

# Zorgthermometer Vooruitblik 2011

Jaargang 15, november 2010



Zorgge  
Elektronische berichtenuitwisseling Databestan  
Onderzoek Testportaal Verzamelen  
analyseren **Standaardisatie** Tarief Informatiesyste  
Gegevensbeheer **Declaratie** DBC's Registr  
SA-Zorgverzekeringen Zorgprisma Verzekeraarsidentificatie **Informat**  
Administratieve processen **Jaarcijf**  
Consultancy AWBZ DataWareHo



## Voorwoord

Op dit moment is er een nieuw kabinet: het kabinet-Rutte. Een belangrijke doelstelling van dit kabinet is om de uitgaven fors te verlagen, waardoor een aantal beslissingen en het stellen van prioriteiten onvermijdelijk is.

Zorg is op dit moment een van de sectoren waar veel geld in omgaat en waar veel mensen zich bij betrokken voelen. Als patiënt, als huisarts, als specialist in een ziekenhuis, als medewerker in een GGZ-instelling, als zorgverzekeraar, als informatiecentrum .... noem maar op. Logisch dus dat de zorg vaak onderwerp van gesprek is en dat de discussies ook vaak uitgebreid gevoerd worden en de dagelijkse berichtgeving beheersen.

Dat zal in 2011 niet anders zijn. Deze uitgave van de Zorgthermometer gaat over zaken die in 2011 veranderen. De rollator die niet meer onder de basisverzekering valt, de pil die uit het pakket gaat voor vrouwen boven de 21 jaar, de verhoging van het eigen risico, de verdere aandacht voor huisartsen en fysiotherapeuten die steeds meer samenwerken om de verschillende soorten zorg voor de patiënt zo goed mogelijk te organiseren. Maar ook de discussies die er zijn tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Moet een patiënt overal terechtkunnen of beperkt zich dit tot een aantal plekken waar zorgteams ervaring hebben, ervaringen van patiënten positief zijn en de medische zorg optimaal is?

2011 wordt ook een belangrijk jaar van voorbereidingen. Zoals het er nu naar uitziet wordt DOT met ingang van 2012 ingevoerd in de ziekenhuiszorgbranche. Het is nog spannend wat de precieze gevolgen hiervan zijn voor de ziekenhuiszorgbranche en voor de individuele ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Ook de AWBZ is zo'n onderwerp waar in 2011 hard aan wordt gewerkt om per 2012 het mogelijk te maken dat zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden de AWBZ uitvoeren. Binnen de branche is heel veel informatie aanwezig die de zorg en de veranderingen in de zorg kan ondersteunen. Een mooie ontwikkeling zou zijn als de branche zich (nog) meer bewust zou worden van alle waardevolle informatie die bij de diverse partijen in het veld aanwezig is. Het delen van die kennis zou zo veel meerwaarde bieden en het combineren van de informatie helemaal!

Als informatiecentrum voor de zorg hebben wij graag voor u wat inzichten op een rij gezet, zodat u goed voorbereid 2011 in kan gaan. Wij wensen u veel leesplezier.

*Dr. A. (Anne) de Boo*  
*Adjunct-directeur*

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Raming zorgkosten 2011</b>	<b>5</b>
Macroschadelast zorgverzekeraars 2010-2011	5
Ontwikkeling per zorgprestatie	5
<b>Ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg</b>	<b>8</b>
Honoraria medisch specialisten	8
Wijzigingen tariefsysteem medisch specialisten	9
Instellingskosten ziekenhuiszorg	9
Kosten ziekenhuiszorg 2009-2011	10
Ontwikkelingen binnen Zelfstandige Behandelcentra	11
Selectievere zorginkoop 2011	12
<b>Vooruitblik 2011 GGZ</b>	<b>14</b>
Ontwikkeling zorgkosten GGZ	14
<b>Ontwikkelingen in de farmacie</b>	<b>18</b>
Kostenontwikkeling 2011	18
Uitgesteld/toekomstig beleid	20
Farmaceutische hulp en kwaliteit	20
<b>Ontwikkelingen in de huisartsenzorg en ketenzorg</b>	<b>22</b>
Terugblik kosten huisartsenzorg 2008-2010	22
Kosten ketenzorg 2010	23
Kostenraming huisartsenzorg 2011	23
<b>Ontwikkelingen op het gebied van hulpmiddelen</b>	<b>24</b>
Kosten hulpmiddelen	24
<b>Premie 2011</b>	<b>27</b>
Begroting Zorgverzekeringswet 2011	27
Nominale premie	27
Inkomensafhankelijke bijdrage	28
Rijksbijdrage kinderen	29
Eigen risico	29
<b>Risicoverevening zorgverzekeraars 2011</b>	<b>30</b>
Risicovereveningsmodel 2011	30
Toevoeging nieuwe criteria aan het model	31
Pakketmaatregelen 2011	31
Gevolgen van DOT	32
Verdeelmodel GGZ	32
Ex-post compensatiemechanismen 2011	32
Afbouw compensatiemechanismen	33
<b>Ontwikkelingen in de AWBZ</b>	<b>35</b>
AWBZ-zorg algemeen	35
De AWBZ: financieel	38

## Raming zorgkosten 2011

De afgelopen decennia zijn de kosten voor de zorg in Nederland sterk gestegen. Deze stijging was ook in 2010 zichtbaar. Naar verwachting stijgen de uitgaven van de zorgverzekeraars aan curatieve zorg ook in 2011. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) raamt de stijging van de zorgkosten die vergoed worden uit de Zvw in 2011 op 4%. Bij deze raming is onder andere gebruikgemaakt van de relevante informatie uit de Rijksbegroting 2011. Gezien de huidige politieke situatie is het niet uitgesloten dat er voor 2011 door het nieuwe kabinet nog aanvullende maatregelen worden getroffen. Als gevolg hiervan is de onzekerheid omtrent de raming voor 2011 groter dan normaal.

### Macroschadelast zorgverzekeraars 2010-2011

Volgens de raming van ZN bedragen de uitgaven van de zorgverzekeraars aan curatieve zorg in 2011 34,8 miljard euro. Dit is een stijging van 4% ten opzichte van 2010. Het gaat om de brutomacroschadelast van de zorgverzekeraars. Hierin zijn eigen betalingen van verzekerden als gevolg van het verplichte eigen risico en het vrijwillig eigen risico meegenomen.

	2010	2011	Vershil
Ziekenhuiszorg	17.652	18.257	3,4%
Farmaceutische hulp	5.299	5.509	4,0%
Geneeskundige GGZ	3.670	3.865	5,3%
Huisarts	2.197	2.431	10,7%
Hulpmiddelen	1.408	1.471	4,5%
Mondzorg	778	719	-7,5%
Paramedische hulp	757	780	3,0%
Ziekenvervoer	600	615	2,5%
Grensoverschrijdende zorg	411	436	6,0%
Kraamzorg	287	297	3,5%
Overige kosten	229	243	6,0%
Verloskundige hulp	177	195	10,0%
Ondersteuning eerstelijnszorg	27	29	5,0%
Totaal	33.493	34.846	4,0%

Tabel 1: raming macroschadelast zorgverzekeraars in miljoenen euro's (bron: ZN, oktober 2010).

### Ontwikkeling per zorgprestatie

Er is niet één oorzaak aan te wijzen voor de stijgende zorgkosten in 2011. Zoals ook uit tabel 1 blijkt stijgen de zorgkosten die vallen onder de basisverzekering voor de meeste zorgprestaties. Alleen mondzorg vormt hierop een uitzondering. In deze paragraaf wordt per zorgprestatie aangegeven welke ontwikkeling verwacht wordt en waar deze ontwikkeling door wordt veroorzaakt. Ook noemen we hier de belangrijkste ontwikkelingen. In de overige hoofdstukken van deze Zorgthermometer wordt een en ander nader uitgewerkt.

Op het gebied van de **ziekenhuiszorg** wordt een groei van de kosten van 3,4% verwacht. De stijging van de kosten voor ziekenhuiszorg is de resultante van een aantal ontwikkelingen.

Zoals bij de meeste zorgprestaties wordt in 2011 rekening gehouden met een trendmatige groei<sup>1</sup> van ruim 4%. Daarnaast is bij de raming rekening gehouden met enkele door het kabinet genomen maatregelen, die een verlagend effect hebben op de kosten voor ziekenhuiszorg. Bijvoorbeeld de laatste tranche taakstelling ziekenhuiszorg van 150 miljoen euro en de voorgenomen aanvullende korting medisch specialisten ad 170 miljoen euro. Als gevolg van maatregelen ter verlichting van de kapitaallasten in het kader van de balansverbetering ziekenhuizen, stijgen de kosten ziekenhuiszorg met 140 miljoen euro.

De kosten voor **farmaceutische hulp** bedragen in 2011 naar verwachting ruim 5,5 miljard euro. Dit betekent dat ruim 15% van de kosten in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te maken heeft met farmaceutische hulp. ZN raamt een stijging van de kosten voor farmaceutische hulp in 2011 van 4% ten opzichte van de kosten in 2010. De stijging van de kosten voor farmacie wordt grotendeels veroorzaakt door het toenemend gebruik van geneesmiddelen, een trend die al jaren zichtbaar is. Het kabinet heeft echter ook enkele maatregelen genomen die de kosten voor farmaceutische hulp zullen remmen. Zo worden antidepressiva vanaf 1 januari 2011 alleen nog vergoed bij behandelingen waarbij sprake is van zware depressie en waarbij is aangetoond dat de behandelmethode effectief kan zijn. Daarnaast wordt de anticonceptiepil voor vrouwen vanaf 21 jaar per 1 januari 2011 uit het verzekerde pakket gehaald. In de raming is verder rekening gehouden met het wegvallen van een tijdelijke verhoging van de clawback. Dit heeft een kostenverhogend effect van 40 miljoen euro. Op dit moment is nog niet bekend wat de receptregelvergoeding voor apothekers wordt in 2011. Hetzelfde kan gezegd worden van de verhoging van de clawback. Begin november vindt hier besluitvorming over plaats.

De kosten van de **geneeskundige GGZ** zijn de afgelopen jaren licht gestegen, met name door een toename in het gebruik. Ook voor 2011 wordt weer een volumestijging in de GGZ ingezet. Deze volumestijging in combinatie met een trendmatige ontwikkeling zorgt ervoor dat de kosten in de GGZ in 2011 naar verwachting zullen stijgen met 5,3%. Het kabinet had eerder dit jaar voorstellen gepubliceerd om het gebruik van geneeskundige GGZ te matigen. Zo was er een voorstel om in 2011 ook binnen de tweede lijn GGZ een eigen bijdrage in te stellen. Dit voorstel is inmiddels weer ingetrokken.

Ook met betrekking tot de eerstelijnszorg verandert in 2011 het één en ander in de Zvw. Zo geldt voor **paramedische zorg** dat de eerste twaalf bezoeken aan de fysiotherapeut voortaan betaald worden door de patiënt, nu is dat nog de eerste negen bezoeken. De vergoeding vanuit de basisverzekering voor bekkenfysiotherapie bij onvrijwillig urineverlies wordt verruimd. Dit kan het gebruik van (duurder) incontinentiemateriaal voorkomen. De eerder voorgestelde eigen bijdrage voor logopedie, dieetadvisering en ergotherapie gaat na interventie van de Tweede Kamer niet door. De kosten voor paramedische hulp zullen desalniettemin in 2011 stijgen. Deze groei is in grote mate het gevolg van toenemend gebruik van paramedische zorg. Het is de verwachting dat deze trend, die al enkele jaren zichtbaar is, zich in 2011 voortzet.

<sup>1</sup> De trendmatige ontwikkeling bestaat uit een nominale component (als gevolg van loon- en prijsbijstellingen) en een volumecomponent.

Voor **mondzorg** geldt dat de kosten in 2011 naar verwachting afnemen. Dit is het gevolg van het feit dat 'Tandheelkundige verzorging Jeugdige Zorgverzekeringwetverzekerden' voor de leeftijdsgroep van 18 tot 21 jaar komt te vervallen. Dit betekent dat het pakket voor jeugdige verzekerden alleen nog voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt vergoed.

Naar verwachting nemen de **huisartsenkosten** in 2011 met ruim 10% toe. Deze verwachting is enerzijds gebaseerd op de toename van het gebruik van huisartsenzorg die ook in voorgaande jaren gesignaleerd is. Anderzijds zijn er afspraken met betrekking tot de tariefstructuur van de huisartsen gemaakt die een stijging van de kosten tot gevolg hebben. Het gaat onder meer om een eenmalige verhoging van het inschrijftarief (totale kosten 60 miljoen euro) en de verhoging van het uurtarief van waarnemers in de avond-, nacht- en weekenddiensten (van € 65,- naar € 80,-). Over de wijzigingen in de tariefstructuur van de huisartsen moet nog een definitief besluit worden genomen. Ten slotte is er ook extra financiële ruimte voor verzekeraars en huisartsen om resultaatgerichte modules af te spreken.

De afgelopen jaren is er een stijging van de kosten voor **hulpmiddelen** zichtbaar. Ook voor 2011 wordt een stijging van de kosten voor hulpmiddelen van 4,5% verwacht. De hoogte van deze stijging wordt bepaald door twee factoren, te weten een trendmatige groei van 5,2% en een versobering van het verzekerd pakket. Vanaf 1 januari 2011 komen een aantal hulpmiddelen niet langer ten laste van de zorgverzekering. Dit geldt voor alle voorbehoedsmiddelen ter voorkoming van zwangerschap voor vrouwen van 21 jaar en ouder. Naast de anticonceptiepil vallen hieronder ook een aantal hulpmiddelen. Dit zijn de pessaria en de koperhoudende spiralen. Verder worden eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (rollator, krukken, loophulpmiddelen met drie of vier poten, looprekken en serveerwagens) ook uit het basispakket gehaald. Het effect van deze pakketmaatregelen wordt geraamd op een daling van de kosten met 0,7%.

De kostenstijging voor **verloskundige hulp** is geraamd op 10%. Deze ontwikkeling is deels het gevolg van een trendmatige groei. Daarnaast wordt een stijging geraamd van ruim tien miljoen euro als gevolg van het resultaat van het kostenonderzoek naar het norminkomen van verloskundigen. Voor kraamzorg geldt dat rekening wordt gehouden met een trendmatige groei van 3,5%.

## Ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg

Ondanks het feit dat DOT in ieder geval uitgesteld is tot 2012 en het B-segment zich vanaf 2009 niet heeft ontwikkeld, zijn er volop bewegingen binnen de ziekenhuiszorg. Binnen de inkoop wordt kwaliteit steeds belangrijker en zien we het aandeel van ZBC's verder toenemen. De afgelopen jaren zijn er ook veel discussies over de kostenstructuur ziekenhuiszorg.

### Honoraria medisch specialisten

In 2009 en 2010 is veel te doen geweest over de honoraria van de medisch specialisten. Tot 1 januari 2008 kregen de specialisten een vastgesteld budget, ze werden in 2006 en 2007 bekostigd op basis van de zogenoemde lumpsum. Voor de vrijgevestigde specialisten werd het verschil tussen het vastgestelde lumpsumbedrag en de financiering vanuit de gedeclareerde DBC's aangevuld vanuit de financiering van de instellingen.

In 2008 is de lumpsumfinanciering afgeschaft en worden de vrijgevestigde medisch specialisten bekostigd vanuit de gedeclareerde DBC's. De specialisten in loondienst worden betaald vanuit het ziekenhuisbudget.

Jaarlijks stelt het kabinet in de rijksbegroting vast hoeveel geld er in Nederland wordt uitgegeven aan de zorg. Dit is het zogenaamde Budgettair Kader Zorg (BKZ). Daarin is ook gespecificeerd hoe hoog de uitgaven aan de specialistenhonoraria mogen zijn. Hoe hoog deze uitgaven in enig jaar mogen zijn, wordt dus bepaald door de politiek.

### Honoraria medisch specialisten 2008

Voor 2008 bedroeg het BKZ voor de honoraria van de medisch specialisten 1.703 miljoen euro. Pas na afloop van een kalenderjaar kan worden vastgesteld of de daadwerkelijke uitgaven aan specialistenhonoraria inderdaad binnen het daarvoor vastgestelde budgettaire kader zijn gebleven. Daar gaat enige tijd overheen. Dat heeft te maken met de werking van het systeem van DBC's.

De wijzigingen in 2008 hebben ertoe geleid dat een deel van de specialisten meer ging verdienen dan daarvoor. Halverwege 2009 werd duidelijk dat de kosten voor de medisch specialisten over 2008 zeker 375 miljoen euro hoger liggen dan begroot. Dit bedrag is in december 2009 bijgesteld tot 512 miljoen euro. De minister van VWS wilde verdere overschrijdingen in 2010 en in de komende jaren voorkomen door de medisch specialisten te korten op hun honoraria. In januari 2010 zijn twee maatregelen genomen. Voor de ondersteunende specialisten is de zogenaamde ondersteunerscompensatiefactor aangepast. Daarnaast is een uniforme korting doorgevoerd op de honorariumtarieven van de medisch specialisten door het uurtarief voor alle specialisten met eenzelfde percentage te verlagen. Deze algemene tariefskorting zet in op het totaalbedrag van 375 miljoen euro. De Orde van Medisch Specialisten vocht die korting zonder succes aan bij de rechter. De rechter bepaalde echter wel dat de korting gedifferentieerd diende te worden per specialisme, zodat de specialisten die het meest hebben geprofi-teerd in 2008 nu de grootste tariefsverlaging zouden moeten krijgen.

### Schadelaststijging zorgverzekeraars

Een schadelaststijging honorarium medisch specialistische zorg voor zorgverzekeraars is niet hetzelfde als de overschrijding van het macrokader van VWS. De schadelaststijging heeft zowel betrekking op specialisten in loondienst als vrijgevestigde specialisten. Het onderdeel BKZ Medisch Specialisten van het Budgettair Kader Zorg heeft alleen betrekking op de vrijgevestigde specialisten.

Per 1 september 2010 zijn nieuwe gedifferentieerde tarieven ingegaan die uitgaan van een overschrijdingsbedrag van 512 miljoen euro. Om de fluctuaties in de tarieven te beperken heeft de NZa ervoor gekozen om de inhaalkorting met betrekking tot 2010 te spreiden over het resterende deel van 2010 en 2011. Bij publicatie van deze Zorgthermometer voerde de Orde van Medisch Specialisten nog juridische procedures tegen de tariefskortingen in verband met het overschrijdingsbedrag van 512 miljoen euro over 2008 waar in de tarieven per 1 september mee is gerekend.

Aangezien de korting eerst in de tarieven van 2010 is verwerkt, betekent dit dat de medisch specialisten gezamenlijk de extra omzet die in 2008 en 2009 is behaald (ten opzichte van het BKZ) niet hoeven terug te betalen. Met de korting beoogt de minister de uitgaven aan specialistenhonoraria in 2010 weer te laten passen binnen het daarvoor beschikbare BKZ.

### **Honoraria medisch specialisten 2009**

Minister Klink hield voor 2009 ook rekening met een overschrijding van 512 miljoen euro op de honoraria van de medisch specialisten. Omdat de overschrijding voor het jaar 2008 halverwege 2009 is vastgesteld, biedt dit geen mogelijkheden voor tussentijdse aanpassingen. Afgelopen juni is gebleken dat voor 2009 de overschrijding neerkomt op een hoger bedrag, namelijk 648 miljoen euro. Op 29 juni 2010 heeft de minister hierover een brief naar de Tweede Kamer gestuurd. De additionele overschrijding van 136 miljoen euro zal wederom via een tariefskorting worden geredresseerd, nu per 1 januari 2011.

### **Wijzigingen tariefsysteem medisch specialisten**

Om de kosten voor de medisch specialisten verder in de hand te houden heeft minister Klink in 2010 een breed pakket aan maatregelen voorgesteld. De discussie gaat wederom over de vrijgevestigde medisch specialisten, oftewel de specialisten niet in loondienst. Het voorstel is om een plafond te stellen aan de honoraria. Ziekenhuizen krijgen dan een vast budget voor medisch-specialistische zorg en onderhandelen zelf met de specialisten over het honorarium. Het vaste uurtarief wordt afgeschaft en medisch specialisten mogen niet meer rechtstreeks declareren bij de verzekeraars, maar declareren bij het ziekenhuis. Het nieuwe kabinet moet besluiten of dit voorstel verder wordt uitgewerkt. Bij het ter perse gaan van deze Zorgthermometer was als laatste bekend dat in het regeerakkoord staat dat het nieuwe kabinet het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) van demissionair minister Klink wil doorzetten, inclusief het invoeren van dit beheersmodel medisch specialisten. Ook heeft de demissionair minister op 6 oktober hierover een rechtszaak gewonnen die door een groep van 2.400 specialisten was aangespannen

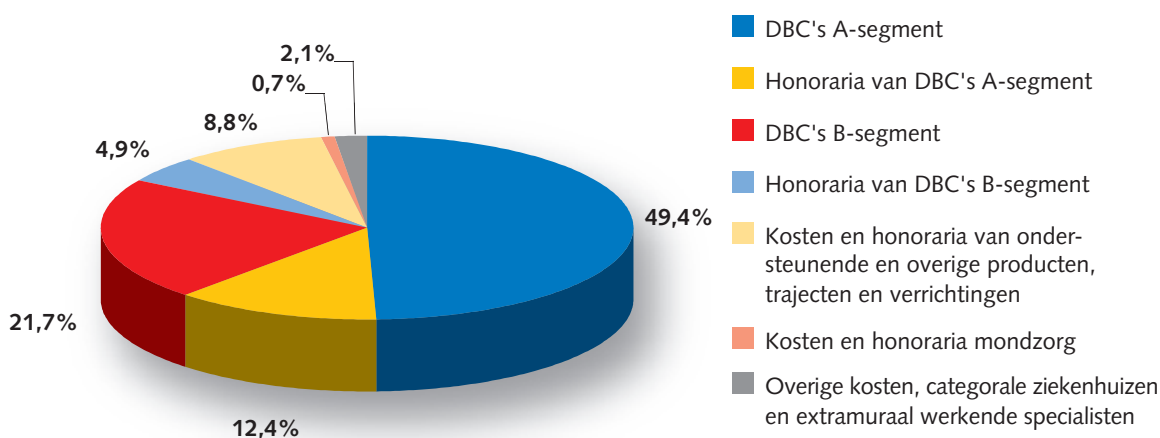
### **Instellingskosten ziekenhuiszorg**

Binnen het BKZ wordt op ziekenhuiszorggebied onderscheid gemaakt in het BKZ Medisch Specialisten en het BKZ Ziekenhuizen. Binnen het beschikbare makro-kader, het BKZ Ziekenhuizen heeft de minister van VWS over het jaar 2009 een overschrijding van 549 miljoen euro op basis van de eind juni 2010 beschikbare gegevens geconstateerd. Hij houdt er rekening mee dat dit getal als gevolg van aanvullende gegevens, zoals de verwerking van de nacalculaties op de budgetten 2009, nog kan wijzigen. De minister is van plan deze overschrijding in 2011 te reduceren door het makro-kortingsbedrag van 549 miljoen euro in mindering te brengen op de budgetten van de individuele instellingen. In de VWS-begroting is geen sprake van een verdeling over het A- en B-segment. Dit betekent dat niet kan worden geconcludeerd dat de

overschrijding wordt veroorzaakt in het A- respectievelijk B-segment. Voor de verdeling over de individuele instellingen wordt het uitgangspunt gehanteerd dat de omvang van het vrije B-segment in de verdeelgrondslag wordt betrokken. Dit betekent dat instellingen met een relatief groot budgetdeel en klein B-segment (zoals universitair medische centra) niet onevenredig zwaar worden aangeslagen. De ziekenhuizen kunnen wel zelf bij de interne toerekening van de taakstelling bezien of dat moet neerslaan in het A- dan wel B-segment. De ziekenhuizen hebben over deze korting een juridische procedure tegen de Staat aangespannen. In eerste instantie hebben de ziekenhuizen deze gewonnen. Hiertegen heeft de minister echter direct een spoedappèl aangespannen.

### Kosten ziekenhuiszorg 2009-2011

Vanwege de val van het kabinet-Balkenende IV is het dossier 'prestatiebekostiging in de zorg' controversieel verklaard, waarmee DOT en volledige DBC-bekostiging in de ziekenhuiszorg niet met ingang van 2011 worden ingevoerd. De functionele bekostiging voor het A-segment wordt om die reden in de huidige vorm gecontinueerd in 2011. Dit betekent dat de kosten ziekenhuiszorg die buiten het B-segment vallen, zijn gebudgetteerd. Dit gebeurt nog in termen van (dag)opnames, eerste polikliniekbezoeken en verpleegdagen. De declaraties van DBC's dienen ter financiering van het gestelde budget, waarna tekorten en overschotten achteraf worden verrekend. Voor de behandelingen die binnen het B-segment vallen (ruim een kwart van de totale kosten ziekenhuiszorg), gelden vrije tarieven waarover zorgverzekeraars met de instellingen onderhandelen. Het merendeel van de kosten ziekenhuiszorg wordt gevormd door het A-segment. Hieronder vallen ook de kosten van de overige producten, trajecten en verrichtingen.



Figuur 1: procentuele verdeling van de kosten ziekenhuiszorg in 2009 (bron: CVZ en Vektis).

Zoals beschreven in het hoofdstuk 'Raming zorgkosten 2011' van deze Zorgthermometer is de verwachting dat de kosten ziekenhuiszorg in 2011 met 3,4% toenemen. Met ruim 18 miljard euro vormt de ziekenhuiszorg meer dan de helft (52%) van de totale kosten Zvw in 2011. In de periode 2009-2011 is de verdeling tussen A- en B-segment vrij constant omdat de laatste uitbreiding van het B-segment in 2009 is doorgevoerd. In kosten blijft het aandeel van het huidige B-segment wat achter bij de verwachting vooraf, waarbij uitgegaan werd van een derde van de totale kosten ziekenhuiszorg. Daardoor is de raming 2009-2010 voor de omvang van het B-segment ten opzichte van vorig jaar naar beneden bijgesteld. De

toename in de overige kosten 2010 wordt met name veroorzaakt door een stijging van de kosten kaakchirurgie en de kosten binnen categorale instellingen.

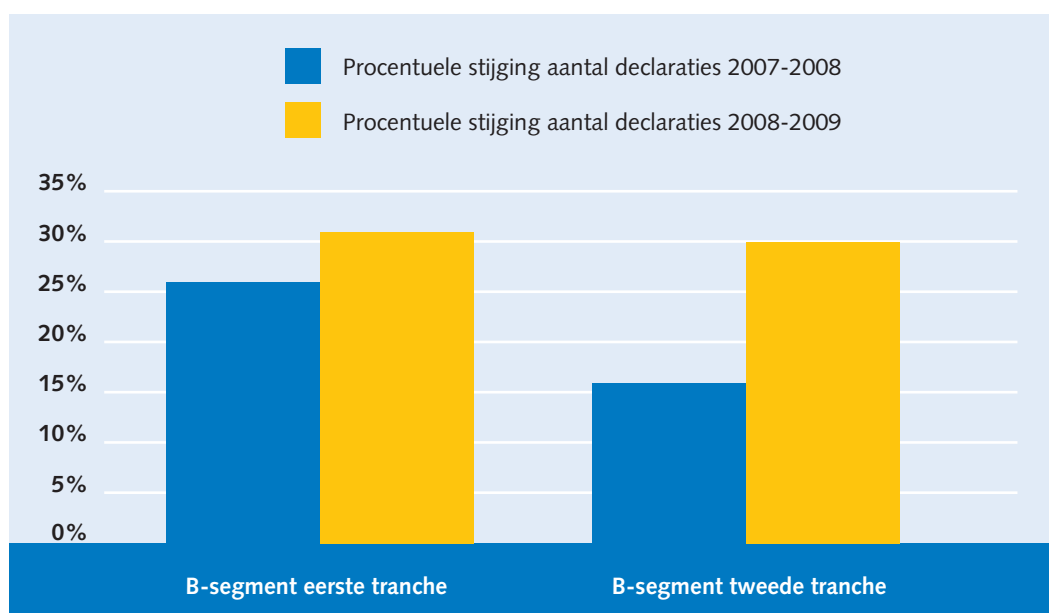
	2009	2010	2011
A-segment	12.200	12.244	12.623
B-segment	4.484	4.809	5.008
Overig	490	599	626
Totaal	17.174	17.652	18.257

Tabel 2: kostenontwikkeling ziekenhuiszorg 2009-2011, in miljoenen euro's (bron: ZN).

### Ontwikkelingen binnen Zelfstandige Behandelcentra

De Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) laten zowel in aantal instellingen en omzet als in aantal behandelingen per ZBC een flinke groei zien. Het aantal actieve<sup>2</sup> ZBC's is opgelopen van 217 in 2007, via 252 in 2008 naar 279 in 2009. De verwachting is dat dit aantal in 2010 en 2011 verder zal toenemen.

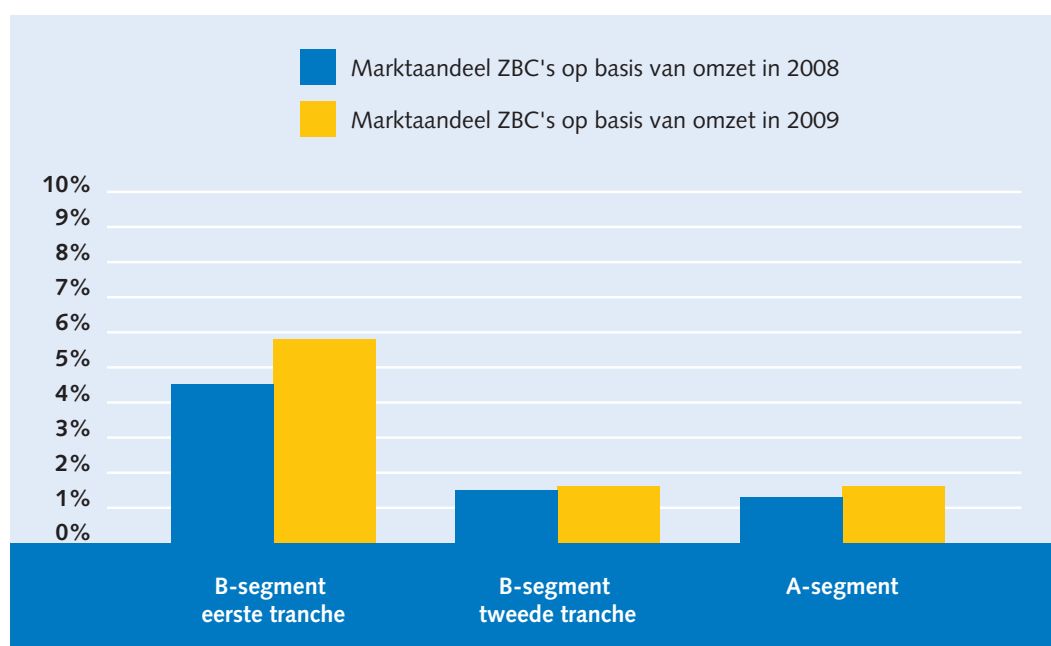
Voor de ZBC als groep is er ook een flinke stijging in de aantallen declaraties. In figuur 2 is dit te zien voor het B-segment eerste tranche, het in 2005 geïntroduceerde deel, en voor het B-segment tweede tranche, het uitbreidingsdeel B-segment 2008.



Figuur 2: procentuele stijging aantallen declaraties B-segment eerste en tweede tranche van ZBC's van 2007 op 2008 en van 2008 op 2009 (bron: Vektis).

<sup>2</sup> 'Actieve' wil hier zeggen dat men daadwerkelijk declaraties voor DBC's naar verzekeraars heeft gestuurd.

Het marktaandeel van de ZBC's neemt toe. In figuur 3 staat het marktaandeel in 2008 en 2009 op basis van omzet<sup>3</sup> voor het A-segment (dit is het deel van het A-segment dat in 2008 én 2009 A-segment was) en voor het B-segment eerste tranche en B-segment tweede tranche. Het B-segment derde tranche is hier nog uit weggelaten vanwege achterblijvende declaratiegegevens in verband met langlopende contractonderhandelingen bij de zorginkoop, met name voor dit deel. Het marktaandeel is van 2008 op 2009 voor het B-segment eerste tranche gestegen van 4,5% naar 5,8%, een stijging van 29%. Het marktaandeel in aantallen is voor dit segment al veel groter en van 7,7% in 2008 tot 9,5% in 2009 gestegen. Ook wat betreft het marktaandeel van de ZBC's is de verwachting dat de stijging zich zal voortzetten in de komende jaren.



Figuur 3: marktaandeel op basis van DBC-omzet van ZBC's in 2008 en 2009 (bron: Vektis).

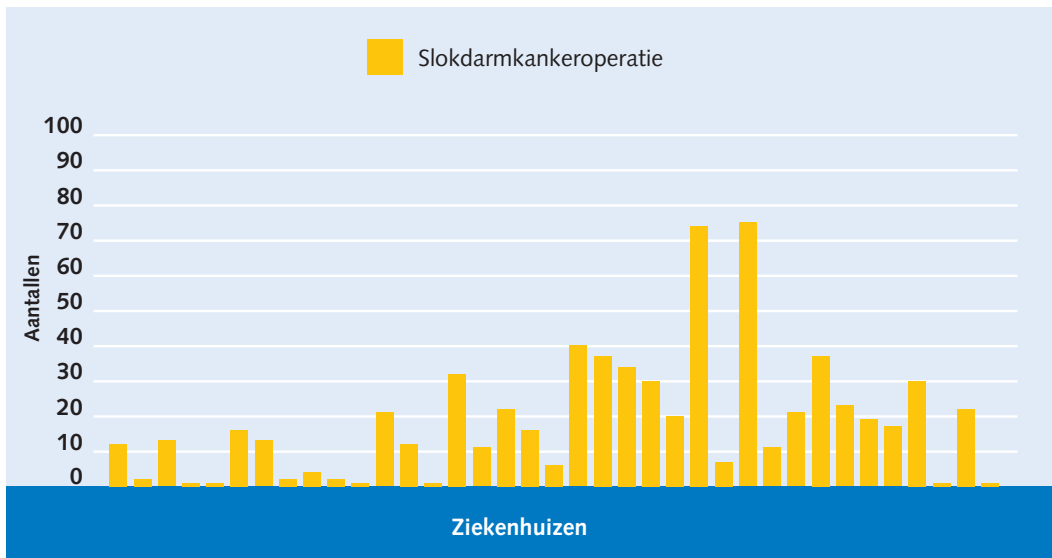
### Selectievere zorginkoop 2011

De bedoeling van het huidige zorgstelsel is dat zorgverzekeraars selectief inkopen. Bij instellingen waar de zorg op een bepaald gebied onder de maat is, zouden op dat gebied geen contracten meer moeten worden afgesloten. Tot nu toe was deze doelstelling in de praktijk nog niet doorgevoerd. Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren bij bijna alle ziekenhuizen vrijwel alle behandelingen gecontracteerd. Er worden nu door diverse verzekeraars stappen gezet om daar verandering in te brengen. De patiëntenfederaties staan achter dit initiatief, maar benadrukken dat transparant moet zijn wat de prestaties van bijvoorbeeld de verschillende specialismen binnen een ziekenhuis zijn en welke criteria hieraan ten grondslag liggen.

Zowel binnen B-segment aandoeningen zoals borstkanker als bij A-segmentaandoeningen zoals slokdarmkanker en bijvoorbeeld op het gebied van de bariatrische chirurgie (het plaatsen van een maagband in geval van morbide obesitas) zijn er door zorgverzekeraars

<sup>3</sup> 'Omzet' wil hier zeggen het totaal van de gedeclareerde bedragen voor DBC's die bij verzekeraars zijn gedeclareerd.

initiatieven ontplooid. Eén van de criteria die daarbij wordt bekeken is de ervaring van het behandelteam ten aanzien van specifieke behandelingen of ingrepen. In figuur 4 zijn de 37 ziekenhuizen afgebeeld die minimaal eenmaal een slokdarmkankeroperatie hebben gedeclareerd in 2008. Daarvan zijn er 25 die dit tien of meer keren hebben gedaan.



Figuur 4: aantal slokdarmkankeroperaties bij ziekenhuizen die deze operatie minimaal éénmaal per jaar uitvoeren (bron: Vektis).

Op het gebied van ervaring zijn er grote verschillen tussen de ziekenhuizen wanneer gekeken wordt naar de volumes.

## Vooruitblik 2011 GGZ

Met de overheveling van een groot deel van de GGZ in 2008 zijn de kosten voor de Zvw jaarlijks structureel toegenomen met ruim 10%. De schatting is dat de GGZ-kosten in 2011 op ruim 3,8 miljard euro uitkomen. Het gaat hierbij om zorg verstrekt door eerste-lijnspsychologen en de GGZ binnen de tweede lijn. De omvang van de GGZ binnen de Zvw is hiermee forsler dan vooraf was voorzien. De kosten van de GGZ zijn de afgelopen jaren gestegen, met name door een toename in het gebruik. Om dit gebruik te matigen en de kosten te beheersen heeft VWS lange tijd voorgesteld een eigen bijdrage te vragen voor behandeltrajecten in de tweede lijn in 2011. Dit voorstel is echter weer ingetrokken. Na een aantal 'leerjaren' binnen de Zvw voor instellingen en zorgverzekeraars zijn de verzekeraars vanaf 2010 (beperkt) risico gaan lopen over de kosten GGZ. Plan is om dit risico binnen de tweede lijn verder uit te breiden. Zorgverzekeraars houden hiermee nu rekening binnen de inkoop. Bijvoorbeeld door nu alle afspraken met instellingen vast te leggen in diagnose-behandelcombinaties (DBC's), waarmee de kosten inzichtelijker worden en de effectiviteit en klanttevredenheid beter zijn te monitoren.

### Ontwikkeling zorgkosten GGZ

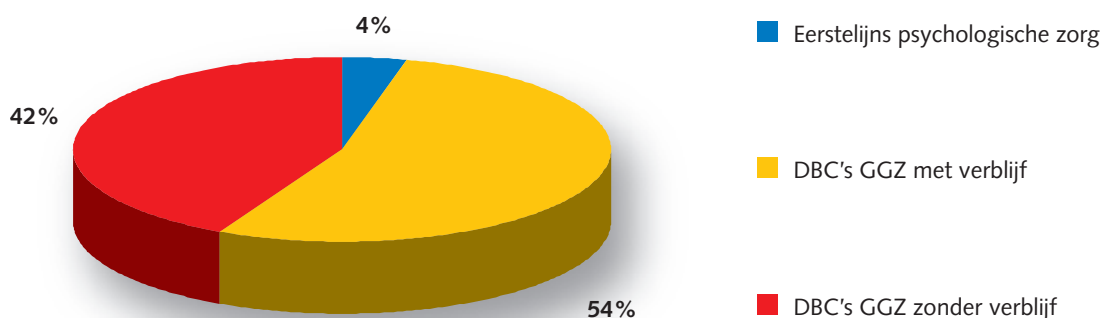
Vanaf 2008, gelijk met de overheveling van de GGZ naar de Zvw, werden voor de tweede lijn DBC's geïntroduceerd, net zoals voor ziekenhuiszorg. Op basis van de DBC's worden door de instellingen en overige aanbieders binnen de tweede lijn de kosten gedeclareerd na afronding van het behandeltraject van de DBC. Een DBC mag maximaal een jaar openstaan. Dit betekent dat deze zorgkosten bij zorgverzekeraars met vertraging binnenkomen. De kosten die onder een bepaalde DBC vallen, worden voor de verzekeraar gekoppeld aan het jaar van opening. Met een gemiddelde openingsduur van ruim acht maanden betekent dit dat de verwerking van de zorgkosten voor een schadejaar in de praktijk meer dan twee jaar bedraagt. De uiteindelijke zorgkosten voor zorgverzekeraars zijn voor dit deel van de GGZ dan ook lange tijd onzeker.

Zorgverleners in de eerste lijn kunnen per consult declareren bij de zorgverzekeraar. De verwerkingstijd voor deze zorgkosten is dan ook veel beperkter. Dit betekent dat de kosten GGZ 2009 voor de tweede lijn (96% van de totale kosten GGZ) op dit moment nog voor een groot deel moeten worden ingeschat en dat 2010 en 2011 (vrijwel) volledig op een schatting zijn gebaseerd. De verwachte groei van de kosten GGZ is in 2010 met 1,9% beperkt en in 2011 met 5,3% wat omvangrijker.

	2009	2010	2011
Kosten GGZ	3.602	3.670	3.865

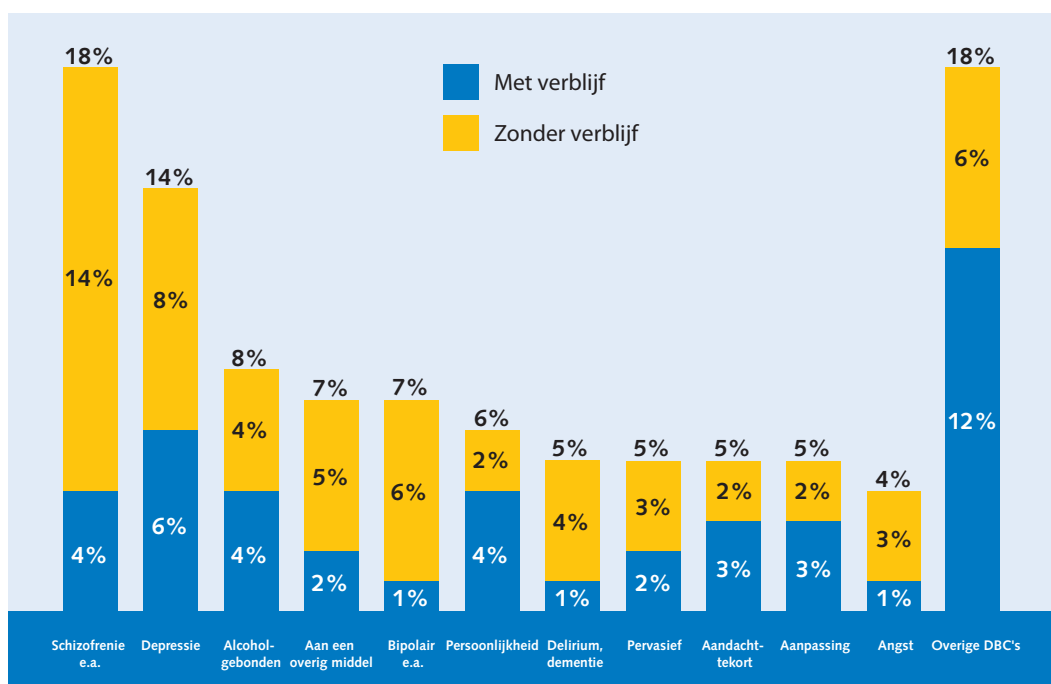
Tabel 3: kostenontwikkeling GGZ 2009-2011 in miljoenen euro's (bron: ZN).

De kosten eerstelijnszorg vormen in 2009 bijna 4% van de totale kosten GGZ binnen de Zvw. De kosten van tweedelijnszorg worden voor meer dan de helft gevormd door klinische DBC's (met verblijf). Er zijn steeds meer initiatieven om minder klinisch te behandelen. In deze cijfers is een inschatting opgenomen van de nog met name in de tweede lijn te verwerken schade.



Figuur 5: procentuele verdeling van de GGZ-kosten in 2009 (bron: CVZ/Vektis).

Voor het zorggebruik binnen de tweede lijn is op basis van de gedeclareerde DBC's<sup>4</sup> de verdeling naar stoornis in kaart gebracht. De verdeling is gebaseerd op de kosten per stoornis, waarbij er op stoornisniveau een uitsplitsing wordt gegeven voor klinische- (met verblijf) en ambulante (zonder verblijf) behandelingen. In 2008 hadden de stoornissen schizofrenie, depressie en alcoholgebonden stoornissen een groot aandeel in de kosten.



Figuur 6: percentage DBC's per stoornis, gesplitst naar met en zonder verblijf (bron: Vektis).

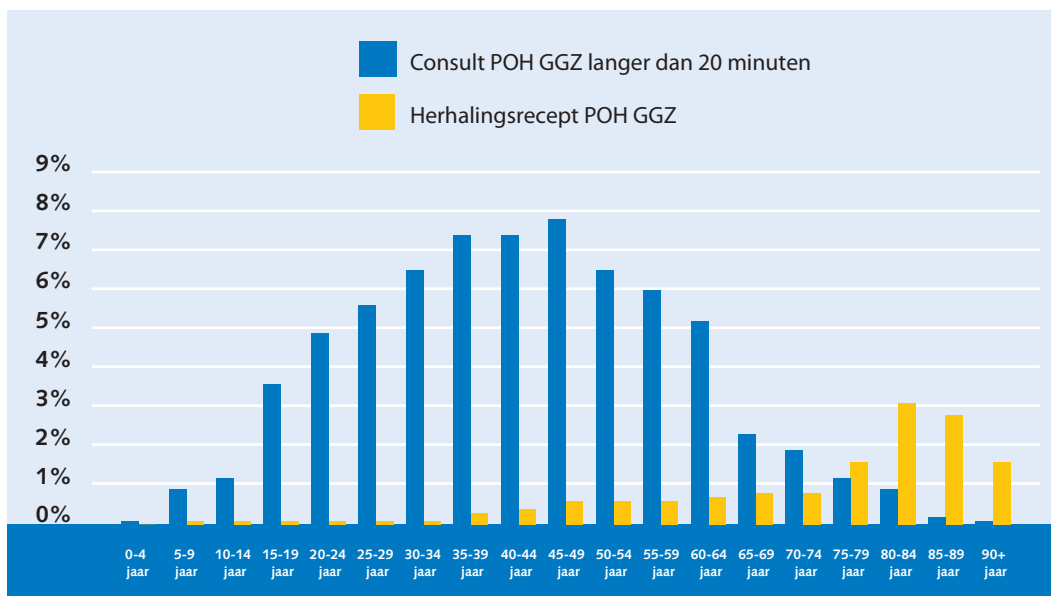
## POH GGZ Huisartsen

Een deel van de GGZ wordt binnen de Zvw gerekend tot de kosten huisartsenzorg. Dit betreft de zorg die geleverd wordt door praktijkondersteuners GGZ in dienst van de huisarts. De totale kosten van praktijkondersteuners GGZ zijn in 2008 en 2009 nog minder dan

<sup>4</sup> Met name de klinische DBC's zijn nog niet uitgedeclareerd, waardoor het aandeel met verblijf (43%) lager ligt dan in figuur 5 waarbinnen ook een inschatting is meegenomen van de nog te verwerken declaraties.

1 miljoen euro. De meest voorkomende declaraties van POH GGZ zijn de consulten langer dan 20 minuten en de herhalingsrecepten (merk op: vanaf 2010 mogen er geen herhalingsrecepten meer gedeclareerd worden).

De meeste consulten zijn voor mensen in de leeftijd 20 tot 65 jaar. De herhalingsrecepten zijn vooral voor mensen boven de 75 jaar.



Figuur 7: procentueel GGZ-gebruik via praktijkondersteuning huisartsen voor consulten langer dan 20 minuten en herhalingsrecepten in 2009 (bron: Vektis).

Doel is om deze groep praktijkondersteuners GGZ binnen de eerste lijn verder uit te breiden, zodat in een aantal gevallen voorkomen kan worden dat mensen worden doorverwezen naar de duurdere en vaak op grotere afstand liggende tweede lijn. Ook kunnen deze zorgverleners nazorg bieden na een opname in een instelling.

### Wat gebeurt er (wel en niet) in 2011?

Na de overheveling van de GGZ naar de Zvw is de sector volop in ontwikkeling. Een aantal van deze (voorgestelde) ontwikkelingen op een rijtje:

- *DBC-bekostiging uitgesteld*  
Vanwege de val van het kabinet-Balkenende is het dossier marktwerking/prestatiebekostiging in de zorg controversieel verklaard, waarmee automatisch ook de DBC-bekostiging in de geneeskundige tweedelijns-GGZ niet per 2011 ingevoerd wordt. Samen met alle GGZ-veldpartijen, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en DBC Onderhoud is in 2010 bekeken welke stappen er wél gezet kunnen worden in 2010 en 2011. In 2011 richten betrokkenen zich vooral op de verdere verbetering van (inzicht in) kwaliteit van zorg, de doorontwikkeling van de DBC-productstructuur en verbetering van de DBC-tarieven.
- *Inkopen zorgverzekeraar in DBC's*  
Alle verzekeraars gaan in 2011 inkopen op basis van DBC's. Op dit moment worden DBC's al enkele jaren door de instellingen geregistreerd en voor het declaratieverkeer richting zorgverzekeraars ingezet. Het budget zoals vastgesteld door de NZa was echter

bepalend voor de inkomsten van de instelling. In de toekomst zal dit worden vervangen door een financiering geheel op basis van DBC's.

- *Productstructuur DBC's*  
DBC Onderhoud heeft in 2010 een opzet gemaakt voor een nieuwe productstructuur en tarieven. Deze zijn echter door de NZa afgekeurd. Dit betekent dat de productstructuur van 2010 ook in 2011 gebruikt zal worden en dat er een prijsindexering zal plaatsvinden.
- *Eigen bijdrage in de GGZ gaat niet door*  
Er bestaat vanaf de overheveling in 2008 een eigen bijdrage in de eerste lijn van € 10,- per consult. Deze eigen bijdrage wordt voor de eerste acht consulten die vanuit de basisverzekering worden vergoed, in rekening gebracht. Het plan van het kabinet was om met ingang van 2011 ook voor de tweede lijn een eigen bijdrage te introduceren. Dit voorstel dat naar verwachting een opbrengst oplevert van 110 miljoen euro, is van de baan. De raming van ZN zoals weergegeven in tabel 3 is hiervoor bijgesteld.
- *Vermelden diagnosecode in eerste lijn*  
Op 2 augustus 2010 heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) een belangrijke uitspraak gedaan. Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten in de eerste lijn worden voorlopig niet meer verplicht om informatie over diagnoses te vermelden op hun declaraties. Voor de vrijgevestigde klinisch psychologen die in de tweede lijn werkzaam zijn geldt dit eveneens.
- *Minder behandelen in tweede lijn*  
Nu en in de toekomst komen mensen met psychosociale problemen in 90% van de gevallen als eerste bij de generalistische huisartsgeneeskundige zorg terecht. De huidige organisatie van eerstelijns-GGZ is echter sterk versnipperd, waardoor de zorg ten aanzien van psychische problematiek nog te vaak een ad-hockarakter heeft. Het ontbreken van goede verbindingen tussen preventie, eerste lijn en de gespecialiseerde GGZ resulteren daarmee in onderbehandeling, overbehandeling en een te groot beroep op de tweedelijns-GGZ. Doelmatige zorg en meer samenhangende ondersteuning en zorg zijn gewenst.
- *Minder klinisch behandelen*  
Aangezien klinische behandelingen veel duurder zijn dan ambulante behandelingen, is het beleid erop gericht om minder snel over te gaan naar klinische behandelingen en om het aantal verblijfsdagen per behandeling terug te brengen. De kwaliteit van de behandeling is daarbij natuurlijk wel een belangrijke voorwaarde.
- *Meten van kwaliteit*  
Veel instellingen zijn bezig met het inbedden van Routine Outcome Measurement (ROM) in het zorgproces. ROM is een methode om de kwaliteit van geleverde zorg inzichtelijk te maken, te evalueren en te verbeteren. Instellingen en zorgverzekeraars zijn overeengekomen om de komende jaren steeds meer uitkomstindicatoren op basis van ROM te verzamelen en instellingen te benchmarken.  
Andere indicatoren die iets over de kwaliteit van de geleverde zorg door een zorgverlener zeggen is de CQ-index. Deze geeft informatie over klantervaringen weer. Daarnaast is er wachtlijst-informatie van GGZ Nederland, die de toegankelijkheid van de zorg meet.

De plannen van het nieuwe kabinet laten zien dat nog verder wordt nagedacht over het beheersen van de GGZ-kosten. Onder andere wordt gedacht over het beperken van het aantal eerstelijnsconsulten dat vergoed wordt.

## Ontwikkelingen in de farmacie

De kosten van farmacie vormen een groot aandeel (ongeveer een zesde) van de totale kosten van de basisverzekering. Na ziekenhuiszorg is farmacie het segment met de hoogste kosten. De overheid zoekt voortdurend naar wegen om deze kosten te beheersen. Kostenbeheersing mag echter niet ten koste gaan van de kwaliteit van de geleverde zorg. Vandaar dat er ook initiatieven ontplooid worden om de kwaliteit van de farmaceutische zorg inzichtelijk te maken voor zorgverzekeraars en consumenten.

### Kostenontwikkeling 2011

De farmaciekosten nemen in 2011 naar verwachting verder toe. Dit heeft verschillende oorzaken. Door bevolkingsgroei en vergrijzing gaan meer mensen meer geneesmiddelen gebruiken, ook chronisch. Ook uitbreiding van indicaties zorgt voor een toename van het gebruik van bestaande geneesmiddelen. Daarnaast zorgt het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket en een verschuiving in het geneesmiddelengebruik naar nieuwere, doorgaans duurere geneesmiddelen, voor hogere farmaciekosten.

De kostenstijging wordt geremd door een aantal (beleids)maatregelen.

### Eigen beleid van verzekeraars, waaronder preferentiebeleid en pakjesmodellen

Veel verzekeraars hebben in de afgelopen jaren eigen inkoopbeleid ontwikkeld om de geneesmiddelenkosten te beheersen of te beperken. Veel verzekeraars hanteren een vorm van preferentiebeleid. Een aantal verzekeraars vergoedt een vaste prijs per verpakking ongeacht het geneesmiddel ('pakjesmodel'). Het beleid van zorgverzekeraars is zeer succesvol om de kosten van patentloze geneesmiddelen te reduceren. VWS verwacht van het inkoopbeleid van verzekeraars in 2011 een extra besparing van 30 miljoen euro. Het voorlopige regeerakkoord van VVD en CDA stelt dat het preferentiebeleid voortgezet dient te worden om de geneesmiddelenprijzen onder controle te houden.

### Actualisatie van maximumprijzen in de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP)

Tweemaal per jaar worden de maximumprijzen in de WGP bijgesteld, op basis van prijzen in de omliggende landen. Dit leidt nog steeds tot verlaging van prijzen, vooral bij (dure) merkgeneesmiddelen.

Daarnaast zullen de injecteerbare geneesmiddelen (injectables) onder de WGP gebracht worden, waardoor er ook aan deze middelen een maximumprijs gekoppeld wordt. Dit zal naar verwachting ook tot een besparing leiden.

### Uit patent lopen van geneesmiddelen in 2011

Wanneer het patent van geneesmiddelen afloopt, kunnen er merkloze geneesmiddelen op de markt komen met dezelfde werkzame stof, maar met lagere prijzen. Hierdoor kunnen behoorlijke besparingen gerealiseerd worden, zeker in combinatie met preferentiebeleid. Ook in 2011 zal een aantal producten uit patent gaan. Opvallend is dat veel producten een patentverlenging krijgen op grond van het registreren van een kinderdosering. Hierdoor wordt de patentperiode met ongeveer zes maanden verlengd.

### Het niet vergoeden van de anticonceptiepil voor vrouwen boven de 21 jaar.

Het demissionaire kabinet heeft besloten om de vergoeding van de anticonceptiepil voor vrouwen vanaf 21 jaar per 1 januari 2011 uit het verzekerde pakket te halen, zoals door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is geadviseerd in haar pakketadvies 2011.

In 2009 werd er door 1,3 miljoen vrouwen boven de 21 ongeveer 43 miljoen euro aan anticonceptiepillen afgenomen. VWS verwacht een besparing in 2011 van 32 miljoen euro.

Gegevens 2009	Tot en met 21 jaar	22 jaar en ouder	Totaal
Totale kosten (euro)	15.000	43.000	58.000
Aantal gebruikers	450	1.290	1.740
Aantal declaraties	940	2.570	3.510

Tabel 4: kosten en gebruik van de anticonceptiepil in 2009 in duizenden (bron: Vektis).

### Beperking vergoeding antidepressiva

Antidepressiva worden vanaf 1 januari 2011 alleen nog vergoed bij behandelingen waar sprake is van zware depressie en waarbij is aangetoond dat de behandelmethode effectief kan zijn. VWS verwacht een reductie van farmaceutische kosten van 20 miljoen euro. Hier voor is VWS van plan deze middelen op een lijst met middelen te zetten die alleen onder bepaalde voorwaarden vergoed worden (bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering).

### Overheveling TNF-alfaremmers naar ziekenhuisbudget (onder voorbehoud)

In de Tweede Kamer is een motie ingediend, die ervoor pleit dat de TNF-alfaremmers (middelen tegen reuma) per 1 juli 2011 vanuit het farmaciebudget worden overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. Voor de bekostiging zal dan waarschijnlijk de beleidsregel dure geneesmiddelen gaan gelden. Tegelijk boekt VWS een bezuiniging in van 25 miljoen euro. Ziekenhuisapothekers worden geacht door het maken van afspraken met de specialisten deze middelen doelmatiger in te kopen dan in het huidige systeem.

Ook andere specialistische geneesmiddelen kunnen na 2011 ondergebracht worden in het ziekenhuisbudget, bijvoorbeeld orale middelen tegen kanker, groeihormonen, epoëtines en vruchtbaarheidshormonen.

### Receptregelvergoeding en clawback

Op dit moment is nog niet bekend wat de receptregelvergoeding voor apothekers zal worden in 2011. Apotheekhoudenden krijgen deze vergoeding om hun praktijkkosten te dekken. In 2010 is de receptregelvergoeding met ongeveer 9% gestegen ten opzichte van 2009. Bovendien is er meer ruimte gekomen om een extra vergoeding af te spreken tussen apotheekhoudende en zorgverzekeraars in de vorm van een zogenaamd max-maxtarief. Uit NZa-onderzoek naar de inkoopvoordelen en kosten van apotheken is gebleken dat de financiële positie van apotheekhoudenden ook in 2009 nog redelijk goed is geweest. Naar verwachting zal daarom de receptregelvergoeding in 2011 lager worden dan in 2010. Naar verwachting zal er ook in 2011 weer een clawback zijn. De verhoogde clawback in 2009 en 2010 heeft minder opgeleverd dan verwacht. Mogelijk dat daarmee bij de vaststelling van het clawbackpercentage voor 2011 nog rekening wordt gehouden door de Nza. Definitieve tarieven worden begin november door de Nza bekendgemaakt.

### **Doelmatig voorschrijven**

VWS wil zowel bij huisartsen als bij medisch specialisten doelmatig voorschrijven bevorderen. Verwacht wordt dat de inspanningen van huisartsen in 2011 leiden tot een doelmatigheidswinst van 110 miljoen euro. Er zijn ook indicatoren die het voorschrijfgedrag van huisartsen en medisch specialisten (gaan) volgen. Zie ook Voorschrijfindicatoren in de paragraaf Farmaceutische hulp en kwaliteit

## **Uitgesteld/toekomstig beleid**

### **Geen herberekening geneesmiddelenvergoedingssysteem**

Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) dat de maximale vergoeding bepaalt, is al sinds 1998 niet meer herberekend. Er heeft in 2010 geen herberekening van het GVS plaatsgevonden. In het conceptregeerakkoord van VVD en CDA staat dat het huidige berekeningsmodel voor geneesmiddelenprijzen onvoldoende functioneert. Daarom willen VVD en CDA een heldere keuze maken: of het GVS wordt jaarlijks herberekend of er komt een nieuw systeem waarmee geneesmiddelenvergoedingen worden vastgesteld.

### **Prestatiebekostiging en vrije tarieven**

Door de val van het kabinet is de invoering van prestatiebekostiging met vrije tarieven uitgesteld van 2011 naar 2012. In 2010 zijn onder regie van de NZa declarabele prestaties ontwikkeld. Een aantal prestaties blijven voorbehouden aan apothekers en apotheekhoudende huisartsen, andere prestaties kunnen eventueel ook door andere zorgverleners geleverd worden. In 2011 vindt een pilot plaats om te toetsen of de prestaties voldoende duidelijk zijn geformuleerd om de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en apothekers mogelijk te maken.

### **Integrale bekostiging van farmaceutische zorg**

De voorgenomen uitbreiding van integrale bekostiging bij chronische ketenzorg met nieuwe aandoeningen en opname van farmaceutische en hulpmiddelenzorg is door de Tweede Kamer controversieel verklaard. VWS zal in 2010 verder onderzoeken en bezien of en op welke wijze farmaceutische zorg en onderdelen van hulpmiddelenzorg deel uit kunnen gaan maken van de integrale bekostiging bij de relevante zorgketens. Dit zal op zijn vroegst per 2012 worden ingevoerd.

## **Farmaceutische hulp en kwaliteit**

In de zorg wordt steeds meer gebruikgemaakt van kwaliteitsindicatoren om de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk te maken. Een deel van de indicatoren is bedoeld voor consumenten, een ander deel is minder geschikt voor consumenten, maar kan worden ingezet bij inkooponderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Binnen de farmacie zijn de volgende ontwikkelingen gaande.

### **Prestatie-indicatoren farmacie 2010–2011**

De kwaliteitsindicatorenset die binnen Zichtbare Zorg Farmacie is ontwikkeld, nadert zijn afronding. In het najaar zal de definitieve indicatorenset worden vastgesteld, waarna deze wordt geïmplementeerd. Nog niet duidelijk is wie de indicatoren zal uitvragen.

### **Voorschrijfindicatoren**

Al enige jaren worden huisartsen gemonitord op hoe zij een aantal geneesmiddelen voorschrijven. Er zijn hiervoor voorschrijfindicatoren ontwikkeld op basis van richtlijnen van de huisartsen zelf (Nederlands Huisartsen Genootschap)<sup>5</sup>. In 2010 is Vektis met het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) gestart met het ontwikkelen van een monitor voorschrijfgedrag, gebaseerd op een geactualiseerde set voorschrijfindicatoren, die toegankelijk wordt voor zorgverzekeraars, huisartsen en apothekers. Deze zal in de loop van 2011 gereed zijn.

IVM is in 2010 gestart met het ontwerpen en testen van een set voorschrijfindicatoren voor medisch specialisten, aangezien medisch specialisten door hun voorschrijfgedrag een grote impact hebben op het extramurale geneesmiddelengebruik en de kosten daarvan.

### **Klantervaringsgegevens**

Voor de kwaliteitsbeoordeling van apotheken wordt daarnaast gebruikgemaakt van twee patiëntenervaringsprogramma's: Apotheken door Cliënten Bekeken (ACB) en de CQ-index.

### **Rapportage van kwaliteitsindicatoren**

Vektis zal in de loop van 2011 ook op farmaciegebied kosten- en volume-informatie combineren met kwaliteitsinformatie via het informatieportaal Zorgprisma. Daardoor kunnen zorgverzekeraars beter inzicht krijgen in de geleverde prestaties van zorgverleners op het gebied van de farmaceutische zorg.

<sup>5</sup> Er zijn verschillende indicatorensets ontwikkeld, onder andere door IVM en door ProscripUM (Universiteit Maastricht). Ook zijn er verzekeraars die eigen indicatoren meten.

## Ontwikkelingen in de huisartsenzorg en ketenzorg

In 2010 zijn een aantal aanpassingen binnen de huisartsenzorg doorgevoerd zoals het vervallen van de herhaalrecepten en de introductie van de keten-DBC. Maatregelen die er mede op gericht waren om de groei van de kosten huisartsenzorg te beperken. In de praktijk blijken de kosten te stijgen als gevolg van tariefsverhogingen en een hoger zorggebruik.

### Terugblik kosten huisartsenzorg 2008-2010

Van 2009 op 2010 nemen de totale kosten voor huisartsenzorg toe met 6%. Ketenzorg is hierin niet meegenomen, omdat deze kosten voor de Zvw niet vallen binnen de kosten voor huisartsenzorg. In de paragraaf Kosten ketenzorg 2010 wordt een beeld geschetst van de kostenontwikkeling ketenzorg.

De groei van de kosten wordt vooral veroorzaakt door de verhoging van de tarieven. In 2010 is een verhoging doorgevoerd van de inschrijftarieven, de populatiegebonden vergoedingen, de vergoeding voor praktijkondersteuning (POH) en de tarieven voor de avond, nacht- en weekenddiensten (ANW) – zowel binnen als buiten een Huisartsen Diensten Structuur (HDS).

De kosten voor consulten nemen af in 2010. Dit komt doordat herhalingsrecepten niet meer gedeclareerd mogen worden. Herhalingsrecepten waren in 2009 nog goed voor bijna een kwart van de totale kosten voor consulten. Als de herhalingsrecepten buiten beschouwing worden gelaten, nemen de kosten voor consulten juist toe in 2010. Zo worden met name meer telefonische consulten, lange consulten en lange visites gedeclareerd. De verwachte procentuele toename van de kosten staat weergegeven in tabel 6.

De kosten voor verrichtingen in het kader van Modernisering en Innovatie (M&I) nemen opnieuw toe in 2010. Over de hele linie wordt meer gedeclareerd op deze verrichtingen. De kosten voor de begeleiding van diabetespatiënten nemen daarentegen af, omdat deze kosten nu onder ketenzorg vallen.

Omschrijving	2008	2009	2010
Inschrijftarieven	822	824	896
Populatiegebonden vergoeding	29	26	88
Praktijkondersteuning (POH)	75	78	109
Digitaal kwartje	4	-	-
Consulten	710	734	628
Consulten POH	39	41	40
Passantentarieven	9	8	8
ANW-tarieven HDS	208	232	275
ANW-tarieven niet-HDS	5	5	6
Verrichtingen M&I	135	147	172
<b>Totaal</b>	<b>2.037</b>	<b>2.095</b>	<b>2.222</b>

Tabel 5: overzicht kostenontwikkeling huisartsenzorg van 2008 tot en met 2010 in miljoenen euro's<sup>6</sup> (bron: Vektis, 2010).

<sup>6</sup> De cijfers kunnen afwijken van de inschatting in de Vooruitblik 2010, omdat inmiddels meer declaraties opgenomen zijn in het Eerstelijns Informatie Systeem (ELIS). Op dit moment staan in ELIS declaraties van ongeveer 6,3 miljoen verzekerden geregistreerd. De prognose voor 2010 is gebaseerd op de declaratiegegevens over het eerste halfjaar van 2010.

Soorten consulten	Toename kosten 2009-2010
Consult < 20 minuten	5%
Consult > 20 minuten	23%
Visite < 20 minuten	2%
Visite > 20 minuten	29%
Telefonisch consult	40%
Herhalingsrecept	-

Tabel 6: verwachte procentuele toename van 2009 op 2010 in de kosten van verschillende soorten consulten bij de huisarts (bron: Vektis, 2010).

### Kosten ketenzorg 2010

In 2010 is een begin gemaakt met de invoering van de keten-DBC via integrale bekostiging. Bij ketenzorg sluiten zorgverzekeraars een contract af met groepen zorgaanbieders voor de zorgverlening aan een bepaalde groep patiënten. Aan het begin van 2010 is de keten-DBC ingevoerd voor diabetes type 2 en cardiovasculair risico (CVR). Halverwege 2010 is hier COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease – een chronische longziekte) aan toegevoegd. Op basis van de opgegeven schade door de zorgverzekeraars is de prognose dat in het eerste halfjaar van 2010 in totaal 62 miljoen euro gedeclareerd wordt op de integrale bekostiging van diabetes. De gegevens zijn niet toereikend om al iets te kunnen zeggen over de kosten van de integrale bekostiging voor CVR.

### Kostenraming huisartsenzorg 2011

Naar verwachting zullen de huisartsenkosten in 2011 met ruim 10% toenemen. Deze verwachting is enerzijds gebaseerd op de toename in zorggebruik die in voorgaande jaren ook gesignaleerd is en anderzijds op afspraken met betrekking tot de tariefstructuur van de huisartsen. Het gaat onder meer om een eenmalige verhoging van het inschrijftarief (totale kosten 60 miljoen euro) en de verhoging van het uurtarief van waarnemers in de avond-, nacht en weekenddiensten (van € 65,- naar € 80,-). Over de wijzigingen in de tariefstructuur van de huisartsen moet nog een definitief besluit worden genomen.

In het beleid van de regering wordt ingezet op versterking van de eerste lijn: meer taken moeten worden uitgevoerd in de eerste lijn in plaats van in de tweede lijn en patiënten die zich melden op de spoedeisendehulpafdelingen van de ziekenhuizen, worden indien mogelijk behandeld door een huisarts. Ook zal de ketenzorg in de komende jaren verder worden uitgebreid. In de begroting van VWS is voor 2011 een post van 237 miljoen euro opgenomen voor het organiseren van de zorg en de behandeling van mensen met een chronische ziekte. De ketenzorg zal niet ten laste komen van het eigen risico.

## Ontwikkelingen op het gebied van hulpmiddelen

De trend dat de kosten en het gebruik van hulpmiddelen toeneemt wordt ook in 2010 en 2011 voortgezet. Voor beide jaren wordt een toename in kosten van rond de 5% verwacht. Binnen de toename in het gebruik van hulpmiddelen vormt de vergrijzing een belangrijke factor. Voor de toekomst staan wat ontwikkelingen op stapel. Voor de korte termijn geldt dat er een aantal hulpmiddelen uit het basispakket zullen verdwijnen. Op langere termijn zal er binnen de hulpmiddelenzorg over worden gegaan op de Cliq-codering.

### Kosten hulpmiddelen

Een groot deel van de Nederlanders maakt gebruik van één of meer hulpmiddelen. Uit de cijfers blijkt dat 47% van deze groep boven de 65 jaar is. De gemiddelde leeftijd van de hulpmiddelgebruiker is ongeveer 60 jaar. In totaal gaat het om bijna 18 miljoen declaraties in 2009. De totale kosten van de hulpmiddelen namen in 2010 met 5,4% toe en de verwachting is dat de kosten in 2011 met ongeveer 4,5% toenemen. De kosten zullen aan de ene kant toenemen door de volumegroei en aan de andere kant zullen de kosten enigszins afnemen door de pakketmaatregelen.

	2009	2010	2011
Kosten hulpmiddelen	1.335	1.408	1.471

Tabel 7: kostenontwikkeling hulpmiddelen 2009-2011 in miljoenen euro's (bron: ZN).

In 2009 is er voor ruim 1,3 miljard euro aan hulpmiddelen vergoed. Het palet aan hulpmiddelen is heel breed: van een steunkous tot aan een blindengeleidehond. De grootste groep hulpmiddelen qua kosten zijn de verzorgingshulpmiddelen (zoals incontinentiemateriaal, verbandmiddelen), de orthesen en schoenvoorzieningen en de diabeteshulpmiddelen (zoals teststrips, injectienaalden). Opvallend is dat 8% van de Nederlanders in 2009 een hulpmiddel binnen de verzorgingsmiddelen vergoed heeft gekregen.

Omschrijving hulpmiddel	Kosten	Aantal declaraties	Aantal gebruikers
Verzorgingsmiddelen	€ 506.298	10.894	1.399
Orthesen en schoenvoorzieningen	€ 173.431	250	187
Auditieve hulpmiddelen	€ 138.023	531	179
Visuele hulpmiddelen	€ 15.564	36	20
Diabeteshulpmiddelen	€ 159.601	1.678	260
Inrichtingselementen van woningen	€ 51.231	219	50
Transportondersteuners van bloed en lymfe	€ 55.363	541	297
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	€ 45.454	916	115
Prothesen	€ 46.989	85	59
Hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering	€ 30.090	542	67
Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen	€ 21.058	161	84
Reparatie en aanpassing hulpmiddelen	€ 5.860	90	22
Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	€ 14.549	94	13
Hulpmiddelen in verband met behandeling	€ 45.553	1.354	282
Geleidehonden	€ 5.405	7	1
Hulpmiddelen ten behoeve van arm-hand-vingerfunctie	€ 2.634	0,2	0,1
Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden	€ 0	0	0
Hulpmiddelen voor thuisdialyse	€ 258	2	0,3
Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden	€ 236	8	7
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	€ 16.854	107	41
<b>Totaal</b>	<b>€ 1.334.451</b>	<b>17.516</b>	

Tabel 8: kosten, aantal declaraties en aantal gebruikers hulpmiddelen vanuit de basisverzekering in 2009 (kosten en aantallen maal 1.000). Bij het aantal gebruikers kunnen personen vaker voorkomen (bron: Vektis).

## Ontwikkelingen

Er zijn verschillende ontwikkelingen te verwachten binnen de hulpmiddelenzorg. Ten eerste worden een aantal hulpmiddelen vanaf 1 januari 2011 niet meer vergoed onder de basisverzekering. Verder wordt Cliq (classificatie implementeert kwaliteit) steeds meer ontwikkeld en zal vanaf 1 januari 2012 daadwerkelijk gebruikt gaan worden.

### Basispakket

Vanaf 1 januari 2011 komen een aantal hulpmiddelen niet langer ten laste van de zorgverzekering. Dit geldt voor alle voorbehoedsmiddelen voor vrouwen van 21 jaar en ouder. Naast de anticonceptiepillen vallen hieronder ook een aantal hulpmiddelen. Dit zijn de pessaria en de koperhoudende spiralen. In 2009 is er naar schatting voor ruim 200.000 euro aan deze hulpmiddelen vergoed. Verder verdwijnen eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (rolator, krukken, loophulpmiddelen met drie of vier poten, looprekken en serveerwagens) ook uit het basispakket. Voor de (meeste) van deze hulpmiddelen geldt dat dit algemeen gebruikelijk is. De hulpmiddelen zijn breed verkrijgbaar en horen min of meer bij het dagelijks leven in een bepaalde levensfase, net zoals de leesbril. Dit geldt niet voor blindenstokken en

loopwagens. Deze blijven in het basispakket. In 2009 is er naar schatting voor 21 miljoen euro aan de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen vergoed. In totaal waren er in 2009 naar schatting ruim 80.000 personen met een declaratie voor één van deze hulpmiddelen. Het CVZ adviseert de indicatiecriteria voor hoortoestellen aan te passen, zodat ook eenzijdig slechthorenden voor vergoeding van een hoortoestel in aanmerking komen. Verder adviseert het CVZ om de huidige maximumvergoedingen voor deze hulpmiddelen te laten vervallen, waardoor meer marktwerking kan ontstaan.

### **Cliq**

De systematiek op basis waarvan aanspraak op hulpmiddelen gedaan kan worden zal van productaanbod naar functiebeperking gaan. In de Regeling Zorgverzekering worden een aantal hulpmiddelen al niet langer limitatief opgesomd, maar functiegericht omschreven. De bedoeling is dat dit voor alle hulpmiddelen gaat gelden. Vanaf 2011 worden hulpmiddelen die gerelateerd zijn aan stoornissen in de gehoorfunctie, aan stoornissen in de functies van urinelozing en defecatie, aan stoornissen in het hematologisch systeem en aan stoornissen in de bloedsuikerspiegel ook op deze manier omschreven. Om dit mogelijk te maken is de Cliq-codering ingevoerd.

Op dit moment wordt binnen de hulpmiddelenzorg gebruikgemaakt van verschillende coderingen. Een goed classificatiesysteem ondersteunt het keuzeproces om een geïndiceerd probleem op te lossen met een hulpmiddel. Om die reden is de afgelopen jaren de Cliq-classificatie ontworpen. Cliq is een uitbreiding op de internationale classificatie voor hulpmiddelen (ISO 9999), en voegt hieraan één of meerdere niveaus toe om het beoogd gebruik van het hulpmiddel te omschrijven. Vanaf 1 januari 2012 gaat de Cliq-classificatie gelden. Binnen deze classificatie wordt de individuele zorgvraag centraal gesteld. Cliq is inmiddels gereed om te worden geïmplementeerd. Op dit moment streven partijen (onder andere het ministerie van VWS, ZN, CVZ, patiëntenorganisaties, organisaties van behandelaars, brancheorganisaties en Nictiz) ernaar om alle hulpmiddelen te labelen met een Cliq-code. Dit kan niet in één keer, maar is een groeimodel. Het beheer van de Cliq-codering komt bij Vektis te liggen.

## Premie 2011

Op basis van de door VWS geraamde nominale premie zijn de premiebetalende verzekerden volgend jaar ruim € 100,- meer kwijt voor hun zorgverzekering. Dat is aanzienlijk meer dan in 2010, toen gemiddeld 20 euro meer betaald moest worden dan in het voorgaande jaar. VWS raamt de nominale premie in 2011 op plusminus € 1.211,- per jaar. Daarnaast stijgt de door de werkgever ingehouden inkomensafhankelijke bijdrage met 10%, van 7,05% naar 7,75%.

### Begroting Zorgverzekeringswet 2011

Voor 2011 raamt VWS de totale middelen die beschikbaar zijn voor de financiering van de uitvoering van de Zvw op plusminus 39,5 miljard euro. Dit betekent een stijging ten opzichte van 2010 met ongeveer 11%. Het bedrag is als volgt opgebouwd:

	2010	2011
Inkomensafhankelijke bijdrage	17,7	19,8
Nominale premie	14,4	15,9
Rijksbijdrage kinderen	2,1	2,3
Eigen betalingen	1,5	1,6
Overige baten Zorgverzekeringsfonds	-0,1	-0,1
<b>Totaal</b>	<b>35,6</b>	<b>39,5</b>

Tabel 9: inkomsten Zvw 2011 in miljarden euro's (bron: Memorie van toelichting begroting VWS 2011).

### Nominale premie

In tabel 9 is een behoorlijke stijging te zien bij de opbrengst van de nominale premie. De nominale premie is het geraamde bedrag dat alle zorgverzekerden gezamenlijk opbrengen. De nominale rekenpremie zoals vastgesteld door VWS stijgt van € 983,- in 2010 naar € 1.088,- in 2011. De verzekeraars dienen echter ook hun beheerskosten en exploitatiesaldi te dekken. Dit kunnen zij alleen door een opslag te leggen op de nominale rekenpremie: de opslagpremie. De door VWS geraamde nominale opslagpremie ligt met € 123,- vrijwel op het niveau van 2010. Inclusief de opslagpremie komt uiteindelijk de nominale premie volgens VWS uit op € 1.107,- in 2010 respectievelijk € 1.211,- in 2011.

	2010	2011
Nominale rekenpremie VWS	983	1.088
Nominale opslagpremie	124	123
<b>Nominale premie</b>	<b>1.107</b>	<b>1.211</b>
Inschatting eigen betalingen	111	114
<b>Gemiddelde uitgave per verzekerde</b>	<b>1.218</b>	<b>1.325</b>

Tabel 10: opbouw premie in euro per jaar (bron: Memorie van toelichting begroting VWS 2011).

Er zijn een tweetal hoofdoorzaken op grond waarvan de geraamde nominale premie substantieel is verhoogd. In de eerste plaats speelt hier de gewenste substantiële verbetering van het Zorgverzekeringsaldo in 2011, nadat 2009 en 2010 met een negatief saldo zijn

afgesloten. Ten tweede is gebleken dat de reeds eerder geraamde zorguitgaven over 2010 hoger uitvallen. Dit dient te worden opgevangen in 2011, om een nieuw tekort in het Zorgverzekeringsfonds te voorkomen. Daarnaast dient ook rekening te worden gehouden met een autonome stijging van de zorgkosten in 2011 ten opzichte van 2010.

Dit alles leidt ertoe dat er door VWS wordt geraamd dat de nominale premie stijgt van gemiddeld € 1.107,- in 2010 naar gemiddeld € 1.211,- in 2011. De nominale premie wordt overigens vastgesteld door de verzekeraars en het gemiddelde kan dus anders uitkomen dan de door VWS geraamde bedragen. De zorgverzekeraars houden bij de vaststelling van de uiteindelijke premie rekening met allerlei aanvullende zaken: naast de verwachte zorgkosten speelt onder meer ook de eigen vermogenspositie een rol. Daarnaast is de premiehoogte mede afhankelijk van de commerciële strategie.

### Inkomensafhankelijke bijdrage

Zoals in tabel 9 is te zien doet de grootste stijging ten opzichte van 2010 zich voor bij de inkomensafhankelijke bijdrage, die door de werkgever wordt ingehouden en wordt afgedragen aan de Belastingdienst. De inhouding is gebaseerd op een percentage van het (gemaximeerd) brutoloon. De genoemde stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door de verhoging van dit premiepercentage in 2011.

De jaren 2009 en 2010 resulteerden in een geraamd tekort van in totaal circa 2,5 miljard euro binnen het Zorgverzekeringsfonds. Dit is het fonds waaruit de bijdragen voor de risicoverevening aan de zorgverzekeraars worden betaald. Uit het fonds worden ook de premies voor kinderen onder de 18 betaald. Dit tekort wordt in 2011 weggewerkt door de premies hoger vast te stellen dan louter ter dekking van de uitgaven. Het premiepercentage gaat van 7,05% naar 7,75%, wat een stijging van 10% ten opzichte van 2010 betekent. Uiteindelijk moet dit ertoe leiden dat het Zorgverzekeringsfonds over de jaren 2009, 2010 en 2011 op een neutraal resultaat uitkomt.

	2009	2010	2011
<b>Uitgaven</b>			
Uitkering aan verzekeraars voor zorg	19.279	19.220	18.322
Uitkering voor beheerskosten kinderen	173	173	174
Rechtstreekse uitgaven Zorgverzekeringsfonds	848	864	896
	20.300	20.257	19.391
<b>Inkomsten</b>			
Inkomensafhankelijke bijdrage	16.621	17.656	19.793
Rijksbijdrage kinderen	2.081	2.133	2.319
Bijdrage verzekerden met meerjarig hoge kosten	-92	-100	-106
Overige baten	-80	-156	-130
	18.530	19.532	21.876
<b>Exploitatiesaldo Zorgverzekeringsfonds</b>	<b>-1.770</b>	<b>-725</b>	<b>2.485</b>

Tabel 11: exploitatiesaldo Zorgverzekeringsfonds 2009-2011 in miljoenen euro's (bron: Memorie van toelichting begroting VWS 2011).

### Rijksbijdrage kinderen

Zorgverzekerden vanaf 18 jaar zijn de inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premie verschuldigd. Verzekerden jonger dan 18 (gemakshalve samengevat als 'kinderen') betalen geen Zvw-premie. De post rijksbijdrage kinderen voorziet in de financiering vanuit de rijksoverheid van deze groep verzekerden. Ten opzichte van 2010 is ook hier de stijging grofweg 10%.

### Eigen risico

Het verplichte eigen risico per jaar wordt in 2011 alleen aangepast op basis van de jaarlijkse indexatie. Het gaat van € 165,- naar € 170,-. Daardoor laat de post 'Eigen betalingen' in tabel 9 maar een kleine stijging qua macro-opbrengst zien. Wel zijn er najaar 2010 geluiden dat in de nabije toekomst het eigen risico mogelijk naar meer dan € 200,- per jaar verhoogd wordt. Maar dat is een beslissing die het nieuwe kabinet in de loop van 2011 moet nemen. Waren verzekerden in 2010 gemiddeld € 111,- kwijt aan eigen betalingen onder het eigen risico, door de indexering van de hoogte van het eigen risico wordt dit naar schatting € 114,- in 2011.

## Risicoverevening zorgverzekeraars 2011

De risicoverevening dient de zorgverzekeraars te compenseren voor verschillen in risico-profiel, zodat er een gelijk speelveld bestaat tussen de verschillende verzekeraars. Voor 2011 staan er geen grote veranderingen in de planning. Wel wordt er ook in 2011 gewerkt aan een verdere verbetering van het vereveningsmodel voor de somatische zorg door middel van aanvullend onderzoek op het gebied van de hogerisicoverevening en hulpmiddelenkostengroepen. Daarnaast wordt onderzoek gedaan naar de mogelijke gevolgen van de toekomstige invoering van zorgproducten binnen de ziekenhuiszorg. Het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ dient nog substantieel verbeterd te worden.

### Risicovereveningsmodel 2011

In de risicoverevening 2011 wordt gewerkt met een vijftal macrodeelbedragen. Daarnaast vindt er binnen de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (kortweg GGZ) nog een splitsing plaats in een tweetal deelbedragen, waardoor feitelijk uitgegaan wordt van een zestal deelbedragen:

1. kosten van B-DBC's;
2. variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp;
3. vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
4. kosten van overige prestaties;
5. kosten van GGZ voor verzekerden jonger dan 18 jaar;
6. kosten van GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

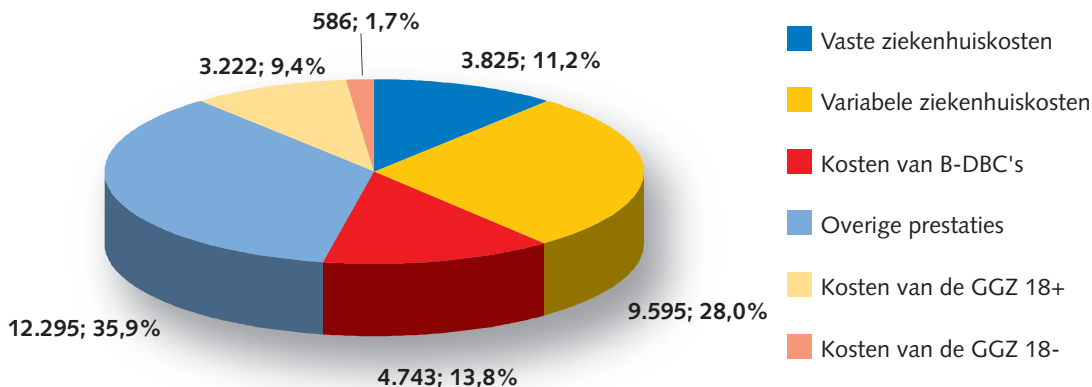
De macrodeelbedragen worden via de ex-ante risicoverevening verdeeld over de individuele zorgverzekeraars. Deze verdeling geschiedt via de vereveningsbijdrage gebaseerd op de verzekerdenkenmerken van de verzekerdenportefeuille. De vereveningsbijdrage aan een individuele zorgverzekeraar bestaat uit de som van de zes toegekende deelbedragen minus de inkomsten uit de rekenpremie en de geraamde opbrengst normatief eigen risico. Via het laatste bedrag wordt rekening gehouden met het deel van de kosten dat de verzekerden zelf betalen middels het verplichte eigen risico. In tabel 12 wordt weergegeven hoe op deze wijze tot de beschikbare middelen wordt gekomen.

	2011
Deelbedrag ziekenhuisverpleging en specialistische hulp	18.163
Deelbedrag overige prestaties	12.295
Deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3.808
<b>Macroprestatiebedrag</b>	<b>34.266</b>
Opbrengst nominale rekenpremie	14.294
Geraamde opbrengst normatief eigen risico	1.650
<b>Beschikbare middelen</b>	<b>18.322</b>

Tabel 12: van macroprestatiebedrag naar beschikbare middelen in miljoenen euro's (bron: VWS).

Feitelijk vormen de beschikbare middelen het macrobedrag dat via de risicoverevening vanuit het Zorgverzekeringsfonds wordt verdeeld over de zorgverzekeraars.

Het totale macroprestatiebedrag van ongeveer 34,3 miljard euro is als volgt verdeeld over de genoemde deelbedragen.



Figuur 8: verdeling deelbudgetten binnen de risicoverevening over het jaar 2011, in miljoenen euro's en procentueel aandeel (bron: VWS).

### Toevoeging nieuwe criteria aan het model

Het ex-ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg is in de afgelopen jaren voortdurend doorontwikkeld. Het model is anno 2010 echter nog niet uitontwikkeld. Er staan in de komende jaren nog enkele aanpassingen in de planning die het model nog verder verbeteren. Door toevoeging van de vereveningscriteria Hoge Risico Verevening (HRV) of Meerjarig Hoge Kosten (MHK) en Hulpmiddelen Kosten Groepen (HKG's), zijn waarschijnlijk nog verbeteringen in het model te realiseren. Het onderzoek rond de mogelijke invoering van HRV/MHK als vereveningscriterium is opgenomen in het onderzoeksprogramma 2010/2011. Indien blijkt dat HRV/MHK van meerwaarde is voor het model, dan wordt dit aan het vereveningsmodel 2012 toegevoegd.

Ook start in 2011 een onderzoek naar de opname van het vereveningscriterium HKG's binnen de risicoverevening. In eerste instantie wordt in dit kader in 2011 onderzocht of de registratie van hulpmiddelen voldoende is voor de operationalisering van een dergelijk vereveningscriterium. Zodoende is een eventuele daadwerkelijke toevoeging van dit criterium pas na modeljaar 2012 te verwachten.

### Pakketmaatregelen 2011

Voor 2011 zijn er diverse pakketmaatregelen aangekondigd. Wijzigingen in het verzekerde basispakket die gevolgen kunnen hebben voor de financiering en dus voor de risicoverevening. Het is van belang dat er bij de vaststelling van de normbedragen 2011 rekening is gehouden met deze maatregelen. De kostengegevens uit 2008, waarop het onderzoek voor 2011 gebaseerd is, zijn representatief gemaakt voor het jaar 2011. Hieronder de belangrijkste wijzigingen:

- Farmacie: de kosten van anticonceptie voor verzekerden vanaf 21 jaar vallen vanaf 2011 niet meer onder het Zvw-pakket;
- Mondzorg: de kosten van mondzorg van 18 tot 21-jarigen vallen vanaf 2011 niet meer onder het pakket. In 2008 werden deze kosten toegevoegd aan het pakket, een maatregel die nu dus wordt teruggedraaid.

- Fysiotherapie: niet de eerste negen maar de eerste twaalf behandelingen zijn voor eigen rekening in 2011;
- Hulpmiddelen: eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, zoals rollators, vallen in 2011 niet meer onder het pakket.

Overigens is het mogelijk dat door het nieuwe kabinet aanvullende pakketmaatregelen worden genomen of dat bepaalde maatregelen niet doorgaan.

### **Gevolgen van DOT**

Met ingang van 2012 worden waarschijnlijk de ziekenhuisdeclaraties op zorgproducten gebaseerd. In het kader van het traject 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT) worden de bestaande circa 30.000 DBC's vervangen door plusminus 3.000 zorgproducten. Als gevolg hiervan kunnen de kostenpatronen door eventuele schadelastverschuivingen wijzigen. Daarom is onderzoek naar mogelijke schadelastverschuivingen door de invoering van DOT opgenomen in het komende onderzoeksprogramma.

### **Verdeelmodel GGZ**

Het is inmiddels al weer bijna drie jaar geleden dat de kortdurende geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) werd overgeheveld van volksverzekering AWBZ naar de Zorgverzekeringswet.

Ook in 2011 heeft het vereveningsmodel voor de curatieve GGZ uitsluitend betrekking op verzekerden van 18 jaar en ouder. Evenals in voorgaande jaren geldt dat de kwaliteit van de beschikbare gegevens over de jeugd-GGZ onvoldoende is voor het invullen van een gedegen verdeelmodel. Ook in 2011 lopen de zorgverzekeraars daarom geen risico voor de jeugd-GGZ en wordt er volledig nagecalculeerd.

Het vereveningsmodel GGZ kent vergelijkbare verdeelkenmerken als het model voor de curatieve zorg, maar heeft, mede door de zeer scheve verdeling van kosten, een beperkte voorspelkracht.

### **Ex-post compensatiemechanismen 2011**

Het verdeelmodel kent op enkele punten zijn beperkingen. Daarom zijn er ook in 2011 vier ex-post correctiemechanismen in werking binnen de Zorgverzekeringswet: macronaïcalculatie, hogekostenverevening, nacalculatie en bandbreedteregeling. Deze mechanismen zorgen ervoor dat kosten en budget beter op elkaar aansluiten, vooral met betrekking tot onvoorspelbaar hoge kosten. Er treden in 2011 geen wijzigingen op in deze compensatiemechanismen.

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Ziekenhuis vast</b>					
Nacalculatie	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Ziekenhuis variabel</b>					
Verevening	30%	-	-	-	-
Nacalculatie	35%	50%	40%	30%	30%
<b>Kosten B-DBC's</b>					
Nacalculatie			15%	-	-
<b>Overige prestaties</b>					
Verevening	-	-	-	-	-
<b>Bandbreedteregeling</b>					
Bandbreedte	± € 17,50	± € 20,00	± € 22,50	± € 22,50	± € 22,50
Nacalculatie	90%	90%	90%	90%	90%
Van toepassing op	variabel	variabel	variabel + B-DBC's	variabel + B-DBC's	variabel + B-DBC's
<b>HKV</b>					
Drempel	€ 12.500,-	€ 20.000,-	€ 20.000,-	€ 22.500,-	€ 22.500,-
Verevening	90%	90%	90%	90%	90%

Tabel 13: overzicht compensatiemechanismen somatische zorg binnen de risicoverevening 2007-2011 (bron: Vektis).

Voor de geneeskundige GGZ is een afzonderlijke systematiek van toepassing. Dit wordt in belangrijke mate veroorzaakt doordat deze kosten pas sinds 2008 onder de Zvw vallen, en er dus nog het nodige te ontwikkelen valt aan het ex-ante vereveningsmodel.

	2008	2009	2010	2011
<b>GGZ (18-)</b>				
Nacalculatie	100%	100%	100%	100%
<b>GGZ (18+)</b>				
Nacalculatie	100%	100%		
<b>Bandbreedteregeling</b>				
Bandbreedte			± € 7,50	± € 7,50
Nacalculatie			100%	100%
<b>HKV</b>				
Drempel			€ 10.000,-	€ 10.000,-
Verevening			100%	100%

Tabel 14: overzicht compensatiemechanismen curatieve GGZ binnen de risicoverevening 2008-2011 (bron: Vektis).

### Afbouw compensatiemechanismen

De afgelopen jaren (sinds de invoering van de Zvw) is de mate van risicodragendheid voor de zorgverzekeraars stap voor stap vergroot. Op het deelbudget 'Overige prestaties' lopen de zorgverzekeraars inmiddels bijna volledig risico. De risicodragendheid over de kosten ziekenhuiszorg wordt stap voor stap verhoogd.

Inmiddels heeft VWS de intentie om de macronacalculatie, bedoeld om verzekeraars te compenseren voor ramingsfouten en tussentijdse beleidswijzigingen van VWS, met ingang van 2012 af te schaffen. Dit vanuit de opvatting dat afschaffing een extra stimulans voor de zorgverzekeraars vormt om doelmatig zorg in te kopen. De afschaffing van de macronacalculatie kan effect hebben op de premiestelling omdat zorgverzekeraars de onzekerheden als gevolg van mogelijke ramingsfouten en tussentijdse beleidswijzigingen zullen willen afdekken. Ook een eventueel hogere vereiste solvabiliteit heeft gevolg voor de premiestelling.

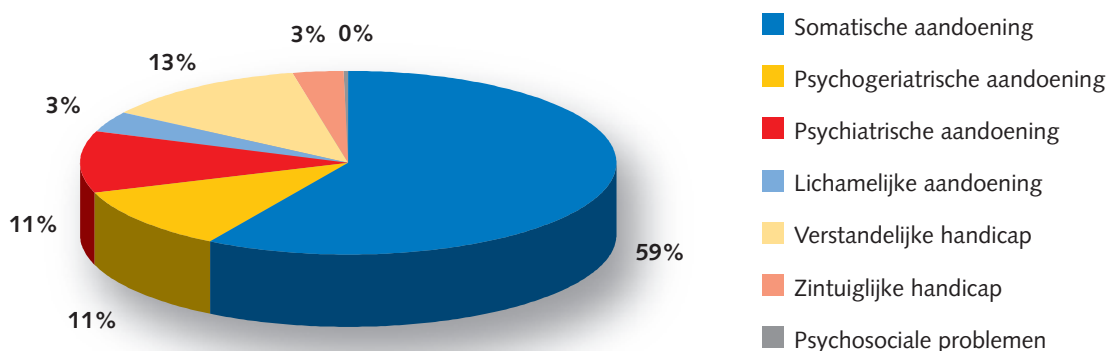
## Ontwikkelingen in de AWBZ

In deze Zorgthermometer besteden we veel aandacht aan de ontwikkelingen die te maken hebben met de zorg die wordt verstrekt in het kader van de Zvw. Een groot deel van de in Nederland geleverde zorg, wordt echter niet vergoed uit de Zvw. De niet individueel verzekerbare ziektekostenrisico's die niet vallen onder de Zvw worden vergoed uit de AWBZ. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een verplichte collectieve verzekering voor deze niet individueel verzekerbare ziektekostenrisico's. Een aanzienlijk deel van de totale zorgkosten in Nederland valt onder de AWBZ. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de gebruikers van AWBZ-zorg en de financiële ontwikkelingen in de AWBZ in 2011.

### AWBZ-zorg algemeen

#### Wie maken gebruik van AWBZ-zorg?

Iedereen die in Nederland woont of werkt is verzekerd voor AWBZ-zorg. Dat betekent dat iedereen die als gevolg van een ziekte of een handicap afhankelijk wordt van langdurige zorg en ondersteuning, in aanmerking komt voor AWBZ-zorg. Op 1 december 2009 hadden circa 825.000 mensen een geldige indicatie voor AWBZ-zorg. De mensen die zorg uit de AWBZ vergoed krijgen, leiden aan zeer verschillende aandoeningen. Aan de ene kant maken mensen gebruik van AWBZ-zorg omdat ze als gevolg van ouderdom niet meer in staat zijn om zelfstandig te functioneren in de maatschappij. Aan de andere kant zijn er mensen die gebruikmaken van AWBZ-zorg omdat ze een zintuiglijke of verstandelijke handicap hebben. Daarnaast maken ook mensen die zijn aangewezen op langdurige GGZ gebruik van AWBZ-zorg. In de AWBZ wordt onderscheid gemaakt tussen zeven grondslagen. Een grondslag zegt iets over het soort aandoening waaraan de verzekerde lijdt. Uit onderzoek van Vektis blijkt dat 59% van de gebruikers van AWBZ-zorg lijdt aan een somatische aandoening. Het zijn met name ouderen die te maken hebben met lichamelijke beperkingen.

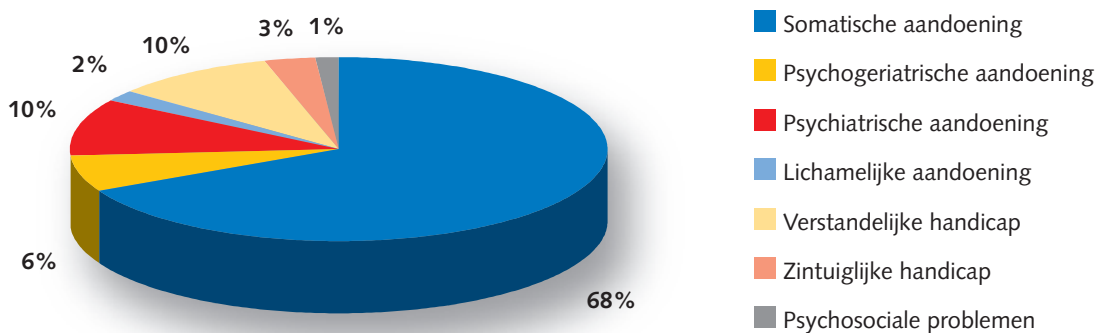


Figuur 9: onderverdeling van alle AWBZ-gebruikers naar grondslag (bron: Vektis).

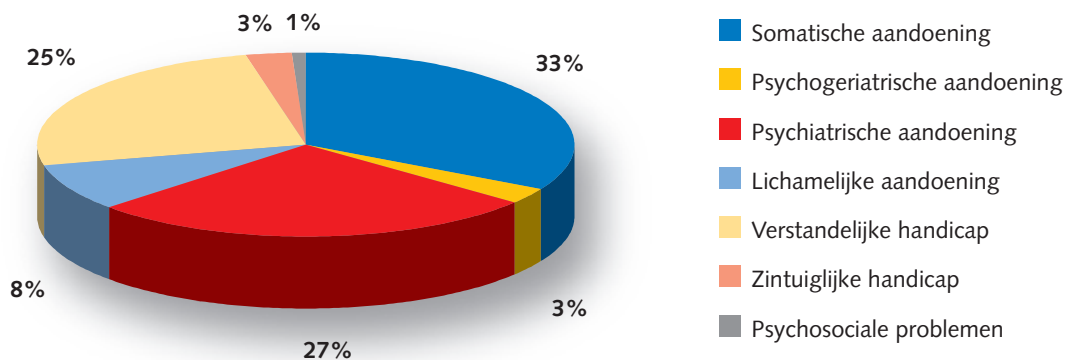
De gemiddelde leeftijd van de mensen met een geldige indicatie voor AWBZ-gebruik is relatief hoog: 64% van de gebruikers van AWBZ-zorg behoort tot de groep ouderen (65+), 52% van de AWBZ-gebruikers is zelfs ouder dan 75 jaar. Voorts maken er meer vrouwen dan mannen gebruik van AWBZ-zorg.

### PGB of zorg in natura?

Mensen die in aanmerking komen voor AWBZ-zorg hebben de keuze de AWBZ-zorg zelf in te kopen via een persoonsgebonden budget (PGB) of zorg in natura te ontvangen. Minder dan één op de tien gebruikers van AWBZ-zorg kiest voor een PGB. Het aantal mensen dat kiest voor een PGB stijgt de afgelopen jaren wel zeer sterk. Ook in 2010 was een sterke stijging van het aantal PGB'ers zichtbaar. De stijging was zo sterk dat er zelfs een (gedeeltelijke) subsidiestop in 2010 ingevoerd is. Uit onderzoek van Vektis blijkt dat de groep mensen die kiest voor een PGB en de groep mensen die kiest voor zorg in natura van elkaar verschillen. Zoals eerder genoemd in deze paragraaf heeft het merendeel van de gebruikers van AWBZ te maken met een somatische aandoening. Dit lijkt ook met name het geval voor de mensen die kiezen voor zorg in natura. Van de mensen die kiezen voor een PGB heeft een relatief groot deel een psychiatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Daarnaast valt op dat mensen die kiezen voor een PGB gemiddeld jonger zijn dan de mensen die kiezen voor zorg in natura.



Figuur 10: personen met zorg in natura met indicatie extramurale zorg naar grondslag (bron: Vektis).

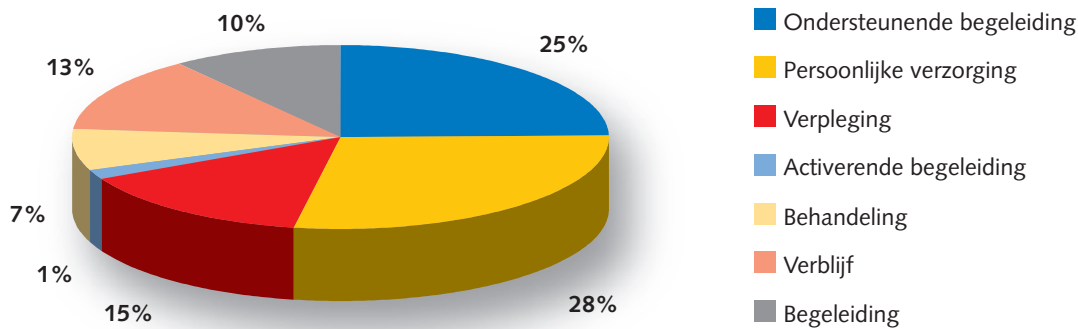


Figuur 11: PGB'ers met indicatie extramurale zorg naar grondslag (bron: Vektis).

### Intra- en extramurale AWBZ-zorg

AWBZ-zorg kan thuis worden ontvangen, dit is de extramurale AWBZ-zorg. Iemand kan ook in een verpleeghuis zitten, dit is intramurale AWBZ-zorg. Het grootste deel van de personen met AWBZ-zorg ontvangt extramurale zorg; dit is ongeveer 70%. Wanneer naar de verschillende functies binnen de AWBZ-zorg wordt gekeken valt op dat de meeste personen persoonlijke verzorging ontvangen. In figuur 12 is weergegeven welke functies in de AWBZ geïndiceerd worden. Vanaf 1 januari 2009 zijn de functies ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behan-

deling vervangen door de nieuwe functies begeleiding en behandeling. Daarnaast is een deel van de zorg die voorheen verstrekt werd als onderdeel van de oude functies naar de Wmo gegaan. Personen die nog een indicatie hadden met ondersteunende of activerende begeleiding worden ook nog zo weergegeven in figuur 12. Na 31 december 2009 verloren deze mensen het recht op deze zorg.

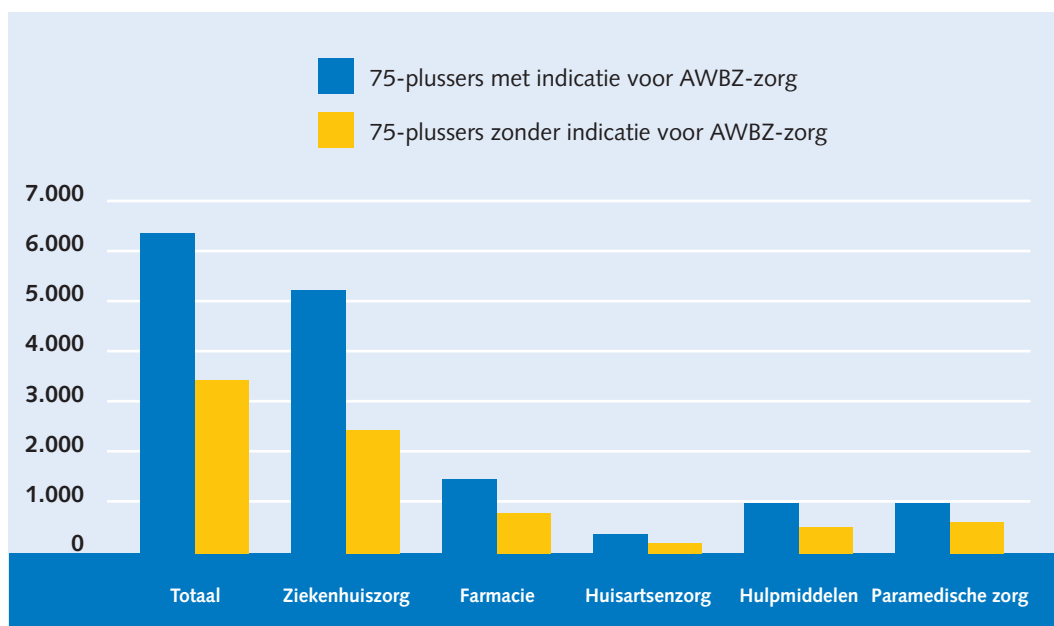


Figuur 12: verdeling naar AWBZ-functies in 2009 (bron: Vektis).

Sinds 1 juli 2007 bestaan er zorgzwaartepakketten (ZZP's). Een ZZP is een verzameling van behandelingen en verblijf. Een ZZP bestaat uit een beschrijving van de cliënt (cliëntenprofiel), het aantal benodigde uren zorg en een beschrijving van die (verblijfs)zorg. De pakketten variëren in zwaarte. De meeste personen met een ZZP hebben een ZZP verpleging en verzorging, ruim 75%. Verder heeft een relatief grote groep een ZZP verstandelijke handicap, namelijk 10%.

#### Zvw-zorggebruik door mensen die ook AWBZ zorg ontvangen

Mensen die zorg uit de AWBZ gebruiken zijn over het algemeen ook dure verzekerden in het kader van de Zvw. Uit onderzoek van Vektis blijkt dat verzekerden van 75 jaar en ouder zonder indicatie voor AWBZ-zorg gemiddeld bijna € 3.500,- aan zorgkosten hebben die vallen onder de Zvw. Voor verzekerden ouder dan 75 jaar met een indicatie voor AWBZ-zorg zijn de gemiddelde kosten die worden vergoed uit de Zvw € 8.000,-. Wanneer de kosten die gemaakt worden in de Zvw nader worden beschouwd, zijn er verschillen bij zowel ziekenhuiszorg, farmacie, huisartsen, hulpmiddelen en paramedische zorg. Voor al deze verstrekkingen geldt dat de kosten van de verzekerden met een indicatie voor AWBZ-zorg ongeveer twee keer zo hoog zijn als de kosten van de verzekerden zonder een indicatie voor AWBZ-zorg.



Figuur 13: kosten per verstrekking vergoed uit de basisverzekering voor personen boven de 75 jaar met en zonder AWBZ-zorg in 2008 in euro's (bron: Vektis).

## De AWBZ: financieel

### Uitgaven in het kader van de AWBZ

Het Ministerie van VWS heeft de uitgaven in het kader van de AWBZ voor 2011 geraamd op 24,6 miljard euro. Van dit bedrag is 24,3 miljard euro het gevolg van de zorgaanpak en subsidieregelingen. VWS raamt de beheerskosten voor de AWBZ op 211,3 miljoen euro.

### Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ)

De uitgaven in het kader van de AWBZ worden gefinancierd uit het AFBZ. Deze uitgaven worden gedekt door de premie, de eigen bijdrage en de Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK).

#### Premie

Iedere Nederlander met een inkomen betaalt AWBZ-premie, ook mensen die onder de Algemene Ouderdomswet (AOW) of Algemene Nabestaandenwet (Anw) vallen. De AWBZ-premie is een vast percentage van het inkomen. Ten aanzien van de premie is besloten deze in 2011 ongewijzigd te houden. In 2011 bedraagt de premie derhalve net als in voorgaande jaren 12,15% over het inkomen in de eerste twee belastingschijven. VWS schat dat alle premiebetalers samen 16,7 miljard euro aan premie betalen.

#### Eigen betalingen

Naast de premie wordt een deel van de uitgaven in de AWBZ gefinancierd doordat mensen die AWBZ-zorg genieten een eigen bijdrage betalen. VWS verwacht dat in 2011 circa 1,6 miljard euro aan eigen betalingen worden gedaan in de AWBZ.

### Rijksbijdrage, BIKK<sup>7</sup> en overige baten

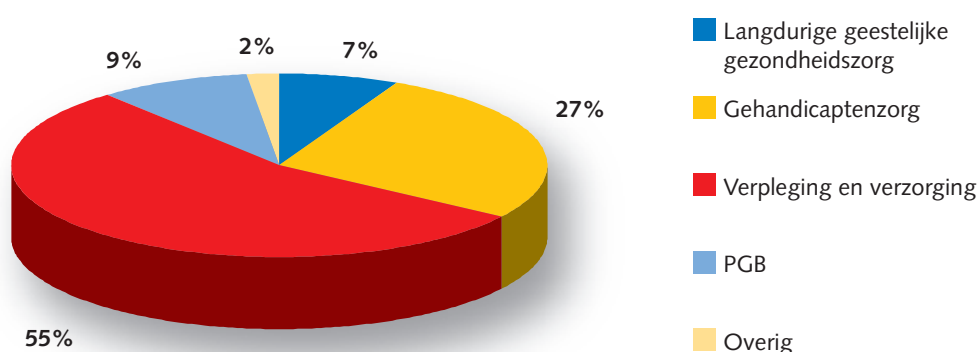
Naast de premie en de eigen bijdrage worden de kosten in de AWBZ gefinancierd door de rijksbijdrage, de BIKK en de overige baten.

Algemeen fonds	2009	2010	2011
<b>Uitgaven</b>	<b>23.471</b>	<b>24.074</b>	<b>24.608</b>
- zorgaanspraken en subsidies	23.205	23.688	24.397
- beheerskosten	213	207	211
<b>Inkomsten</b>	<b>19.960</b>	<b>19.424</b>	<b>23.345</b>
- premie	13.645	13.312	16.779
- eigen bijdrage	1.550	1.398	1.596
- rijksbijdrage	11	12	12
- BIKK	4.878	4.892	5.265
- overige baten	-124	-190	-307
<b>Exploitatiesaldo</b>	<b>-3.457</b>	<b>-4.650</b>	<b>-1.263</b>

Tabel 15: exploitatie en premiestelling AWBZ in miljoenen euro's (bron: VWS).

### Waarom worden de uitgaven in het kader van de AWBZ besteed?

Grofweg worden de uitgaven in de AWBZ verdeeld over vier sectoren. Aan verpleging en verzorging wordt in 2011 meer dan de helft van de AWBZ-middelen besteed. De uitgaven aan deze sector bedragen 12,9 miljard euro. Ongeveer een kwart van de AWBZ-middelen, oftewel circa 6,4 miljard euro, wordt besteed aan gehandicaptenzorg. 1,7 miljard euro wordt uitgegeven aan de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Naast voornoemde bedragen is er ook nog eens 2,2 miljard euro beschikbaar voor de persoonsgebonden budgetten waarmee de verzekerden zelf AWBZ-zorg kunnen inkopen.



Figuur 14: verdeling van de AWBZ-uitgaven naar sectoren (bron: VWS).

<sup>7</sup> Via de BIKK worden de volksverzekeringsfondsen gecompenseerd voor een premiederving die resulteerde uit de herziening van het belastingstelsel in 2001. De BIKK volgt de ontwikkeling van de heffingskortingen en het aandeel van de AWBZ-premie in de eerste schijf (bron: VWS).

### **Ontwikkeling financiële contracteerruimte**

Een van de belangrijke taken van het zorgkantoor is het inkopen van de zorg voor de verzekerden in de regio. Het zorgkantoor heeft als taak het, binnen wettelijke randvoorwaarden, inkopen van een zodanig volume aan zorg dat alle cliënten met een indicatie tijdig ofwel binnen een redelijke termijn de benodigde zorg ontvangen. Door middel van het sluiten van contracten en het maken van productieafspraken wordt zorg ingekocht bij zorgaanbieders. Het zorgkantoor neemt bij de zorginkoop als uitgangspunt de beschikbare financiële contracteerruimte. Zorgkantoren hebben een inspanningsplicht om binnen de financiële contracteerruimte te blijven.

Ieder jaar na Prinsjesdag stelt de staatssecretaris van VWS de financiële contracteerruimte voor het jaar daarop vast. Op het moment van schrijven was de contracteerruimte voor 2011 nog niet definitief vastgesteld. De staatssecretaris van VWS heeft al wel in een brief aan de Tweede Kamer meegedeeld welke maatregelen invloed gaan hebben op de contracteerruimte voor 2011. De maatregelen die verwerkt gaan worden in de contracteerruimte 2011 zijn als volgt geformuleerd.

Het uitgangspunt voor de voorlopige contracteerruimte 2011 is dat de zorg in 2010, waarop ook AWBZ-aanspraken bestaan in 2011, kan worden gecontinueerd. De financiële effecten van al genomen en voorgenomen politieke beslissingen dienen te worden verwerkt in de basiscontracteerruimte:

- De beperking van de AWBZ-aanspraak begeleiding leidt tot een verlaging van het kader met 20 miljoen euro. Door het verwachte gedragseffect van de eigen bijdrage voor begeleiding wordt de contracteerruimte met 12 miljoen euro verlaagd.
- De uit 2008 daterende introductie van financiering aan de hand van best practices leidt tot een verlaging van het kader in 2011 ten opzichte van 2010 met 95 miljoen euro.
- Het programma 'In voor Zorg', dat is gestart om de uitvoering van de zorgprocessen te verbeteren en de administratieve lasten te verminderen, kende in 2010 een taakstelling van 50 miljoen euro. Dat bedrag kan dus nu van de contracteerruimte worden afgehaald.
- Bij de afrekening 2008 en 2009 is een overschrijding geconstateerd. De groei van de intramurale capaciteit in 2008 was nog groter dan geraamd en ook in 2009 was de groei meer dan waarmee rekening is gehouden. Dit is de reden om de zorgkosten van nieuwe capaciteit met ingang van 2011 onder de contracteerruimte te brengen. De verlaging van de basiscontracteerruimte is 142 miljoen euro.
- Als gevolg van de financiële stand van de overheid wordt de contracteerruimte met 57 miljoen euro verlaagd met het oog op doelmatige inkoop. Daarnaast wordt de contracteerruimte met 58 miljoen euro verlaagd door een korting toe te passen op de tarieven voor het basisgedeelte van de prestaties vallend onder de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding individueel en behandeling.
- Tot slot wordt de contracteerruimte in 2011 met 115 miljoen euro gecorrigeerd. In 2008 is besloten een korting van 115 miljoen euro toe te passen door een verlaging met 3,5% op de vaste tarieven voor het basisgedeelte van de prestaties vallend onder de functies persoonlijke verzorging en begeleiding, inclusief een daarbij behorend bonus-malussysteem. Aangezien het bonus-malussysteem niet te handhaven was door de NZa en er inmiddels sprake is van meerkosten ad 60 miljoen euro is besloten deze maatregel per 1 januari 2011 ongedaan te maken. Dit leidt tot een verhoging van de contracteerruimte per 2011 van 115 miljoen euro.

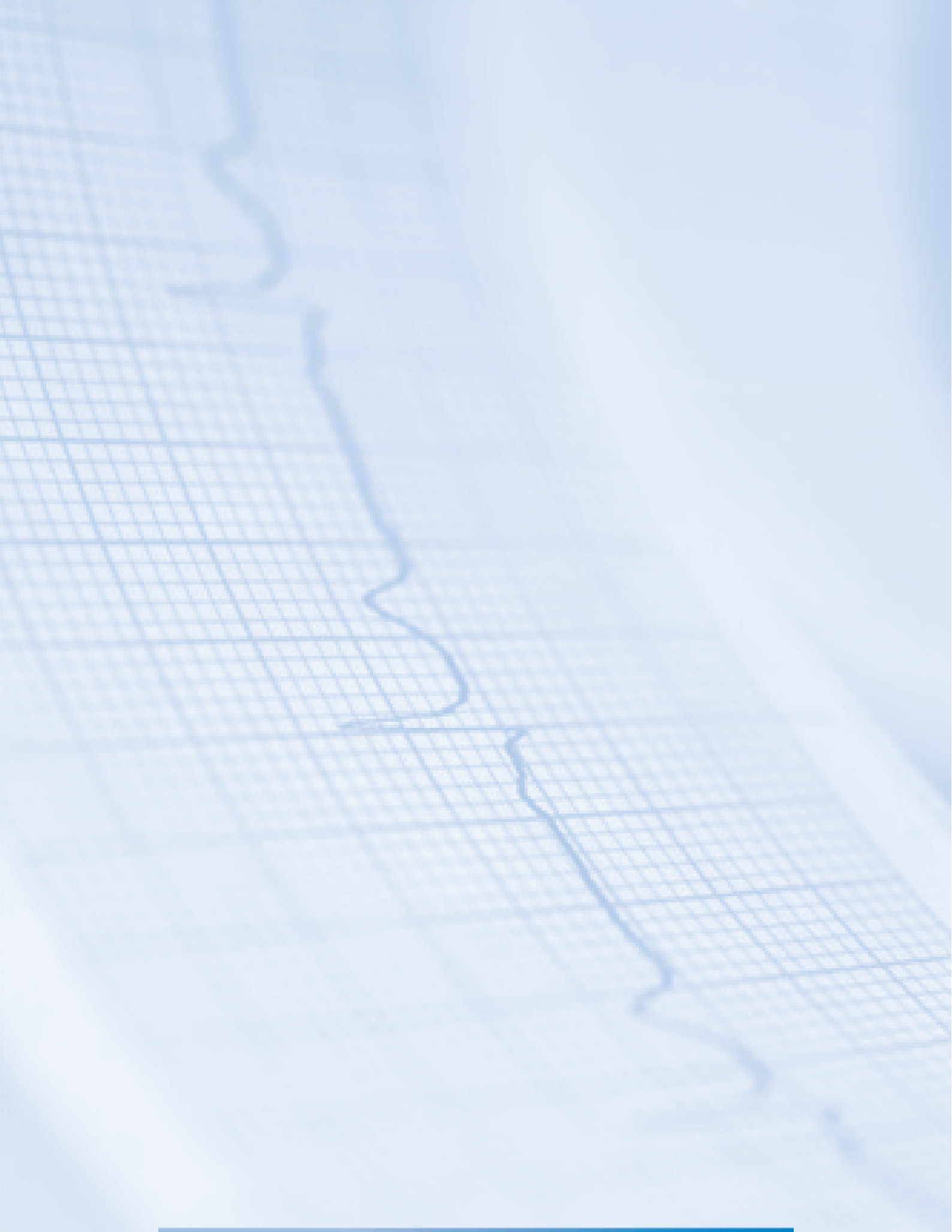
<b>Effect beleidsmaatregelen</b>	<b>-324</b>
Beperking aanspraak begeleiding	-20
Gedragseffect eigen bijdrage begeleiding	-12
Introductie financiering best practices in 2008	-95
Besparingen als gevolg van het programma 'In voor zorg'	-50
Overschrijding Budgettair Kader Zorg (BKZ)	-142
Verlaging contracteerruimte in verband met doelmatige zorginkoop	-57
Verlaging contracteerruimte door korting tarieven	-58
Correctie	115
Verlaging als gevolg van het uitsluiten van hulpmiddelen in het kader van de AWBZ-uitleen (rollators, krukken en looprekken)	-5
<b>Volumegroei</b>	<b>683</b>
Waarvan:	
- gereserveerd voor PGB	100
- gereserveerd voor extreme zorgzwaarte	10
- gereserveerd voor kapitaallasten en overige zaken	33
- gereserveerd voor zorg in natura	540
- exploitatiekosten van zorg in nieuwe capaciteit	175
- vrije groeiruimte	340
- knelpuntenprocedures	25
<b>Totaal</b>	<b>359</b>

Tabel 16: factoren van invloed op de contracteerruimte in 2011 in miljoenen euro's (bron: NZa, VWS).

Naast de contracteerruimte zijn ook geormerkte middelen beschikbaar gesteld. In tabel 17 staan de geormerkte middelen die voor 2011 beschikbaar zijn gesteld.

Oormerk	Hoogte bedrag
Contracteerruimte voor cliënten met extreme zorgbehoefte in AWBZ-instellingen	163
Contracteerruimte Transitie Experimenten Langdurige Zorg	13
Contracteerruimte Innovatie	12,5
Contracteerruimte Ketenzorg bij dementie	10,5
Contracteerruimte Nationaal Programma Ouderenzorg	10
<b>Totaal geormerkt</b>	<b>209</b>

Tabel 17: geormerkte middelen voor 2011 in miljoenen euro's (bron: NZa).



# Colofon

## Inhoud

In deze publicatie staan telkens cijfers uit de zorg rondom een thema of een bepaald jaar centraal. Alles uit de uitgave mag met bronvermelding worden gekopieerd.

De inhoud van deze publicatie is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Wanneer er desondanks toch onjuistheden in voorkomen, aanvaardt Vektis daarvoor geen enkele aansprakelijkheid. Ook aanvaarden wij geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie.

## Auteurs

ir. J.A. (Judith) van Erkelens  
dr. M.S. (Mirte) van Galen  
drs. T. (Tijs) van Gorp  
L.M.A. (Lisette) Gusdorf Msc.  
drs. N.H. (Niels) Hoeksema  
M.G.N. (Marnix) Romp  
drs. K.G.C. (Guus) de Ruiter  
drs. M. (Marieke) Smit

## Redactie

J. (Jannie) Aartse  
M.H. (Marion) Verhoef-Groenveld

## Dank

Wij willen graag de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de totstandkoming van deze uitgave:

drs. H.R. (Henk) Eleveld, apotheker (Menzis)  
drs. C. (Cobie) de Klein (Zorgverzekeraars Nederland)  
R. (Ronald) Luijk (Zorgverzekeraars Nederland)  
drs. B.S.M. (Ben) Oudhuis (Zorgverzekeraars Nederland)  
drs. A. (Anneke) Prenger (Zorgverzekeraars Nederland)

## Ontwerp lay-out

Dickhoff Design

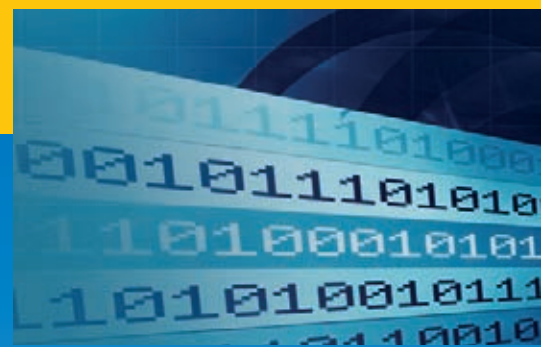
## Lay-out en druk

VDA-groep

## Meer informatie

Wilt u meer exemplaren van deze publicatie ontvangen, neem dan contact op via telefoon: 030-69 88 323 of e-mail: [info@vektis.nl](mailto:info@vektis.nl). Deze publicatie is ook online te raadplegen op [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl).

Voor inhoudelijke vragen over deze publicatie kunt u e-mailen naar Marieke Smit, manager Onderzoek: [m.smit@vektis.nl](mailto:m.smit@vektis.nl).



Vektis C.V.  
Postbus 703  
3700 AS ZEIST  
T 030 69 88 323  
E [info@vektis.nl](mailto:info@vektis.nl)  
I [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl)