”Natuurlijk in Beweging” is een initiatief van Biomet Nederland BV, gevestigd in Dordrecht.
Deze uitgave is een nieuwsbrief, die belangrijke ontwikkelingen met leuke wetenswaardigheden in de gezondheidszorg combineert.

Natuurlijk in Beweging

In dit nummer o.a.:

Miljoenennota **2014**

Enkele **reacties** n.a.v. de **begroting 2014**

Werking van het **financieringssysteem**

BIOMET®
One Surgeon. One Patient.

Een uitgave van Biomet Nederland BV • oktober 2013 jaargang 2 • nummer 3

Miljoennota
"It's all about the money"!?

De publieke beschouwingen zijn net achter de rug. Hoe moet het verder met het land en hoe moet/gaat het verder met de zorg?
Meer specifiek in deze uitgave wordt aandacht besteed aan de (mogelijke) consequenties die de miljoenen nota gaat hebben voor de gezondheidzorg.
Drijft financiën de keuzes in de zorg? En wordt kwaliteit daardoor naar de achtergrond gedrukt?
Zorgverzekeraars die de mond vol hebben over kwaliteit zetten ziekenhuizen financieel onder druk.
Medisch Contact meldde onlangs 'De zorgverzekeraars zetten bij de contractonderhandelingen voor 2014 ongekend hard in op lagere volumes en prijzen'.

Dit is geheel in contradictie met de principes van gezondheidseconoom Michael Porter.
In zijn bekende publicatie, "Redefining Health Care creating value based competition on results," beschrijft hij dat verbetering van kwaliteit de kosten zal doen verminderen.

In de praktijk blijkt dat kwaliteitsprojecten die kosteneffectief zijn uiteindelijk bestraft worden met een lagere vergoeding.
Welke kentering moet plaatsvinden om de ideeën van Porter te doen slagen?
In een recente publicatie in The Harvard Business Review "The strategy that will fix Health Care" worden aanbevelingen gedaan zoals:
Creëer een Intergrated Practice Unit. Een volledige unit die zich enkel en alleen bezig houdt met de specifieke zorg van een patiëntengroep.
Zorg door een dedicated team, volledig verantwoordelijkheid voor de hele zorg cycles, patiënten voorlichting, eenvoudig administratieve/financiële aansturing, etc.
Is dit nieuw? Nee, maar we handelen er onvoldoende na. Moeten we niet meer handen ineen slaan en durven samenwerkingsverbanden aan te gaan?
It's all about the money; laten we kwaliteitsprogramma's financieel ondersteunen en daardoor stimuleren.

De 28 topklinische ziekenhuizen in Nederland lanceren een nieuw kwaliteitsprogramma "Imagine" en rekenen op bijdragen van de overheid en zorgverzekeraars.
Wanneer dit soort kwaliteitsprogramma's kunnen slagen kan er mogelijk een kentering komen voor de patiënt/consument. Door betere kwalitatieve zorg kan de ondertitel van de zorgnota in de toekomst worden: **'it's all about quality'.**

Roland van Esch,
Managing director, Biomet Nederland BV

Miljoenennota 2014

Op Prinsjesdag heeft de minister van Financiën de rijksbegroting en de Miljoenennota aan het parlement (Eerste Kamer en Tweede Kamer) gepresenteerd. De rijksbegroting is het overzicht van de inkomsten en uitgaven voor het komende jaar. De Miljoenennota is de toelichting op de rijksbegroting.

VWS begroting

Met de totale VWS-begroting 2014 is een bedrag gemoeid van ruim € 80 miljard, waarvan bijna € 70 miljard het netto Budgettair Kader Zorg (BKZ) betreft. Het Budgettair Kader Zorg omvat onder andere de zorguitgaven aan de curatieve zorg (Zvw) die optellen tot bijna € 40 miljard en de langdurige zorg en ondersteuning (AWBZ en Wmo) die optellen tot bijna € 30 miljard. De VWS-begroting zelf bedraagt bijna € 15 miljard en omvat uitgaven voor onder meer preventie, jeugdzorg en sport. Onder de VWS-begroting vallen ook de uitgaven aan zorg voor kinderen tot 18 jaar en tegemoetkomingen als de zorgtoeslag. Ook uitgaven om het zorgstelsel goed te laten functioneren, maar die niet direct zijn te relateren aan de zorgverlening, komen rechtstreeks ten laste van de VWS-begroting. Voorbeelden hiervan zijn de exploitatiekosten van de zelfstandige bestuursorganen (ZBO's), zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

Het BKZ Curatieve Zorg is als volgt onderverdeeld:

Medisch specialistische zorg	53%
Genees- en hulpmiddelen	16%
Eerstelijnszorg	11%
Geestelijke gezondheidszorg	10%
Opleidingen	3%
Overig	3%
Ziekenvervoer	1%
Nominaal en onverdeeld	3%

De zorg internationaal vergeleken

Nederland kent hoge zorguitgaven die de afgelopen jaren snel zijn gegroeid. In de curatieve zorg, onder andere ziekenhuiszorg, is de groei het grootst. Dit groeipercentage was tussen 2000 en 2010 het hoogste van heel West-Europa. Het niveau van de uitgaven in de curatieve zorg is echter gemiddeld ten opzichte van andere landen. In de langdurige zorg zijn zowel het niveau als de groei van de uitgaven, in vergelijking met andere landen, hoog. Oorzaak hiervan is dat Nederland een grote intramurale zorg (zorg binnen instellingen) kent voor ouderen, gehandicapten en ggz en dat in Nederland relatief veel mensen gebruikmaken van lichtere zorgvormen, zoals huishoudelijke hulp en begeleiding. Het gebruik van informele zorg, bijvoorbeeld aangeboden door familie of vrienden, is juist relatief laag.

De kwaliteit van de zorg is goed, maar niet uitzonderlijk. De zorg is wel bijzonder toegankelijk voor alle lagen van de bevolking. Een gezonde levensverwachting is een veel gebruikte indicator om een algemene indruk te krijgen van de volksgezondheid. De gezonde levensverwachting is het gemiddelde aantal levensjaren dat mensen mogen verwachten in goede gezondheid door te brengen. Een Europese vergelijking die gezonde levensverwachting afzet tegen zorguitgaven, laat zien dat Nederland gemiddeld scoort op gezonde levensverwachting. Dit terwijl de uitgaven relatief hoog zijn. Dat laatste komt overigens vooral door de relatief hoge uitgaven aan de langdurige zorg, die niet primair gericht is op het verhogen van de levensverwachting.

(Lees verder op de volgende pagina)

Levensverwachting

De levensverwachting van in Nederland geboren vrouwen in 2012 bedroeg 82,8 jaar. Dat is 3,7 jaar hoger dan die van mannen (79,1 jaar). Sinds 1980 is het verschil in levensverwachting tussen de seksen kleiner geworden. Mannen boekten vanaf 1980 een winst van 6,4 jaar, vrouwen zijn gemiddeld 3,3 jaar ouder geworden.

Beleidsvisie

Het kabinet neemt maatregelen die bijdragen aan zowel de financiële beheersbaarheid als aan inhoudelijke verbetering van het zorgstelsel. De beheersing van de zorgkosten vormt een grote uitdaging. Er zijn signalen dat het eerder ingezette beleid zijn vruchten begint af te werpen. Het is zaak om dit beleid door te zetten en verder te ontwikkelen om zo een trendbreuk te realiseren in de kostengroei en verdere kwaliteitsverbeteringen te realiseren.

In de curatieve zorg richten de maatregelen zich op het beperken van de groei van uitgaven en het verhogen van de doelmatigheid en kwaliteit. Op basis van de drie hoofdlijnenakkoorden die deze zomer zijn gesloten, zijn afspraken gemaakt tussen overheid, verzekeraars en aanbieders (de medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg en huisartsenzorg).

Om de verlaagde uitgavengroei en de kwaliteitsverbetering te realiseren, wordt ingezet op een verschuiving van de medische specialistische zorg naar de huisarts. Maar ook een verschuiving van de huisarts naar zelfzorg. Daarnaast wordt complexe zorg meer geconcentreerd en komt er meer transparantie over de kwaliteit en de kosten van de zorg. Tevens wordt de toegang tot de aanspraken van het verzekerde pakket aangescherpt. Ook worden medische richtlijnen strakker toegepast naar de maatstaven van de medische sector zelf. Verder zijn er verschillende initiatieven in het land die zich richten op innovatieve zorgconcepten en innovatieve manieren van bekostigen, allen met als doel de kwaliteit te verbeteren en de doelmatigheid te vergroten. Voorbeelden hiervan zijn initiatieven die zich richten op verbeteren van (integrale) zorgverlening rondom een bepaald ziektebeeld zoals dementie en Parkinson, en de proeftuinen en pilots ‘betere zorg met minder kosten’. Hierin krijgen deelnemende partijen ruimte om via de bekostiging partijen tot meer doelmatigheid te stimuleren (bijvoorbeeld door uitkomsten te belonen).

Binnen de langdurige zorg worden ook maatregelen genomen die zijn gericht op het beperken van de uitgaven en het afremmen van de groei. Met de ‘hervorming langdurige zorg’ werkt dit kabinet aan betere kwaliteit van ondersteuning en zorg, maar ook aan de betaalbaarheid en de houdbaarheid.
Er wordt ingezet op zogeheten extramuralisering, waarbij het uitgangspunt is dat mensen langer thuisblijven en zorg ontvangen in hun eigen omgeving. Gemeenten krijgen de ruimte om deze zorg en ondersteuning te leveren. Door zorg dichter bij de burger te organiseren en gelijke aanspraken voor iedereen te vervangen door méér maatwerk, kan beter worden ingespeeld op het sociale netwerk rond de burger. Hiermee komt het Nederlandse zorgstelsel meer in lijn met dat in andere Europese landen. De langdurige intensieve zorg via de AWBZ wordt weer meer gericht op de zware zorgbehoefte, waar deze oorspronkelijk ook voor bedoeld was.

Maatregelen

Het kabinet bezuinigt volgend jaar in de zorg bijna € 1,5 miljard. Daarvan is € 250 miljoen het resultaat van afspraken in het zorgakkoord, onder meer om de volumegroei te beperken. Deze besparing loopt op tot € 1 miljard in 2017. Een verlaging van de zorgtoeslag levert volgend jaar € 320 miljoen op. Op de uitgaven aan geneesmiddelen wordt € 750 miljoen gesneden.

De besparingen die de afspraken in het zorgakkoord opleveren, worden volgens VWS vooral bereikt door meer efficiency én het slimmer organiseren van de zorg. Maar ook door het scherper stellen van aanspraken op verzekerde zorg, het tegengaan van verspilling en de aanpak van fraude en onnodige bureaucratie. Verder levert de hervormingsagenda langdurige zorg een wezenlijke bijdrage aan het beheersen van de zorguitgaven. Dit komt onder andere door meer ondersteuning op gemeentelijk niveau in het sociale domein te verlenen en door een scherper afgebakende kern-AWBZ. Dit leidt in 2017 tot een structurele besparing van ruim € 3 miljard.

Hoofdlijnenakkoord

VWS heeft met de medisch specialistische zorg, de huisartsenzorg en de ggz hoofdlijnenakkoorden gesloten. In deze akkoorden is afgesproken dat het groeipercentage van de zorguitgaven verder wordt teruggebracht naar 1,5% in 2014 en naar 1% in de jaren 2015 tot en met 2017. Deze verlaging levert structureel jaarlijks circa € 1 miljard op.

Met de huisartsen is afgesproken dat ze 1% in 2014 en 1,5% in 2015–2017 extra groei krijgen als zij aantoonbaar zorg uit de tweede lijn opvangen en daarmee voorkomen dat mensen naar de duurdere tweede lijn worden doorverwezen.

Honoraria medisch specialisten

VWS, de Orde en de NVZ zijn in het convenant bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014 overeengekomen dat met ingang van 1 januari 2015 invoering van integrale tarieven voor medisch specialistische zorg plaatsvindt. De invoering van integrale bekostiging per 2015 is bekrachtigd met het onderhandelingsresultaat dat op 16 juli 2013 is bereikt. Voor meer info: zie Thema nieuwsbrief Medisch specialist 2015 (www.biomet.nl of mail aan Judith.Rutteman@biomet.com)

Dichtbij, concentratie en substitutie

In de curatieve zorg draait het de komende jaren om meer zorg dichtbij, concentratie van gespecialiseerde zorg en verschuiving naar eerstelijnszorg. De veranderingen moeten ervoor zorgen dat mensen minder snel een beroep doen op het medische circuit. Burgers moeten meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en de mogelijkheid krijgen om zelf regie te nemen over hun behandeling. Verder moeten e-health en ICT op veel grotere schaal worden toegepast. De maatregelen moeten leiden tot minder kosten en terugdringing van het personeelstekort. Ook komt er ruimte voor e-health in de bekostiging.

Kostenbewustzijn en transparantie

Om het kostenbewustzijn en de eigen verantwoordelijkheid te stimuleren, krijgen burgers vanaf 2014 een zorgnota die meer duidelijkheid verschaft over de geleverde zorg. Een deel van de verleende zorgactiviteiten zal vanaf 1 januari a.s. op de factuur worden vermeld. Verzekeraars moeten hun verzekerden ook beter informeren over de door hen geconsumeerde zorg en de hiermee gepaard gaande kosten. Een beter inzicht in de zorgconsumptie draagt volgens VWS bij aan meer kostenbewustzijn.

(Lees verder op de volgende pagina)

Miljoenennota 2014

Beleidsvoornemens voor de zorg op een rij:

- Er zal uitvoering worden gegeven aan de drie hoofdlijnenakkoorden (medisch specialistische zorg, eerste lijnszorg en GGZ) die VWS deze zomer met de branches van zorgaanbieders en zorgverzekeraars heeft gesloten.
- Er wordt verder uitvoering geven aan programma Verspilling in de Zorg.
- Het Patiëntveiligheidsprogramma wordt verbreed.
- Opzet inrichting landelijk register implantaten.
- Gebruik vervalste geneesmiddelen wordt verder tegengaan.
- Er wordt prioriteit gegeven en extra geld uitgetrokken om fraude in de zorg op te sporen en aan te pakken.
- In 2014 wordt niet bezuinigd op huishoudelijke hulp; de reeds ingeplande bezuiniging van € 89 miljoen gaat niet door; huishoudelijke hulp blijft in 2014 beschikbaar in de Wmo.
- De premie voor de zorgverzekering kan volgens de berekeningen van VWS komend jaar met € 24, - omlaag tot € 1.226, - per jaar; het is aan de zorgverzekeraars om de premie uiteindelijk vast te stellen.
- Het verplichte eigen risico wordt niet inkomensafhankelijk en komt na aanpassing aan de inflatie uit op € 360, - per jaar (voor 2013 is het eigen risico € 350, -).
- De in het regeerakkoord voorgenomen versobering van het basispakket met € 1,2 miljard gaat gedeeltelijk door; aanspraken blijven in het verzekerde pakket, maar alleen bij medische noodzaak; het pakket wordt voor € 300 miljoen versoberd via een stringent pakketbeheer voor de zorg.
- De zorgtoeslag gaat over de gehele breedte omlaag; tot nu toe werd er geen rekening mee gehouden dat veel mensen een collectieve verzekering afsluiten en zo korting krijgen op de premie; deze korting wordt vanaf 2014 wel meegenomen in de algemene berekening van de hoogte van de zorgtoeslag.
- Diverse regelingen als de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), Compensatie Eigen Risico (CER) en de fiscale regeling voor aftrek van specifieke zorgkosten en de daarmee samenhangende Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ) worden vervangen.
- Er gaan striktere normen gelden om in aanmerking te komen voor een persoonsgebonden budget (pgb) waarmee chronisch zieken en gehandicapten zelf hun zorg kunnen regelen. Nieuwe aanvragers die minder dan tien uur zorg nodig hebben, krijgen geen pgb; voor de veertigduizend mensen die nu al een pgb hebben, verandert er echter niets.
- Het kabinet draagt in de periode 2013-2016 ruim € 32 miljoen bij aan het Deltaplan Dementie; in het najaar van 2013 komt er een brief aan de Tweede Kamer over de toekomst van de dementiezorg.

Ook de zorgpolis moet transparanter worden. Verzekerden moeten tijdig en duidelijk kunnen zien welke zorgaanbieder wel en welke niet is gecontracteerd. Ook moet duidelijker zichtbaar worden hoeveel de vergoeding is als men naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat (aanscherping artikel 13 Zorgverzekeringswet).

Verder gaat in 2014 het zorgloket van start waar burgers hun klachten over de zorg kunnen melden. Daarnaast verschijnt binnenkort een rapport over het meldpunt Verspilling in de Zorg. Daar zijn sinds de opening van het meldpunt in 2013 al ruim 17.000 reacties van burgers binnen gekomen.

Kwaliteit en veiligheid

Komend jaar gaat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de werking van het veiligheidsmanagementsysteem betrekken bij haar toezicht. Met het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) kunnen ziekenhuizen continu risico's signaleren, verbeteringen in de praktijk doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. VWS heeft de afgelopen jaren een programma gefinancierd om een VMS in alle ziekenhuizen te realiseren. Op dit moment hebben 81 van de 93 ziekenhuizen een gecertificeerd VMS. De IGZ zal handhavend optreden tegen ziekenhuizen die dat eind 2013 nog niet hebben.
Ook gaat de IGZ vanaf volgend jaar actief bijdragen aan een verscherpte regelgeving rondom medische hulpmiddelen. Verder komt er een implantaten-basisregister in Nederland om medische incidenten, zoals met de PIP-borstimplantaten, te voorkomen.

Preventie

Het 'Nationaal Programma Preventie' (NPP) gaat zorgverzekeraars, gemeenten, werkgevers, scholen, sportverenigingen, de voedingsindustrie, patiëntenverenigingen, gezondheidsfondsen en vele anderen met elkaar verbinden bij het voorkomen van ziektes.

Investeren in arbeidsmarkt en personeel

Met de structurele middelen uit het Zorgakkoord (april 2013) wordt geïnvesteerd in verbetering van de arbeidsmarktpositie van zorgpersoneel. Personeel op mbo-niveau krijgt een betere kans om door te stromen naar hbo. Ook wordt ingezet op kwaliteitsverbetering door (bij)scholing.

De wijkverpleegkundige is de onmisbare schakel in buurten en wijken. Sinds 2008 zijn er in het kader van het ZonMw-programma (Zichtbare Schakel) in 40 gemeenten ongeveer 350 wijkverpleegkundigen actief. Uit evaluaties blijkt dat de wijkverpleegkundige zorgt voor betere samenwerking tussen zorgverleners, tot minder opnames in ziekenhuizen en latere opname in verpleeghuizen. Vanaf 2015 komt € 200 miljoen extra ter beschikking om meer wijkverpleegkundigen aan te trekken.
Ook wordt € 50 miljoen geïnvesteerd in het opzetten van sociale wijkteams, waardoor de noodzakelijke verbinding tussen zorg en welzijn gemaakt kan worden.

Geneesmiddelen

Door een samenhangend geheel van maatregelen op de uitgaven aan geneesmiddelen worden besparingen gerealiseerd van circa 900 miljoen euro. Deze maatregelen betreffen onder andere het afsluiten van convenanten met het werkveld, het geven van de bevoegdheid tot het voeren van preferentiebeleid, het stimuleren van vrij onderhandelbare tarieven voor apotheekhoudenden en het stimuleren van een doelmatiger inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

Organisatie en bekostiging spoedeisende hulp en huisartsenposten
Er wordt een voortgezet beleid gevoerd op concentratie en specialisatie van SEH's en integratie met de HAP's. Zorgverzekeraars spelen hierbij een actieve rol. Op basis van een inventarisatie van knelpunten die samenwerking tussen HAP en SEH bemoeilijken, wordt met de NZa gewerkt aan aanpassingen in de bekostiging van de HAP. Dit loopt vooruit op een mogelijke nieuwe bekostiging voor HAP en SEH. Om de integratie van SEH-zorg en HAP-zorg te bevorderen maakt VWS afspraken met de zorgverzekeraars.

Ondersteuning en langdurige zorg

De organisatie van de ondersteuning en langdurige zorg wordt hervormd. Volgend jaar is hierbij een overgangsjaar waarin wetgeving centraal staat. Vanaf 2015 worden de verschillende hervormingen van kracht.

De AWBZ-aanspraak extramurale zorg verdwijnt. Gemeenten moeten burgers passend gaan ondersteunen. Ook de zorg voor ggz-cliënten die zijn aangewezen op beschermd wonen zonder behandeling vallen vanaf 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De intramurale ggz-zorg voor cliënten met behandeling zal verschuiven naar de Zvw. Er resteert dan een kern-AWBZ op grond waarvan cliënten zorg ontvangen met indicatie verblijf in de sector verpleging en verzorging en de gehandicaptensector. Dit zal vorm worden gegeven in een tweetal nieuwe wetten: de herziende Wmo en de kern-AWBZ.

Eind 2013 ligt er een gezamenlijke agenda met de VNG en de veldorganisaties om de positie van de informele zorgverlener binnen de ondersteuning en langdurige zorg beter vast te leggen. Concrete acties voor 2014 zijn onder andere: het met de VNG aanpassen van de basisfuncties vrijwilligerswerk en mantelzorg aan de hervormingen langdurige zorg, het uitvoeren van een actieplan scholing voor zorg- en ondersteuningsprofessionals en het beschikbaar stellen van de toolkit mantelzorg voor de eerste- en tweedelijnszorg.

Systeemverbetering

Voorstellen om het systeem beter te laten werken, liggen in de Tweede Kamer en Eerste Kamer (verbod verticale integratie, aanpassen artikel 13, winstuitkering medisch-specialistische zorg, continuïteit cruciale zorg, Kwaliteitsinstituut). Deze voorstellen verstevigen het zorgstelsel en leveren betere zorg op tegen scherpere prijs. Hierdoor krijgen zorgaanbieders meer ruimte om innovaties door te voeren en verzekeraars meer ruimte om consequenties te verbinden aan slechte prestaties van zorgaanbieders.

Korte berichten

NZa geeft nieuwe tarieven voor 2014 af

Een deel van de gereguleerde tarieven in de ziekenhuiszorg gaat met ingang van 2014 (fors) omlaag. Het gaat om DBC-tarieven voor complexe behandelingen, zoals orgaantransplantaties en stamceltherapie. Ook de tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek en de kaakchirurgie dalen. Voor deze behandelingen stelt de Nederlandse Zorgautoriteit jaarlijks maximumtarieven vast. De aangepaste tarieven dalen in 2014 met zo'n 12%.
De tarieven voor 2014 zijn gebaseerd op een nieuwe manier van kostprijsonderzoek. Waren de tarieven voorheen nog gebaseerd op gegevens van een kleiner aantal ziekenhuizen en het oordeel van experts, nu vraagt de NZa bij alle ziekenhuizen de kostprijs van behandelingen op. Op basis van deze kostprijsgegevens blijkt dat veel tarieven lager uitvallen. Een enkele categorie valt door deze herijking juist hoger uit, zoals de consultatieve psychiatrie en de kinderneurologie.
Naast een kostendeel van een behandeling, is er ook een deelhonorarium voor de specialist. De berekening van dat tarief is deze zomer geëvalueerd. Daaruit bleek dat de methodiek aan de doelstellingen voldoet. Op de huidige honorarium-tarieven zijn voor 2014 alleen wijzigingen in normtijden en de indexatie toegepast.
De NVZ overweegt namens haar leden een proces aan te spannen tegen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De tariefsaanpassing leidt volgens de NVZ tot een verlaging van de gereguleerde tarieven met ruim € 200 miljoen. De invoering van de nieuwe tarieven is in de visie overhaast en belast de lopende onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars die op dit moment toch al verre van soepel verlopen. Ook ZN vindt de timing van de aanpassing van de tarieven niet gelukkig.

NZA start onderzoek naar omvang zorgfraude

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft haar onderzoeksopzet voor het onderzoek naar de omvang van zorgfraude in Nederland aangeboden aan minister Schippers en staatsecretaris Van Rijn.
Minister Schippers heeft dit onderzoek eerder dit jaar aan de Tweede Kamer toegezegd tijdens het debat over zorgfraude. Doel van het onderzoek is om te komen tot een onderbouwde schatting van de omvang van de zorgfraude en een analyse te maken van de mogelijk fraudegevoelige aspecten in het zorgsysteem. In december worden de eerste voorlopige resultaten verwacht. In juli 2014 moet het onderzoek afgerond zijn.
(12-9-2013, ANP)

Enkele **reacties** n.a.v. de **begroting 2014**

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ):

De NVZ ziet weinig verrassingen in de begroting 2014. Als belangrijkste punten in de begroting noemt de NVZ de ruimte die wordt gecreëerd voor integrale tarieven. In 2015 moet er in de ziekenhuiszorg nog maar één (integraal) tarief gelden voor elke zorgprestatie. In dat integrale tarief zitten alle kosten die het ziekenhuis maakt, dus ook het honorarium van de medisch specialist. Verder wordt de samenwerking met huisartsen als positief punt genoemd. De verschuiving van spoedeisende hulp (SEH) naar huisartsenposten (HAP) is een goede vorm van samenwerking die bijdraagt aan kostendaling. Dat geldt ook voor de samenwerking rondom chronische patiënten. Ook benoemt de NVZ als speerpunt het terugdringen van administratieve lasten. De komende periode wil de NVZ energie steken in het terugdringen van overbodige regels of bureaucratie.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN):

ZN ondersteunt de aangekondigde maatregelen. Iedereen zal merken dat er ook in de zorg wordt bezuinigd. Het is niet eenvoudig, maar zorginstellingen, zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars en overheid hebben hun handtekening gezet onder de diverse akkoorden om de groei van de zorg te beperken. Iedereen zal zijn verantwoordelijkheid moeten nemen om onnodige zorg, verspilling en overbehandeling tegen te gaan. Op die manier wordt de kwaliteit van de zorg verbeterd en kunnen kosten worden bespaard.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG):

De VNG stelt nog de nodige kritische kanttekeningen over de wijze en met welk budget gemeenten hun nieuwe taken vanaf 2015 moeten gaan uitvoeren. Het is van het allergrootste belang dat gemeenten ruimte krijgen om hun verantwoordelijkheden op een goede manier in te vullen. Er dreigt een gat van ruim € 6 miljard in de begrotingen van gemeenten. Het tekort komt deels door plannen die het kabinet al heeft teruggedraaid, maar waarvan de voordelen wel zijn ingeboekt. De VNG heeft er grote moeite mee dat het kabinet bezuinigingen op deze manier bij gemeenten neerlegt. De VNG pleit voor een vervolgonderzoek door het CPB naar de vraag of gemeenten voldoende beleidsruimte en instrumenten krijgen om de decentralisaties tot een succes te maken.

CG-Raad en Platform VG:

De miljoenennota betekent slecht nieuws voor de koopkracht van chronisch zieken en gehandicapten. Deze groep gaat er in 2014 mogelijk honderden euro's meer op achteruit dan de gemiddelde Nederlander. Vooral mensen met hoge zorgkosten worden zwaar getroffen. Zo gaat een alleenstaande met een WIA-uitkering er 10% op achteruit. Een ouderpaar met kinderen op het minimumloon gaat er 7% op achteruit. En een alleenstaande met een klein pensioen 8%. De CG-Raad en Platform VG vinden deze koopkrachtdaling onverantwoord. Mensen met een beperking kunnen door geldgebrek in een sociaal isolement raken of gaan afzien van zorg. De organisaties roepen het kabinet en de Kamer op om bij de Algemene Beschouwingen dit koopkrachtverlies ongedaan te maken.

Korte berichten

Verzekeraars negeren hoofdlijnenakkoord bij zorginkoop

De zorgkantoren en zorgverzekeraars wijken in de onderhandelingen over 2014 sterk af van de in het hoofdlijnenakkoord afgesproken beperkte groei. Verzekeraars kopen zo scherp in, dat instellingen een omzetdaling van gemiddeld 1,5% voor 2014 verwachten. Dat blijkt uit de Financiële Zorgthermometer, een kwartaalonderzoek onder de leden van HEAD, vereniging van financieel deskundigen in de zorgsector.
De Financiële Zorgthermometer geeft een sterk signaal af dat zorgverzekeraars zich niet houden aan de afspraken uit de diverse hoofdlijnakkoorden. De verwachte omzetdaling ligt niet in lijn met de tijdens Prinsjesdag gepresenteerde begroting van VWS voor 2014. Deze houdt rekening met een nominale groei van de zorguitgaven voor 2014 van zo´n 4%.
ZN geeft aan dat de zorgakkoorden uitgaan van een maximum groei. De groei kan ook naar beneden afwijken. ZN wijst erop dat de afspraken zijn gemaakt om de zorg niet onnodig te laten groeien en kosten te beheersen. Dat is het beleid waar het kabinet op inzet. De in de Financiële Zorgthermometer geschetste trend lijkt logisch, met het oog op de daling van de zorgkosten, die dit jaar is ingezet. Een deel van de omzetdaling die de ondervraagde instellingen verwachten, is te verklaren door de overgang van intramurale naar extramurale zorg.

Inmiddels hebben de branches met VWS afgesproken om een vinger aan de pols te houden ten aanzien van de voortgang van de onderhandelingen. Eind oktober vindt een ingelast bestuurlijk overleg plaats tussen de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en VWS om te bezien of de onderhandelingen op schema lopen en of de afspraken zoals gemaakt in het onderhandelaarsakkoord van medio 2013 ook worden nagevolgd in de lokale contractering.

Deel ziekenhuizen rijp voor dokter als aandeelhouder

Van alle Nederlandse ziekenhuizen is 10-15% rijp voor financiële participatie van medisch specialisten. Een financiële nood voor ziekenhuizen kan een stevige impuls vormen voor grotere financiële betrokkenheid van medisch specialisten, waarbij bijvoorbeeld medisch specialisten mede-eigenaar worden. Het zogeheten doctors hospital of physician owned hospital was in de Nederlandse ziekenhuiswereld tot voor kort een theoretisch fenomeen. Daar is met de redding van het LangeLand Ziekenhuis verandering in gekomen. De medisch specialisten in Zoetermeer steken gezamenlijk anderhalf miljoen euro in het ziekenhuis. Met deze aandelen worden ze voor 20% eigenaar.

Voorstanders van het aandeelhoudersmodel betogen dat grotere financiële betrokkenheid van medisch specialisten de kwaliteit van zorg ten goede komt. Het gaat om het parallelliseren van belangen. Als het om kwaliteit gaat voldoet het oude model van de ‘shopping mall’ met allemaal aparte winkeltjes niet meer. Door het aandeelhouderschap ontstaat er ontschotting tussen specialismen en geïntegreerde zorg.

Tegenstanders vrezen juist dat financiële inbreng van de dokter de kwaliteit onder druk zet. Het eigendomsbelang van arts of aandeelhouder kan haaks komen te staan op patiëntveiligheid en kwaliteit (20 september 2013, Skipr).

Helft van meisjesbaby’s wordt honderd jaar

De helft van de pasgeboren meisjesbaby’s wordt naar verwachting 100 jaar of ouder. Hetzelfde geldt voor 1 op de 3 pasgeboren jongens (Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, NIDI).
Van de mensen die 100 jaar geleden zijn geboren, is momenteel minder dan 1% nog in leven. Het NIDI denkt dat pasgeboren meisjes gemiddeld 96 jaar oud worden, en jongetjes gemiddeld 92 jaar. De levensverwachting stijgt al jaren. Zo zal een nu 65-jarige vrouw gemiddeld leven tot haar 89e, maar sterft een gemiddelde vrouw van begin 20 waarschijnlijk pas op haar 96e. Vorig jaar kwam het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) met hele andere verwachtingen: dat vrouwen bijna 83 zouden worden en mannen 79 jaar. Maar dat is een onderschatting volgens het NIDI. Het CBS maakt prognoses tot het jaar 2060. Op basis daarvan kan alleen de levensverwachting van generaties die vóór 1960 zijn geboren, worden voorspeld. Het NIDI kijkt naar alle generaties, dus ook de allerjongste. Het instituut hield bij de becijfering rekening met de opkomst van welvaartsziekten. Groeiende problemen zoals obesitas hoeven de levensverwachting echter niet omlaag te brengen, denkt de organisatie (25 september 2013, ANP).

Werking van het **financieringssysteem**

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Een groot deel van de zorguitgaven van de Zvw loopt via verzekeraars. Zij betalen zorgaanbieders voor de zorg die is geleverd aan hun verzekerden.
Slechts een klein deel wordt rechtsreeks aan zorgaanbieders betaald vanuit het Zorgverzekeringsfonds (ZVF) zoals de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg, opleidingen, brandwondenzorg, traumazorg en de spoedeisende zorg.

Ter financiering van de uitgaven ontvangen Zorgverzekeraars van:

- hun verzekerden: nominale premie, eigen risico en eigen bijdrage
- ZVF: vereveningsbijdrage (op basis van risicoprofiel verzekerdenpopulatie) + vergoeding beheerskosten van verzekerde kinderen + gedeeltelijke compensatie van kosten voor wanbetaling.

Het ZVF ontvangt ter financiering van zijn uitgaven:

- de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en een Rijksbijdrage
- premievervangende bijdrage van verdragsgerechtigden en rente
- t/m 2013: compensatie eigen risico
- rijksbijdrage door de overheid (ter compensatie voor de nominale premie van kinderen)

De overheid betaalt zorgtoeslag aan huishoudens met lage en midden inkomens. De rijksbijdrage ZVF en de zorgtoeslag worden gedekt uit belastinginkomsten.

Uiteindelijk worden alle zorguitgaven betaald door burgers en bedrijven via:

- nominale premie
- inkomensafhankelijke bijdrage
- eigen betalingen
- belastingen.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Het grootste deel van de zorguitgaven loopt via zorgkantoren naar zorgaanbieders.
In het kader van de persoonsgebonden budgetten (pgb) worden gelden door zorgkantoren direct overgemaakt naar burgers die hiermee zelf zorg inkopen.
De zorgkantoren ontvangen hun geld uit het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).
Het AFBZ ontvangt ter financiering van zijn uitgaven:

- (door toedoen van de Belastingdienst) de AWBZ premie. De AWBZ premie wordt geheven als percentage over het inkomen in de 1ste en 2de belastingschrijf, na aftrek van deel van de heffingskortingen.
- van de overheid een bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK)
- van de burgers (via CAK) de eigen bijdrage AWBZ

Wat betaalt de gemiddelde burger aan zorg?

De gemiddelde volwassene in Nederland betaalt 5.188 euro voor het jaar 2014. Dat betreft de nominale premie, eigen betalingen en AWBZ-premie. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt voor een beperkt deel rechtstreeks door burgers betaald (gepensioneerden en zelfstandigen) en voor het grootste deel door werkgevers. Via de zorgtoeslag ontvangt de gemiddelde burger een bedrag ter gedeeltelijke betaling van de nominale premie en eigen risico. Verder wordt er via de belastingen een bedrag opgebracht ter dekking van de rijksbijdragen en de zorgtoeslag.

Belastingen	€ 774
Eigen betalingen	€ 379
Premies AWBZ	€ 1.456
Nominale premie Zvw	€ 1.226
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw	€ 1.658
Zorgtoeslag	€ -305
	€ **5.188**

Korte berichten

Topklinische ziekenhuizen storten zich op kwaliteit

De 28 topklinische ziekenhuizen (verenigd in de STZ) lanceren een nieuw kwaliteitsprogramma IMAGINE. Ze willen daarmee in drie jaar tijd de ziekenhuiszorg veiliger, beter en goedkoper maken.

De laatste jaren heeft het initiatief te veel bij andere partijen gelegen. Zorgaanbieders hebben wel eens het gevoel dat kwaliteitsinitiatieven van de overheid en zorgverzekeraars de laatste jaren te veel van boven worden opgelegd. De STZ wil dat kwaliteitsverbetering iets is van medisch specialisten en verpleegkundigen, de mensen in het primaire proces. Het kwaliteitsprogramma moet leiden tot minder complicaties, minder overdiagnostiek, minder overbehandeling. Speerpunten van het programma worden onder meer het analyseren van incidenten en overleden patiënten, het terugdringen van praktijkvariatie en het tegengaan van verspilling. Het CBO Utrecht, IQ Healthcare Nijmegen en het Institute for Healthcare Improvement (IHI) in Boston zijn kennispartners.

De STZ zoekt nadrukkelijk samenwerking met de kwaliteitsprogramma's van andere partijen, zoals de Orde van Medisch Specialisten, beroepsverenigingen van medisch specialisten, verpleegkundigen, paramedici en andere beroepsgroepen. Ook patiëntengroepen worden betrokken bij de uitvoering. Daarnaast wil de STZ het programma verbreden naar de algemene ziekenhuizen en UMC's. (26 september 2013, Skipr)

Eerste e-health monitor aangeboden aan minister Schippers (VWS)

Door slim gebruik van e-health zijn grote voordelen in de gezondheidszorg te behalen. Minister Edith Schippers wil daarom sterk inzetten op het stimuleren van het gebruik van e-health. Om een beter zicht te krijgen op het gebruik van e-health in Nederland kondigde zij in juni 2012 aan een permanente monitor te starten, waarvan nu eerste exemplaar is aangeboden. Deze eerste landelijke e-health monitor biedt inzicht in het gebruik van e-health door patiënten en zorgprofessionals in Nederland en gaat in op de uitdagingen en kansen voor e-health toepassingen. De monitor wordt uitgevoerd door het Nationaal ICT Instituut in Zorg (Nictiz) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). De uitkomsten en aanbevelingen zullen worden meegenomen in de verdere ontwikkeling van het e-health beleid. Eind dit jaar zal Schippers de Tweede Kamer hierover nader informeren.
(24 september 2013, ANP)

VWS gaat upcoding instellingen aanpakken

Staatssecretaris Van Rijn (VWS) gaat het te zwaar - en dus te duur - inschatten van zorg door instellingen ('upcoding') aanpakken. Onder upcoding wordt het moedwillig zwaarder indiceren van cliënten verstaan. Door een cliënt een zwaarder zorgzwaartepakket te geven, ontvangt de instelling een hogere vergoeding. Het kabinet wil de indicatiestelling van zorgzwaartepakketten per 1 januari 2015 volledig onderbrengen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Dit betekent dat de gemandateerde indicatiestelling, waarbij zorgaanbieders zelf indicaties mogen stellen, verdwijnt.

Het CIZ heeft op verzoek van de staatssecretaris onderzoek gedaan naar de gemandateerde indicatiestelling. Uit deze rapportage blijkt dat op een totaal van 202 indicaties in bijna een kwart van de gevallen (23%) sprake is van zwaardere zorg dan het CIZ zou hebben vastgesteld. In alle andere gevallen was de zorgzwaarte gelijk of met een 'verwaarloosbaar' verschil. Een van de maatregelen van Van Rijn is dat instellingen na vaststelling van 'upcoding' niet meer zelf mogen indiceren ofwel de nodige zorg mogen vaststellen. Uiteindelijk wil het kabinet helemaal af van de indicatiestelling door aanbieders. 'Ik doe dat tegen de achtergrond van het voornemen van het kabinet om met ingang van 1 januari 2015 in het kader van de wet die de AWBZ gaat vervangen, alle indicatiebesluiten door het CIZ te laten nemen na een persoonlijk contact met degene waarvoor het besluit bedoeld is', aldus Van Rijn. 'Er is dan geen gemandateerde indicatiestelling meer'.

Het schrappen van gemandateerde indicatiestelling is opvallend. De werkwijze werd amper twee jaar geleden ingevoerd om een einde te maken aan de onnodige bureaucratie rond de indicatiestelling. Bovendien zouden aanbieders dichter bij de cliënt staan dan het indicatieorgaan en daarmee beter in staat zijn de wensen en noden van de cliënt bij de indicatiestelling te betrekken.

Brancheorganisatie ActiZ voelt zich overvallen door het kabinetsvoornemen en is tegen het beëindigen van de gemandateerde indicatiestelling. 'We zijn hier twee jaar geleden mee begonnen en vinden het geen goed plan om dit nu terug te draaien. Wij vinden dat het systeem waarbij instellingen indiceren en het CIZ dit controleert goed werkt. Ook voor de cliënt, omdat zij sneller door de molen gaan en de indicatie eerder gesteld kan worden', zo stelt ActiZ.

Per november 2013 gaat het CIZ het aantal gemandateerde indicaties dat wordt gecontroleerd verhogen van 25 naar 30%. Er zal ook vaker medische informatie wordt opgevraagd waarbij er contact met de cliënt is. Bij zorgaanbieders die moedwillig de verkeerd indiceren, wordt de mogelijkheid om de indicatiestelling te doen ontnomen. Daarnaast onderzoekt Van Rijn of de instelling ook een boete kan worden opgelegd.

Van Rijn gaat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vragen om uit te zoeken welke gevolgen 'upcoding' heeft gehad voor de kosten van de AWBZ en of het mogelijk is om door de zorginstellingen te veel ontvangen bedragen terug te vorderen.
(8 oktober 2013, Zorgmarkt, Zorgvisie ANP)

Korte berichten

Huisartsen stemmen in met zorgakkoord

Huisartsen zijn akkoord met het zorgakkoord. De huisartsen moeten meer ziekenhuiszorg zelf gaan uitvoeren, maar daar wordt wel extra geld voor vrijgemaakt. Ook wordt de samenwerking met andere zorgverleners in de buurt versterkt. Er ligt nu een solide meerjarig groeipad voor de huisartsenzorg. De huisarts kan zijn verantwoordelijkheid blijven nemen als regisseur van de zorg in de buurt en poortwachter voor de tweede lijn. Maar de echte winnaar is de patiënt, want die is ook de komende jaren verzekerd van zinnige en zuinige zorg bij zijn vertrouwde huisarts.

Patiënten hoeven straks 'niet meer voor elk wissewasje' naar het ziekenhuis. Nu stuurt een huisarts bijvoorbeeld iemand met een huidaandoening door naar een huidarts. In de nieuwe situatie maakt hij een foto van de huid en mailt hij die voor een 'meekijkconsult' naar de dermatoloog.

(24 september 2013, ANP)

Medisch specialisten unaniem achter zorgakkoord

Tijdens een algemene ledenvergadering van de Orde van Medisch Specialisten hebben de aanwezige leden unaniem ingestemd met het voorliggende zorgakkoord. Met het akkoord wordt de groei verder begrensd naar uiteindelijk 1% per jaar.

Tegelijkertijd heeft de OMS in het nieuwe akkoord voor haar achterban een aantal belangrijke resultaten behaald ten aanzien de positie van de medisch specialist. Zo blijft onder andere de keuze tussen vrij beroep en dienstverband gehandhaafd. Medisch specialisten in dienstverband, zowel in de periferie als in de academie, zullen niet, zoals in het Regeerakkoord stond, onder de Wet normering topinkomens vallen. Ook is de € 12 miljoen per jaar voor het verder ontwikkelen van kwaliteitsbeleid van medisch specialisten behouden gebleven.

In het kader van de nauwe samenwerking tussen de OMS en de wetenschappelijke verenigingen, het synergietraject, heeft de OMS voor het eerst ook namens de wetenschappelijke verenigingen onderhandeld. Daarom heeft de OMS het Bestuurlijk Overleg Orgaan het zorgakkoord tevens ter goedkeuring aan de wetenschappelijke verenigingen voorgelegd. Er is uitvoerig over gesproken en ook zij stemden in met het zorgakkoord.

(2 oktober 2013, Zorgmarkt)

ZN: laat 'recht op groei' los

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ziet grote weerstand ontstaan bij individuele ziekenhuizen en ggz-instellingen om tot de afgesproken lagere groei te komen. Anderhalf procent groei is de bovengrens voor de gehele ziekenhuissector. Er zijn ziekenhuizen die hierdoor onder druk komen te staan. In de ggz-sector is de situatie nog nijpender.

Afgelopen zomer hebben ziekenhuizen, ggz-instellingen en zorgverzekeraars met minister Schippers (VWS) afgesproken dat de zorg volgend jaar maximaal 1,5% mag groeien. Op dit moment zijn zorgverzekeraars volop met zorginstellingen in gesprek om de contracten op tijd af te ronden. Iedereen die in de zorg werkt, kan begrijpen dat de lagere groei nodig is om de gezondheidszorg voor alle Nederlanders in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Echter, zodra men merkt dat de gemaakte afspraken uit de zorgakkoorden slecht uitpakken voor de eigen praktijk of instelling dan ontstaat er weerstand.

Dat is een begrijpelijke reactie, maar zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en hun eerste belang is dat hun verzekerden toegang hebben tot verzekerde zorg van goede kwaliteit, aldus ZN. De zorgakkoorden bevatte harde afspraken. De maximale groeiruimte van 1,5 % in 2014 wordt door sommige ziekenhuizen ten onrechte als een 'recht op groei' beleefd. Voor zorgverzekeraars is de afspraak uit het zorgakkoord de bovengrens voor de gehele sector. Bij een dalende zorgvraag - zoals de ziekenhuizen nu zelf signaleren - is het de maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om minder zorg in te kopen. Het voordeel daarvan komt toe aan de verzekerden. Zorgverzekeraars kopen bovendien, zoals afgesproken in de akkoorden, veel meer zorg selectief in, waarbij ze kwaliteit en doelmatigheid voorop zetten.

Al deze ontwikkelingen bij elkaar maken de onderhandelingen gecompliceerd en kunnen voor ziekenhuizen ingrijpende gevolgen hebben. (2 oktober 2013, Zorgmarkt)

Themanieuwsbrief van juli 2103 *"Toekomstige bekostiging medisch specialistische zorg"* is herdrukt en weer verkrijgbaar. Stuur mail aan *judith.rutteman@biomet.com*

BIOMET®
One Surgeon. One Patient.

Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@biomet.com),
Dr. Yvonne van Kemenade
Vormgeving Rob Verhoeven Concept & Illustratie
Lithografie & druk Samplonius & Samplonius BV **Oplage** 1400

Biomet Nederland B.V. • Toermalijnring 600, 3316 LC Dordrecht • Postbus 3060, 3301 DB Dordrecht • The Netherlands
Phone: +31 78 629 29 29 • Fax: +31 78 610 42 65 • e-mail: nl.info@biomet.com • www.biomet.nl

This publication and all content, artwork, photographs, names, logos and marks contained in it are protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights owned by or licensed to Biomet or its affiliates. This publication must not be used, copied or reproduced in whole or in part for any purposes other than marketing by Biomet or its authorised representatives. Use for any other purposes is prohibited.