

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



Natuurlijk in Beweging

In dit nummer o.a.:

- **Rijksbegroting 2015, Volksgezondheid, Welzijn en Sport Miljoenennota 2015**
- **Reacties op de Miljoenennota • Korte berichten**

De Miljoenennota en twee gebroken armpjes...

Geachte lezer,

Prinsjesdag is weer gepasseerd, de begroting is weer op 'orde'. Vastgesteld is dat in 2015 voor 72,9 miljard euro wordt uitgegeven in de zorg. Een enorm bedrag! Hoe al dit geld zal worden onderverdeeld wordt uitgebreid verwoord. Maar wat weet en snapt de zorgconsument en zorgmedewerker hiervan?

Het is woensdagmiddag als ik gebeld word: mijn dochter van 8 jaar heeft het gepresteerd om uit een klimrek te vallen en hard neer te komen op haar beide onderarmen... Gelukkig wordt in de huisartsenpraktijk geconstateerd dat het om een flinke kneuzing gaat. Bij thuiskomst 's avonds zie ik haar zitten met haar onderarmen in een voor een kind oneigenlijke houding. Na een korte inspectie (ik was vroeger fysiotherapeut) besluit ik me met haar te melden bij een SEH, het is inmiddels 18:30 uur.

Door alle veranderingen zie je door de bomen het bos niet meer terwijl dat wel zou moeten! Je leest bijvoorbeeld dat de uitgaven voor medische hulpmiddelen al jaren onder druk staan. Het honorarium van de gemiddelde specialist is de afgelopen jaren sterk naar beneden geïndexeerd en zal punt van discussie blijven in de toekomst. Er zal een keuze moeten worden gemaakt tussen loondienst, een participatiemodel of een samenwerkingsmodel.

We worden goed geholpen door zeer behulpzame en vriendelijke ziekenhuismedewerkers. Na een intake en een verpleegkundige, röntgenlaborant, verpleegkundige, assistent heelkunde, andere röntgenlaborant, gipsverbandmeester, verschillende assistenten en nogmaals een medisch specialist gezien te hebben, komen we ruim 3 uur later naar buiten met de diagnose onderarmfractuur links en rechts. Met haar beide armen in het gips, gedragen in twee mitella's ziet het er best zielig uit.

Het lijkt erop dat we, door alle maatregelen uit het verleden, de uitgaven in de zorg enigszins onder controle hebben gekregen.

De kosten voor bijvoorbeeld ziekenhuiszorg lijken voor het eerst sinds jaren terug te lopen van 22,9 miljard naar 22,2 miljard! De daling is het gevolg van de afspraken die de minister heeft gemaakt met de verzekeraars en het ziekenhuiswezen over een beperkte uitgavengroei. Maar nogmaals, wat weten de medewerkers op de werkvloer van kosten en uitgaven? Is het niet zinvol dat ze zich meer bewust worden van de kosten?

Vele zorgmedewerkers geven aan dat het alleen effect heeft op de werkdruk en de efficiëntie. De zorgconsumenten maken zich zorgen over de toegankelijkheid van de zorg. Hoe blijven onze specialisten, verpleegkundigen en vele andere direct patiënt betrokken zorgmedewerkers gemotiveerd?

Een week later gaan we terug voor controle met controlefoto's, gesprek met chirurg, gipskamer, opnieuw een foto, het gips wordt vervangen en na een laatste opmerking van de chirurg, weer huiswaarts.

Maar waar draait het nu allemaal om? De gemiddelde Nederlander geeft direct en indirect ruim € 5000,- uit aan zorg per jaar! Dit is heel veel geld dat in de toekomst alleen maar meer zal gaan worden als we niet meer inzicht krijgen in de kosten en ook in de kwalitatieve uitkomsten. Snelle, goede diagnoses, efficiënte zorgprocessen en focussen op kwaliteit moeten nog meer de kernwaarden worden van de zorgdiscussie!



Inmiddels zijn we weer op controle geweest, de fracturen zijn genezen en hangt mijn dochtertje al weer voorzichtig in het klimrek...

Veel leesplezier!

Roland van Esch

Rijksbegroting 2015,

Op Prinsjesdag presenteert de minister van Financiën de rijksbegroting en de Miljoenennota aan het parlement (Eerste Kamer en Tweede Kamer). De rijksbegroting is het overzicht van de inkomsten en uitgaven voor het komende jaar. De Miljoenennota is de toelichting op de rijksbegroting (bron: Rijks-overheid.nl).

Kwaliteit van de zorg sterk verbeterd, zorguitgaven gestabiliseerd

De Nederlandse zorg behoort tot de beste van Europa. De levensverwachting is sterk gestegen en mensen leven langer zonder beperkingen dan ooit te voren. Onze levensverwachting blijft stijgen en mensen zijn langer gezond dan ooit. Steeds meer ziekten zijn te herkennen, te genezen of zelfs te voorkomen. Het onderscheid tussen gezond en ziek vervaagt. De nadruk komt meer en meer op kwaliteit van leven te liggen. De zorg moet inspelen op deze veranderingen, terwijl tegelijkertijd de groei van de collectieve zorguitgaven moet worden afgeremd. Het is allebei mogelijk als de zorg een omslag maakt, waarbij niet langer systemen centraal staan, maar mensen. De visie op de toekomst is beschreven in de strategische agenda "Van systemen naar mensen".

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 levens-

Volksgezondheid, Welzijn en Sport Miljoenennota 2015

verwachting tussen de seksen kleiner geworden. Mannen boekten vanaf 1980 een winst van 6,4 jaar, vrouwen zijn gemiddeld 3,3 jaar ouder geworden.

Stabilisatie zorguitgaven

De collectieve zorguitgaven zijn de afgelopen tien jaar fors gestegen. De uitgavengroei vanaf 2010 is aanzienlijk beperkt, mede als gevolg van de door het kabinet ingezette hervormingen. De collectieve zorguitgaven stegen in de periode 2005–2010 nog met gemiddeld 5,7% per jaar, in de periode 2011–2015 zal de groei ruim de helft lager zijn: gemiddeld circa 2,3%. De daling van de groei is toe te schrijven aan het verbeterd geneesmiddelenbeleid, de hervorming van de langdurige zorg, de verschillende akkoorden binnen de zorgsector en scherpere inkoop van verzekeraars.

De curatieve zorg gaat in 2015 verder met de uitwerking van de afspraken uit de hoofdlijnenakkoorden. Per 1 januari 2015 worden de integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg doorgevoerd. Dit betekent onder meer dat patiënten en zorgverzekeraars niet meer apart voor de ziekenhuiskosten en de honoraria van de medisch specialist hoeven te betalen, maar dat alles in één tarief wordt ondergebracht. In de eerste lijn wordt per 2015 een nieuw bekostigingsmodel geïntroduceerd dat onder meer moet leiden tot een efficiëntere ketenaanpak en het belonen van gezondheidsuitkomsten. Met de hoofdlijnenakkoorden zijn ook afspraken gemaakt over de verbetering van zorginkoop.

Ook in de langdurige zorg en ondersteuning en de jeugdzorg gaan het beheersen van collectieve zorguitgaven en het doorvoeren van hervormingen samen. In 2015 vindt hiertoe onder meer de decentralisatie van verantwoordelijkheden naar gemeenten plaats. Om de overgang in 2015 zo soepel mogelijk te laten verlopen is extra geld voor de langdurige zorg en jeugdzorg beschikbaar.

Het Budgettair Kader Zorg (BKZ)

De BKZ-uitgaven bestaan uit de zorguitgaven op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Een deel van de begrotingsuitgaven wordt ook toegevoerd aan het BKZ. Tot deze categorie hoort een deel van de uitgaven aan de zorgopleidingen, de uitgaven van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtzc), de uitgaven voor zorg, welzijn en jeugdzorg op Caribisch Nederland en de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg. Deze uitgaven worden op de VWS-begroting verantwoord. Tot slot zijn er BKZ-uitgaven die via andere begrotingshoofdstukken beschikbaar komen. Het gaat hierbij om de middelen die via het Gemeentefonds worden uitgekeerd aan gemeenten voor uitgaven in het kader van de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

Veranderingen 2015

Hervorming langdurige zorg

Het aantal ouderen in Nederland is de afgelopen decennia sterk gegroeid. Maar steeds minder ouderen kozen voor een plek in een instelling. Mensen blijven langer thuis wonen. In Nederland verlenen meer dan 2,5 miljoen mensen mantelzorg. De zorg blijft bij de huisarts en de wijkverpleegkundige. De gemeenten organiseren de ondersteuning. Zware zorg blijft in de toekomst gegarandeerd: thuis als het kan, in een verpleeghuis als het moet.

Jeugdwet

Met de nieuwe Jeugdwet nemen gemeenten vanaf 1 januari 2015 de verantwoordelijkheid voor alle jeugdhulp. Een gezin krijgt dan niet meer te maken met allerlei verschillende hulpverleners en instanties. Het motto is: 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur.

Wijkverpleging in basispakket

De wijkverpleegkundige krijgt een centrale rol in de buurt, met veel vrijheid om de zorg zelf in te richten. De wijkverpleging

zal vanaf 2015 worden betaald door de zorgverzekeraar. De eigen betalingen voor verpleging en verzorging komen te vervallen en de wijkverpleging valt niet onder het eigen risico.

Raming premie zorgverzekering

Voor 2015 raamt VWS een nominale zorgpremie van 1211 euro op jaarbasis. Dit betekent een verhoging van iets minder dan 10 euro per maand ten opzichte van 2014. De premie komt daarmee naar verwachting uit op het niveau van 2012 en 2013. De premieraming is niet de premie voor 2015, de zorgverzekeraars bepalen zelf de daadwerkelijke premie. Deze maken zij voor eind november bekend. De stijging wordt allereerst veroorzaakt door de uitbreiding van het basispakket met de wijkverpleging. De premie van de langdurige zorg, waar de wijkverpleging vandaan gaat, daalt hierdoor en komt in 2015 uit op 9,65% van het belastbaar inkomen. Ten tweede hebben verzekeraars de afgelopen jaren de premie lager vastgesteld dan geschat. Daardoor hebben gepensioneerden, zelfstandigen en werkgevers in 2014 meer dan de wettelijk vastgestelde 50% betaald en mensen in loondienst minder. Dit wordt rechtgetrokken in 2015. De inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorgverzekering die gepensioneerden, zelfstandigen en werkgevers betalen daalt hierdoor van 5,4 naar 4,85%.

Eigen risico

Het eigen risico stijgt in 2015 met 15 euro naar 375 euro. De eigen betalingen voor verpleging en verzorging, die voor een patiënt al gauw rond de 700 euro of meer kunnen bedragen, komen te vervallen.

Zorgtoeslag

De zorgtoeslag voor mensen met de laagste inkomens gaat in 2015 omhoog. Tegelijkertijd wordt de zorgtoeslag sneller afgebouwd naarmate het inkomen hoger is. De definitieve hoogte van de zorgtoeslag en het grensinkomen waarboven mensen geen toeslag meer ontvangen wordt gebaseerd op de daadwerkelijke zorgpremie. Deze wordt eind november bekend.

Curatieve zorg

In 2013 is met het afsluiten van de hoofdlijnenakkoorden een goede basis gelegd voor minder groei en meer kwaliteit in de curatieve zorg. De komende periode komt het erop aan het stelsel verder te verbeteren. Hierbij is een sterke eerstelijns hulp belangrijk, waarin verschillende professionals zoals huisartsen, wijkverpleegkundige, paramedici en apothekers goed samenwerken.

De wijkverpleegkundige krijgt een centrale rol in de buurt, met veel vrijheid om de zorg zelf in te richten. De wijkverpleging zal vanaf 2015 worden betaald door de zorgverzekeraar en valt niet onder het eigen risico. Tegelijkertijd wordt voor de huisartsenzorg vanaf 2015 een nieuw bekostigingsmodel ingevoerd. Het is gericht op samenwerking van zorgprofessionals en beloont op basis van resultaten van zorgverlening. De bekostigingsmodellen van de wijkverpleegkundige en de huisarts zijn volgens eenzelfde structuur opgezet. Eenvoudige zorg die nu nog in het ziekenhuis wordt geleverd, zal steeds meer in de eerste lijn worden aangeboden. Dit vraagt om betere samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten. Het “meekijk-consult” is hiervan een goed voorbeeld en kan vanaf 2015 worden ingekocht. De huisarts kan de medisch specialist dan laten meekijken bij een behandeling en daarvoor patiënten langer en beter passende zorg bieden.

Zorgverleners zijn vanaf 1 juni 2014 verplicht om aan de zorgverzekeraar op te geven wat ze precies hebben gedaan. Dat moet voor patiënten een begrijpelijke zorgnota opleveren. Verzekerden kunnen onjuiste declaraties zo beter signaleren en die melden bij hun zorgverzekeraar, maar krijgen ook beter inzicht in hun eigen zorggebruik.

Voor veilige zorg is transparantie een belangrijk middel. Vooral medisch specialisten zijn hard bezig om inzichtelijk te maken wat behandelingen nu eigenlijk opleveren voor mensen. Het is cruciaal om de ervaringsdeskundigheid van patiënten hierbij te betrekken. Het wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) dat onder meer voorziet in een laagdrempelige en effectieve behandeling van klach-

ten en geschillen in de zorg, kan hieraan bijdragen. Dit voorstel ligt ter behandeling in de Eerste Kamer. Daarnaast zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) actief toezien op de grootste risico's voor patiëntveiligheid.

Zinnige en zuinige zorg krijgt steeds meer vorm. Denk hierbij aan de beter-niet-doen-lijst van de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU) en het project IMAGINE van de Stichting Topklinische Ziekenhuizen, waarbij een verbetering van kwaliteit en veiligheid tot lagere kosten leidt. Artsen gaan het gesprek aan met hun patiënten over de medische noodzaak van een behandeling en hoe die wel of niet bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Gepast gebruik van zorg is ook een belangrijk element in de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda die onlangs samen met een groot aantal partijen voor de medisch specialistische zorg is opgesteld. Om de innovatieve ontwikkeling in het basispakket te vergroten wordt in 2015 dan ook een aantal behandelingen en medicijnen onder strikte voorwaarden toegelaten tot het verzekerde pakket.

Met ingang van 2015 worden zorgverzekeraars volledig risicodragend voor de medisch-specialistische zorg en ontvangen zij achteraf geen compensatie meer van de overheid voor de daadwerkelijke schadelast. Met het afbouwen van deze ex-post risicoverevening wordt gestimuleerd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over het toepassen van doelmatige behandelingen en het verbeteren van de kwaliteit, rekening houdend met de wensen van patiënten. Als het wetsvoorstel van het aanscherpen van artikel 13 Zorgverzekeringswet door de Eerste Kamer wordt aangenomen, wordt het voor zorgverzekeraars vanaf 2016 mogelijk om niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet langer te vergoeden.

Het wetsvoorstel over het vergroten van de investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg maakt investeringen door kapitaalverschaffers in het eigen vermogen van ziekenhuizen mogelijk. De weerbaarheid van ziekenhuizen wordt dan groter, waardoor zij minder

afhankelijk zijn van banken. Het wetsvoorstel ligt op dit moment ter behandeling in de Eerste Kamer.

Om de informatievoorziening over de zorguitgaven te verbeteren gaat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de prestatiestructuur voor de medisch specialisten wijzigen. De maximale duur van de DBC's wordt met ingang van 2015 verkort van 365 dagen tot 120 dagen.

Samenstelling Zvw uitgaven	2014	2015
Medisch specialistische zorg	53%	50%
Eerstelijnszorg	11%	11%
Wijkverpleging		7%
Geestelijke gezondheidszorg	10%	8%
Genees- en hulpmiddelen	16%	14%
Opleidingen	3%	3%
Overig	3%	3%
Ziekenvervoer	1%	2%
Nominaal en onverdeeld	3%	2%



Langdurige zorg en ondersteuning

Het stelsel van langdurige zorg en ondersteuning moet beter aansluiten bij de ontwikkelingen en eisen van deze tijd. Zowel in de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg als in de gehandicaptenzorg blijven mensen langer zelfstandig en zijn zij langer zelfredzaam. De visie achter de hervorming van de langdurige zorg is dat mensen centraal staan en niet de systemen. Het is belangrijk uit te gaan van wat mensen wél kunnen. Kwaliteit van leven en welbevinden staan voorop. In de brief Hervorming langdurige zorg; naar een waardevolle toekomst (TK 30 597, nr. 296) heeft het kabinet zijn toekomstvisie neergelegd met betrekking tot de langdurige zorg en ondersteuning.

Met de hervorming wordt het systeem vereenvoudigd. Voorheen kregen mensen bijvoorbeeld zorg van de huisarts uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), verpleging thuis uit de AWBZ en ondersteuning uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).



Vanaf 2015 krijgen zij zorg uit de Zvw en alle ondersteuning uit de Wmo. Zo wordt het mogelijk passende zorg en ondersteuning beter vorm te geven en wordt meer ruimte gecreëerd voor lokaal maatwerk door professionals, mantelzorgers en vrijwilligers. Er ontstaan ook meer mogelijkheden om verbindingen te leggen tussen het medische en het sociale domein. Daarom worden de taken van gemeenten en zorgverzekeraars uitgebreid.

De nieuwe **Wet maatschappelijk ondersteuning 2015** is gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie en regelt die ondersteuning, toegesneden op de persoonlijke situatie van mensen. De ondersteuning is erop gericht dat mensen die dat nodig hebben, met ondersteuning voor henzelf of voor hun mantelzorgers, zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Gemeenten krijgen de opdracht de toegankelijkheid te verbeteren van voorzieningen, zodat mensen met een beperking kunnen meedoen in de samenleving.

Waar de Wmo 2015 gaat over ondersteuning, richt de **Zorgverzekeringswet** zich op zorg met een medisch karakter. Met ingang van 1 januari 2015 worden verpleging en verzorging (lijfgebonden zorg) - voor mensen die dus nog thuis wonen - opgenomen in het basispakket. Door het recht op wijkverpleegkundige zorg op te nemen in de aangepaste Zvw kunnen wijkverpleegkundigen een belangrijke rol spelen in passende zorg en ondersteuning, die ons voor ogen staat. Wijkverpleegkundigen komen bij de mensen thuis, zijn makkelijk aanspreekbaar en kennen de weg binnen de gezondheidszorg, gemeenten en welzijnsorganisaties. Samen met de huisarts kunnen zij mensen helpen zo lang mogelijk thuis te wonen. Samenwerking tussen professionals in de eerste lijn, zoals wijkverpleegkundigen, huisartsen en verzorgenden is van groot belang om samenhangende zorg aan mensen te kunnen bieden. Dat krijgt bijvoorbeeld vorm in de sociale wijkteams. Zo komen het medisch en sociale domein bij elkaar. Wettelijk is vastgelegd dat zorgverzekeraars en gemeenten afspraken moeten maken over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk.

Voor de meest kwetsbare ouderen en gehandicapten is er de **Wet langdurige zorg (Wlz)**. Deze wet die op 1 januari 2015 moet ingaan, garandeert voor iedereen die dat nodig heeft 24 uur per dag zorg of toezicht in een veilige leefomgeving. Soms is opname in een instelling de enige optie. Mensen mogen (als het verantwoord is en de kosten niet te hoog zijn) ook kiezen om zorg thuis te krijgen in de vorm van een pgb of in natura (volledig pakket thuis). De Wlz zorgt ook voor een andere verdeling van verantwoordelijkheden. Er komt meer ruimte voor de professionals in de zorg door het duidelijke onderscheid tussen de indicatie en het zorgplan. Hierdoor wordt de te verlenen zorg minder bepaald door het indicatiebesluit en meer door een gesprek over de zorg die mensen nodig hebben. Dit heeft gevolgen voor het werk en de organisatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Gemeenten en zorgverzekeraars krijgen extra geld om zorg en ondersteuning dicht bij mensen te organiseren. Die extra middelen zijn vrijgemaakt om de overgang van taken vanuit de AWBZ naar gemeenten en zorgverzekeraars gemakkelijker te maken en meer zekerheid te bieden aan ouderen en gehandicapten die thuis willen blijven wonen. Het kabinet wil daarnaast investeren in aanpassing van de bestaande woningvoorraad, nieuwe woonzorgconcepten en verbouw van verzorgings- en verpleeghuizen. De behoefte aan nieuwe combinaties van wonen en zorg zal immers toenemen door veranderingen in individuele voorkeuren.

Jeugdhulp

Gemeenten zijn vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk voor alle jeugdhulp. De Jeugdwet moet een einde maken aan de sterk versnipperde hulpverlening. Met één wet en één financieringssysteem kunnen gemeenten de jeugdhulp beter organiseren. De Jeugdwet beoogt niet alleen een verschuiving van de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid (transitie) maar ook een inhoudelijke zorgvernieuwing (transformatie). Per 1 januari 2015 moet de toegang tot jeugdhulp en de crisisopvang zijn ingericht, moet de benodigde jeugdhulp beschikbaar zijn en moeten de interne werkprocessen van gemeenten op orde zijn.

De Transitieautoriteit Jeugd helpt instellingen om oplossingen te ontwikkelen, om de wettelijk verankerde aanspraak op continuïteit van hulp in 2015 te verzekeren en noodzakelijke hulpvormen te blijven behouden.

Het is onaantvaardbaar dat jaarlijks ruim 119.000 kinderen slachtoffer zijn van kindermishandeling. Met de Jeugdwet kunnen gemeenten de regie voeren over de aanpak van kindermishandeling op de hele keten, van preventie tot hulpverlening. Gemeenten stellen een regiovisie huiselijk geweld en kindermishandeling op, en zijn volop bezig met de inrichting van het Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK).

Bruto-BKZ-uitgaven 2015 per sector

• Wet langdurige zorg	27%
• Zorgverzekeringswet	62%
• Begrotingsgefinancierd	11%

Begrotingsgefinancierd (11%)

• Wmo 2015	5%
• Jeugdwet	3%
• Overig begrotingsgefinancierd	1%
• Wmo overige	2%

Weet u wat u per jaar betaald aan zorg?

Gemiddelde zorgkosten per volwassene (18 jaar en ouder) bestaan uit:

Zorgpremie: de premie voor de basis zorgverzekering die mensen zelf betalen aan de zorgverzekeraar.

Eigen betalingen: bijdrage die mensen zelf betalen voor zorg die niet geheel wordt vergoed door de zorgverzekering.

Zorgtoeslag: tegemoetkoming in de zorgkosten voor mensen met een inkomen onder een vastgestelde inkomensgrens.

Inkomensafhankelijke bijdrage: deze bijdrage is afhankelijk van het inkomen en wordt geïnd door de belastingdienst. Werknemers doen dit via hun loonstrookje. Zelfstandigen betalen dit rechtstreeks.

AWBZ premie (t/m 2014): mensen betalen tot en met 2014 ongeveer 13% van het inkomen aan AWBZ premie. Dit loopt via het loonstrookje.

Wet langdurige zorg (Wlz)-premie (vanaf 2015):

vanaf 2015 betalen mensen via het loonstrookje ongeveer 10% van het inkomen aan Wlz-premie.

Belastingen: met deze inkomsten financiert het Rijk collectieve voorzieningen zoals de zorg.

Gemiddelde zorgkosten per volwassene (18 jaar en ouder)

In euros	2014	2015
Zorgpremie	1101	1211
Eigen betalingen	382	369
Zorgtoeslag	-285	-297
Inkomensafhankelijke bijdrage	1682	1577
AWBZ premie (t/m 2014)	1427	
Wlz (vanaf 2015)		1029
Belastingen	783	1186
Totaal	5090	5075

De bedragen in bovenstaande tabel zijn een gemiddelde per volwassene. Sommige mensen betalen meer en anderen betalen minder. Hoeveel iemand precies betaalt is afhankelijk van zijn inkomen (en bij recht op zorgtoeslag ook van het inkomen van zijn partner). Huishoudens met een laag inkomen betalen minder dan € 5075 per persoon en huishoudens met een hoger inkomen meer, omdat de meeste posten inkomensafhankelijk zijn. Dat is het geval bij de inkomensafhankelijke AWBZ/Wlz-premies, de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, de inkomensafhankelijke eigen bijdrage AWBZ en de belastingen. Omdat huishoudens met een laag of middeninkomen een inkomensafhankelijke zorgtoeslag ontvangen ter compensatie van de nominale premie en het eigen risico, geldt ook bij de nominale premies en het eigen risico dat de netto-last hiervan in samenhang met de zorgtoeslag toeneemt met het inkomen.

Bevolking naar leeftijd op 1 januari 2014

Bron: CBS

Totale bevolking (x miljoen)	16,8
Jonger dan 20 jaar	22,9%
20 tot 65 jaar	59,8%
65+	17,3%

Zorguitgaven gerelateerd aan totale collectieve uitgaven 2015, Bron: CPB/CEP2014

Zorg	21,5%
Openbaar bestuur	19,5%
Veiligheid	3,7%
Defensie	2,6%
Infrastructuur	3,0%
Onderwijs	11,5%
Sociale zekerheid	27,5%
Overdrachten aan bedrijven	3,3%
Internationale samenwerking	4,3%
Rente	3,1%



Reacties op de Miljoenennota



Patiënten- en belangenorganisaties

De miljoenennota is slecht nieuws voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken. Veel chronisch zieken en gehandicapten gaan er honderden euro's in koopkracht op achteruit. Hier bovenop komen in 2015 ook nog bezuinigingen in de eigen gemeenten. De netto inkomensachteruitgang kan dan zelfs oplopen tot 4000 euro per jaar, blijkt uit koopkrachtberekeningen van het Nibud in opdracht van leder(in). Een onaanvaardbare ontwikkeling, die kan leiden tot sociaal isolement en juist minder participatie. Sommigen zien zelfs af van noodzakelijke zorg.

De patiëntenfederatie NPCF en het Landelijk Platform GGz vinden dat de plannen 'onredelijk veel druk' leggen bij mensen die zorg of ondersteuning nodig hebben. Waar het gros van de burgers hun koopkracht zien stijgen, krijgen mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben te maken krijgen met een stapeling van maatregelen die de eigen bijdragen verhogen. Tweederde van de mensen met een langdurige psychische aandoening die op bijstandsniveau moeten rondkomen, lijkt nog minder geld over te houden. Daarnaast is men bezorgd over de nieuwe rol van de gemeenten, omdat gemeenten niet klaar zijn voor hun nieuwe zorgtaken. Bovendien is nog onduidelijk waar kwetsbare burgers terecht kunnen met hun vragen over zorg en ondersteuning. Daarbij is de rechtspositie van zorgvragers zwak, zodat ze niks kunnen afdwingen, zo verwachten de NPCF en het Landelijke Platform Ggz. De CSO, koepel van ouderenorganisaties, vindt dat ouderen voor het zesde jaar op rij onevenredig zwaar getroffen

worden door de kabinetsmaatregelen. De koopkracht van ouderen met zorgkosten kan door de stapeling van maatregelen tot 15% achteruit gaan, zo blijkt volgens CSO uit de koopkrachtberekeningen van het Nibud (Skipr, 16 september 2014).

Branche organisaties

De miljoenennota bevat geen grote verrassingen, maar de vraag is wel hoe alle hervormingen in de praktijk uitwerken. Dat is de teneur van de reacties van verschillende brancheorganisaties op de nota.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) stelt dat de financiële kaders voor de komende jaren duidelijk zijn. Het komt nu aan op een goede invulling van de ingezette hervormingen. De organisatie pleit voor een versnelde verlaging van het aantal patiënten per huisarts. De huisarts krijgt er de komende jaren taken bij, bijvoorbeeld de zorg voor oudere patiënten met een zeer complexe zorgvraag die thuis wonen. Hierdoor neemt de tijd die nodig is per patiënt toe. Wil je de beste zorg in de buurt van de patiënt leveren, dan moet je dus naar minder patiënten per huisarts. Op dit moment telt een normpraktijk 2168 patiënten. In de nabije toekomst moet dit volgens de LHV aantal onder de 2000 liggen.

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) ziet grote risico's in de plannen door de hoge kortingen, onduidelijkheid over inkoop en de gevolgen hiervan voor het aantal banen in de gehandicaptensector. De recen-

te afspraak van minister Plasterk met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) over het afschaffen van een apart sociaal deelfonds voor het geld dat naar gemeenten gaat, vergroot de zorgen. Straks zijn gemeenten niet meer verplicht het beschikbare budget te besteden aan zorg voor onder andere mensen met een beperking. Er bestaat grote twijfel over hoe de staatssecretaris als systeemverantwoordelijke dan sturing kan blijven geven aan het goed verlopen van de transitie. De VGN vraagt zich bovendien af of alle partijen tijdig klaar zijn voor de overgang van zorgtaken op 1 januari 2015. Gevreesd wordt dat cliënten tussen wal en schip gaan vallen. Met name zeer kwetsbare mensen met een extramurale indicatie, die qua zorgzwaarte in de Wet langdurige zorg (Wlz) thuishoren kunnen volgens de VGN problemen krijgen. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) waardeert de kabinetsplannen met het rapportcijfer 6. Het kabinet werkt in 2015 veel beleid uit dat al is ingezet. De concretiseringsslag daarvan naar de beroepsgroep ontbreekt echter. Er is veel aandacht voor de nieuwe rol en positie van wijkverpleegkundigen, maar samenhang en verbinding met de andere verpleegkundigen en verzorgenden ontbreken. Het kabinet scoort volgens V&VN op kwaliteitsverbetering en motivatie. Zo stelt het kabinet 134,5 miljoen euro beschikbaar om medewerkers in ziekenhuizen op een hoger professioneel niveau te brengen. Over instroom en taakherschikking maakt V&VN zich zorgen. 'Alleen het Stagefonds wordt gecontinueerd met 110 miljoen euro. En taakherschikking wordt niet meer expliciet benoemd in de Miljoenennota. We vinden dit een gemiste kans.' (Skipr, 17 september 2014).



Reacties op de Miljoenennota

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

De hervorming van de langdurige zorg is de grootste verandering in ons zorgstelsel sinds 2006, toen de Zorgverzekeringswet werd ingevoerd. Zorgverzekeraars steunen deze veranderingen, omdat die echt nodig zijn om de langdurige zorg ook in de toekomst voor alle Nederlanders toegankelijk en betaalbaar te houden. Maar de veranderingen gaan ook gepaard met forse bezuinigingen vanuit de overheid. Zorgverzekeraars zijn bezorgd over de krappe voorbereidingstijd tot 1 januari 2015, de datum waarop alle veranderingen in de zorg in werking moeten treden. ZN is blij dat het kabinet de verhoging van het eigen risico heeft beperkt tot 15 euro (naar 375 euro in 2015). Zorgverzekeraars zien het als een uitdaging om de komende jaren de kostenstijging in de zorg in de hand te blijven houden zodat de politiek niet hoeft te besluiten tot snijden in het pakket of het sterk verhogen van het eigen risico.

Dat het Nederlandse zorgstelsel werkt, blijkt uit het feit dat er voor het tweede jaar op rij meevallers zijn in de kostenontwikkeling in de zorg. De uitgaven over 2014 zijn naar de huidige inschatting van VWS 1,4 miljard euro lager dan begroot. Dat is de verdienste van alle partijen. De hoofdlijnenakkoorden met minister Schippers voor de ziekenhuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de eerste lijn vormen de basis van onze gezamenlijke inzet. En de zorgverzekeraars hebben opnieuw door scherp in te kopen, met name bij genees- en hulpmiddelen, forse besparingen weten te realiseren (ZN, 16 september 2014).

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)

Apothekersorganisatie KNMP wil dat begeleiding door apothekers bij medicijngebruik uit het eigen risico wordt gehaald, zeker nu het kabinet aankoerst op het verder verhogen daarvan. De KNMP steunt het kabinet wel in het streven naar nauwere samenwerking op lokaal niveau tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen en apothekers. Maar de KNMP hekelt de vele regelgeving van overheid en verzekeraars.

Uit onderzoek van de KNMP blijkt dat bijna 93 procent van de apothekers te weinig tijd en ruimte heeft om aandacht te schenken aan bijvoorbeeld innovatie, medicatiebeoordelingen van patiënten of uitbreiding van de samenwerking met andere zorgverleners (Skipr, 16 september 2014).

Kortdurend verblijf in 2015 veilig gesteld

Door de snelheid van de overheveling van het kortdurend verblijf van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet zou de beschikbaarheid en kwaliteit van deze opvang in gevaar dreigen te komen. Door een aangenomen amendement van de ChristenUnie wordt de overheveling van het kortdurend eerstelijns verblijf uitgesteld tot 1 januari 2016 en de opvang wordt in 2015 gefinancierd door een subsidie op grond van de Wet langdurige zorg. Ook kan de huisarts vanaf 2015 weer zelf rechtstreeks patiënten insturen. Bij kortdurend verblijf gaat het om mensen die om medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen (bijvoorbeeld na ontslag uit het ziekenhuis) en daarom voor korte tijd in een zorginstelling worden verzorgd en verpleegd. Deze kortdurende opnames voorkomen duurdere en onnodige opnames in ziekenhuizen en zijn gericht op een snelle terugkeer naar de thuissituatie. In het amendement wordt ook geregeld dat palliatief terminale zorg in een instelling onder de dekking valt van de subsidieregeling (LHV, NVZ, 2 oktober 2014).

10.000 mensen vinden zekerheid in Wet langdurige zorg

Mensen die thuis intensieve zorg en toezicht nodig hebben, stromen per 1 januari 2015 in de Wet langdurige zorg, mits zij dat zelf willen. Dat schrijft staatssecretaris Martin van Rijn (VWS) dinsdag aan de Tweede Kamer. De betreffende groep bestaat uit ongeveer 10.000 mensen. Van Rijn: 'In de zorg staan mensen centraal, niet de systemen. We zijn bezig met een grote hervorming van de zorg, maar ik wil dat mensen die nu al zware zorg krijgen daar zo min mogelijk van merken'. De groep van 10.000 personen bestaat uit mensen die continu intensieve zorg en toezicht om zich heen nodig hebben. Bijvoorbeeld omdat ze een verstandelijke en lichamelijke beperking hebben of afhankelijk zijn van beademingsapparatuur. Zij wonen vaak thuis, werken of hebben dagbesteding, maar niet zonder permanent toezicht dichtbij. Zorg uit de Wmo 2015, Jeugdwet en/of Zorgverzekeringswet zou mogelijk zijn, maar kan onnodige financiële en administratieve consequenties voor cliënten hebben (Rijksoverheid.nl, 7 oktober 2014).

Wet langdurige zorg door Tweede Kamer

Het parlement heeft het wetsvoorstel aangenomen dat de AWBZ moet vervangen, de Wet langdurige zorg (Wlz). Hierbij is het amendement van CDA-kamerleden Carla Dik-Faber en Mona Keijzer aangenomen. Dit amendement houdt in dat de wet de mogelijkheid biedt om 'in het kader van experimenten' te bezien hoe de menselijke maat het beste vorm gegeven kan worden. De ANBO (Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen), dé belangenbehartiger voor senioren, is teleurgesteld dat de Tweede Kamer heeft ingestemd met de invoering van de Wlz per 1 januari 2015. De bond vindt de invoering over drie maanden te snel, omdat de zorgprofielen (de nieuwe indicatiestellingen) nog lang niet klaar zijn. Ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN) maakt zich hierover zorgen. De ANBO steunt de hervorming van de langdurige zorg, maar vreest dat met de Wlz veel senioren tussen het wal en het schip zullen vallen: 'té goed voor verblijf in een verzorgings-/verpleeghuis, maar té slecht om zichzelf thuis goed te kunnen redden' (Zorgvisie, 25 september 2014).

Wijkverpleging wordt niet gesplitst

De functie van wijkverpleegkundige wordt niet opgesplitst. Dat schrijft staatssecretaris Martin van Rijn van VWS in een brief aan de Tweede Kamer, als reactie op vragen van SP-kamerlid Renske Leijten. De staatssecretaris schrijft dat zorgverzekeraars garanderen dat er geen knip in de wijkverpleging komt, hoe er ook wordt ingekocht. De wijkverpleegkundige komt bij de mensen thuis en constateert wat nodig is, zowel medisch als op het gebied van welzijn.

Brancheorganisaties Actiz (brancheorganisatie voor Zorgondernemers) en V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland) trokken eind augustus aan de bel omdat de wijkverpleging door de stelselwijziging van de langdurige zorg dreigt te worden opgesplitst. Zorgverzekeraars kopen wijkverpleging in via twee segmenten: S1 voor regelwerk en S2 voor directe zorg. Er dreigt de situatie te ontstaan dat de ene verpleegkundige deelneemt aan sociale wijkteams en coördinerende en registrerende taken heeft. De andere verpleegkundige komt bij de cliënten thuis en biedt persoonlijke zorg en de 'handen aan het bed'. Voor bijvoorbeeld het opstellen van zorgplannen, is het zeer onwenselijk dat twee verschillende personen de werkzaamheden verrichten, zo vinden de brancheorganisaties. Maar het aandeel S1 in de totale kosten is 40 miljoen euro en S2 is goed voor 3,2 miljard euro. Dus een beperkt aantal aanbieders zal straks S1-werk gaan leveren. Van Rijn schrijft dat aanbieders van wijkgericht werken alleen dan een contract krijgen als ze ook persoonlijke zorg leveren. Maar andersom geldt dat niet. De staatssecretaris laat de zorgverzekeraars vrij hoe ze gaan inkopen (Skipr, 30 september 2014).

Voorspelbaar verlies op wijkverpleging is dramatisch

Verzekeraars die veel investeren in wijkverpleging snijden zichzelf in de vingers. Daarmee trekken ze verzekerden aan op wie ze voorspelbaar verlies lijden. Daarvoor waarschuwt onderzoeker Richard van Kleef van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam). Minister Edith Schippers van VWS hevelt de wijkverpleging per 2015 over van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Daarmee verdwijnen de financiële schotten met de eerstelijns zorgaanbieders en de ziekenhuizen. Die schotten verhinderen nu de verschuiving van dure ziekenhuiszorg naar de eerstelijns. Onder één wettelijk regime moet het makkelijker worden om de wijkverpleegkundige de centrale rol in de wijk te geven die het kabinet voor ogen staat. Meer preventie, meer zelfredzaamheid, meer zorg dicht bij huis en minder in ziekenhuizen, dat is het doel.

Maar de financiële prikkels voor verzekeraars zijn momenteel niet goed geplaatst. Verzekeraars die zich profileren met goede wijkverpleging, trekken een groep verzekerden aan op wie ze voorspelbaar verlies lijden. Op mensen die in het voorgaande jaar een AWBZ-indicatie hadden, bedraagt dat verlies per verzekerde maar liefst 701 euro. Dit verlies heeft alleen nog maar betrekking op de somatische zorg die deze groep van ruim 400.000 mensen ontvangt in de basisverzekering. Het voorspelbare verlies op de wijkverpleging zelf is nog vele malen groter. Die bedraagt ruim 3187 euro per verzekerde. De minister wil in principe dat verzekeraars in 2017 de wijkverpleging volledig risicodragend uitvoeren. Voor 2015 geldt een apart risicovereveningsmodel dat verzekeraars achteraf deels compenseert voor verliezen die ze lijden op de wijkverpleging. Volgens Schippers lopen de verzekeraars daardoor een beperkt risico over deze kosten. De invoering van volledige risicodragendheid per 2017 is niet heilig voor de minister (Zorgvisie, 26 september 2014).

ACM zet streep door capaciteitsoverleg

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) laat weten dat zorgaanbieders geen onderling overleg mogen voeren dan wel afspraken maken over de afbouw en ombouw van intramurale capaciteit.

Als uitvloeisel van de kabinetsplannen voor de langdurige zorg en het scheiden van wonen en zorg proberen veel zorgkantoren momenteel de toekomstige intramurale capaciteit vast te stellen. In het kader hiervan vragen sommige zorgkantoren aan zorgaanbieders om hun plannen te geven voor de afbouw en de ombouw per locatie. Ook komt het voor dat ze zorgaanbieders vragen om deze plannen met andere zorgaanbieders in de regio verder uit te werken. Andere zorgkantoren willen deze plannen in aanwezigheid van alle zorgaanbieders bespreken.

ActiZ (brancheorganisatie voor Zorgondernemers) onderkent dat deze praktijken op gespannen voet staan met de mededingingswet, maar de brancheorganisatie veronderstelt dat er een beroep kan worden gedaan op uitzonderingsgronden. Dit is niet het geval, zo laat de ACM weten in antwoord op vragen van ActiZ: 'Onderling overleg over de afbouw/ombouw van intramurale capaciteit, ook als dit in aanwezigheid van het zorgkantoor of de gemeenten is, leidt tot het risico dat er concurrentiegevoelige informatie wordt uitgewisseld die vervolgens de onderhandelingen met het zorgkantoor in negatieve zin beïnvloedt'.

De ACM is met name bevreesd dat zorgaanbieders de markt onderling verdelen of zoals de kartelwaakhond het verwoordt 'afspraken maken over wie welke capaciteit uit de markt haalt'. De ACM onderkent dat het zorgkantoor bij het uitvoeren van zijn regierol behoefte heeft aan informatie. Het zorgkantoor moet zich volgens de ACM in dit geval individueel laten adviseren door aanbieders, potentiële toetreders en gemeenten. Gezamenlijke overleggen zijn uit den boze. Als zorginstellingen toch verzoeken krijgen van een zorgkantoor om onderling afspraken te maken of informatie uit te wisselen, dan moeten ze dit melden bij de ACM of het ministerie van VWS, zo stelt de ACM (Skipr, 2 oktober 2014).

Grote verschillen tussen ziekenhuizen in kwaliteit nieuwe heupoperatie

De patiënt die in het slechtste ziekenhuis een nieuwe heup krijgt loopt in vergelijking met het beste ziekenhuis tien keer meer kans op wondinfecties. De kwaliteit van de zorg verschilt enorm per ziekenhuis of kliniek. In een poging om de zorg te verbeteren heeft zorgverzekeraar VGZ uitgezocht welk ziekenhuis of kliniek het goed doet en welke niet. Uit dit onderzoek blijkt dat de kans op een heroperatie bij het slechtste ziekenhuis acht keer groter is dan bij het beste en de kans op een wondinfectie bij het slechtste ziekenhuis tien keer groter dan bij het best scorende ziekenhuis. VGZ heeft voor het onderzoek gebruik gemaakt van informatie van specialisten, patiëntenverenigingen en eigen declaratiegegevens van heroperaties.

Naast de heupoperaties zullen ook de resultaten van knie- en staaroperaties publiek worden. Uiteindelijk wil VGZ van dertig behandelingen de resultaten van verschillende ziekenhuizen en klinieken openbaar maken. Als de prestaties van laag scorende ziekenhuizen in het opvolgende jaar niet verbeterd zijn, dan overweegt VGZ de betreffende zorginkoop bij deze instellingen te beëindigen. Zo wil de verzekeraar naar een polis toe waarvoor alleen nog maar de beste zorg wordt ingekocht. Dit zou op termijn voor lagere kosten moeten zorgen, omdat betere zorg leidt tot minder complicaties, minder medicijngebruik en minder heroperaties. De Nederlandse Orthopedie Vereniging zet ondertussen kritische kanttekeningen bij de resultaten van VGZ. Het zondermeer vergelijken van resultaten is niet goed mogelijk. Zo doen bijvoorbeeld sommige klinieken geen heupoperaties bij diabetici en 75-plussers, waardoor de kans op complicaties kleiner is.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is blij met het onderzoek van VGZ. Wel ziet de NPCF graag dat alle zorgverzekeraars dezelfde onderzoeksmethodiek gebruiken zodat een ziekenhuis bij de ene zorgverzekeraar niet veel beter of slechter scoort dan bij een andere zorgverzekeraar die dezelfde behandeling onderzoekt (VGZ, independer.nl, 29 juli 2014).



Specialist verleiden tot loondienst

Het ministerie van VWS stelt tot 100.000 euro per medisch specialist beschikbaar om de overstap van vrij ondernemerschap naar loondienst te vergemakkelijken. Dit komt naar voren uit de regeling transitiegelden bij de invoering integrale tarieven die minister Schippers naar de Tweede Kamer heeft gestuurd. VWS verwacht dat ca. 1250 specialisten van de regeling gebruik maken.

Met de subsidieregeling wil Schippers de financiële belemmeringen voor de overgang naar loondienst wegnemen. Indien een specialist bij de overstap naar loondienst geen vergoeding krijgt voor zijn onderneming zal een dergelijke overstap als een minder aantrekkelijke optie gepercipieerd worden.

Het gaat hierbij met name om de goodwill die specialisten in vrije vestiging betalen om deel te mogen uitmaken van een maatschap. Bij de overgang naar loondienst dreigen specialisten dit 'instapgeld' te verliezen. De subsidie van een ton die VWS nu beschikbaar stelt is een gedeeltelijke compensatie. Wel is het bedrag gerelateerd aan de gemiddelde omvang van de goodwill. Deze bedraagt zo'n 300.000 euro per vrijgevestigde medisch specialist. VWS gaat er vanuit dat de resterende goodwill tussen ziekenhuis en medisch specialist wordt verdeeld. Uitgaand van een verwacht aantal inschrijvingen van 1250 artsen heeft VWS 125 miljoen euro gereserveerd voor de subsidieregeling.



De regeling kent in principe een open einde. 'Het is niet zo dat er geen geld meer is na een paar honderd specialisten', aldus een woordvoerder van VWS.

Maar uit een telefonische rondgang van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) langs de ziekenhuizen met de meeste vrijgevestigde specialisten blijkt de 'overstapsubsidie' weinig effect te sorteren. De regeling motiveert specialisten amper om in loondienst te gaan, zeker omdat ziekenhuizen er geen aanleiding in zien om ook een deel van de goodwill over te nemen. Het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) heeft geen plannen om in belangrijke mate bij te dragen aan de overstap van specialisten naar loondienst. Het MCL maakt onderdeel uit van Zorgpartners Friesland. Die conglomeratie heeft in totaal bijna 220 vrijgevestigde specialisten in meerdere ziekenhuizen. Het Rijnstate Ziekenhuis heeft ruim 190 vrijgevestigde specialisten. De aangekondigde transitie-regeling heeft ook hier geen beweging in gang gezet. De vrije specialisten zijn bezig met het vormen van een medisch specialistisch bedrijf (MSB) en het ziet er naar uit dat dat doorgang heeft. Verwacht wordt dat de verdeling straks hetzelfde zal zijn: 70% vrijgevestigd. In Zwolle zijn 200 vrijgevestigde specialisten verbonden aan de Isala Klinieken. Hier heeft de invoering van integrale tarieven er wel toe geleid dat specialisten opnieuw de afweging maken

of ze vrijgevestigd willen blijven. In samenspraak met de medische staf werkt het ziekenhuis een voorstel uit voor specialisten die in loondienst willen gaan. Isala Klinieken en Rijnstate ziekenhuis vinden het goed dat de minister van VWS met een overgangsregeling komt. Het bestuur van het Amphia Ziekenhuis in Breda verwijst voor vragen direct naar de medische staf. Met 223 vrijgevestigde specialisten, was het Amphia in 2012 het meest 'ondernemende' ziekenhuis. In Breda wordt nu gewerkt aan een MSB, die partner zou worden van het ziekenhuis. De precieze vorm is nog onbekend. Uit een peiling van de OMS blijkt dat het MSB-model landelijk de voorkeur geniet (Skipr, 3 september 2014, 18 september 2014).

Tijd dringt voor ziekenhuizen

Ziekenhuizen kunnen niet verder met de invoering van een nieuw bestuursmodel. Dat moet geregeld zijn voor 1 januari 2015 omdat dan de integrale bekostiging ingaat. De belastingdienst geeft nog altijd geen uitsluit. Op dit moment zouden 29 ziekenhuizen hun plannen hebben voorgelegd aan de belastingdienst en op goedkeuring wachten. De belastingdienst zegt dit niet te kunnen bevestigen: 'Helaas kunnen wij namelijk publiekelijk geen mededelingen doen over het aantal besturings- en organisatie modellen dat is ingediend. Dit om reden dat wij zeer terughoudend zijn om informatie te delen als gevolg van artikel 67 AWR (Algemene Wet inzake Rijksbelastingen)'. Specialisten willen eindelijk wel eens weten waar ze op 1 januari aan toe zijn. Er bestaat een reële mogelijkheid dat specialisten zich buiten het ziekenhuis gaan organiseren in supermaatschappen. De Orde van Medisch Specialisten vindt dat ongewenst. Ziekenhuizen en specialisten hebben elkaar nodig. De invoering van integrale bekostiging heeft tot gevolg dat medisch specialisten met ziekenhuisbesturen onderhandelen over hun honoraria. Specialisten in maatschappen die niets doen, verliezen hun vrije ondernemerschap. Daarom zijn er verschillende modellen in de maak om dit te voorkomen. De belastingdienst moet echter wel toestemming geven. Het voorleggen aan de belastingdienst is geen verplichting maar een mogelijkheid om vooraf te toetsen wat de fiscale gevolgen zijn van het model.

Verzoeken die voor 15 oktober 2014 worden ingediend worden voor 1 januari 2015 behandeld. Verzoeken die na die datum binnenkomen, worden later beoordeeld. Er zijn grofweg drie modellen. Een loondienstmodel waarbij de specialisten in dienst komen bij het ziekenhuis. Als compensatie voor de goodwill is per specialist maximaal 100.000 euro beschikbaar. Daarnaast is er het samenwerkingsmodel, waarin het ziekenhuis en het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) met elkaar samenwerken. In een overeenkomst die lijkt op de huidige toelatingsovereenkomst, zijn afspraken vastgelegd. Als derde mogelijkheid kunnen ziekenhuizen en specialisten kiezen voor het participatiemodel dat specialisten de mogelijkheid biedt aandeelhouder te worden van het ziekenhuis. Het ziekenhuis en specialisten maken samen deel uit van een ziekenhuis bv (Zorgvisie, 3 oktober 2014).

Achmea vormt inkoopblok met ziekenhuizen

Zorgverzekeraar Achmea gaat samen met de ziekenhuizen dure medicijnen inkopen. Met de gezamenlijke inkoop hopen de samenwerkende partijen hoge kortingen te bedingen bij de fabrikanten. Dat moet een miljoenenbesparing opleveren die ten goede komt aan de zorg in ziekenhuizen, de premiebetaler en innovaties in de zorg. Achmea ziet het initiatief als een doorbraak van de huidige gang van zaken, waarbij de negentig Nederlandse ziekenhuizen zelfstandig onderhandelen met de fabrikanten en de kosten van de middelen vervolgens in rekening brengen bij de zorgverzekeraars. Achmea heeft een marktaandeel van 30%. De zorgverzekeraar trekt samen op met zeker twaalf ziekenhuizen, waaronder de academische ziekenhuizen AMC (Amsterdam), VUmc (Amsterdam) en Erasmus MC. De verwachting is dat meer ziekenhuizen zich bij het initiatief zullen aansluiten. Achmea en de ziekenhuizen starten de gezamenlijk inkoop met TNF-alfaremmers, een ontstekingsremmer voor chronische aandoeningen als reuma en de ziekten van Crohn. Jaarlijks kosten deze middelen de zorgverzekeraars rond de 450 miljoen euro. Het is de bedoeling hetzelfde te doen met andere medicijnen als de inkoop van de alfaremmers een succes wordt (ANP, 9 september 2014).

DNB geeft nieuwe zorgverzekeraar groen licht

De Nederlandse Bank (DNB) heeft zorgverzekeraar ANNO12 toestemming gegeven om toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt. Daarmee wordt er binnen het Nederlandse zorgstelsel voor het eerst in een kwart eeuw een volledig nieuwe zorgverzekeraar actief. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is akkoord met de modelpolis voor de basisverzekering van ANNO12. Dit betekent dat ANNO12 aan alle formele vereisten voldoet en op 1 oktober officieel van start gaat. De laatste potentiële hinderpaal is een minimumledenaantal van tienduizend dat ANNO12 voor 1 januari moet hebben. ANNO12 zelf mikt op zo'n twintigduizend leden.

ANNO12 wil zich van bestaande zorgverzekeraars onderscheiden door 'de dingen zo simpel mogelijk te houden'. De peilers onder deze benadering zijn een coöperatieve structuur, keuzevrijheid van de behandelaar en een sterk accent op doordachte zorgconsumptie en gezond gedrag. Bij ANNO12 zijn de leden daadwerkelijk eigenaar. Iedere euro vermogen is via een ledencertificaat gekoppeld aan een persoon. Als die weggaat of mocht overlijden, dan wordt dat geld terugbetaald. Bij ANNO12 is er geen personele unie tussen coöperatiebestuur en directie. De directeur kan hoogstens een voorstel doen over wat er met een eventueel positief resultaat moet gebeuren, maar de leden beslissen (Skipr, 25 september 2014).

Bureaucratie zet toon bij taakherschikking

Uit onderzoek van Radboudumc (in opdracht van VWS) komt naar voren dat verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA's) slechts een kwart hun tijd besteden aan patiëntenzorg. De onderzoekers stellen vast dat VS en PA's met name op administratief gebied veel extra taken verrichten. Het gaat hierbij om aanvragen voor laboratoriumonderzoeken

en afspraken plannen, maar ook om het bijhouden van kwaliteitsregistraties. Naar zeggen zijn de VS/PA's bijna een vijfde deel van hun tijd aan administratieve taken kwijt. Ook onderzoek (10%), deskundigheidsbevordering (10%), organisatorische taken (9%) en medicatie voorschrijven (9%) worden veel genoemd. Iets meer dan een kwart van de werkzaamheden is gerelateerd aan de patiëntenzorg. De onderzoekers stellen dat door dit alles bijna 60% van de werkzaamheden van VS/PA's niet aan financieerbare verrichtingen te koppelen is. Mede hierdoor is het vrijwel onmogelijk om een betrouwbare business case voor taakherschikking te bouwen of een gefundeerd oordeel over de financiële doelmatigheid te geven. Toch gaan ziekenhuizen er vooralsnog veelal zonder onderbouwing vanuit dat de inzet van een VS/PA uiteindelijk tot doelmatigheid leidt, aldus de onderzoekers. Ondanks de groeiende inzet van VS/PA's zien de onderzoekers verschillende belemmeringen voor een verdere taakherschikking. Zo leidt het face to face criterium bij het registreren van een eerste consult tot inefficiënte organisatie en verwarring bij de patiënt. In de praktijk betekent het face to face criterium dat VS/PA's en patiënten moeten wachten totdat een medisch specialist beschikbaar is. Ook mogen VS/PA's niet zelfstandig en op eigen naam DBC's openen, waardoor hun verrichtingen onzichtbaar blijven in het systeem. Daarnaast is er door reorganisaties en fusies minder aandacht voor taakherschikking. De invoering van integrale prijzen in 2015 kan volgens de onderzoekers een deel van deze problemen wegnemen. Maar wanneer medisch specialisten door de ingreep inkomsten derven, kan precies het omgekeerde gebeuren. Specialisten zullen in dat geval zoveel mogelijk grip willen houden op het registreren en declareren van verrichtingen. 'Taakherschikking wordt belemmerd door de angst voor inkomstenderving', aldus de onderzoekers. 'Zodra taakherschikking gehanteerd wordt om inkomenspolitiek te bedrijven ten opzichte van medisch specialisten, wordt het een belemmering voor zichzelf.' (Skipr, 19 september 2014).

Verpleegkundige geeft zelfde recept als arts

Een recept van de verpleegkundige is veilig. Verpleegkundigen schrijven de juiste pillen en doseringen voor en op dezelfde manier als artsen. In de verschillende landen variëren de voorwaarden waaronder zij voorschrijven echter aanzienlijk en in Nederland lopen bevoegdheden en praktijk nog niet met elkaar in de pas, zo blijkt uit onderzoek bij het Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg (NIVEL) (promotieonderzoek Marieke Kroezen, VUmc, 22 september 2014). In het Verenigd Koninkrijk hebben bepaalde groepen verpleegkundigen dezelfde voorschrijfbevoegdheden als artsen, maar in andere landen mogen zij alleen onder strikte voorwaarden en verantwoordelijkheid van een arts medicijnen voorschrijven. In Nederland hebben categorieën gespecialiseerd verpleegkundigen een beperkte voorschrijfbevoegdheid en sinds januari 2012 kunnen verpleegkundig specialisten (Masters of Advanced Nursing Practice) elk geneesmiddel voorschrijven dat binnen hun specialisme en bekwaamheid valt.

In de dagelijkse praktijk blijken er echter grote verschillen te bestaan in de mate waarin en de manier waarop verpleegkundig specialisten voorschrijven. In het ene ziekenhuis schrijven zij voor volgens afgebakende protocollen of louter in overleg met een medisch specialist, in een ander ziekenhuis kunnen zij hun bevoegdheid veel ruimer in de praktijk brengen. Als verpleegkundigen geneesmiddelen gaan voorschrijven, krijgen zij bevoegdheden die voorheen waren voorbehouden aan artsen. Zo'n verschuiving betekent ook dat artsen iets van hun terrein prijsgeven. In Nederland staat de medische professie over het algemeen minder sceptisch tegenover de voorschrijfbevoegdheid van verpleegkundigen dan in andere landen. Toch proberen artsen ook hier veel zeggenschap over het voorschrijven in handen te houden (Nivel, 17 september 2014).

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.

