondheidszorg

Zorgaanbieders stelden vragen over de regels voor de gespecialiseerde ggz en voor de basis ggz.

Langdurige zorg

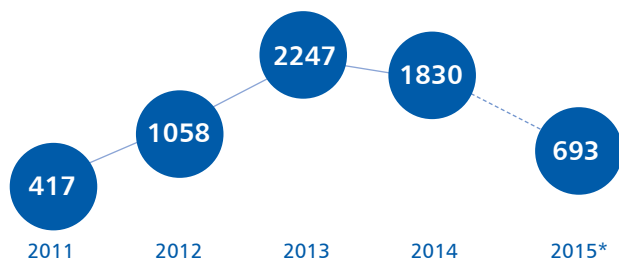
Zorgaanbieders stelden vragen over de nieuwe regels voor de langdurige zorg in de Wet langdurige zorg. Consumenten hadden vooral vragen over hun rechten op zorg in deze nieuwe wet.



Signalen

Naast vragen ontvangt de NZa ook meldingen en klachten van consumenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere organisaties. In 2014 ontving de NZa 1830 signalen, in de eerste helft van 2015 waren dat er 693.

Aantal signalen bij de NZa



*2015: 693 (jan t/m juni)

De meeste signalen in 2015 gaan over medisch specialistische zorg, ggz, apotheekzorg en mondzorg. Het betreft vooral vermoedens dat er duurdere zorg in rekening gebracht wordt dan geleverd of dat er zorg in rekening wordt gebracht die niet is geleverd.

Signalen via het verzamelpunt zorgfraude

Toezichthouders in de zorg, inspecties en zorgverzekeraars delen signalen over mogelijke fraude in de zorg via het Verzamelpunt zorgfraude. Het doel is een overzicht te krijgen van het aantal en de soort signalen en deze bij de juiste organisatie te beleggen. In 2014 registreerde dit verzamelpunt 668 signalen. Iets meer dan de helft van de signalen gaan over zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt. Ruim 25% van de signalen betreft de langdurige zorg (voorheen AWBZ, sinds 1 januari 2015 de Wlz). De meeste signalen gaan over de medisch specialistische zorg, gevolgd door de ggz en de mondzorg. Ook hier gaan de signalen vooral over te hoge zorgnota's.

Wanneer grijpt de NZa in?

Als zorgaanbieders of zorgverzekeraars de wetten of regels niet naleven, kan de NZa maatregelen treffen. Zoals het opleggen van een verplichting om periodiek informatie te geven over hoe een probleem wordt opgelost, het geven van een aanwijzing of het opleggen van een last onder dwangsom of boete.

Toezichtsmaatregelen NZa 2013-2015

Activiteiten	2013	2014	2015*
Interventies bij zorgaanbieders	34	26	18
Interventies bij zorgverzekeraars en zorgkantoren	49	505	40
Boetes	3	1	2
Handhaving informatieverplichtingen	370	491	129
Last onder dwangsom op grond van informatieverplichtingen	58	115	15
Besluiten aanmerkelijke marktmacht	1	1	0
Besluiten Zorgfusietoets	-	50	53
Zienschwijken concentraties	7	4	0
Totaal	522	1193	257

*(jan t/m juni 2015)

De toezichtsmaatregelen in 2014 leidden tot verbeteringen in de sector waardoor er in 2015 tot nu toe minder maatregelen nodig waren.

Boetes ggz-instellingen

Twee ggz-instellingen kregen in 2015 een boete opgelegd door de NZa omdat hun administratie van de behandelingen en de zorgnota's op onderdelen niet op orde was en omdat zij onjuist declareerden. Zo was bij één van de instellingen de tijdsregistratie niet goed, waardoor er soms te lange behandelingen werden gedeclareerd. Bij de andere instelling werden behandelingen in rekening gebracht die nooit hadden plaatsgevonden.

Overzicht Stand van de zorgmarkten 2015

Kenmerken van de gezondheidszorg in Nederland

De langdurige zorg (Wlz)		De curatieve zorg (Zvw)		De forensische zorg
Per regio (in totaal 32 regio's) voert een zorgkantoor namens alle Wlz-uitvoerders de Wlz uit voor alle inwoners die deze zorg nodig hebben. Cliënten kunnen niet kiezen voor een zorgkantoor.		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.		De forensische zorg valt niet binnen de kaders van de Zvw en de Wlz, maar is wel zorg die onder de Wet marktordening gezondheidszorg valt.
<i>Langdurige zorg:</i> Voor mensen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege: • een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking; • een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap; • een psychische stoornis, als zij na drie jaar verblijf in verband met de geneeskundige ggz vanuit de Zvw, nog steeds verblijf nodig hebben in verband met de geneeskundige ggz.	<i>Eerstelijnszorg:</i> • Huisartsenzorg • Mondzorg • Fysiotherapie • Farmacie • Verloskunde en kraamzorg • Logopedie • Diëtiëk • Oefentherapie • Basis ggz • Ambulancezorg • Keten zorg • Wijkverpleging	<i>Curatieve ggz:</i> • Basis ggz • Extramurale ggz-zorg • De eerste 1095 dagen intramuraal verblijf in het kader van een behandeling	<i>MSZ:</i> • Ziekenhuizen • Categoriele instellingen • Zelfstandige behandelcentra • Medisch specialisten	<i>Forensische zorg:</i> Forensische zorg wordt meestal door een rechter opgelegd en betreft zorg in een strafrechtelijk kader. Het gaat om geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel, of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel.

De stand van de langdurige zorg (Wlz)

Verplichte volksverzekering gericht op mensen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Verzekerden met een psychische stoornis hebben alleen toegang tot de Wlz als na drie jaar verblijf in verband met de geneeskundige ggz vanuit de Zvw, nog steeds verblijf nodig is in verband met de geneeskundige ggz.

Via onafhankelijke indicatiestelling bepaalt het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) of iemand toegang heeft tot de Wlz. De Wlz biedt verzekerden de mogelijkheid om zorg in een instelling te krijgen of zorg thuis te ontvangen. Dit laatste kan via een volledig pakket thuis (vpt). Daarnaast is er de keuze om deze zorg via een modulair pakket thuis af te nemen (mpt) of de zorg met een persoonsgebonden budget (pgb) zelf in te kopen. Een combinatie tussen het mpt en een pgb is ook mogelijk. De zorgkantoren lopen geen risico over deze zorguitgaven. Het ministerie van VWS bepaalt de omvang van het verzekerde pakket en het jaarlijks budgettair kader voor de langdurige zorg. Dit geld verdeelt de NZa over de 32 regio's op basis van de zorg die in eerdere jaren ingekocht werd. De zorgkantoren kunnen gedurende het jaar nog onderling afspraken maken over herverdeling van middelen 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 Wlz uit voor de mensen in die regio die langdurige zorg nodig hebben. Cliënten kunnen niet kiezen voor een ander zorgkantoor. De zorgkantoren hebben wel een zorgplicht net als de zorgverzekeraars en moeten dus voldoende zorg inkopen voor de bewoners in hun regio.

Marktenmerken

De Wlz is per 1 januari 2015 ingevoerd en vervangt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De reikwijdte van de Wlz is beperkter dan die van de AWBZ, omdat grote delen van de AWBZ zijn overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De toegang tot de Wlz is beperkter dan in de AWBZ. Met het beleid om mensen langer thuis te laten wonen daalt het aantal mensen dat een indicatie krijgt voor de Wlz. Nieuwe cliënten komen niet meer in aanmerking voor een lage zorgzwaartepakket-indicatie.

Het modulair pakket thuis (mpt) is een nieuwe leveringsvorm in de Wlz. Met het mpt kunnen cliënten hun zorg thuis ontvangen. Met een mpt kunnen zij bijvoorbeeld hun zorg van meerdere gecontracteerde aanbieders ontvangen. Ook kan de cliënt er voor kiezen het mpt met een pgb te combineren.

Er gelden maximale beleidsregelwaarden met vaste tarieven per zorgzwaartepakket, per volledig pakket thuis en per modulair pakket. 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

In 2014 waren er 1.547 zorginstellingen.¹ In 2015 zijn dat er 1.217. Daarnaast mogen zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) zorg leveren. In 2014 waren er 1.345 zzp'ers actief, in 2015 zijn dat er 139.

¹ Dit aantal is niet exact gelijk aan het aantal instellingen. We gebruiken hiervoor het aantal productieafspraken dat de NZa ontvangt. Het is mogelijk dat een concern voor aparte locaties aparte productieafspraken indient.

Deze aanbieders van zorg zijn actief in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de langdurige geestelijke gezondheidszorg.

Op 1 januari 2015 hadden circa 326.000 mensen een indicatie voor Wlz-zorg. Dit aantal is de laatste jaren gedaald door het beleid om mensen langer thuis te laten wonen. Van alle mensen met een indicatie kiest 6,8% voor een pgb. Het aantal mensen dat voor een pgb kiest neemt toe. In 2014 koos 5,5% van de mensen met een intramurale indicatie voor een pgb.

Er waren dit jaar veel problemen met de uitbetaling van het persoonsgebonden budget. Inmiddels zijn veel problemen verholpen.

In 2015 zijn er 1217 productieafspraken gemaakt voor Wlz-zorg. Per zorgkantoorregio waren er gemiddeld 38 zorgaanbieders.

De stand van de curatieve zorg (Zvw)

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

Zorgverzekeringsmarkt

Marktkkenmerken

- In 2015 zijn er 25 risicodragende zorgverzekeraars verdeeld over negen verzekeringsconcerns. De vier grootste verzekeringsconcerns hebben in 2015 samen een marktaandeel van 88,8% (2014: 89,6%).
- In 2015 zijn er in totaal 71 polissen op de markt. Deze polissen worden zowel in natura, restitutie als in een combinatie van beide aangeboden. In 2015 steeg het aantal naturapolissen en daalden de restitutie- en combinatiepolissen. 55% van de Nederlanders heeft inmiddels een naturapolis.
- Zorgverzekeraars mogen onderscheid maken tussen de vergoedingen voor zorgaanbieders met en zonder contract. 64% van de verzekerden blijkt in 2015 te hebben gekozen voor een polis met alleen gecontracteerde zorg. Ongeveer 25% van de verzekerden koos voor een polis met beperkende voorwaarden.

Stand van de markt

- In 2015 is 7,3% van de verzekerden van verzekeraar gewisseld, in 2014 was dat 7%. De totale winst die zij behaalden door over te stappen was ongeveer € 69 miljoen. De prijs is voor verzekerden nog steeds de belangrijkste reden om over te stappen.
- De gemiddeld betaalde nominale premie (inclusief collectiviteitskortingen) steeg van € 1.098 in 2014 naar € 1.158 in 2015. In 2015 varieert de premie voor de basisverzekering van € 957 tot € 1.367 per jaar.
- Zorgverzekeraars hebben in 2014 geld overgehouden aan de basisverzekering. Volgens de Jaarcijfers Basisverzekering hadden zij een bedrijfsresultaat van 6% van de omzet. Dit resultaat hebben zorgverzekeraars voor 25% gebruikt om reserves op te bouwen. 73% is ingezet voor lagere premies in 2015. Dat de premie toch is gestegen, komt doordat er zorg aan het basispakket is toegevoegd.

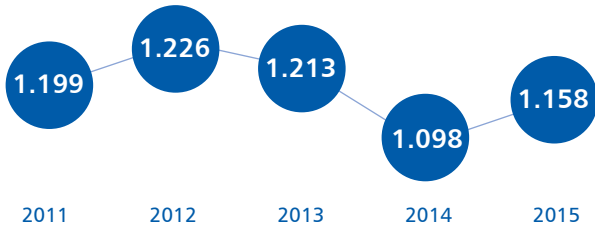
Medisch specialistische zorg	Curatieve ggz	Eerstelijnszorg
<i>Marktktenmerken</i> • In 2015 zijn er: - 81 algemene ziekenhuizen; - 8 universitair medische centra; - 65 categorale instellingen; - 198² zelfstandige behandelcentra. • Er worden 29 specialismen onderscheiden.	<i>Marktktenmerken</i> • Het aantal cliënten in de curatieve ggz is in 2012 met circa 8% gedaald ten opzichte van 2011. In 2012 maakten naar schatting zo'n 760.000 cliënten gebruik van tweedelijns ggz-zorg. Naar schatting maakten in dat jaar 322.000 cliënten gebruik van eerstelijns ggz-zorg. • Er zijn in 2012 circa 6.000 psychologisch zorgverleners werkzaam in de eerstelijns ggz. • In 2012 waren er in totaal 155 gebudgetteerde ggz-aanbieders, 110 niet-gebudgetteerde ggz-aanbieders met WTZi-toelating en circa 3.000 vrijgevestigde zorgaanbieders (vrijgevestigde psychiaters en psychologisch zorgverleners). Er is sprake van een hoge marktconcentratie in de curatieve ggz: er zijn enkele zeer grote aanbieders actief naast vele duizenden zeer kleine aanbieders.	<i>Marktktenmerken</i> • De afgelopen jaren heeft ruim 70% van de Nederlanders minimaal 1 keer per jaar contact met de huisarts gehad. Daarnaast ging circa 78% van de Nederlanders minimaal 1 keer per jaar naar de tandarts. • Voor een deel van de eerstelijnszorg gelden door de NZa vastgestelde (maximum) tarieven, bijvoorbeeld in de kraamzorg, verloskunde, mondzorg en logopedie. • Voor de huisartsenzorg werd in 2015 een nieuw bekostigingsmodel ingevoerd met 3 segmenten: 1) de algemene huisartsenzorg, 2) de multidisciplinaire zorg 3) en het belonen op uitkomsten en stimuleren van zorgvernieuwing. • Voor fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvisering, ketenzorg en apotheekzorg gelden vrije prijzen.
<i>Stand van de markt</i> • Tussen 2012 en 2013 is er een omzetstijging zichtbaar van 6,5% bij de ziekenhuizen en revalidatiecentra. In 2014 steeg de omzet (excl. honorariumomzet vrijgevestigd medisch specialisten) met 0,6%. • Per 1 januari 2015 is de maximale doorlooptijd van dbc-zorgproducten verkort van 365 dagen naar 120 dagen. • Per 1 januari 2015 zijn integrale tarieven ingevoerd voor de medisch specialistische zorg. • Voor zeven specialismen binnen de medisch specialistische zorg is de wachttijd voor een eerste polikliniek-bezoek langer dan de Treeknorm.	<i>Stand van de markt</i> • De NZa stelt landelijke maximum dbctarieven vast. • Sinds 1 januari 2014 is de ggz opgedeeld in de basis ggz en gespecialiseerde ggz. • Per 1 januari 2015 zijn de jeugd ggz en beschermd wonen overgeheveld naar de gemeenten en is de langdurige ggz (tweede en derde jaar) overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Patiënten die langer dan drie jaar verblijf nodig hebben, vallen onder de Wlz. • Het aantal ggz-behandelingen waarbij het behandeffect wordt gemeten (Routine Outcome Measurement) neemt toe. • Er wordt nog niet selectief ingekocht op behandeffecten omdat deze nog niet onderling vergelijkbaar zijn.	<i>Stand van de markt</i> • Scherpe en selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars is mogelijk, maar dit gebeurt beperkt. Dit komt doordat er nog weinig inzicht is in kwaliteitsverschillen. • Per 1 juli 2015 zijn de tarieven voor de tandheelkundige zorg herijkt, de meeste tarieven dalen met ruim 5%, een deel met 19%. • In 2015 heeft de NZa de minister geadviseerd om de prijzen voor logopedie vrij te geven. De prijzen in de markt bevinden zich ruim onder de door de NZa vastgestelde maximumtarieven.

² Het aantal zelfstandige behandelcentra wordt bepaald op basis van bij de NZa aangeleverde contractprijzen (peildatum september 2015)

Zorgverzekeraars

Zorgpremie gestegen

De gemiddelde zorgpremie is in 2015 gestegen met € 60. In 2014 daalde deze premie nog met € 115.



De zorgpremie steeg dit jaar doordat er zorg aan het basispakket is toegevoegd, zoals de wijkverpleging. Aan het eigen risico betalen verzekerden in 2015 gemiddeld ook € 6 meer. In totaal betalen verzekerden in 2015 dus gemiddeld € 66 meer uit hun eigen portemonnee aan zorg dan in 2014. Dat is ruim meer dan de jaarlijkse inflatie. Via de belastingen betaalt iedereen in Nederland bovendien ook een deel van de zorgverzekering. Dit bedrag is in 2015 hoger dan de nominale zorgpremie, namelijk gemiddeld € 1.900 per Nederlander.

Overstappers bespaarden € 69 miljoen

Het percentage verzekerden dat is overgestapt naar een andere verzekeraar is licht gestegen, van 7% in 2014 naar 7,3% in 2015. De mensen die zijn overgestapt hebben samen € 69 miljoen bespaard op hun zorgpremie.

Top 3 redenen om niet over te stappen

- 46% is tevreden over de dekking van de totale polis.
- 30% is al heel lang bij de huidige zorgverzekeraar.
- 20% is tevreden over de service van de huidige zorgverzekeraar.

Top 3 redenen om over te stappen

- 23% kiest voor een nieuwe zorgverzekering met een lagere totale premie.
- 14% verwacht dat zijn/haar zorggebruik anders wordt.
- 14% kiest voor een collectieve zorgverzekering.

Soorten zorgpolissen

In 2015 had 55% van de verzekerden een naturapolis. 7,5% van de mensen koos voor een polis met beperkende voorwaarden, bijvoorbeeld een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders. Daarmee is dit type polis in 2015 populairder dan in 2014, toen koos 4,4% voor zo'n polis.

Besteding verplicht eigen risico

Mensen gaven in 2014 gemiddeld € 209 uit aan het verplicht eigen risico. Ruim 70% van de mensen die naar het ziekenhuis gaat, is het verplicht eigen risico van € 375 direct kwijt. 12% van de premiebetalers is helemaal geen eigen risico kwijt in de Zvw. Steeds meer mensen kiezen voor een extra, vrijwillig eigen risico. 70% van hen kiest dan bovendien voor de hoogste categorie, het vrijwillig eigen risico van € 500. De mensen die een vrijwillig eigen risico namen, waren daar gemiddeld € 48 aan kwijt.

Veel keuze in polissen

Verzekerden hebben veel te kiezen: welke soort basisverzekering? Een vrijwillig eigen risico en zo ja, hoe hoog? Een aanvullende verzekering en zo ja, welke? Aansluiten bij een collectiviteit? Als we alle mogelijke polissen voor een basisverzekering vermenigvuldigen met alle polissen voor een aanvullende verzekering zijn er 1.136 mogelijke combinaties. Als we alle opties voor het eigen risico ook meetellen, hebben consumenten in 2015 ongeveer 5.940 verzekeringsopties. Daarbij tellen we de mogelijke collectiviteiten nog niet mee.

Er is een grote variatie in zorgpolissen. Dit kan voordelen hebben voor consumenten, maar er zitten ook risico's aan. Ten eerste kan een groter aanbod leiden tot ongelijke toegang voor bepaalde doelgroepen of prijsdiscriminatie ten koste van specifieke doelgroepen. De NZa onderzoekt dit momenteel. Ten tweede bestaat het risico dat het voor consumenten moeilijk wordt om een goede keus te maken. De NZa wil daarom dat zorgverzekeraars hun aanbod goed inzichtelijk en vergelijkbaar maken.

Collectieve verzekeringen

Consumenten kunnen zich als individu verzekeren, maar ook als groep. Het belangrijkste voordeel dat dat oplevert is een financiële korting. Deze korting is wettelijk gemaximeerd op 10%. Tussen

2007 en 2014 steeg het percentage mensen dat zich collectief verzekert met gemiddeld 2% per jaar (van 57% naar 70%). In 2015 nam dit percentage voor het eerst af, naar 69%. Collectief verzekerden betalen dit jaar gemiddeld 4,4% minder premie dan individueel verzekerden. Het prijsverschil tussen collectieve en individuele verzekeringen nam tussen 2013 en 2015 met ruim 20% af.

In 2015 biedt een aantal zorgverzekeraars geen collectiviteitskorting meer aan. In plaats daarvan bieden zij al hun verzekerden een lagere basispremie. De zorgverzekeraars willen hiermee het aanbod transparanter maken en iedereen een scherpe premie aanbieden. Dit roept de vraag op of we een beter aanbod aan zorgpolissen krijgen als de collectiviteitskorting wordt losgelaten. De NZa vindt het daarom belangrijk om goed te onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn van de collectiviteiten en collectiviteitskortingen. De uitkomsten van dit onderzoek verschijnen in 2016.

Verzekeraars houden zich aan acceptatieplicht

Iedereen moet toegang hebben tot de basisverzekering, ongeacht leeftijd, ziektehistorie of leefstijl. De NZa onderzocht in 2015 of verzekeraars zich aan deze acceptatieplicht houden. Accepteren zij iedereen tegen dezelfde voorwaarden voor de basisverzekering? Uit onderzoek blijkt dat de zorgverzekeraars zich inderdaad aan hun acceptatieplicht houden.

Onderzoek naar polissen met beperkende voorwaarden

De NZa heeft verschillende onderzoeken gedaan naar de zorgplicht van verzekeraars. Zo hebben we zeventien zorgpolissen met beperkende voorwaarden onder de loep genomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om voorwaarden als een beperkt aantal zorgaanbieders waar je uit kunt kiezen, een beperkte vergoeding als je voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kiest, of uitsluitend bestellen van medicijnen of hulpmiddelen via het internet. De meeste van deze polissen hebben een lagere premie dan gemiddeld. In 2015 sloot 7,5% van de verzekerden één van deze polissen af.

Uit het onderzoek blijkt dat je ook bij een polis met beperkende voorwaarden alle zorg kunt krijgen die onder de basisverzekering valt. Hoewel je bij alle polissen zonder bijbetaling terecht

kunt bij meerdere ziekenhuizen, kun je niet altijd zonder bijbetaling naar het ziekenhuis van je voorkeur. Consumenten moeten dus altijd goed nagaan naar welke zorgaanbieders ze kunnen gaan en wat ze moeten bijbetalen als ze toch voor een andere, niet-gecontracteerde zorgaanbieder willen kiezen. Hoewel op basis van het onderzoek niet is vastgesteld dat de zorgplicht in het geding is, toetst de NZa bij verzekeraars nog in specifieke gevallen of de ingekochte zorg ook kwalitatief goede, tijdige en bereikbare zorg is. Criteria daarvoor zijn bijvoorbeeld wachttijden of reisafstanden.

Zorgverzekeraars werken aan een bijsluiters bij de polissen, om de informatie voor verzekerden te verbeteren. De NZa is voorstander van zo'n bijsluiters, omdat dit verzekerden helpt bij het maken van een juiste keuze voor een zorgpolis en ervoor zorgt dat zij niet voor verrassingen komen te staan.

Zorgverzekeraars maken minder winst

De vier grootste zorgverzekeraars bedienen momenteel bijna 90% van alle verzekerden in Nederland. Daarnaast zijn er nog vijf kleinere concerns. De marktaandelen van de kleinere verzekeraars nemen al een aantal jaren licht toe. Wel is het moeilijk om als nieuwe zorgverzekeraar toe te treden. Er hoeven nu geen maatregelen genomen te worden. We zien geen aanwijzingen dat er onvoldoende concurrentie is. Maar de NZa blijft de concentratie van de markt kritisch volgen.

In 2014 was het totale bedrijfsresultaat van zorgverzekeraars op de basisverzekering 6%. Van dit bedrijfsresultaat is 73% ingezet om de premie in 2015 lager te houden en 25% is gebruikt voor de opbouw van reserves. Zorgverzekeraars hebben zowel in 2014 als in 2015 lagere premies gerekend dan te verwachten viel aan de hand van de voorspelde zorgkosten.



Hans Wattel, zorginkoper
eerstelijns paramedische zorg,
CZ Zorgverzekeraar

“We moeten het debat over de echte vraagstukken in de zorg steeds weer aangaan.”

Bellen, mailen, overleggen. Hans Wattel zit delen van de dag achter zijn bureau in Goes of Tilburg. De 48-jarige zorginkoper eerstelijns paramedische zorg werkt bij verzekeraar CZ.

“Het is mijn werk om ervoor te zorgen dat deze zorg wordt ingekocht tegen de juiste prijs en voorwaarden. Daarvoor verdiep ik me grondig in vraag en aanbod, trends, ontwikkelingen en behoeften in de zorgmarkt en specifiek binnen de fysiotherapie. Ik praat vaak met zorgaanbieders maar ook met VWS, ZN en de NZa.”

License to operate

“Er is veel publieke belangstelling voor ons werk en helaas is die niet altijd positief. Was het vroeger de overheid waartegen velen uit de zorg regelmatig protesteerden, nu zijn wij vaker de boodschapper van het slechte nieuws. En onze rol schuurt ook een beetje. Ik vind dat CZ het debat over de echte vraagstukken in de zorg steeds weer moet aangaan. Onze grootste uitdaging is onze ‘license to operate’, omdat de veranderingen in de zorg niet hard genoeg gaan. Als er een debat wordt aangezwengeld, roepen velen uit de sector ‘moord en brand’. Wij zullen het debat blijven opzoeken, hoe lastig dat ook is. We moeten blijven uitleggen waar we voor staan: goede zorg voor onze verzekerden die wat mankeren, die niet zo duur wordt dat de gezonde mensen het niet meer kunnen of willen betalen. Handhaven van solidariteit dus.”

Om toch de noodzakelijke beweging te hebben wandelt Wattel tijdens zijn lunchpauze. ‘s Avonds staat nog een bijeenkomst in zijn agenda; in Ridderkerk houdt hij een presentatie over de zorginkoop voor een zaal met ruim 100 fysiotherapeuten. In het hol van de leeuw....?

“We moeten elkaars rol herkennen én erkennen, en dan ben ik ervan overtuigd dat we het beeld van ‘nare zorgverzekeraar’ kunnen bijstellen: we zijn geen tegenstanders, maar staan samen voor een sterke eerste lijn.”

Calimero

Volgens Wattel kunnen de zorgverzekeraars het niet alleen, ze hebben daar de zorgaanbieders hard bij nodig. Hij is positief over het groeiende aantal zorgaanbieders dat zich verantwoordelijk voelt om samen te werken aan oplossingen. “Daar tegenover staat dat er ook nog vrij regelmatig Calimero-gedrag wordt vertoond, zo van: die grote zorgverzekeraar wil toch niet met mij praten. Daar zeg ik tegen: onzin, laat zien waar je voor staat, wat je goed kan en wat je graag doet, maar durf ook keuzes te maken door de dingen die je niet zo graag doet en misschien niet zo goed kan, over te laten aan je collega’s.”

Volgens de zorginkoper wordt er keihard gewerkt om de kwaliteit van de behandeling zichtbaar te maken. “Dat is de toekomst: waar leidt de behandeling toe? Zorgaanbieders gaan nu ook met elkaar in gesprek om het handelen van zichzelf en elkaar te bespreken om op die manier de kwaliteit te verhogen. Het zou nog wel een tikje kritischer kunnen als het gaat om de vraag: moet ik wel behandelen? Dat er sprake is van een vergoeding/verzekering wil toch niet zeggen dat er moet worden behandeld? Vanwege onze brandverzekering steken we toch ook niet elk jaar ons huis in de fik?”

Medisch specialistische zorg: houd dure geneesmiddelen toegankelijk

Er komen steeds meer nieuwe en dure geneesmiddelen. Nu zijn deze geneesmiddelen nog toegankelijk voor iedereen die dat nodig heeft. Veel ziekenhuizen geven aan dat ze de geneesmiddelen straks niet meer kunnen betalen. De NZa deed een aantal aanbevelingen om de druk op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van dure medicijnen in de toekomst te verminderen.

Ziekenhuizen, apothekers en zorgverzekeraars zouden moeten samenwerken bij de zorginkoop van dure medicijnen, binnen de kaders van het mededingingsrecht. Ook de overheid kan deze geneesmiddelen centraal inkopen. Verder zou de overheid voor alle dure geneesmiddelen een wettelijke maximumprijs moeten vaststellen. Deze prijs zou aangepast moeten worden als bijvoorbeeld het patent verloopt of de patiëntengroep toeneemt. Nu betalen ziekenhuizen dezelfde prijs, ook als midelen eerst voor 100 en daarna voor 10.000 patiënten worden gebruikt. Enkele Europese regels lijken daarnaast onbedoelde neveneffecten te hebben die de prijzen van geneesmiddelen mogelijk opdrijven. De NZa adviseert dan ook om op Europees niveau te evalueren of het huidige beleid voor bijvoorbeeld weesgeneesmiddelen oplevert waar het voor is bedoeld. Daarnaast is een discussie nodig over nut en noodzaak van de huidige wetten voor geneesmiddelenprijzen. De regels van de verschillende landen werken elkaar soms tegen. En we moeten blijven zoeken naar goede alternatieven en de juiste dosering van geneesmiddelen.

De NZa adviseert om het effect van deze maatregelen eerst goed door te rekenen en te toetsen op uitvoerbaarheid. Als ze onvoldoende effectief blijken te zijn, kan een ander vergoedingsmodel voor geneesmiddelen een oplossing zijn.

Effecten invoeren integrale tarieven voor ziekenhuisbehandelingen

Sinds 1 januari 2015 zijn er in de ziekenhuiszorg integrale tarieven. Dit betekent dat patiënten en zorgverzekeraars niet meer apart voor de ziekenhuiskosten en voor het honorarium van de medisch specialist betalen, maar dat alles in één tarief is ondergebracht. Zorgverzekeraars maken 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. Eind vorig jaar onderzocht de NZa voor het eerst de effecten van het invoeren van deze nieuwe vorm van bekostiging. Daaruit bleek dat de meerderheid van de vrijgevestigde specialisten ervoor kiest om vrijgevestigd te blijven en niet in loondienst te gaan bij een ziekenhuis. De meeste ziekenhuizen hebben een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met de maatschap of de coöperatie van medisch specialisten. Sommige ziekenhuizen willen wel naar een model waarbij medisch specialisten mede-eigenaar worden van het ziekenhuis maar konden dat niet al per 2015 realiseren. Eind 2015 onderzoekt de NZa opnieuw de effecten van de integrale tarieven.

Samenwerkingsafspraken kunnen beter

In de samenwerkingsovereenkomsten tussen ziekenhuizen en medisch specialisten lag eind 2014 de nadruk nog vooral op fiscale aspecten. Het is belangrijk dat er ook over andere zaken afspraken worden gemaakt. Zoals over kwaliteit en veiligheid; wie is waarvoor verantwoordelijk en kan op welke punten worden aangesproken? Maar ook over correct registreren en declareren van geleverde zorg. En er moeten overlegstructuren komen waarin alle medisch specialisten goed vertegenwoordigd zijn. We blijven de komende jaren de afspraken tussen ziekenhuizen en medisch specialisten monitoren.

Pas op met schaalgrootte ziekenhuizen

Ziekenhuizen klonteren samen en worden steeds groter. Een bepaalde schaalgrootte kan voordelen hebben. Bijvoorbeeld als je kennis en expertise wilt bundelen bij zeldzame ziekten. Maar als een ziekenhuis marktmacht heeft en zich onafhankelijk van anderen kan gedragen, is dat een risico. Dit kan de prijzen van de zorg opdrijven.

Om verdere concentratie van zorgaanbieders te voorkomen, vindt de NZa dat de zorgspecifieke fusietoets een inhoudelijke toets moet worden. Nu is dit vooral een procedurele toets naar het fusieproces en een toets of de cruciale zorg wordt geborgd. We kijken of er plannen gemaakt zijn, maar mogen de inhoud

van de plannen niet beoordelen. De NZa vindt echter dat een toets op de inhoud van de plannen ook belangrijk is. Wat is het effect van een fusie op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg? Daarnaast zou het goed zijn om in de wet beter dan nu vast te leggen wanneer er sprake is van aanmerkelijke marktmacht.

Curatieve ggz: duidelijke informatie over wachttijden

De NZa ontving vorig jaar signalen dat de wachttijden in de curatieve ggz langer zijn dan de normen daarvoor (de Treeknormen). Uit onderzoek blijkt dat de wachttijden sinds 2010 over het algemeen niet zijn toegenomen, maar sommige aanbieders overschrijden de Treeknorm. Dat is een risico, want dit kan ertoe leiden dat patiënten niet op tijd de zorg krijgen waar zij recht op hebben. De NZa startte een onderzoek naar de oorzaak van de lange wachttijden bij deze zorgaanbieders en rapporteert daarover eind 2015. Daarnaast werkt de NZa aan een regeling om alle zorgaanbieders in de ggz – net als de ziekenhuizen – te verplichten hun wachttijden te publiceren op hun website. Deze verplichting geldt nu alleen voor zorgaanbieders die ambulante gespecialiseerde ggz leveren.

Privacy moet worden gewaarborgd

In de ggz kunnen patiënten een beroep doen op de privacyverklaring. Dit betekent dat zij bij hun behandelaar aan kunnen geven dat ze bezwaar hebben tegen vermelding van hun diagnosegegevens op de factuur. Een zorgverzekeraar kan de declaratie dan alleen controleren door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. De diagnose-informatie valt immers onder het medisch beroepsgeheim. Verzekeraars zijn verplicht om mee te werken aan deze privacyregeling. Als een verzekeraar dat niet doet, kan de patiënt dit melden bij de NZa. We ontvangen hierover nog steeds meldingen van patiënten. De NZa heeft verzekeraars er dit jaar dan ook opnieuw op aangesproken dat zij de regeling moeten uitvoeren.

Forensische zorg: geef tbs-klinieken meer tijd voor overgang naar nieuwe financiering

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. De forensische zorg is sinds 2013 overgestapt van jaarlijkse budgetten naar een systeem waarbij aanbieders betaald worden voor de prestaties die zij leveren (prestatiebekostiging). De NZa heeft geëvalueerd hoe deze overgang loopt. Voor de instellingen die forensische zorg leveren, geldt van 2013 tot en met 2015 een vangnet om de gevolgen van de overgang te dempen. Uit de evaluatie blijkt dat met name de Forensisch Psychiatrische Centra, die tbs-patiënten behandelen, omzetverlies lijden als het vangnet wordt afgeschaft. De NZa heeft de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie daarom geadviseerd dit vangnet voor deze klinieken een jaar te verlengen. De staatssecretaris vindt verlenging niet noodzakelijk, maar wil naar aanleiding van ons advies wel maatregelen nemen zoals meer maatwerk in de tarieven voor de verschillende instellingen die forensische zorg leveren.

A portrait of Professor dr. Henk-Jan Guchelaar, a middle-aged man with thinning blonde hair and glasses, smiling at the camera. He is wearing a dark blue blazer over a white button-down shirt. He is seated in a laboratory, with his hands clasped in his lap. The background shows a laboratory bench with various glassware, including beakers and bottles, some containing colored liquids. A pipette and other lab equipment are also visible. In the far background, another person in a white lab coat is partially visible, working at a different station. The lighting is bright and even.

Professor dr. Henk-Jan Guchelaar,
hoogleraar Klinische Farmacie
in het LUMC

“Geneesmiddelen worden steeds persoonlijker, en daarmee steeds kostbaarder.”

“Het gaat niet om de pillen, maar om de patiënt. Het klassieke beeld van de ziekenhuisapotheker klopt al lang niet meer. Natuurlijk bereiden en distribueren we nog steeds geneesmiddelen, maar het zwaartepunt ligt meer op de zorg voor de individuele patiënt. Een ziekenhuisapotheker werkt samen met medisch specialisten in multidisciplinaire behandelteams, waarbinnen ze de geneesmiddelexpert zijn. Ook zijn apothekers steeds vaker op de afdelingen aanwezig als aanspreekpunt”, aldus professor Henk-Jan Guchelaar, hoogleraar Klinische Farmacie in het LUMC. “Naast de patiëntenzorg, houd ik me vooral bezig met wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. Wij leiden hier in het LUMC sinds kort een nieuwe generatie apothekers op, in onze nieuwe masterstudie Farmacie. Daar ben ik erg trots op.”

Dure geneesmiddelen

Ziekenhuizen worstelen steeds meer met de stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen. Guchelaar: “Het is ontzettend moeilijk om te bepalen wat een extra levensjaar mag kosten. Wanneer besluit je of je een medicijn wel of niet zal voorschrijven? Wie gaat er over de kosten van het leven van een patiënt? De antwoorden hangen erg af van door welke bril je naar dit probleem kijkt, die van patiënt, arts, bestuurder, zorgverzekeraar, minister. Ik vind dat deze discussie niet thuishoort in de spreekkamer. Daar praat een arts met de patiënt over de effecten van een behandeling, niet over de kosten. We moeten dit op een ander niveau oplossen. Er gebeurt natuurlijk al van alles, van gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen door ziekenhuizen tot een op zich sympathiek idee als ‘no cure no pay’, maar met dit laatste verlaag je de totale zorgkosten niet. De basisvraag blijft

waarom geneesmiddelen eigenlijk zo duur zijn. Medicijnen zijn eigenlijk ‘nutsvoorzieningen’, dit verhoudt zich wat slecht tot het verdienmodel van de farmaceutische industrie. De prijs moet echt omlaag. Ik pleit ervoor om bij de registratie van nieuwe geneesmiddelen ook de prijs als criterium mee te wegen. Dus niet pas de discussie voeren over wat het middel kost als het al op de markt is, dan ben je te laat.”

Personalized medicine

Als grootste ontwikkeling binnen de farmacie noemt Guchelaar ‘personalized medicine’. “De manier waarop we medicijnen ontwikkelen en toepassen is revolutionair aan het veranderen. We gaan nu medicijnen maken die speciaal afgestemd zijn op die ene bepaalde afwijking, bij die ene patiënt. Echte designer drugs dus. Dit is wel erg kostbaar, de markt wordt hierdoor veel kleiner, we moeten goed kijken hoe het toekomstige bekostigingsmodel eruit gaat zien. Ik kan me voorstellen dat we de hoge kosten niet kunnen blijven dragen.”

Tip voor de NZa

“We hebben het voortdurend over de kosten van de zorg, en werken echt heel hard aan doelmatige en efficiënte zorg. Ik zou wel eens willen weten in welke mate zorgverzekeraars erin slagen een euro aan premie om te zetten in doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg? Hoe efficiënt is de zorgverzekeraar in dit opzicht en slaagt de ene hier beter in dan de andere? Dat zou je als patiënt toch graag willen weten. Wat mij betreft mag de NZa best om deze transparantie vragen. Uiteindelijk wil je toch dat de patiënt er beter van wordt.”

Geboortezorg: samenwerking wordt beloofd

De NZa nam in 2015 een aantal maatregelen om de samenwerking in de geboortezorg te bevorderen en daarmee de kwaliteit van de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren. Zo kunnen verloskundigen en kraamverzorgers die samenwerken in een geboortecentrum, afspreken om hun zorg in één pakket aan de verzekeraar aan te bieden. Verzekeraars hoeven dan niet langer apart zorg in te kopen bij de kraamzorg, verloskundigen en het geboortecentrum. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars via een nieuwe module 'integrale geboortezorg' initiatieven ondersteunen om de samenwerking te bevorderen.

Op dit moment lopen er twee experimenten met integrale geboortezorg via de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. Deze beleidsregel geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid om maximaal drie jaar te experimenteren met innovatieve zorg. Daarnaast wordt de module 'integrale geboortezorg' in 23 van de 100 regio's gecontracteerd door minimaal één verzekeraar. Deze module wordt ingezet om de verschillende aanbieders van geboortezorg op regionaal niveau te stimuleren de zorg op een integrale wijze te organiseren en te bekostigen. Partijen kunnen hiermee een tussenstap zetten op weg naar het volledig integraal bekostigen van geboortezorg. De minister van VWS wil per 2017 een volwaardige optie voor integrale geboortezorg introduceren.

Huisartsenzorg: nieuwe bekostiging in 2015

In 2015 werd een nieuw bekostigingsmodel voor huisartsenzorg geïntroduceerd, na een akkoord tussen de minister van VWS en de sector. De nieuwe bekostiging bestaat uit drie segmenten:

- segment 1: de algemene huisartsenzorg;
- segment 2: de multidisciplinaire zorg;
- segment 3: belonen op (gezondheids)uitkomsten en stimuleren van zorgvernieuwing.

Samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars heeft de NZa dit model het afgelopen jaar verder ontwikkeld. In de huisartsenbekostiging voor 2016 worden geen grote wijzigingen doorgevoerd. Een belangrijke reden hiervoor is dat de contractonderhandelingen voor het jaar 2015 tussen huisartsen en verzekeraars moeizaam verliepen. Met kleine wijzigingen in de bekostiging komt de NZa wel tegemoet aan een aantal gecon-

stateerde knelpunten. Zo krijgen huisartsen en zorgverzekeraars bijvoorbeeld meer ruimte om praktijkondersteuning binnen huisartsenpraktijken vorm te geven. Ook kunnen huisartsen volgend jaar het plaatsen van een spiraaltje en de cyriax-injectie (bij een peesontsteking) weer als aparte prestatie declareren.

Maak nieuwe vormen huisartsenzorg sneller mogelijk

We zien steeds vaker nieuwe zorgaanbieders die een aanvullende vorm van huisartsenzorg willen verlenen. Het gaat dan om huisartsenzorg die niet in het basispakket zit. Voorbeelden hiervan zijn een inlooptekliniek waar je zonder afspraak terecht kunt voor simpele medische klachten of screen-to-screen consulten via online platforms. Patiënten betalen zelf de rekening van deze zorg, of kunnen zich (deels) hiervoor verzekeren via een aanvullende zorgverzekering. Zorgaanbieders moeten nu nog bij de NZa een prestatieomschrijving of een tarief-op-maat aanvragen voor zulke nieuwe vormen van huisartsenzorg. Dit kost hen veel tijd. De NZa adviseerde de minister van VWS in 2015 om tarieven en prestaties voor deze aanvullende zorg niet meer te reguleren, zodat initiatiefnemers sneller aan de slag kunnen. Zorgaanbieders moeten zich natuurlijk wel houden aan de overige regels, zoals regels over de informatievoorziening aan patiënten.

Mondzorg: geef meer informatie over beugels

Tussen 2011 en 2013 daalden de tarieven van orthodontisten met 32%. Uit onderzoek van de NZa blijkt dat de omzet van praktijken min of meer gelijk is gebleven. Voor een deel komt dit doordat orthodontiepraktijken meer patiënten kregen en dus meer beugels plaatsten. Maar er zijn ook duurdere beugels geplaatst dan voor die tijd. We hebben de beroepsorganisaties gevraagd hoe dit komt. Doel van de prijsverlaging was immers dat behandelingen bij de orthodontist betaalbaar blijven. (Te) dure beugelbehandelingen drijven de kosten voor patiënten op. Dat baart de NZa zorgen.

Orthodontisten geven aan dat de kosten stijgen omdat de kwaliteit van beugels is verbeterd. Patiënten zouden zelf bewust kiezen voor innovatieve, mooiere en daarmee duurdere beugels. De Consumentenbond en de NZa hielden een meldactie waarin consumenten is gevraagd naar hun ervaringen, offertes en

rekeningen. Meer dan de helft van de zeshonderd mensen die reageerden, vindt dat de orthodontist hen vooraf onvoldoende heeft geïnformeerd over de verschillende behandelmogelijkheden en de kosten van beugels. Ruim een kwart geeft aan nooit een schriftelijke offerte te hebben ontvangen. De NZa vindt dit ernstig en heeft partijen opgeroepen met maatregelen te komen om dit aan te pakken. Zorgaanbieders in de mondzorg zijn verplicht een offerte af te geven voor behandelingen die duurder zijn dan € 250. Patiënten hebben recht op duidelijke informatie over de mogelijke behandelingen, de verschillen daartussen en de kosten voor zij een beugelbehandeling kiezen. De Consumentenbond en de NZa gaan de meldactie binnen een jaar herhalen en orthodontisten die onvoldoende informatie en/of geen offerte verstrekken hierop aanspreken. Ook zijn consumenten opgeroepen hun nota's goed te controleren.

Logopedie: geef prijzen vrij

De NZa heeft de minister van VWS geadviseerd om de prijzen voor logopediebehandelingen vrij te geven. Er zijn voldoende logopedisten en veel van hen hebben een contract met een zorgverzekeraar. Maximumprijzen zijn dus niet meer noodzakelijk om eventuele verkoopmacht, en daarmee (te) hoge tarieven, te voorkomen. Vrije prijzen geven zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer mogelijkheden om samen afspraken te maken over kwaliteit en resultaten en daarbij ook rekening te houden met lokale behoeften. De minister van VWS gaat met veldpartijen in gesprek over dit advies en zal dan besluiten of deze wijziging per 2017 wordt doorgevoerd.



Wim Brunninkhuis,
huisarts in Drachten

“Het is een tijdperk van veranderen.”

Voor Wim Brunninkhuis, huisarts in Drachten, start de dag om 06.30 uur. Eerst de post afhandelen, een uur later begint dan het eerste spreekuur. Brunninkhuis heeft een grote praktijk met bijna 3700 patiënten.

Huisartsenhospitaal

Ondanks zijn drukke schema heeft Brunninkhuis nog tijd voor een ander innovatief project. Hij is één van de initiatiefnemers van het Huisartsenhospitaal (HAH) in Drachten. “In het HAH kunnen patiënten 24 uur per dag worden opgenomen”, vertelt Brunninkhuis, “wanneer het thuis niet langer vertrouwd is en een ziekenhuisopname niet nodig is. Na opname blijft de eigen huisarts de zorg verlenen. Woont de huisarts te ver af, dan neemt onze praktijk de zorg tijdelijk over”, aldus de huisarts.

“De zorg en behandeling in het HAH is er op gericht de patiënt in een zo goed mogelijke conditie te brengen. De opname is zo kort mogelijk, maximaal drie weken, daarna gaat de patiënt meestal weer naar huis. Verpleegkundige zorg is 24/7 beschikbaar en aanwezig. Daarnaast is fysiotherapie, logopedie en ergotherapie mogelijk.”

Brunninkhuis is lovend over de samenwerking in het project met zorgverzekeraar De Friesland en thuiszorgorganisatie ZuidOost-Zorg. “De HAH levert voordeel op voor zowel patiënten als huisartsen. Op deze manier voorkomen we dure ziekenhuisopnamen. Inmiddels overleggen we met longartsen over uitbreiding van het huisartsenhospitaal, bijvoorbeeld voor patiënten met COPD. Ook zitten we om tafel met de spoedeisende hulp van Nij Smellinghe. Zo komen veel disciplines samen.”

Huisartsen onder druk

Terug naar zijn eigen praktijk. Na de gewone en telefonische spreekuren voert Brunninkhuis overleg met ziekenhuis of verzekeraar. Het zijn intensieve dagen maar de huisarts moppert niet. “Klagen heeft geen zin”, zegt hij, “het kost veel negatieve energie. Ik vind dat huisartsen mee moeten gaan met veranderingen. Ik las ergens; ‘het is geen verandering van tijdperk, maar een tijdperk van veranderen’. Accepteer wat er gebeurt en kijk wat je daar zelf van mee kunt nemen, neem initiatief om met anderen te praten.”

Brunninkhuis herkent zelf niet het beeld van ‘tekenen bij het kruisje’ zoals veel huisartsen de contractonderhandelingen met verzekeraars omschrijven. “Het overleg met zorgverzekeraar De Friesland ervaar ik als positief, de onderhandelingen vind ik niet moeizaam. Met een goed verhaal bereik je veel bij de zorgverzekeraar. Ze nemen me serieus en ik kan mijn punten altijd inbrengen.” De huisarts ziet nog wel een verbeterpunt voor de verzekeraars: “De berg papierwerk is aan de orde geweest: waarom lopen zoveel verwijzingen van andere zorgverleners via de huisarts? Ik heb er geen enkele invloed op, maar moet wel dat ‘briefje’ schrijven. Vermindering van deze post zou me meer tijd opleveren voor innovatie van de zorg, mijn passie.”

Energie

Rond 18.30 uur schuift Brunninkhuis thuis aan de eettafel. Tenzij er een patiënt van hem terminale of palliatieve zorg nodig heeft. Dat doet de huisarts ook zelf, ook in avond, nacht of weekeinde. Vandaag is er nog een vergadering over ketenzorg in de avond. “Ik heb nog steeds het mooiste vak. Patiëntenzorg is nog steeds uitdagend en verrijkend.”

De langdurige zorg: grote verandering in 2015

De langdurige zorg is sinds 1 januari 2015 sterk veranderd. De AWBZ – die sinds 1968 heeft bestaan – is vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz). De 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 of 24-uurs zorg in de nabijheid nodig. De groep cliënten die recht heeft op zorg vanuit de Wlz is beperkter dan in de AWBZ. Om te voorkomen dat dat tot problemen leidt, hebben veel cliënten die al zorg op grond van de AWBZ kregen hun recht op zorg behouden in de Wlz. Dit geldt bijvoorbeeld voor cliënten met een indicatie voor lichte zorg.

Daarnaast zijn verschillende vormen van zorg overgeheveld naar andere wetten. Gemeenten zijn vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet verantwoordelijk voor dagbesteding, begeleiding en jeugdhulp. Zorgverzekeraars leveren of vergoeden medische zorg, zoals de verpleging en verzorging aan huis, vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De NZa monitort de veranderingen via haar marktscans en monitors en ziet er op toe dat de toegang tot betaalbare en kwalitatief goede zorg geborgd blijft. Daarnaast houden we in de gaten of de tarieven voor dezelfde soorten zorg die vanuit verschillende wetten aan vergelijkbare groepen cliënten wordt geleverd, vergelijkbaar en passend zijn.

De cliënt centraal in de Wlz

In de Wlz hebben cliënten meer vrijheid gekregen om zelf te kiezen hoe zij hun zorg willen ontvangen. Naast zorg in een instelling, is het ook mogelijk om zorg thuis te krijgen. Dit kan met een volledig pakket thuis, een modulair pakket thuis en een persoonsgebonden budget (pgb). Ook een combinatie van het modulair pakket thuis en een pgb is toegestaan.

Daarnaast is de ondersteuning van cliënten steviger gepositieerd. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de zorgkantoren. Zij moeten hun cliënten informeren over de verschillende mogelijkheden om zorg te krijgen. De NZa ziet hierop toe in haar rechtmatigheidsonderzoeken.

Om zorgkantoren maatwerk te kunnen laten bieden aan hun cliënten, kunnen zij schuiven tussen het budget dat beschikbaar is voor pgb's en het budget dat beschikbaar is voor zorg in natura. Zorgkantoren moeten hiervoor wel een verzoek bij de NZa indienen. De NZa monitort de uitgaven binnen de beide budgetten.

Uitgaven langdurige zorg

In 2014 stegen de uitgaven van de langdurige zorg met € 433 miljoen (2,2%) ten opzichte van 2013. Dit komt vooral doordat er hogere prijzen zijn afgesproken voor de zorg in 2014. De prijzen van de zorgzwaartepakketten stegen gemiddeld met 2,3% tussen 2013 en 2014. In de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg stegen bovendien de gemiddelde kosten per patiënt. Dit komt niet omdat er meer mensen zorg hebben gekregen, maar doordat er – met uitzondering van de langdurige ggz – zwaardere zorg is geleverd.

Voldoende geld beschikbaar voor langdurige zorg?

De NZa adviseert de staatssecretaris van VWS jaarlijks in mei of het landelijke budget dat beschikbaar is voor de langdurige zorg naar verwachting voldoende zal zijn. Op dat moment bleek het landelijke budget voor de langdurige zorg vanuit de Wlz krap te zijn, maar naar verwachting wel voldoende voor 2015. De financiële besparing van het langer thuis wonen lijkt minder snel gerealiseerd te kunnen worden dan verwacht. Maar de groei van het aantal mensen met een zwaardere zorgindicatie lijkt ook minder groot dan in eerste instantie werd gedacht.

Momenteel onderzoekt de NZa of het landelijke budget nog steeds toereikend is.

Voor de persoonsgebonden budgetten was in 2015 meer geld nodig dan verwacht, omdat meer mensen voor deze mogelijkheid kozen dan VWS vooraf had geraamd.

Naar integrale zorgpakketten

De NZa onderzoekt op verzoek van het ministerie van VWS wat er geregeld moet worden om een integraal pakket aan zorg aan te kunnen bieden aan cliënten die zorg nodig hebben vanuit de verschillende zorgwetten: de Wlz, de Zvw, de Wmo en de Jeugdwet. In de praktijk blijkt het voor zorgaanbieders lastig om integrale zorg aan te bieden omdat per wet is geregeld op wat voor zorg de cliënt recht heeft en hoe dat wordt gefinancierd. Er zit als het ware een schot tussen de verschillende wetten. In de Wlz is een wetsartikel opgenomen om domein-overstijgende experimenten mogelijk te maken. De NZa ziet, net als het ministerie van VWS, de meerwaarde van een integraal pakket van zorg over de domeinen heen. Samen met VWS gaat de NZa daarom aan de hand van een concrete casus onderzoeken wat de toegevoegde waarde is van het experimenteerartikel in de Wlz. Ook bekijken we welke kennis, competenties en bevoegdheden een uitvoerende instantie nodig heeft om van dit experimenteerartikel een succes te maken. Het ministerie van VWS gebruikt het NZa-advies om een algemene maatregel van bestuur vorm te geven, die het mogelijk maakt om het experimenteerartikel uit te voeren.

Pgb: wettelijk recht, wel problemen met de betalingen

Met de invoering van de Wlz heeft het persoonsgebonden budget (pgb) een stevige basis gekregen. Wettelijk is geregeld dat cliënten het recht hebben om hun zorg te ontvangen via een pgb. In de AWBZ kregen cliënten dat budget vooraf op hun rekening, zodat zij de zorgaanbieders zelf konden betalen. In de Wlz krijgen zij een trekkingsrecht. Dat betekent dat de Sociale Verzekeringsbank het pgb-budget beheert en de zorgnota's betaalt die worden ingediend. In de eerste helft van het jaar waren er grote problemen met de betalingen vanuit het pgb. Inmiddels zijn de problemen grotendeels opgelost.

Aanpak fraude met pgb's heeft effect

In 2013 en de eerste helft van 2014 legden de zorgkantoren in totaal 14.570 huisbezoeken af om vast te stellen of het geld van pgb's rechtmatig en doelmatig wordt gebruikt. Bij 7% van de huisbezoeken werd een vermoeden van fraude gerapporteerd. De zorgkantoren stelden door hun verbeterde aanpak van fraude, voor bijna € 11 miljoen aan pgb-fraude vast. Naast de huisbezoeken ter controle, voeren de zorgkantoren ook vooraf 'bewuste-keuzegesprekken' met mensen die een pgb willen aanvragen. Ook dit helpt om onrechtmatig gebruik van pgb-geld tegen te gaan. Op basis van deze gesprekken werd twintig procent van de aanvragen afgekeurd of niet direct toegekend.



Gerard Schaafsma, 
wijkverpleegkundige
in Drachten

“De bekostiging moet zo simpel mogelijk zijn. Eén tarief voor alle diensten die de wijkverpleegkundige biedt.”

Gerard Schaafsma werkt als wijkverpleegkundige bij ZorgThuis (ZuidOostZorg) in de regio Drachten. In 2014 is hij afgestudeerd aan de hbo-v in Leeuwarden en sinds september 2014 werkzaam als wijkverpleegkundige. Zijn werkdag begint met een ochtend-route, waarbij hij samen met zijn collega's van het wijkteam directe cliëntenzorg verleent. Hoe heeft hij de veranderingen van de afgelopen tijd ervaren?

Een wijkverpleegkundige moet vaak creatief zijn

“Het mooiste aan mijn vak vind ik de uiteenlopende zorgvragen van de cliënten”, vertelt Schaafsma. “Van een steunkous aantrekken tot het verlenen van palliatieve zorg of het ondersteunen van kwetsbare alleenwonende mensen met dementie. Er zijn vaak geen pasklare oplossingen of protocollen die je leiden naar een oplossing voor een probleem. Je moet vaak creatief zijn en samenwerken met verschillende partijen, zoals mantelzorgers, huisartsen of sociale dienstverleners om een goed resultaat te behalen voor de cliënt.”

Verandering zorgverzekeringswet: positief en negatief

Per 2015 wordt de wijkverpleging bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet. Hoe hebben wijkverpleegkundigen die overgang ervaren? “De verandering van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet was er vooral één van onduidelijkheid”, merkt Schaafsma op. “Onduidelijkheid voor cliënten, maar ook voor de wijkverpleegkundigen. Informatie over alle veranderingen kwam gewoonweg te laat. Mijn collega's en ik hebben eind vorig jaar via onze werkgever een scholing indiceren gevolgd. Het was echter niet duidelijk wat de zorgverzekeraar graag wil zien in de indicatiestelling van de wijkverpleegkundige en in de verantwoording. En dat is nog altijd niet concreet.”

Gerard Schaafsma ziet ook positieve kanten aan de veranderingen: “Nu de wijkverpleegkundige de indicatie weer zelf stelt, is het eenvoudiger geworden om zorg uit te breiden, te vermindere(n), te stoppen of weer te hervatten. Dat werkt veel beter: wat mij betreft is dit het beste resultaat van de verandering.”

Terug op kantoor

Aan het einde van de ochtend is Gerard Schaafsma weer terug op kantoor. Daar is hij aanspreekpunt voor de collega's als zij dingen signaleren bij cliënten. “Soms ga ik daarna zelf nog bij cliënten langs om de situatie te bekijken. Ik ga op bezoek bij nieuwe cliënten om de zorgvraag vast te stellen en hen voorlichting te geven over onze zorgverlening en eventuele diensten als personenalarmering of beeldbellen. Daarnaast bewaak ik de registraties en de productie van het team.”

Laat regels aansluiten bij de praktijk

De bekostiging en de regels voor de wijkverpleging deed veel stof opwaaien, en nog steeds is hier discussie over. Wat zou er volgens Gerard Schaafsma nog kunnen verbeteren in de bekostiging van de wijkverpleging? “We werken nu nog met de verdeling in persoonlijke verzorging en verpleging. Dit brengt onnodige administratie met zich mee: in de praktijk is deze scheiding nu eenmaal niet zo duidelijk. De bekostiging moet zo simpel mogelijk zijn: een tarief voor alle diensten die de wijkverpleging biedt.” Als Schaafsma de regels kon bepalen, zou hij direct de productieafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders willen afschaffen: “Ik denk niet dat deze afspraken leiden tot betere en goedkopere zorg. De kwaliteit komt juist onder druk te staan omdat zorgaanbieders lager opgeleid personeel in dienst moeten nemen.”





Beloftes en
uitdagingen

Beloftes en uitdagingen

Beloftes voor 2016

Bij alles wat de NZa doet, staat het belang van de burger voorop. Die moet erop kunnen vertrouwen dat er op tijd goede en betaalbare zorg beschikbaar is als hij of zij dat nodig heeft. We maken vanuit dit perspectief regels en houden toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De ontwikkelingen in de zorg leiden tot nieuwe uitdagingen en een aantal concrete activiteiten voor 2016.

Sneller reactie op vragen of meldingen

Mensen die een vraag of melding hebben voor de NZa, krijgen via ons verbeterde meldpunt sneller een reactie. En door samenwerking met andere meldpunten en loketten worden zij minder doorverwezen en krijgen zij dus eerder het juiste antwoord.

Monitoren veranderingen langdurige zorg

We monitoren via onze marktscans en monitors voortdurend de veranderingen in de langdurige zorg. Op basis daarvan kijken we waar we de regelgeving eventueel moeten aanpassen of partijen moeten aanspreken om ervoor te zorgen dat cliënten toegang houden tot betaalbare en kwalitatief goede zorg.

Aandacht voor goed bestuur en compliance

De afgelopen jaren hebben we veel aandacht besteed aan onrechtmatigheden in declaraties en het corrigeren daarvan. Om correct registreren en declareren van zorg in de toekomst beter te kunnen borgen is goed bestuur en compliance, ofwel het naleven van wetten en regels, vereist. We hebben daarom samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg een toezicht-kader goed bestuur ontwikkeld. Dat kader gaan we in 2016 actief gebruiken in ons toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Uiteraard wegen we in ons toezicht ook initiatieven mee die partijen zelf hebben ontwikkeld op het gebied van horizontaal toezicht.

Afronden lopende onderzoeken

Van een aantal onderzoeken verschijnen de resultaten eind 2015. Bijvoorbeeld over:

- de wachttijden in de curatieve geestelijke gezondheidszorg;
- hoe ziekenhuizen in hun compliancesystemen aandacht besteden aan het thema correct registreren en declareren van zorg;
- het aantrekken van bepaalde doelgroepen van verzekerden door verzekeraars (risicoselectie);
- wat de effecten zijn van de integrale tarieven in de ziekenhuiszorg.

De uitkomsten van deze onderzoeken leiden tot activiteiten voor de NZa in 2016, op het gebied van regulering en/of toezicht. De komende maanden vullen we dit concreet in.

Uitdagingen voor de komende jaren

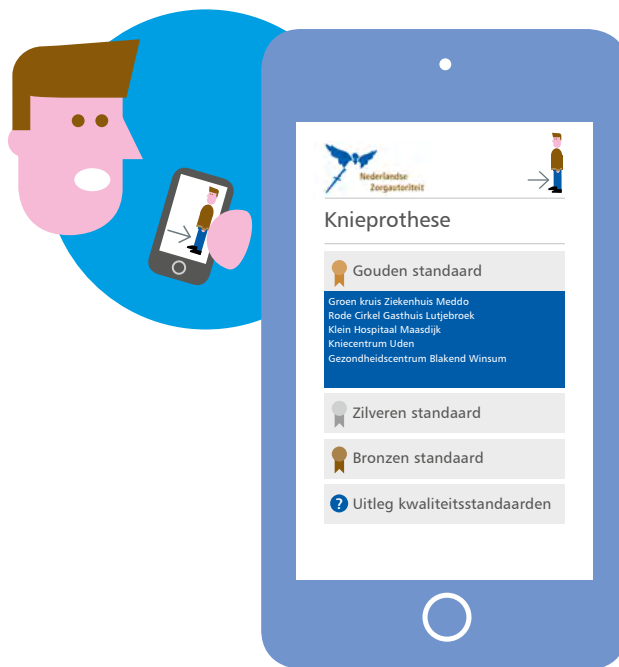
De komende jaren verstevigen we onze koers. Kernthema's zijn kwaliteit, innovatie en transparantie. Beschikbaarheid en veiligheid van data zijn daarbij belangrijke voorwaarden.

Focus op kwaliteit

In de afgelopen jaren hebben we ingezet op meer transparantie in de zorg. We hebben erop toegezien dat verzekeraars beter inzicht geven in zorgkosten, aanbieders moeten helder zijn over hun tarieven. Betaalbaarheid en toegankelijkheid worden steeds meer inzichtelijk, maar kwaliteit kan een nog veel grotere rol gaan spelen. Consumenten moeten bewust kunnen kiezen tussen aanbieders en behandelingen en weten welke kwaliteit en wachttijden daarbij horen. Alle partijen in de zorg moeten hier nu echt mee aan de slag.

Zorg moet een goede prijs hebben. Dat wil zeggen dat de prijs de kosten moet dekken, maar ook de kwaliteit moet weerspiegelen. Dat betekent voor de NZa dat zij in samenwerking met Zorginstituut Nederland gaat bekijken hoe de zorgstandaarden een rol kunnen spelen in de regulering van de NZa. En we blijven in ons toezicht scherp toezien op het aanleveren van kwaliteitsgegevens aan het Zorginstituut. Anno 2015 is er – ondanks inspanning van veel organisaties in de zorg – nog onvoldoende bruikbare kwaliteitsinformatie beschikbaar voor consumenten. Zorgaanbieders en wetenschappelijke verenigingen moeten deze handschoen nu echt oppakken en vaart houden bij het opstellen van kwaliteitsnormen voor de verschillende sectoren. Inzicht in kwaliteit is onderdeel van ieders professionaliteit.

Samen met Zorginstituut Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzoekt de NZa op dit moment of bijvoorbeeld ook informatie over het aantal heropnames, herindicaties en ongeplande ligdagen na een operatie beschikbaar kan komen voor consumenten.



Stel je voor dat er een app is waarmee je voor iedere ziekenhuisbehandeling kunt opzoeken waar je het beste terecht kunt. Dat is echt inzicht geven in kwaliteit.

Ruimte voor innovaties

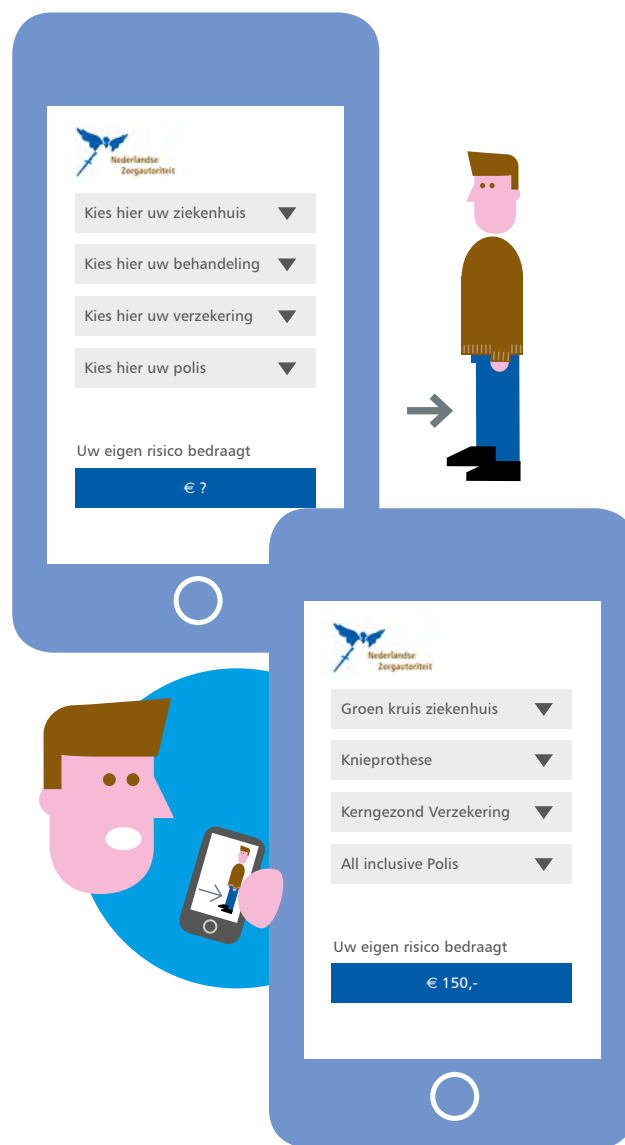
De ontwikkeling van technologie en ICT maakt het mogelijk om de zorg voortdurend te innoveren. De NZa blijft vernieuwingen stimuleren, zodat burgers steeds betere en efficiëntere zorg tot hun beschikking hebben.

De meeste innovaties kunnen binnen de huidige regels gefinancierd worden door zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Voor bepaalde nieuwe initiatieven, vooral op het gebied van samenwerking tussen verschillende sectoren, zijn er echter nog te veel belemmeringen. Omdat een groot deel van de mensen in de toekomst meerdere problemen en/of aandoeningen zal hebben, wordt het steeds belangrijker dat professionals met elkaar samenwerken. De NZa blijft, samen met andere partijen, zoeken naar mogelijkheden om dit te stimuleren, zowel in de bekostiging als op andere vlakken.

Bijvoorbeeld in de wijkverpleging. Daar is in 2016 in de bekostiging ruimte gemaakt voor innovatieve vormen van zorg of bepaalde uitkomsten van zorg. Hiervoor is een nieuwe prestatie ‘beloning op maat’ ontwikkeld en de mogelijkheid geschapen om als experiment af te wijken van de reguliere bekostiging. Ook in de medisch specialistische zorg komt meer ruimte om innovatie te belonen. Ziekenhuizen die met de zorgverzekeraars hebben afgesproken dat zij bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg verbeteren of innovaties doorvoeren die de zorg beter of efficiënter maken, kunnen een tarief tot maximaal 10% boven het reguliere maximumtarief krijgen.

Innovaties vragen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid niet alleen om buiten de gebaande paden te denken. Het betekent ook dat we moeten durven investeren in nieuwe behandelmethoden. Als een nieuwe zorgvorm of behandeling een goed alternatief is voor een bestaande zorgvorm of behandeling, moet het er voor in de plaats kunnen komen. Alleen zo kunnen we de zorg beter en efficiënter maken, maar ook betaalbaar houden. Dit betekent dat er soms lastige keuzes gemaakt moeten worden. Maar in de afwegingen die we daarbij maken, moeten we het belang van de burger voorop stellen.

Data-analyses spelen een belangrijke rol in ons toezicht en het volgen van ontwikkelingen in de zorg. Door de innovaties in de technologie toe te passen is de NZa steeds beter in staat om trends te signaleren, kosten- en volumeontwikkelingen te volgen en om onrechtmatige declaraties en fraude op te sporen.



Ziekenhuiszorg is complex. Direct de prijs voor een behandeling vinden is lastig. Waarom zoeken we niet naar een innovatieve manier om altijd duidelijk te hebben wat het je zelf gaat kosten?

Onmisbaar: transparantie

Mensen moeten met vertrouwen een geïnformeerde keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder die het beste aan hun wensen voldoet. Dit betekent dat ze duidelijke informatie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten krijgen over de inhoud en de kwaliteit van een behandeling, de kosten ervan, de wachttijden en de vergoeding door de zorgverzekeraar. De NZa houdt hier toezicht op en bekijkt steeds waar zij burgers meer relevante inzichten kan geven in de prijs, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

Een van de stappen in 2016 is dat ziekenhuizen hun wachttijdinformatie op hun website verbeteren. Ziekenhuizen moeten dan namelijk allemaal op dezelfde manier de wachttijden berekenen. Zo wordt het gemakkelijker de wachttijden van de verschillende ziekenhuizen goed te vergelijken. Ook in de ggz moet meer inzicht komen in de wachttijden. De NZa werkt aan een regeling om alle zorgaanbieders in de ggz te verplichten hun wachttijden te publiceren op hun website en gaat hier toezicht op houden.



DATUM: XX - XX - XXXX

OMSCHRIJVING

WORTELKANAAL BEHANDELING ELEMENT 37

BEHANDELING WAARBIJ
DRIE WORTELKANALEN VAN EEN KIES
ZIJN SCHOONGEMAAKT

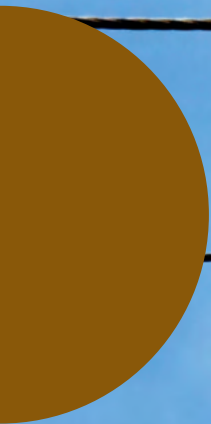
331,81 EURO
SUBTOTAAL 331,81 EURO
BTW 21% 69,68 EURO
TOTAAL 401,49 EURO

WILT U WETEN WAT ER BIJ UW WORTELKANAAL-BEHANDELING GEDAAN IS? SCAN DE QR-CODE

De prijs voor uw wortelkanaal-behandeling bestaat uit de volgende onderdelen:

- schoonmaken en vullen van de wortelkanalen van de kies;
- toedienen verdoving;
- het plaatsen van rubberdam om kies droog te houden;
- gebruik operatiemicroscop;
- bepalen van de lengte van het wortelkanaal;

Transparantie: een factuur in duidelijke taal. Maar ook de mogelijkheid om direct te zien wat de behandeling inhoudt. Zo kunt u uw rekening eenvoudig achteraf controleren.





Cijfers en
feiten

Cijfers en feiten

De zorgverzekeringsmarkt

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 en bemiddeling van zorg. • Combinatiepolis: de aanspraak op natura of restitutie verschilt per soort zorg. 55% van de verzekerden had in 2015 een naturapolis. 89% heeft een polis met (deels) gecontracteerde zorg. 7,5% van de mensen heeft een polis met beperkende voorwaarden; in 2014 was dit 4,4%. Het aantal polissen groeit al een aantal jaar. In 2011 waren er nog 56 polissen voor de basisverzekering, in 2015 zijn dit er 71.
Premiebetaling	Verzekerden betalen een nominale premie aan de zorgverzekeraar. De gemiddelde betaalde nominale premie was in 2015 € 1.158 per persoon. 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. Ongeveer de helft van de zorg wordt betaald uit de inkomensafhankelijke bijdrage.
Eigen risico verzekerden	In 2015 geldt een verplicht eigen risico voor iedereen van 18 jaar en ouder van € 375 (in 2014 € 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 2015 circa 88%. Van de mensen die wel een vrijwillig eigen risico nemen, neemt ruim 70% het maximale bedrag (€ 500).
Collectiviteiten	In 2015 is 69% van alle verzekerden collectief verzekerd. Het aantal collectief verzekerden is ten opzichte van 2014 gedaald. Dit is de eerste daling in het aantal collectief verzekerden sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006).

Recente ontwikkelingen zorgverzekeringsmarkt

Overzicht opbouw zorgverzekeringspremie 2012-2015 (in EUR)	2012	2013	2014	2015
Verandering premie door verzekeraars	65	-117	-82	-15
Verandering premie door pakketwijzigingen en zorguitgaven	-38	104	-33	75
Totaal verandering premie	27	-13	-115	60
Verandering in eigen risico	20	62	35	6
Totale verandering in nominale zorgverzekeringspremie	47	49	-80	66

Bron: Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2015, NZa

Uitgaven curatieve zorg

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 2014 werd aan de curatieve zorg in totaal € 40 miljard uitgegeven. In 2015 is dit bedrag naar verwachting gestegen naar € 43,4 miljard.³ Het grootste gedeelte hiervan komt door de overheveling van de wijkverpleging en zorg voor zintuiglijk gehandicapten (van de AWBZ naar de Zvw). Zonder deze overhevelingen zou het bedrag in 2015 naar verwachting nauwelijks veranderen.

De tabel hiernaast geeft een overzicht van de verschillende onderdelen van de curatieve zorg en de uitgaven in 2015.

Uitgaven curatieve zorg basispakket 2015 (in mln. EUR)⁴

Huisartsenzorg	2.696
Multidisciplinaire zorg	434
Tandheelkundige zorg	728
Wijkverpleging	3.167
Zintuiglijk gehandicapten	173
Paramedische zorg	685
Verloskunde en kraamzorg	538
Medisch specialistische zorg	22.246
Ambulance en overig ziekenvervoer	675
Genees- en hulpmiddelen	5.998
Geneeskundige ggz	3.587
Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen	1.231
Overig	1.202
Totaal uitgaven curatieve zorg basispakket 2015	43.360⁵

³ Bron: Rijksbegroting 2016, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 181/182.

⁴ Bron: Rijksbegroting 2016, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 181/182.

⁵ In de Marktscan van de zorgverzekeringsmarkt 2015 is een andere berekeningsmethode gebruikt voor het vaststellen van de uitgaven in de curatieve zorg. Dit leidt tot andere cijfers.

De medisch specialistische zorg

Huidige vormgeving medisch specialistische zorg

Uitgaven	De uitgaven aan medisch specialistische zorg bedroegen in 2014 circa € 22,9 miljard. In 2015 is dat € 22,2 miljard. ⁶
Zorgvragers	Het aantal Nederlanders dat minimaal één keer per jaar contact heeft met een medisch specialist ligt al een aantal jaren rond de 37%. Ook het percentage Nederlanders dat minstens één keer een dag of nacht opgenomen is in het ziekenhuis blijft al jaren gelijk (respectievelijk 7,5% en 6,5%).
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. Het is wel belangrijk dat patiënten eerst contact opnemen met de huisarts.
Contractering	Zorgverzekeraars en aanbieders van medisch specialistische zorg zijn niet verplicht om contractafspraken te maken. Verzekeraars nemen steeds meer initiatieven om selectief te contracteren. Ook maken zij steeds vaker plafondafspraken en lumpsumafspraken. Door verschillende veranderingen in de regels zijn de onderhandelingen de afgelopen jaren complex verlopen.
Bekostiging	Ziekenhuizen krijgen betaald per geleverd dbc-zorgproduct. Voor ongeveer 70% van de ziekenhuisbehandelingen gelden vrije prijzen (vrij segment). Voor de overige behandelingen stelt de NZa maximumtarieven vast (gereguleerd segment).

Omzetontwikkeling ziekenhuizen in mld. EUR ⁷	2010	2011	2012	2013	2014
Zorgproducten (gereguleerd en vrij segment)	14,75	15,26	15,23	16,46	16,85
Verrekenbedrag	0	0	0,39	0,29	0
Subtotaal	14,75	15,26	15,62	16,75	16,85
Honorarium vrijgevestigde specialisten	1,75	1,82	2,00	2,01	***
Totaal	16,50	17,08	17,62	18,76	16,85

*** De honorariumomzet over 2014 was nog niet bekend.

6 Bron: Rijksbegroting 2016, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 181

7 Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2010 t/m 2014 van ziekenhuizen en NZa gegevensuitvraag over 2010, 2012 en 2013 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten. De verrekenbedragen zijn gebaseerd op de vaststelling van de NZa op 11 september 2015.

De curatieve ggz

Huidige vormgeving ggz

Uitgaven	De uitgaven aan curatieve ggz bedragen in 2014 circa € 4,1 miljard. In 2015 is dat € 3,6 miljard.⁸ Het verschil wordt voor een deel verklaard door overheveling van een gedeelte van de ggz. De curatieve ggz betreft volledige extramurale ggz en intramurale ggz-zorg voor zover die korter duurt dan drie jaar.
Zorgvragers	Het aantal cliënten in de curatieve ggz is in 2012 met circa 8% gedaald ten opzichte van 2011. In 2012 maakten naar schatting zo'n 760.000 cliënten gebruik van tweedelijs ggz-zorg. Naar schatting maakten in dat jaar 322.000 cliënten gebruik van eerstelijs ggz-zorg.⁹
Zorgaanbieders	Er is sprake van een hoge marktconcentratie in de curatieve ggz. In de ggz zijn enkele zeer grote aanbieders actief naast vele duizenden zeer kleine aanbieders.
Toegang tot zorg	Eerstelijs ggz-zorg is direct toegankelijk of na verwijzing. Voor tweedelijs ggz-zorg kan een verwijzing vereist zijn.
Contractering	Bij de inkoop van ggz-zorg werken zorgverzekeraars met verschillende overeenkomsten. Er is onderscheid naar zorgsoort (basis ggz of gespecialiseerde ggz). In de overeenkomsten zijn (kwaliteits-) voorwaarden opgenomen. Extra budget of een hoger tarief is mogelijk als aan de voorwaarden wordt voldaan.
Bekostiging	Per 1 januari 2014 is de ggz opgedeeld in de basis ggz en gespecialiseerde ggz. De NZa stelt landelijke maximum dbc-tarieven vast voor de gespecialiseerde ggz. Zorgaanbieders declareren wat ze daadwerkelijk aan zorg hebben geleverd. Er worden omzetplafonds afgesproken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Voor de basis ggz stelt de NZa landelijke maximumtarieven vast voor zzp's. Ook hier declareren zorgaanbieders wat ze daadwerkelijk aan zorg hebben geleverd.

⁸ Bron: Rijksbegroting 2015, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 181

⁹ Bron: Marktscan GGZ, mei 2014

De eerstelijnszorg

Huidige vormgeving eerstelijnszorg

Uitgaven	De uitgaven aan eerstelijnszorg (inclusief geneesmiddelen) bedroegen in 2014 € 9,2 miljard. In 2015 is dat € 9,5 miljard. ¹⁰ Als ook de uitgaven aan wijkverpleging en zintuiglijk gehandicapten meegenomen worden (die per 1 januari 2015 overgeheveld zijn naar de Zvw), komen de uitgaven op € 12,8 miljard.
Zorgvragers	De afgelopen jaren: • Had ruim 70% van de bevolking minimaal één keer contact met de huisarts. • Bezocht circa 78% van de Nederlanders een tandarts. • Ging rond de 22% van de Nederlanders naar de fysio- of oefentherapeut.
Zorgaanbieders	Huisartsen, gezondheidscentra, mondzorg, verloskunde en kraamzorg, paramedische hulp (onder andere fysiotherapie, logopedie), ambulancezorg, dieetadvisering, farmacie, eerstelijnspsychologen, wijkverpleging 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 verwijzbrieven 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.
Bekostiging	Voor een deel van de eerstelijnszorg gelden door de NZa vastgestelde (maximum)tarieven per zorgactiviteit (bijvoorbeeld: huisartsenzorg, wijkverpleging, kraamzorg, verloskunde, logopedie en mondzorg). Voor de huisartsenzorg gelden daarnaast een inschrijftarief en vrije tarieven voor een aantal verrichtingen in het kader van modernisering en innovatie. De bekostiging van de huisartsenzorg is per 2015 veranderd. Voor fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvisering, ketenzorg en apotheekzorg gelden vrije prijzen.

10 Bron: Rijksbegroting 2015, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 181-182.

Huidige vormgeving Wlz

Uitgaven

De uitgaven aan intramurale en extramurale AWBZ-zorg in natura bedragen in 2014 € 24,9 miljard.¹¹ Voor 2015 zijn de zorguitgaven in de Wlz geraamd op € 17,9 miljard.¹² Ongeveer 63% van het totale AWBZ-budget voor zorg in natura werd in 2014 besteed aan de intramurale zorg: bijna € 15,7 miljard. Aan extramurale AWBZ-zorg gaven we in 2014 bijna € 4,5 miljard uit. Naar verwachting wordt in 2015 aan extramurale zorg in de Wlz € 0,7 miljard uitgegeven. In 2015 geven we € 1,2 miljard uit aan persoonsgebonden budgetten in de Wlz. In 2014 was dat € 2,4 miljard.

Zorgvragers¹³

Op 1 januari 2015 hadden circa 326.000 mensen een indicatie voor Wlz-zorg. Op 1 januari 2014 waren er nog 334.000 mensen met een indicatie voor intramurale AWBZ-zorg. Dit aantal is de laatste jaren gedaald door het beleid om mensen langer thuis te laten wonen. Indicaties voor de lage zzp's worden niet meer afgegeven. In de Wlz kiest circa 6,8% van de mensen voor een pgb, onder de AWBZ was dit voor het intramurale deel nog 5,5%.

Zorgaanbieders

Per 2015 is zorg uit de AWBZ overgeheveld naar:

- Gemeenten (Wmo en Jeugdwet): dagbesteding, begeleiding en jeugdhulp;
- Zorgverzekeraars (Zvw): medische zorg;
- Rijksoverheid (Wlz): langdurige intensieve zorg.

	2014	2015
	AWBZ	Wlz
Aantal zorginstellingen ¹⁴	1.547	1.217
Aantal zorgverleners zonder personeel	1.345	139

¹¹ Bron: Rijksbegroting 2016, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 176 en 205

¹² Dit bedrag is exclusief een aantal posten, die vanuit het fonds langdurige zorg worden betaald maar die geen onderdeel zijn van de contracteerruimte. In 2015 is deze ruimte toegenomen omdat er een aantal tijdelijke subsidieregelingen wel vanuit het fonds worden betaald maar buiten de contracteerruimte om gaan. Op deze manier is de post 'overig buiten contracteerruimte' in 2014 gelijk aan € 81,7 miljoen en is dat in 2015 gestegen tot € 621,7 miljoen.

¹³ Bron: CIZ basisrapportage peildatum 1 januari 2014 – 1 januari 2015

¹⁴ Dit aantal is niet exact gelijk aan het aantal instellingen. We gebruiken hiervoor het aantal productieafspraken dat de NZa ontvangt. Het is mogelijk dat een concern voor aparte locaties aparte productieafspraken indient.

De langdurige zorg

vervolg huidige vormgeving Wlz

Toegang tot zorg	Om in aanmerking te komen voor Wlz-zorg is een indicatie van het CIZ noodzakelijk. In de AWBZ gaf het CIZ indicaties af voor intramurale of extramurale zorg. In de Wlz geeft het CIZ alleen nog indicaties af voor intramurale zorg. De indicatiestelling voor intramurale Wlz-zorg vindt plaats in zorgprofielen. Deze omvatten een samenhangend pakket aan zorg waarop de verzekerde aanspraak heeft. Binnen de zorgprofielen is onderscheid gemaakt naar doelgroep: verzorging en verpleging, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Ook gelden er enkele toeslagen voor bijvoorbeeld spoedzorg en voor de ziekte van Huntington. Naast zorg in een instelling, is het in de Wlz mogelijk om zorg thuis te krijgen. Dit kan met een ‘volledig pakket thuis’, een ‘modulair pakket thuis’ en een ‘persoonsgebonden budget’. De laatste twee leveringsvormen kunnen in combinatie worden gebruikt.
Contractering	De zorgkantoren hebben in de Wlz, net als 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. Deze prijs mag niet hoger zijn dan de maximum beleidsregelwaarden die de NZa heeft vastgesteld. Uiteindelijk stelt de NZa de prijs vast voor de te leveren zorg door de zorgaanbieder.

Ontwerp:
www.taluut.nl

Fotografie portretten:
Mireille Coebergh
Kathelijne van Zutphen

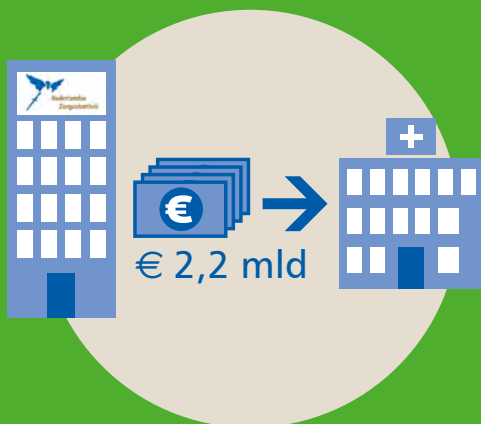
Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Postadres:
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

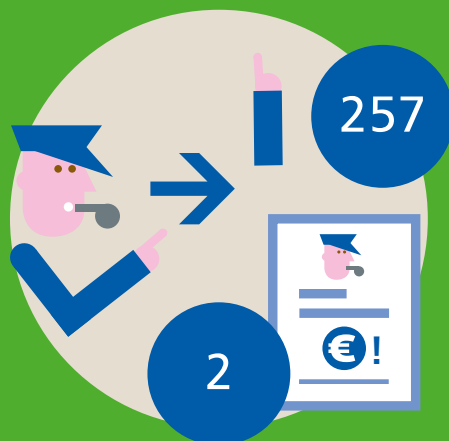
Bezoekadres:
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: (030) 296 81 11

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

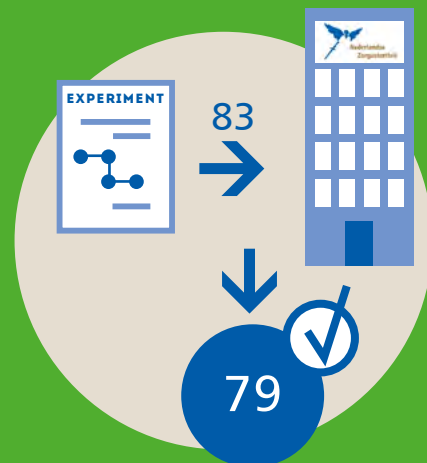
Informatielijn
Telefoon (tussen 09.00-17.00 uur): (088) 770 87 70 (lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl



Kende de NZa ongeveer € 2,2 miljard toe aan zorgaanbieders voor zorg die niet (alleen) bekostigd kan worden via declaraties bij de zorgverzekeraar, de zogenoemde beschikbaarheidsbijdragen.



Nam de NZa van januari tot juli 257 toezichtsmaatregelen, waaronder twee boetes.



Werden 83 experimenten aangevraagd, waarvan 72 experimenten met ketenzorg. De NZa heeft 79 experimenten goedgekeurd.

In 2015

Ontving de NZa van januari tot juli 693 signalen van mogelijke overtredingen.



Werden DBC-Onderhoud en de NZa één organisatie.



Constateerden ziekenhuizen voor € 277 miljoen aan fouten in hun zorgdeclaraties over 2012 en 2013.



