

# HET NEDERLANDSE ZORGLANDSCHAP IN VOGELVLUCHT

KLAPWIEKEND OVER KERNBESCHRIJVINGEN, KENGETALLEN EN KNELPUNTEN



## **Het Nederlandse zorglandschap in vogelvlucht**

1. Werkwijze en verantwoording
2. Korte introductie
3. Het zorgstelsel: vroeger en nu
4. Drie paradigma's
5. Zorgsectoren en hun kernbeschrijvingen
6. Het wetgevingscomplex
7. Manco's te over

Annex:

Uitgebreide sectorbeschrijvingen

Bijlage:

Verklaring van afkortingen

Bronnen, vindplaatsen en rapporten



**Harry Suykerbuyk**



## 1. WERKWIJZE EN VERANTWOORDING

Het voorliggende is een persoonlijke kijk op het Nederlandse zorgstelsel, wat het omvat, hoe het is georganiseerd en hoe politieke interventies het hebben gevormd tot wat het nu is. Het rapport beschrijft de historische ontwikkelingen en biedt een actueel, sectoraal overzicht van het zorgstelsel. Het biedt hoofdzakelijk feitelijkheden voor wie zich snel in het complexe systeem wil verdiepen, ongeacht de invalshoek. Dat kan dus vanuit interesse in de structuur en organisatie van de zorgsector of vanuit een meer beleidsmatige of politiek-bestuurlijke insteek.

In de *beknopte kernbeschrijvingen* van de sectoren – de clusters van activiteiten waaruit ons complete zorgaanbod is opgebouwd – worden persoonlijke visies en meningen zoveel mogelijk vermeden. Dat geldt ook voor de schets van het *wetgevingscomplex*. Wanneer aldaar conclusies worden getrokken, bijvoorbeeld over hoe behandelingen of regelingen in de praktijk uitwerken, zijn de uitingen hoofdzakelijk voor de rekening van derden, die deskundig worden geacht. Echter, de *uitgebreide* sectorbeschrijvingen in de *annex* ontkomen hier en daar niet aan de persoonlijke visie van de auteur. Maar het is met name in het slotstuk van het rapport dat de persoonlijke opvattingen breed en nadrukkelijk worden geëxpliciteerd. Dus wie vooral kennis wil nemen van de mening van de auteur over de tekortkomingen van het stelsel, gaat direct naar het hoofdstuk '*Manco's te Over*'.

Als regel wordt voorbijgegaan aan de inherente kwaliteiten van het stelsel en worden nadrukkelijk de zwaktes van het stelsel benoemd, zonder dat overigens concrete oplossingsrichtingen worden gepresenteerd. Dat is bewust gedaan. Het rapport wil vooral, naast basaal inzicht bieden in het uiterst complexe, in anderhalve eeuw opgetuigde systeem, voer voor *discussie* bieden.

In dit resumé zijn geen directe verwijzingen naar literatuurbronnen opgenomen. Deels met het oog op een betere leesbaarheid, deels ook om niet een extra zweem van deskundigheid of wetenschappelijkheid te suggereren. De lezer die meer inzicht in de materie wil krijgen, wordt verwezen naar informatiebronnen die op internet gemakkelijk zijn te raadplegen. In de bijlage is een limitatief overzicht opgenomen van overheidsinstanties en publieke expertisecentra, die als zodanig zijn toegerust. Ook is vaak nuttige informatie te vinden op de websites van beroeps- en brancheorganisaties in de zorg of voorlichtingssites en in tal van publicaties.

Voor wie het geschrevene en met name de hier en daar gepresenteerde data wil verifiëren of in breder context wil zien, wordt aangeraden gebruik te maken van AI (bijvoorbeeld CoPilot, ChatGPT-4 e.a.). Hoewel sommige financiële gegevens gedateerd aandoen, zijn het de meest actuele die publiek beschikbaar zijn.

## 2. KORTE INTRODUCTIE

Het Nederlandse zorgstelsel rust op het principe van *solidariteit*. Naast onderwijs en sociale zekerheid vormt zorg de kern van onze verzorgingsstaat. Zowel via premieheffingen als vanuit de rijksbegroting vindt financiering plaats, aangevuld met verschillende vormen van bijbetalingen. De omvang van de zorgsector komt het beste tot uitdrukking in de zorguitgaven in brede zin. Hierin zijn alle activiteiten op het gebied van zorg, welzijn en kinderopvang meegenomen. Een hele reeks van activiteitenclusters speelt binnen de zorgsector een cruciale rol bij het verlenen van zorg aan mensen. Die varieert van medische zorg ('*cure*' en '*care*'), ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg tot gehandicaptenzorg. De qua omvang grootste aanbieders zijn ziekenhuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg respectievelijk verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (VVT in het jargon).

Volgens het CBS bedroegen de zorguitgaven in 2022 ruim 127 miljard euro. Volgens de gekozen, ruime definitie is de zorgsector daarmee de *grootste* sector in Nederland (nipt vóór de industrie) en omvat ze ruim anderhalf miljoen banen. Hanteert men de scherpere begripsomschrijving die internationaal wordt gebruikt (en verder in dit resumé), dan bedragen de uitgaven in datzelfde jaar bijna 97 miljard euro. Nederland geeft via premies per persoon meer uit aan zorg dan de meeste andere EU-landen. Het aandeel eigen betalingen behoort daarentegen tot de laagste.

De relatie tussen de totale zorguitgaven en de nationale economie wordt gebruikelijk weergegeven door de *zorgquote*. Met deze economische term wordt verwezen naar het procentuele aandeel van de uitgaven aan (gezondheids-)zorg, zowel publiek als privaat, in de totale economische productie (bruto binnenlands product) van het land. In 2019 bedroeg dit aandeel 13,1%, uitgaande van de ruime definitie van zorg (zo zit er bijvoorbeeld kinderopvang in ter grootte van 5 miljard euro). Dit percentage is sindsdien blijven stijgen door factoren zoals vergrijzing en andere demografische ontwikkelingen, maar vooral ook als gevolg van toenemende zorgbehoeften en een breder zorgaanbod (deels door innovatieve ontwikkelingen). Daarom wordt verwacht dat de zorgquote in 2040 zal oplopen tot 21%. Het zijn vooral de kosten voor langdurige zorg die significant bijdragen aan de uitgavenstijging. Volgens velen worden de grenzen van de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid van de zorg hierdoor op termijn overschreden.

Ook wordt de zorgquote, en dan gemeten op mesoniveau, gebruikt om inzicht te krijgen in de financiële belasting door zorguitgaven. De quote geeft dan aan welk percentage van het inkomen een huishouden gemiddeld uitgeeft aan zorgkosten. De zorgquote kan in dit geval variëren afhankelijk van factoren zoals leeftijd, gezondheidstoestand en het type zorgverzekering dat men heeft.

Het is een maatstaf om te begrijpen hoeveel van het inkomen naar zorg gaat, een norm die vooral nuttig is in het kader van budgettering en financiële planning.

Volgens de meest recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek werd in 2019 in totaal via de overheid, verzekeringen en eigen betalingen *per persoon gemiddeld 6.120 euro uitgegeven aan zorg*. De uitgaven aan zorg worden voor ruim 83 procent gefinancierd uit verplichte verzekeringen zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw, 44 procent) en de Wet langdurige zorg (Wlz, 20 procent) en uit bijdragen van de overheid (20 procent), waaronder de uitgaven van gemeenten in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet.

Huishoudens betaalden zelf 10,4 procent aan zorgaanbieders: 4,8 procent via het eigen risico (Zvw) en eigen bijdragen (Wlz en Wmo) en 5,5 procent direct aan zorgaanbieders, bijvoorbeeld bij kinderopvang of de aanschaf van een bril. De resterende 6 procent van de zorg werd betaald uit aanvullende verzekeringen en door bedrijven, bijvoorbeeld voor arbodienstverlening.

De uitgaven voor langdurige ex Wlz (+8,3 procent) en de uitgaven die zijn gefinancierd door de overheid (+5,9 procent) stegen in 2019 het meest.

Of de hierboven genoemde, bedenkelijke verwachting omtrent de houdbaarheid van zorguitgaven bewaarheid zal worden, hangt in hoge mate af van de economische groei. Enkele tientallen jaren geleden werd een vergelijkbaar scenario met een *nefaste uitkomst* als nagenoeg vaststaand verondersteld. Anno 2024 is weliswaar sprake van een ongemakkelijke, maar zeker niet onhoudbare situatie, althans volgens een minderheid onder de gezondheidseconomen.

### 3. HET ZORGSTELSEL: VROEGER EN NU

Wanneer men spreekt over de zorg in ons land dient men zich te realiseren dat het begrip zorgstelsel breder is dan 'gezondheidszorg': het omvat naast zorgverlening ook activiteiten van partijen die meer op afstand staan van de directe zorgverlening. Men rekent tot het zorgstelsel ook de zorgverzekeringen, met inbegrip van premieheffingen, eigen betalingen, zorgtoeslagen en verzekeringsaanspraken, zorgverzekeraars en zorgkantoren, gemeenteloketten voor ondersteuning, permanente en tijdelijke overheidsadviesorganen en -commissies, organisaties van beroepsbeoefenaren met hun kwaliteitssystemen, de (tucht)rechtspraak en het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) alsmede opleidingsinstituten en centra voor kennisontwikkeling en niet te vergeten de toezichthouder annex marktmeester in de zorg (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa).

Het Nederlandse zorgstelsel is *complex* te noemen. Algemene uitspraken over de kwaliteit ervan, de sterktes en zwaktes, zijn niet goed mogelijk. Internationale vergelijkingen bieden te weinig houvast, omdat in veel gevallen een solide vergelijkingsbasis ontbreekt. Wel is het zorgstelsel, bij ons en ook elders, een afspiegeling van de *voorkeuren* van de samenleving en uiteraard van de financiële *armslag*. Zo waren bejaardenhuizen in Nederland, en ook wel verzorgingshuizen belangrijk een dominant en typerend verschijnsel in het zorglandschap. Ze bestaan nog steeds, maar minder in getal dan vroeger. Men vindt ze wereldwijd maar het karakter ervan en de beschikbaarheid variëren sterk per land, met Nederland destijds als koploper.

Nederland kent ook in vergelijking met andere landen een bijzonder sterke en goed georganiseerde '*eerstelij*n' met de huisarts als poortwachter voor de 'hogere echelons' in het zorgsysteem. En zelfs op het gebied van de alom sterk wetenschappelijk georiënteerde medische zorg zien we extreme verschillen: zo kende Nederland, net als Oostenrijk, tot voor kort een uitgebreid netwerk van trombosediensten, een fenomeen dat verder nergens in de wereld voorkwam. Als gevolg van het beschikbaar komen van nieuwe, direct-werkende anticoagulantia is hun rol op het gebied van de antistollingsbehandeling echter sterk teruggedrongen.

Al bijna twee eeuwen geleden is het de staat geweest die een dominante rol heeft opgeëist in de ontwikkeling en ordening van het zorgaanbod. Het is in de 1848 van kracht geworden *Grondwet*, opgesteld onder de staatsman Thorbecke, die daartoe nadrukkelijk het startschot heeft gegeven. De wet introduceerde onder meer de parlementaire democratie en het principe van ministeriële verantwoordelijkheid. Dat betekende dat ministers verantwoordelijk werden voor hun beleid en hun beslissingen.

Dat zorgde voor een meer gestructureerde overheid met groeiende verantwoordelijkheden voor maatschappelijke sectoren zoals de zorg. Daarnaast kreeg het parlement meer bemoeienis met het ontwikkelen van beleid. Volksvertegenwoordigers legden een steeds grotere nadruk op de onderwerpen als de publieke gezondheid en het welzijn van burgers.

De grondwetswijzigingen van 1848 vormden ook de *basis* voor latere wetgeving die direct betrekking had op de zorg. Dat betrof de Armenwet (met weliswaar het primaat bij de kerkelijke liefdadigheid en vooralsnog een uiterst beperkte rol voor de gemeenten) en de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (een kwaliteitswet, waarin omvang van de reguliere geneeskunde werd vastgelegd, het artsexamen werd geïntroduceerd en onbevoegde uitoefening van de geneeskunst strafbaar gesteld). Later werd er een Staatstoezicht (op de Volksgezondheid) in het leven geroepen en tal van ingrijpende beleidsmaatregelen afgekondigd om besmettelijke ziekten te bestrijden, een groot maatschappelijk probleem destijds. Ook kwam er meer aandacht voor onder meer de hygiëne van water.

Toch bleef het karakter van de gezondheidszorg in essentie ongewijzigd: het aanbod was *decentraal* georganiseerd. Dat gold ook voor ziektekostenverzekeringen, hoewel er vanaf het eind van de negentiende eeuw vruchteloos een politieke discussie werd gevoerd over een mogelijke rol voor de landelijke overheid. Zowel het verzet vanuit de zorgaanbieders tegen meer controle en invloed van buitenaf, maar ook de bredere weerstand vanuit de maatschappij tegen een (te) grote verzorgingsstaat speelden hier onmiskenbaar een rol. Het duurde dan ook tot het begin van de Tweede Wereldoorlog, voordat – nota bene door de Duitse bezetter – het Ziekenfondsenbesluit van 1941 werd ingevoerd. Daarin was sprake van gegarandeerde zorgaanspraken via een verplichte zorgverzekering voor een aanzienlijk deel van de bevolking.

## 4. DRIE PARADIGMA'S

Volgens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid laat de geschiedenis van het (naoorlogse) overheidsbeleid gericht op de gezondheidszorg zich grofweg verdelen in drie periodes: 1941-1968, 1968-1987 en 1987-2017. Ieder van deze periodes kende volgens het adviesorgaan een uniek beleidsparadigma, dat wil zeggen een soort basisset van onderliggende kernwaarden, heersende opvattingen en geaccepteerde beleidsdoelen, alsmede de beleidsinstrumenten om deze waarden te conserveren en de gestelde doelen te halen.

Vanaf het moment van invoering van het ziekenfonds stond het ideaal van *brede toegang* tot gezondheidszorg centraal als paradigma. Wel koesterde men het beeld dat de overheid zoveel mogelijk op afstand moest blijven ten faveure van het particulier initiatief in handen van de partijen in de zorg, de verzekeraars en zorginstellingen. Zij waren en moesten verantwoordelijk blijven voor het reilen en zeilen en de organisatie van zorg.

Tot slot wilde men de ziekenfondspremies voor de in 1941 verplichte ziekenfondsverzekering – onder meer via tariefstelling en bouwbeleid – betaalbaar te houden, terwijl de toegankelijkheid van de zorg (in de vorm van 'cure') stapsgewijs werd uitgebouwd. Mede dankzij de snelle naoorlogse groei liet de overheid met echter name de grip op de premies weer varen.

In de tweede periode vanaf 1968 bereikte de uitbouw van de verzorgingsstaat een nieuwe mijlpaal door de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Voortaan stelde de *overheid* zich met name *garant* voor de verzorging en verpleging van chronische zieke of gehandicapte burgers. Tot dan betrof het hier op de vrije markt niet of nauwelijks verzekerbare risico's op speciale zorg (tegenwoordig 'care' genoemd).

In aanvulling op het Ziekenfondsenbesluit uit 1941 (in 1964 omgedoopt tot de Ziekenfondswet, ZFW) en de Algemene Bijstandswet (ABW), die in 1965 was ingevoerd, was daarmee een extra stevig fundament gelegd voor brede toegankelijkheid tot gezondheidszorg, de kernwaarde onder het vorige beleidsparadigma, aldus de Wetenschappelijke Raad.

Het was in de late jaren zestig en vroege jaren zeventig dat de politiek zich realiseerde dat al te snelle groei van zorguitgaven andere publieke uitgaven zou gaan verdringen en besteedbare inkomens al te zeer onder druk gingen zetten. De omslag in de economische groei speelde daarbij ook een rol.



De focus kwam dan ook nadrukkelijker op kostenbeheersing en ‘planning’ van de zorgvoorzieningen te liggen, uiteraard onder de randvoorwaarde van adequate toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Zo nam de overheid stapsgewijs diverse maatregelen om de groei van de uitgaven te beperken, onder meer door een doelmatiger financiering en betere organisatie van de zorg. Voor het grootste deel kwam het kostenbeheersingsbeleid echter neer op het begrenzen van de uitgaven en capaciteitsbeperkingen.

Het aanbrengen van heldere en logische structuren in het complexe en historisch gegroeide gezondheidszorgstelsel bleek echter te hoog gegrepen. Bovendien was er veel verzet vanuit het veld tegen het kostenbeheersingsbeleid. Een nieuwe visie op het bestuur van de zorg, waarin partijen zich konden vinden, was broodnodig.

Die kwam er ook in 1987 in de vorm van een *blauwdruk* voor zorg, gepresenteerd in het rapport Dekker (*Bereidheid tot Verandering*), genoemd naar de voorzitter van de desbetreffende adviescommissie en voormalig topman van Philips. Er moest een brede volksverzekering komen, gestut door ‘gereguleerde’ concurrentie tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Niet de overheid maar partijen in de zorg moesten voortaan nadrukkelijker het voortouw nemen in het beheersen van de zorgkosten. Daartoe moest er ook gesnoeid worden in de versnipperde wet- en regelgeving om plaats te maken voor een veelomvattende basisverzekering.

Het nieuwe beleidsparadigma luidde derhalve: *méér markt in combinatie met méér publiekrechtelijke regulering*. Het duurde echter nog bijna twintig jaar voordat de op het plan Dekker gebaseerde opzet werd ingevoerd. Er was eerst een wachtlijstencrisis en uitgavenexplosie nodig om voldoende politieke steun te krijgen voor een stelselherziening. Pas in 2006 werd onder de vigeur van de Zorgverzekeringswet het huidige zorgstelsel ingevoerd, met de nadruk op marktordening en een brede verplichte basisverzekering als belangrijkste pijlers.

Al veel eerder, namelijk in 1968 was er een *verplichte volksverzekering* ingevoerd voor individueel niet-verzekerbare ziektekostenrisico's. De wet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), regelde de zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening.

Het Centraal Administratiekantoor (CAK) was verantwoordelijk voor financiële uitvoering van de wet, waaronder de bevoorschotting van de vele honderden zorginstellingen die AWBZ-zorg verleenden. Die wet is intussen opgegaan in de Wet Langdurige Zorg (Wlz). In de AWBZ was intramurale en extramurale zorg ondergebracht, maar met de invoering van de Wlz is de verantwoordelijkheid voor extramurale zorg overgeheveld naar de gemeenten.

Opnieuw speelt de vraag of het actuele paradigma nog volstaat. Critici wijzen erop dat er van echte marktwerking – die moest immers voor kwaliteitsverbetering en scherpere tarieven zorgen – geen sprake is door een overmaat aan wettelijke restricties.

Ook neemt de overheidsbemoeyenis steeds meer toe, een ontwikkeling die op gespannen voet staat met het aanvankelijk verkondigde paradigma. Of dat echter genoeg reden is om een politieke discussie over aanpassing van het stelsel te starten, is echter twijfelachtig. Want de geschiedenis laat ook zien dat grote hervormingen in de gezondheidszorg het doorgaans afleggen tegen bescheidener beleidsaanpassingen. Dat is althans zoals de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) er tegenaan kijkt.

Een ander adviesorgaan van de regering, de Raad Volksgezondheid & Samenleving, bepleit daarentegen fundamentele veranderingen in het stelsel. De raad meent dat de organisatie van zorg en ondersteuning aan verandering toe is. Niet alleen door tal van actuele tekortkomingen zoals structurele personeelstekorten en doorgeslagen bureaucratisering, maar vooral ook in verband met lastig beheersbare ontwikkelingen zoals het groeiend aantal burgers dat onder verschillende wetten valt en diens gevolge met grote fragmentatie wordt geconfronteerd.

Een simpele blik in de Staatsalmanak geeft een goed inzicht in de ontwikkeling – door de jaren heen tot op dit moment – van het zorgstelsel. De veranderingen laten zich goed aflezen aan de inhoud van de Staatsalmanak waarin de organisatie van onder meer het verantwoordelijke ministerie wordt getoond. De almanak biedt een directe afspiegeling van de steeds grotere rol die de centrale overheid in een lange reeks van jaren heeft gespeeld en nog speelt, als kwaliteitscontroleur, financier, organisator, kostenbewaker en beleidsmaker in de zorg. Was bijvoorbeeld 'volksgezondheid' tot het midden van de vorige eeuw een bescheiden onderdeel van het ministerie van Sociale Zaken, thans is sprake van een omvangrijk overheidsapparaat met een centrale rol voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Voor het groeiend aantal beleidsterreinen en de voortgaande organisatorische veranderingen – onder meer tot uitdrukking komend in de steeds wisselende naamgeving van beleidsdirecties en aandachtsterreinen – laten zich lezen als een uitgebreide dienstregeling, getuigend van steeds nieuwe prioritering en veranderende maatschappelijke behoeftes

## 5. ZORGSECTOREN EN HUN KERNBESCHRIJVINGEN

Het zorgaanbod in Nederland is omvangrijk en geschakeerd. Het aanbod valt te omschrijven in functionele termen.

De **huisartsenzorg** in Nederland is het fundament onder de gezondheidszorg. Huisartsen fungeren als het eerste aanspreekpunt voor medische zorg. Huisartsen bieden algemene medische zorg, coördineren behandelingen en verwijzen patiënten naar specialisten indien nodig. Zij fungeren als ‘poortwachters’. Hun zorg is laagdrempelig, goed toegankelijk en meestal volledig gedekt door de basiszorgverzekering. Huisartsen hebben ook een belangrijke rol in preventieve zorg, het beheren van chronische ziekten, en het verstrekken van medische adviezen. Ze zijn vaak goed bekend met de medische geschiedenis van hun patiënten. Dat zorgt niet alleen voor zeer persoonlijke zorg, maar ook voor continuïteit in het behandelingsproces.

De uitgaven voor huisartsenzorg (ex Zorgverzekeringswet) bedroegen in 2023 4,8 miljard euro. De raming voor 2024 wijst op een groei van 10,3%.

De **medisch-specialistische zorg** in Nederland omvat de zorg die wordt verleend door specialisten in ziekenhuizen en gespecialiseerde klinieken (zelfstandige behandelcentra of ZBC's). Deze zorg richt zich op diagnose, behandeling en begeleiding van complexe of specifieke gezondheidsproblemen waarvoor gespecialiseerde kennis en apparatuur nodig zijn. Ook past men vaak (dure) specialistische geneesmiddelen toe, vaak met hoog innovatief karakter (zogenaamde *add-on* geneesmiddelen). Patiënten worden meestal doorverwezen naar medisch specialisten door hun huisarts. De zorg is hoogwaardig en vaak multidisciplinair qua aanpak. Ze wordt grotendeels gedekt door de basiszorgverzekering. Specialisten werken nauw samen met huisartsen en andere zorgverleners om de beste zorg voor patiënten te waarborgen.

De uitgaven voor medisch-specialistische zorg (ex Zorgverzekeringswet) bedroegen in 2023 28,5 miljard euro. De raming voor 2024 wijst op een groei van 9,4%. Volgens recente gegevens schommelt de jaarlijkse stijging van uitgaven aan dure *add-on* geneesmiddelen (in 2021 2,6 miljard euro) rond de 8% tot 10% per jaar.

De **langdurige zorg** in Nederland voor patiënten met een chronische aandoening of beperking biedt intensieve ondersteuning en begeleiding voor mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg. Deze zorg omvat hulp bij dagelijkse activiteiten, medische zorg en psychosociale ondersteuning. De zorg wordt zowel thuis als in zorginstellingen verleend. Ze is gericht op het bevorderen van de kwaliteit van leven, zelfstandigheid, en welzijn van de patiënt. Financiering komt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).

Het zorgaanbod wordt vaak gecoördineerd door zorgorganisaties in samenwerking met mantelzorgers en andere zorgverleners. De sector is relatief zeer *arbeidsintensief*.

De totaal gedeclareerde zorgkosten ex Wet langdurige zorg bedroegen in 2023 32,4 miljard euro. Het betrof onder meer 2,0 miljard voor geestelijke gezondheidszorg, voor verpleging en verzorging 6,9 miljard euro alsmede voor gehandicaptenzorg 9,9 miljard euro. De uitgaven voor langdurige zorg zijn de afgelopen jaren aanzienlijk gestegen, ook in vergelijking met de andere sectoren in de zorg.

De **acute zorg** in Nederland biedt onmiddellijke medische hulp bij plotselinge, *ernstige* gezondheidsproblemen of *levensbedreigende* situaties, zoals ongevallen, hartaanvallen of ernstige verwondingen. Deze zorg wordt verleend door spoedeisende hulp afdelingen in ziekenhuizen (SEH's), ambulancediensten, huisartsenposten buiten kantooruren (HAP's), en traumahelikopters. Het doel is om snel de juiste medische interventie te bieden om levens te redden, complicaties te voorkomen en verdere schade te beperken. De acute zorg is goed georganiseerd. Er wordt nauw samengewerkt met andere zorgverleners om een snelle en effectieve behandeling te garanderen.

Uitgaven voor SEH, ambulancezorg, en huisartsenposten komen op jaarbasis in totaal uit op ongeveer 4 miljard euro per jaar. Het leeuwendeel gaat naar de spoedeisende hulp (2,5 miljard euro), gevolgd door ambulancevervoer (0,8 tot 1 miljard euro).

De **farmaceutische zorg** in Nederland omvat het verstrekken van geneesmiddelen en medicatiebegeleiding door apotheken, apotheekhoudende huisartsen en poliklinische apotheken. Apotheken zorgen voor de uitgifte van voorgeschreven medicatie, geven advies over juist gebruik en bewaken medicatieveiligheid door interacties en bijwerkingen te controleren. Apotheekhoudende huisartsen bieden farmaceutische zorg in gebieden waar geen reguliere apotheek aanwezig is. Poliklinische apotheken, gevestigd in ziekenhuizen, leveren medicatie aan patiënten die vanuit de specialistische zorg worden behandeld. Samen waarborgen ze veilige, effectieve en gepersonaliseerde medicatiezorg voor patiënten.

De geneesmiddelenvoorziening in Nederland is een goed georganiseerd en *sterk gereguleerd* systeem dat zorgt voor de beschikbaarheid en distributie van veilige en effectieve medicijnen. Het systeem omvat de productie, registratie, in- en uitvoer, distributie en verstrekking van geneesmiddelen. Geneesmiddelen worden beoordeeld en goedgekeurd door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) voordat ze op de markt komen.

Zowel de centrale overheid als de zorgverzekeraars – zij het in mindere mate – spelen een cruciale rol in de beheersing van de uitgaven. Dat gebeurt vooral via regulering van



prijzen en vergoedingen.

De uitgaven aan extramurale geneesmiddelen zijn in 2023 met 3,5% ten opzichte van het voorgaande jaar gestegen naar 5,4 miljard euro. Het aantal gebruikers van geneesmiddelen verstrekt vanuit openbare apotheken, apotheekpraktijken van huisartsen en poliklinische apotheken bedroeg 11,8 miljoen in 2023.

De **geboortezorg** in Nederland is een goed gestructureerd systeem dat zorg biedt aan vrouwen tijdens de zwangerschap, bevalling en de eerste weken na de geboorte. Deze zorg wordt geleverd door verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden en huisartsen. De zorg is sterk gericht op de *autonomie* van de zwangere vrouw, waarbij thuisbevallingen een veilige optie zijn voor laag-risico zwangerschappen.

Verloskundigen begeleiden doorgaans de zwangerschap en bevalling, terwijl gynaecologen betrokken zijn bij medische complicaties. Na de bevalling wordt kraamzorg geboden, waarbij ondersteuning en zorg aan moeder en kind centraal staan. De geboortezorg is grotendeels gedekt door de basiszorgverzekering ex Zw.

De uitgaven voor geboortezorg bedroegen in 2021 1,4 miljard euro, een stijging van ruim 9% ten opzichte van het jaar daarvoor (dat vertekend was door de corona-epidemie). In alle drie deelsectoren te weten verloskundige zorg, kraamzorg en medisch-specialistische zorg valt een toename van de uitgaven te constateren.

De **tandheelkundige zorg** in Nederland omvat preventie, diagnose, en behandeling van mond- en gebitsproblemen. Deze zorg wordt verleend door tandartsen, mondhygiënisten en tandprotheticici. Kinderen tot 18 jaar krijgen bijna alle tandheelkundige zorg vergoed vanuit de basiszorgverzekering, terwijl volwassenen hun tandartszorg meestal aanvullend verzekeren. De zorg varieert van reguliere controles en mondhygiëne tot complexe behandelingen zoals vullingen, kronen, implantaten en orthodontie. Preventie staat centraal, met een focus op regelmatige controles en mondverzorging om gebitsproblemen te voorkomen. De tandheelkundige zorg in Nederland is *hoogwaardig* en over het algemeen goed toegankelijk.

De gesommeerde uitgaven op basis van Zorgverzekeringswet én de aanvullende verzekeringen voor mondzorg bedroegen in 2022 bijna 2,7 miljard in 2022. Deze kostenpost omvat uiteraard niet de particuliere bijbetalingen voor mondzorg, waarvoor geen of een beperkte aanspraak op vergoeding bestaat vanwege basis- of aanvullende verzekering.

De **paramedische zorg** in Nederland omvat behandelingen en ondersteuning door zorgverleners die gespecialiseerd zijn in niet-medicamenteuze therapieën, zoals fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek. Deze zorg richt zich op het verbeteren van de fysieke en functionele gezondheid, het herstellen van mobiliteit, spraak, voedingstoestand en het bevorderen van zelfstandig functioneren.

Paramedische zorg wordt zowel preventief als curatief ingezet en speelt een belangrijke rol in *revalidatie* en chronische zorg. De vergoeding voor paramedische zorg komt deels uit de basisverzekering ex Zvw, afhankelijk van de indicatie. Ze wordt in de praktijk vaak aangevuld door uitkeringen vanuit aanvullende verzekeringen.

De uitgaven voor paramedische zorg bedroegen in 2022 ruim 2,1 miljard euro, een stijging met 1,7% gestegen ten opzichte van het jaar ervoor.

De zorgsector **wijkverpleging en thuiszorg** in Nederland biedt medische en persoonlijke zorg aan mensen in hun eigen woonomgeving. Wijkverpleging verwijst specifiek naar de medische en verpleegkundige zorg die wordt geleverd door wijkverpleegkundigen in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Dit omvat bijvoorbeeld wondverzorging, medicatiebeheer, verpleegtechnische handelingen en coördinatie van zorg. Door hun nauwe samenwerking met huisartsen en andere zorgprofessionals dragen zij bij aan de continuïteit van zorg, voorkomen ze ziekenhuisopnames en bevorderen ze het zelfstandig wonen van kwetsbare mensen. De zorg wordt afgestemd op de *individuele* behoeften van de patiënt en is grotendeels gedekt door de basisverzekering (ex Zvw).

Thuiszorg is een bredere term die *zowel medische zorg* (wijkverpleging) als *niet-medische zorg* omvat. Dit laatste kan persoonlijke verzorging (zoals hulp bij wassen en aankleden), huishoudelijke hulp (zoals schoonmaken en koken) en begeleiding bij dagelijkse activiteiten omvatten. Thuiszorg wordt gefinancierd via verschillende kanalen, afhankelijk van de aard van de zorg en het wettelijke regiem dat dientengevolge van toepassing is.

In 2022 bedroegen de uitgaven voor verpleging, verzorging en thuiszorg in Nederland ruwweg geschat tenminste 21,9 miljard euro. Een nauwkeuriger totaalcijfer is niet beschikbaar vanwege de ingewikkelde financieringsopzet.

De **geestelijke gezondheidszorg** (GGZ) in Nederland biedt diagnostiek, behandeling en begeleiding voor mensen met psychische aandoeningen en emotionele problemen. De GGZ is onderverdeeld in verschillende niveaus: de basis-GGZ voor milde tot matige klachten en de gespecialiseerde GGZ voor ernstige en complexe aandoeningen. Zorgverleners zijn onder meer psychologen, psychiaters en therapeuten. De zorg kan zowel *ambulant* als *klinisch* worden verleend, afhankelijk van de noodzaak.

De GGZ wordt gefinancierd door de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarbij de kosten grotendeels worden vergoed door de basiszorgverzekering met een mogelijk eigen risico. **Forensische zorg** in Nederland richt zich op de behandeling en begeleiding van mensen met psychische aandoeningen die een *strafbaar* feit hebben gepleegd of een verhoogd risico vormen voor de maatschappij.

Deze zorg combineert klinische psychiatrische behandeling met veiligheid en beveiliging. Het omvat instellingen zoals forensische psychiatrische klinieken en gevangenissen met gespecialiseerde zorgafdelingen. Doel is om de patiënten te rehabiliteren, recidive te voorkomen en de veiligheid van de samenleving te waarborgen. De financiering valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor de behandelingskosten, terwijl de kosten voor beveiliging en detentie door het ministerie van Justitie en Veiligheid worden gedragen.

De uitgaven, uitgesplitst voor naar de verschillende onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg, zagen er over 2021 als volgt uit: POH-GGZ 265 miljoen euro generalistische basis-GGZ 230 miljoen euro, gespecialiseerde GGZ 2,5 miljard euro en langdurige GGZ 136 miljoen euro.

**Kortdurende zorg** in Nederland betreft medische zorg voor specifieke patiëntengroepen, die dringend behoefte hebben aan zorg thuis of op locatie onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijke gehandicaptenzorg. Het gaat vooral om *ouderen met multi-problematiek*. Ook is vaak geriatrische revalidatiezorg geboden of een kortdurende opname in een zorginstelling, het zogenaamde eerstelijnsverblijf. Dat laatste betreft dan het tijdelijk medisch noodzakelijk verblijf voor personen die niet in aanmerking komen voor medisch-specialistische zorg, maar ook niet naar huis kunnen. De gesaldeerde uitgaven bedroegen in 2022 naar schatting iets meer dan 1,1 miljard euro.

Tot slot is er nog het domein van de **zorgverzekeringen** en de **voorzieningen**. Er is geen functionerend zorgaanbod mogelijk en denkbaar zonder structuur, organisatie en financiering. Daarvoor zijn een *verzekeringswet* (Zvw) en een tweetal *voorzieningswetten* (Wlz en Wmo) in het leven geroepen. Zo bepaalt de overheid de regels omtrent de wettelijk verplichte ziektekostenverzekering (ex Zorgverzekeringswet) en onder meer wat er in deze basisverzekering zit ('cure'). Ook het eigen risico wordt erin geregeld naast eigen bijdragen, die geheel losstaan van het eigen risico.

Voor wat betreft de aanvullende ziektekostenverzekering zijn het de zorgverzekeraars zelf die dekking en voorwaarden bepalen. Zij stellen ook de (nominale) premie vast. Aanvullende verzekeringen vergoeden bijvoorbeeld (een deel van) de kosten van extra fysiotherapie, de tandarts en orthodontist (voor beugels), alternatieve geneeskunde en brillen en lenzen.

In tegenstelling tot de Zorgverzekeringswet (Zvw), die een verzekeringsstelsel voor reguliere medische zorg is, heeft de Wet langdurige zorg (Wlz) betrekking op voorzieningen en zorgstructuren voor langdurige zorgbehoeften.

De financiering komt grotendeels uit belastingmiddelen en er is een eigen bijdrage op basis van inkomen en vermogen voor de zorgontvangers. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is eveneens geen verzekering maar een wettelijk kader voor voorzieningen en gemeentelijke zorg. Ze regelt de ondersteuning en hulp die gemeenten bieden aan inwoners die moeite hebben met zelfstandig functioneren, zoals ouderen, mensen met een handicap, of mensen met een chronische ziekte.

Gezien het grote belang van politieke interventies door de jaren heen op het zorgstelsel wordt in het volgende hoofdstuk meer in detail ingegaan op het wetgevingscomplex dat het zorgstelsel omkadert en op hoofdlijnen bestiert.

De zorg wordt grotendeels aangeboden vanuit of door private organisaties (veelal stichtingen), commerciële bedrijven of zelfstandige beroepsbeoefenaren (al dan niet in samenwerkingsvormen). Onder meer academische ziekenhuizen kennen een publiekrechtelijke rechtspersoon, zij verantwoorden zich overigens altijd als privaatrechtelijk rechtspersoon.



## 6. HET WETGEVINGSCOMPLEX

Het zorgstelsel wordt hoofdzakelijk gestructureerd, georganiseerd en gefinancierd vanuit een drietal 'hoofd'wetten, met hun talloze regelingen in de vorm van AMVB's (algemene maatregel van bestuur) en ministeriële besluiten. De stelselwetten zijn:

- Zorgverzekeringswet (Zvw, ingevoerd in 2006), met zijn wettelijk verplichte basisverzekering, acceptatieplicht, verbod op risicoselectie, contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en -aanbieders en premieconcurrentie, gedreven door doelmatige zorginkoop.
- Wet langdurige zorg (Wlz, ingevoerd in 2015) ter dekking van uitgaven voor moeilijk verzekerbare zorg voor langere duur, zoals verpleeghuiszorg en intensieve thuiszorg én
- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015, ter vervanging van de gelijknamige wet uit 2007), op grond waarvan gemeenten ondersteuning te bieden op het gebied van zelfredzaamheid in de vorm van huishoudelijke hulp, dagbesteding en aanpassingen in huis, met name voor personen met een beperking of psychische c.q. psychosociale problemen.

Daarnaast is er nog een belangrijke stelselwet, de *Jeugdwet* (JW, 2015). Die regelt ondersteuning en gespecialiseerde zorg voor kinderen en jongeren tot 18 jaar. Ze omvat jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. In dit resumé blijft deze wet verder buiten beschouwing.

Annex aan de Zorgverzekeringswet is de Wet op zorgtoeslag (Wzt, 2005) die financiële ondersteuning biedt aan verplicht verzekerden (ouder dan 18 jaar) met een laag inkomen om de premie van hun zorgverzekering betaalbaar te houden. De toeslag is afhankelijk van draagkracht op basis van inkomen en vermogen.

Met ingang van 2023 is verder een wijziging van de Zorgverzekeringswet van kracht geworden. Met de Wet van 11 mei 2022, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het afschaffen van de collectiviteitskorting is er een verbod op het aanbieden van collectiviteitskortingen op zorgverzekeringen ingesteld. Zorgverzekeraars moeten voortaan voor exact dezelfde zorgverzekering eenzelfde premie in rekening brengen. Het bleek namelijk dat bij verreweg de meeste collectiviteiten de korting niet gelegitimeerd kon worden door (zorg)inhoudelijke afspraken met zorgaanbieders. In plaats daarvan werd de korting bekostigd door een opslag op de premie en vond er ongewenste kruissubsidiëring tussen verzekerden binnen en buiten het collectief plaats. Bovendien droeg het grote aantal collectiviteiten niet bij aan een overzichtelijk aanbod van zorgpolissen voor verzekerden.

Van betekenis voor de organisatie en sturing van het gezondheidszorgstelsel is verder de rol van het Zorginstituut Nederland. Die is belast met het beheer van het verzekerde pakket op basis van de Zorgverzekeringswet.

Op grond van de Wet op de Raad voor volksgezondheid en samenleving is er verder in 2015 een gelijknamig onafhankelijk adviesorgaan (RVS) voor regering en parlement in het leven geroepen om bij te dragen aan de beleids- en besluitvorming op het snijvlak van volksgezondheid, zorg en samenleving.

Van groot belang zijn verder een reeks 'kwaliteits'wetten in de zorg. Het doel is hoofdzakelijk het beschermen van de rechten van de patiënt, het garanderen van de kwaliteit en professionaliteit van zorgaanbieders en zorginstellingen.

In willekeurige volgorde:

- *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)*: deze wet, ingevoerd in 1993, regelt de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg en beschermt patiënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners.
- *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*: deze wet, die in 2016 in werking trad, stelt eisen aan de kwaliteit van zorg en regelt hoe zorgaanbieders met klachten en geschillen moeten omgaan.
- *Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)*: deze wet, oorspronkelijk ingevoerd in 1996 en vernieuwd in 2020, regelt de medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen.
- *Wet toelating zorginstellingen (WTZi)*: deze wet, ingevoerd in 2006, bepaalt onder welke voorwaarden zorginstellingen zorg mogen aanbieden die wordt vergoed door de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg.
- *Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa)*: deze wet regelt de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg door bestending van de huidige praktijk met betrekking tot het functioneren van het regionaal overleg acute zorgketen en de huidige veld- en wettelijke normen voor de bereikbaarheid van de acute zorg.
- *Wet Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd)*: deze wet, ingevoerd in 2020 onder meer ter vervanging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (wet Bopz), regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie).
- *Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)*: deze in 2020 ingevoerde wet regelt de rechten van personen die te maken hebben met verplichte zorg vanwege en psychische aandoening.

Ook zijn er twee specifieke productwetten die zien op de kwaliteit van geneesmiddelen respectievelijk medische hulpmiddelen, namelijk de *Geneesmiddelenwet* (Gw) en de *Wet medische hulpmiddelen* (Wmh). In de Geneesmiddelenwet (ingevoerd in 2007 ter vervanging van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening uit 1963) is vastgelegd welke stoffen en producten onder een geneesmiddel worden verstaan, alsook de eisen aan vergunningen voor markttoelating, fabricage en distributie, de indeling van geneesmiddelen, alsmede eisen aan voorschrijfgedrag, etikettering en reclame.

Om de kosten van geneesmiddelen te beheersen is in 1996 de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp) ingevoerd. Op grond van deze wet kan de verantwoordelijke minister van prijzen voor merkgeneesmiddelen aan een maximum binden. De prijs van ieder afzonderlijk merkgeneesmiddel wordt vastgesteld als het rekenkundig gemiddelde van de prijzen van hetzelfde geneesmiddel, aanwezig in prijslijsten van vier bij wet aangewezen referentielanden, te weten België, Frankrijk, Noorwegen en het (niet-EU-land) Verenigd Koninkrijk. De maximumprijzen worden vastgesteld bij ministeriële regeling. Twee keer per jaar wordt nagegaan of er aanleiding is de maximumprijzen te herijken.

De Wmh (de per 2021 ingevoerde wet als vervanger van de Wet op de medische hulpmiddelen uit 1970) heeft tot doel het veilig gebruik van medische hulpmiddelen te garanderen. De Geneesmiddelenwet vloeit voort uit overeenkomstige Europese richtlijnen, de Wet medische hulpmiddelen is in volledige afstemming met een tweetal expliciete Europese Verordeningen.

Ten tijde van de recente COVID-pandemie werd het belang van een goed georganiseerde bestrijding van infectieziekten weer eens onderstreept. De in 2008 ingevoerde *Wet publieke gezondheid* verving de verouderde Infectieziektewet, de Quarantainewet en de Wet collectieve preventie volksgezondheid. De wet regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen of vervoermiddelen die internationaal gezondheidsgevaren kunnen opleveren. Ook regelt de wet de hiermee verband houdende jeugd- en ouderengezondheidszorg. De wet bepaalt ook de verantwoordelijkheden van gemeenten, gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) en andere instanties. Zo hebben de gemeenten tot taak te zorgen voor goed functionerend aanbod aan openbare zorg, dat goed aansluit bij door artsen geboden zorg. Het accent ligt daarbij op infectieziektebestrijding en geneeskundige hulp bij rampen.

Een zeer specialistische wet is de *Wet forensische zorg* (WFZ). Deze wet regelt de voorziening voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een straf of maatregel. Terbeschikkingstelling met dwangverpleging (Tbs) is de zwaarste maatregel als onderdeel van een door de rechter opgelegde straf.

Tbs met dwangverpleging is daarmee ook de zwaarste vorm van forensische interventie.

Tot slot is er nog de *Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)*, een in 2006 in werking getreden stelselwet. De Wmg is gericht op het op gang brengen en onderhouden van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg. De wet kent een informatieplicht voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars: zij dienen over hun aanbod, tarieven, kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden zorg informatie te verschaffen. De wet regelt hoe de tarieven in de zorg tot stand komen, monitort de zorgmarkten (dus zorgverzekering, zorginkoop én zorgverlening) en biedt de mogelijkheid corrigerend in te grijpen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de markttoezichthouder in de zorg. Zij ziet erop toe dat alle partijen zich aan de regels houden en dat de zorgmarkten goed blijven functioneren. De NZa stelt hiervoor beleidsregels en regelingen op. De Wmg is van toepassing op zorgverzekeraars, zorgkantoren en alle aanbieders van zorg die beschreven in de Zvw, Wlz en de Wet BIG. De zorgaanbieders moeten voldoen aan de eisen uit de prestatiebeschrijvingen (opgenomen in beleidsregels). Daarin is ook vastgelegd wat de tarieven voor betreffende prestaties zijn.

Tot slot speelt de *Mededingingswet (Mw)*, de wet die vrije marktwerking moet garanderen, op de achtergrond een belangrijke rol. Het zijn immers uitsluitend particuliere ondernemingen die op de zorgverzekeringsmarkt – als uitvoerders van de Zorgverzekeringswet – verantwoordelijk zijn voor het aanbod aan het basispakket verzekerde zorg. Dientengevolge vallen zij onder bepalingen van deze algemene wet die onderlinge concurrentie beperkende overeenkomsten en onderling afgestemde gedragingen tussen ondernemingen verbiedt. De Zorgverzekeringswet is immers gebaseerd op een stelsel van marktwerking, zij het gereguleerd onder publieke randvoorwaarden. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) is belast met het toezicht op de naleving.

Er zijn ook diverse wetsvoorstellen voor de zorg in uiteenlopende stadia van voorbereiding. Zo zal met ingang van volgend jaar de Wet Domein-overstijgende Samenwerking (DOS) van kracht worden. De nieuwe wettelijke regeling is bedoeld om samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren te vergemakkelijken om zo duurdere en zwaardere zorg te voorkomen of tenminste uit te stellen. Bovendien wil men door een aanpassing van de Wet langdurige zorg (Wlz) regelen dat de uitvoeringstaken van de zorgkantoren worden verbreed, zodat zij de mogelijkheid krijgen te investeren in preventieve maatregelen. Naast de aanpassingen in de Wlz wordt ook een aanvulling van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) voorgesteld. Hierdoor komt er een wettelijke grondslag voor aanvullende bekostiging van de geleverde zorg, naast de persoonsvolgende bekostiging per cliënt.



## 7. MANCO'S TE OVER

Algemeen, dus ook internationaal, wordt onderkend dat de zorg in Nederland van hoge kwaliteit is, met een breed aanbod en met hooggekwalificeerde zorgprofessionals. Maar is ook een hoge mate van consensus dat zowel de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid onder druk staan. Het recent tussen de overheid en zorgpartijen gesloten Integraal Zorgakkoord (IZA) getuigt hiervan. Centraal in het akkoord staat het tamelijk abstracte bestuurlijke concept 'passende zorg'.

Een viertal principes schraagt dit begrip, te weten:

- Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs.
- Passende zorg wordt, waar mogelijk, dicht bij de patiënt georganiseerd.
- Bij passende zorg beslissen patiënten samen met hun arts over wat voor hen de best mogelijke behandeling is.
- Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en de aandacht voor wat iemand wel kan.

De praktische invulling door de ondertekenaars (onder meer overkoepelende organisaties van ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg) zal echter nog heel wat voeten in de aarde hebben, gelet op hun vaak tegenstrijdige belangen.

Het Nederlandse zorgstelsel is verre van perfect, het aantal manco's en knelpunten is aanzienlijk. Ook de toekomstbestendigheid en met name de financierbaarheid is een punt van serieuze zorg. Kernvraag is of een aanpak gericht op het zoveel als mogelijk oplossen van knelpunten, in combinatie van met bestuurlijke en organisatorische vernieuwingen zal kunnen volstaan of dat op afzienbare een stelselwijziging nodig is. De opinies hieromtrent van adviesorganen van de overheid en van deskundigen zijn overigens bepaald niet eenstemmig.

Voor het zorgstelsel in de volle breedte gelden drie generieke knelpunten. Het gaat om *toegankelijkheid, financierbaarheid en personele bezetting*. Primair lijkt alles te draaien om de financiële spankracht in het komende decennium. Er zijn ook economen - en enkele zorgprofessional - die menen dat meer geld niet de oplossing is. Sterker nog, er zou nog veel doelmatigheidswinst te behalen zijn, met name door het doorvoeren van technologische vernieuwingen, vooral de inzet van kunstmatige intelligentie (Artificial Intelligence of AI) met name bij repetitieve taken op het gebied van diagnostiek (beeldanalyse van bijvoorbeeld CT-scans of MRI-scans), robotisering (operatierobots, bloedafname,) en e-health, het gebruik van informatie- en communicatietechnologie (bijvoorbeeld digitaal consult).

De ervaring leert echter dat hogere efficiency per saldo niet leidt tot macro-kostenbesparingen, maar dat gewonnen financiële ruimte snel door nieuwe, andersoortige activiteiten wordt opgevuld.

De financierbaarheid van het stelsel lijkt hoofdzakelijk te worden bepaald door de groei of krimp van de nationale economie. En de ontwikkeling daarvan hangt op zijn beurt af van tal van niet of moeilijk beïnvloedbare factoren, zoals geopolitieke ontwikkelingen, crises in andere maatschappelijke sectoren of arbeidsmarktproblematiek.

De zorgen omtrent de houdbaarheid van het zorgstelsel worden ook sterk gevoed door demografische ontwikkelingen en met name de vergrijzingsfactor. Deze ontwikkeling zou met name zoveel extra druk op de zorg veroorzaken dat het stelsel er onder zou kunnen bezwijken. In beeldende termen beschreven: over 20 jaar staan ouderen allemaal aan de deur van het verpleeghuis, terwijl verderop de ziekenhuizen instorten. Ook zijn er dan niet langer voldoende mantelzorgers beschikbaar zijn. Momenteel zijn er per 85-jarige nog 14,5 potentiële mantelzorgers. Tenminste: als je elke 45 tot 65-jarige als potentiële mantelzorger ziet (en niemand anders). In 2035 zijn dat er nog 8, in 2050 zijn nog maar 5.

Feit is dat artsen bij mensen op steeds jongere leeftijd de eerste, meer ernstige ziekte diagnosticeren. Maar dat betekent nog niet dat daarmee de totale behoefte aan zorg sterk toeneemt. Want, ziek zijn nu is iets anders dan ziek zijn vroeger. Zo'n vroege diagnose heeft als groot voordeel dat met een snelle ingreep grotere ellende later in het leven wordt voorkomen en dientengevolge forse gezondheidswinst wordt geboekt. Het gaat uiteindelijk om de *levensverwachting zonder aanmerkelijke gebreken*. En die neemt alleen maar toe.

Vaststaat dat leefstijl en leefomgeving een sterke invloed hebben op de gezondheid van het individu. Mensen met een lagere sociaaleconomische status hebben vaker een ongezonde leefstijl. Multiproblematiek en de samenhang met het sociale domein speelt hier onmiskenbaar een grote rol. Ook wordt het juiste loket niet altijd gevonden vanwege schotten binnen het zorgdomein én tussen het zorgdomein en het sociale domein, waardoor mensen niet zelden tussen wal en schip vallen. Dat vermindert de toegankelijkheid van zorg. Het maakt dan weinig of niets uit of de afzonderlijke entiteiten goed zijn georganiseerd en bemenst. De noodzakelijke behoefte aan zorg wordt gewoonweg niet vervuld door een combinatie van factoren zoals *juridificering, afschuifmentaliteit en de complexe bekostigingssystematiek*.

Een complicerende factor is helaas dat wetenschappelijk aantoonbaar resultaat rondom *preventie* en de effectiviteit van preventieprogramma's schaars en weinig overtuigend is.

Bovendien ervaren zorgverzekeraars geen commerciële prikkels, want voorkomen van zorg is immers niet winstgevend. Alle dure behandelingen die door investeringen in preventie worden voorkomen leiden automatisch tot een verlies van positieve vereveningsresultaten bij de zorgverzekeraar. Het aanbod van preventie- en leefstijlprogramma's door zorgverzekeraars moet dan ook vooral worden gezien als onderdeel van de marketing en het zich verschaffen van het gewenste profiel.

De problemen in de huisartsenzorg in Nederland zijn aanzienlijk en complex én daarmee ronduit zorgelijk te noemen. Er is een tekort aan huisartsen als gevolg van vergrijzing in de beroepsgroep en een tekortschietende instroom van nieuwe huisartsen. Er is sprake van hier en daar duidelijk sprake van overbelasting. Patiënten merken dat hun huisarts minder tijd heeft voor consulten, wat kan leiden tot ontevredenheid over de zorg. Dit kan ook invloed hebben op de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt. Door de als maar toenemende drukte in de huisartsenzorg kan het lastiger zijn om snel toegang te krijgen tot spoedeisende huisartsenzorg buiten kantooruren.

Volgens insiders wordt de problematiek verergerd door het fenomeen van het in *deeltijd werken*. Veel huisartsen kiezen bewust voor een betere balans tussen werk en privéleven. Met als gevolg dat de continuïteit van zorg voor patiënten sneller verstoord raakt. Patiënten hebben vaker te maken met verschillende huisartsen binnen dezelfde praktijk. Dit kan de vertrouwensrelatie en de consistentie in de zorgverlening beïnvloeden. Daartegenover staat de mogelijkheid om in deeltijd te werken wat de aantrekkelijkheid van het beroep vergroot, vooral voor jongere huisartsen en degenen met zorgtaken thuis. Het kan ook bijdragen aan het verminderen van 'burn-out's' en ongezonde stress. De problematiek speelt ook elders in de zorg, vooral waar het gespecialiseerde professionals zoals medisch-specialisten betreft. Het coördineren van zorg tussen meerdere deeltijdwerkende specialisten kan complex zijn en leiden tot inefficiënties in de zorgverlening, bijvoorbeeld bij het plannen van operaties of multidisciplinaire besprekingen.

Een ander weinig benoemd probleem is dat van de *overbehandeling*, i.c. bij medische interventies. Er bestaan geen exacte cijfers over het aantal onnodige of overbodige medische behandelingen. Maar het is duidelijk dat het een substantieel probleem is. Zorginstituut Nederland heeft ingeschat dat ongeveer 20% van de zorg potentieel *niet zinnig* is en dus te verminderen of zelfs te vermijden, omdat deze zorg mogelijk niet bijdraagt aan de gezondheid van de patiënt. Er blijkt ook sprake te zijn van significante praktijkvariatie, wat betekent dat dezelfde aandoening in verschillende ziekenhuizen, afdelingen of specialisten anders wordt behandeld. Dat kan erop wijzen dat sommige behandelingen mogelijk onnodig worden uitgevoerd. Het speelt vooral op het terrein van de diagnostische beeldvorming (röntgenfoto's of MRI-scans), kleine operaties (amandelen verwijderen) of bij geneesmiddelengebruik.

Ook afgelopen jaar wisselden weer ruim één miljoen premiebetalers van zorgverzekeraar. Geholpen door ‘onafhankelijke’ vergelijkingssites kozen zij voor hun basispakket aan zorg uit het verwarrende aanbod van 69 polissen met uiteenlopende voorwaarden en eigen risico's. Maar het was vooral een *zoektocht naar lage premies*, zij het ten koste van meer financieel risico, minder service, een beperkter keuze uit zorgaanbieders, anders gezegd minder keuzevrijheid. Al jaren is de hoogte van de nominale premie de meest aangegeven reden onder overstappers om te wisselen van zorgverzekering. In 2024 is het percentage overstappers dat ontevreden is over de hoogte van de premie een stukje lager dan vorige jaar: 39% ten opzichte van 46% in 2023. Ontevredenheid over de hoogte van de premie van de basisverzekering was voor 20% reden om over te stappen.

Ontevredenheid over de *kwaliteit van zorg* is daarentegen over de jaren heen *nauwelijks* een reden om te wisselen. Uit onderzoeken trekken ACM en de NZa de conclusie dat cliënten veel kunnen besparen op hun premie door over te stappen naar een goedkoper, vergelijkbaar alternatief. Tussen de goedkoopste en duurste basisverzekering die wordt aangeboden, zit in 2024 een verschil van 39 euro per maand. Vooral de goedkope labels richten zich op verzekeringstechnisch gunstige – vaak jonge en gezonde – verzekerden. Dat doen ze met lage vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg, hoge kortingen op het vrijwillig eigen risico, beperkte service en de (geforceerde) koppeling met schrale aanvullende verzekeringen.

De goedkoopste polis in 2024 is dan ook een naturapolis met een beperkte keuze aan gecontracteerde zorgaanbieders, terwijl de duurste polis een vrije keuze biedt via een restitutie. Ook bedraagt de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bij de goedkoopste polis maximaal 65 procent van de kosten, vergeleken met 100 procent van het marktconforme of wettelijke tarief bij de desbetreffende restitutiepolis.

Zouden alle verzekerden in Nederland de overstap naar de goedkoopste polis maken, dan zou de financiering van de zorgkosten ex Zvw volledig spaak lopen. Er zijn dan ook andere, serieuze vraagtekens te zetten bij het karakter van de premie-concurrentie in de basisverzekering. Feitelijk is dat is een fictieve besparing. De zorgkosten worden namelijk niet minder door een lagere premie, die blijven in essentie gelijk. De besparing van de een wordt daarom betaald door de ander. En laat een ander nu net degene zijn, die vaak minder gezond en extra kwetsbaarder is.

Een pregnant voorbeeld daarvan is de collectiviteitskorting op premies, bijna 15 jaar lang aangeboden door *nagenoeg alle* verzekeraars in die gevallen waarin zich niet een individu maar een collectief wenste te verzekeren. Men mikte daarbij op werknemers van bedrijven, relatief jong, actief en gezonder dan gemiddeld.



Pas recent is de overheid – rijkelijk laat – tot het inzicht gekomen dat er in de praktijk iets gebeurde wat *weinig of niets met concurrentie* te maken had. De premie voor iedereen eerst werd verhoogd, waarna men een korting weggaf aan collectieven. Hadden verzekeraars en de toezichthouder de jaarlijkse risicoverevening tussen verzekeraars van ruim 25 miljard euro even over het hoofd gezien? Want die elimineert vanuit het Zorgverzekeringsfonds zoveel mogelijk de verschillen in risicoprofiel van de aangesloten verzekerden per verzekeraar. Er zou alleen al daarom, hoe dan ook, intern bijgesteld moeten worden om het bedrijfsresultaat relatief te verbeteren.

In een gewone markt betekenen meer loyale afnemers meer marktmacht, die ingezet wordt om betere inkoopcondities te verkrijgen. Volgens die theorie zou op de zorgverzekeringsmarkt de toegenomen marktmacht van de verzekeraar onder het juk van de onderlinge concurrentie moeten neerslaan in gunstiger premies of een aantrekkelijker zorgaanbod voor de aangesloten verzekerden. De werkelijkheid al die jaren was dat de zorginkoop door verzekeraars geen doelmatigheidswinst heeft opgeleverd. Insiders wisten dat drommels goed. In verhullend, ambtelijk taalgebruik heet het nu *“dat bij verreweg de meeste collectiviteiten de korting niet kan worden gelegitimeerd door (zorg)inhoudelijke afspraken”*.

De vraag die zich opdringt is of een stelselwijziging op de zorgmarkt geboden is. Met in haar recent uitgebrachte advies aan de regering wil de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) schetsen hoe het zorgstelsel, dat in 2006 in werking trad, aangepast kan worden om ‘ruimte te bieden aan mensen om te doen wat nodig is’. De Raad pleit voor *samenwerking in plaats van concurrentie* bij het inkopen en aanbieden van huisartsenzorg, wijkverpleging, acute zorg en de ggz. Daarnaast stelt ze voor de zorg voor thuiswonende ouderen anders te organiseren. Dit betekent dat de Wlz (Wet langdurige zorg) voor deze doelgroep losgekoppeld moet worden van de domeinen Wlz, Wmo en Zvw. Meer samenwerking verdraagt zich per definitie niet goed met het concurrentiemodel in de zorgverzekeringsmarkt. Toch is goed voorstelbaar dat er stapsgewijs aanpassingen worden doorgevoerd die het privaatrechtelijke karakter naar de achtergrond dringen.

Belangrijk daarbij is volgens deskundigen dat bij het domineren van publieke doelen zorgprofessionals niet te zeer worden geconfronteerd met verminderde professionele autonomie, kwaliteitscompromissen, waardenconflicten en daarbovenop stapeling van administratieve lasten en restrictieve regels.

Voor een nader overzicht in knelpunten per (sub)sector wordt verwezen naar de **Annex** van dit rapport.



## ANNEX

### Huisartsenzorg

De uitgaven voor huisartsenzorg (ex Zorgverzekeringswet) bedroegen in 2023 4,8 miljard euro. De raming voor 2024 wijst op een groei van 10,3%. Tekorten aan huisartsen en ondersteunend personeel en de toename van wachtlijsten voor specialistische zorg elders. Maar ook de wachttijden in de huisartsenzorg zelf nemen toe. Steeds minder huisartsen willen praktijkhouder worden vanwege de hoge werkdruk en de bureaucratische bemoeienissen van zorgverzekeraars.

Ook is minder bereidheid bij een deel van de huisartsen om bij de start van een praktijk grote financiële verplichtingen aan te gaan. Nieuwkomers zien af van zelfstandige praktijkvoering en verkiezen kortere werkweken en parttime verbintenissen. Tegelijkertijd stijgt het aantal consulten en het aantal ingeschreven verzekerden per praktijk. Dat alles zorgt ervoor dat praktijkhouders in een toenemende aantal gevallen *geen kandidaten* vinden om hun huisartsenpraktijk over te nemen, als zij bijvoorbeeld met pensioen gaan. Het verschijnen van commerciële partijen op de markt voor huisartsenzorg (zoals het onlangs overigens gefailleerde Co-med) is dan ook symptomatisch voor de ontstane situatie. Co-med bood huisartsen de mogelijkheid te werken in loondienst, waarbij een centrale Co-med organisatie tal van ondersteunende diensten bood voor de praktijkvoering. Ze voorzag daarbij in een groeiende behoefte zoals indirect ook bleek uit het getoonde groeipotentieel.

Huisartsen ervaren volgens eigen zeggen veel last van zorgverzekeraars die zij als 'hindermacht' kwalificeren. Er is geen sprake van serieuze contractonder-handelingen met verzekeraars, wel van het eenzijdig opleggen van een dictaat. Daarnaast voelen zij zich ondergewaardeerd door de overheid (i.c. NZa) die recent tariefaanpassingen wil doorvoeren die geen recht doen aan de door de fulltime praktijk houdende huisarts feitelijk gemaakte werkweek. Al eerder hebben huisartsen met succes bij de rechter opgelegde tarieven aangevochten.

Met een *ondermaatse bekostiging* van de huisartsenzorg met een afnemende bereidheid om 'iets extra's' te doen, loopt de zorg in zijn geheel het risico vast te lopen, aldus de huisartsen.

Een huisartsenconsult (en bezoek aan een huisartsenpost) is uitgesloten van betaling van het eigen risico. Het eigen risico is dat deel van de zorgkosten dat de verzekerde zelf moet betalen voordat de zorgverzekeraar tot vergoeding van gemaakte kosten overgaat. Iedere verzekerde (boven de 18 jaar) is onder de Zorgverzekeringswet gehouden aan een eigen risico, dat in 2024 is gefixeerd op 385 euro. Men kan er overigens voor kiezen het eigen risico te verhogen met maximaal 500 euro op jaarbasis, in de verwachting weinig of geen beroep te hoeven doen op zorg.

## **Medisch-specialistische zorg (samen met dure geneesmiddelen)**

De uitgaven voor medisch-specialistische zorg (ex Zorgverzekeringswet) bedroegen in 2023 28,5 miljard euro. De raming voor 2024 wijst op een groei van 9,4%.

Volgens recente gegevens schommelt de jaarlijkse stijging van uitgaven aan dure (add-on) geneesmiddelen (in 2021 2,6 miljard euro) rond de 8% tot 10% per jaar. Dit staat in schril contrast met het extramurale gebruik van geneesmiddelen, verstrekt door openbare en poliklinische apotheken alsmede praktijken van apotheekhoudende artsen. Daar is eerder sprake van bescheiden groei, gemeten over een langere periode van ettelijke procenten per jaar, of zelfs van lichte krimp, wanneer men rekening houdt met bevolkingsgroei of inflatie.

In de medisch-specialistische zorg (msz) wordt het *tekort* aan artsen, (gespecialiseerde) verpleegkundigen en andere zorgprofessionals als het grootste probleem gezien en dus als de grootste bedreiging voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. De medisch specialisten zelf vinden dat administratielasten, regeldruk en de overtrokken bemoeienis vanuit de overheid, zorgverzekeraars en instituties terug moet worden gedrongen.

In sommige regio's is een lichte daling van de behandelwachtlijden te zien. De wachtlijden voor de polikliniek stijgen echter. Deze zijn in sommige regio's zelfs even lang als de behandelwachtlijden. Dat komt mogelijk doordat ziekenhuizen patiënten pas laten komen als ze binnen redelijke tijd ook een behandeling kunnen krijgen. Door gebrek aan capaciteit schiet in voorkomende gevallen ook de nazorg tekort.

Als gevolg van de groeiende instroom van patiënten die meer dan één ziekte tegelijk hebben, blijven ziekenhuisorganisaties regelmatig in gebreke bij het goed gecoördineerd aanbieden van de noodzakelijke specialistische behandelingen. Daarnaast moet er meer en meer samengewerkt worden met andere zorginstellingen, zoals huisartsenpraktijken, thuiszorg en verpleeghuizen, om naadloze zorg te bieden. Dit vereist betere in- en externe coördinatie en een nadrukkelijker integratie van diensten.

Voor bijna alle verzekerden en patiënten is de kwaliteit van de ziekenhuiszorg een 'black box'. Uit reeksen van onderzoeken blijkt dat er een forse regionale variatie is in de zorg die geleverd wordt, vooral tussen ziekenhuizen, maar ook tussen andere zorgorganisaties). Dat kan gaan om overleving- en sterfte-scores, behandeluitkomsten, complicaties na ingrepen en heropnames, ligdagen, wachtlijden, het gebruik aan dure geneesmiddelen etc. Via certificering en accreditatie geven ziekenhuizen overigens wel blijf van het voldoen aan (hoge) kwaliteitsnormen. Al met al dringt het beeld zich op dat hoe ingewikkelder en complexer de aandoening, hoe specialistischer de behandeling, hoe groter de *kwaliteitsverschillen* zijn.

Ook buiten de kring van ingewijde artsen is inzicht in de afzonderlijke kwaliteiten van de medisch-specialisten ver te zoeken. Zo zijn veel huisartsen zijn vaak onkundig welk ziekenhuis in voorkomend geval voor de te verwijzen patiënt te prefereren valt.

Volgens de memorie van toelichting op de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) moeten burgers keuzes die in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten worden gemaakt, goed kunnen afwegen. Dat vraagt om het breed beschikbaar zijn van 'ziektelast uitkomst' informatie. Vooralsnog ontbreekt het daaraan. De indruk bestaat dat de besturen van ziekenhuizen vooral sturen op een sluitende begroting en minder op het maximaliseren van de zorgkwaliteit. Dat is niet zo vreemd. Het buitengewoon krappe exploitatieresultaat van nagenoeg alle ziekenhuizen zorgt er immers voor dat men snel in de financiële gevarezone terecht komt, waardoor het voortbestaan van het ziekenhuis in het geding komt.

Toch heeft zo groot mogelijke transparantie ook een keerzijde. Het betreft niet alleen de grote administratieve lasten die de vereiste gegevensverzameling en - verwerking met zich brengen, het gaat evenzeer over wat de gevolgen zijn van het verleggen van de vraag naar afzonderlijke specialistische behandelingen. De verschuiving naar preferente ziekenhuizen zal logischerwijs gepaard gaan met sterk oplopende wachttijden enerzijds en onderbenutting van de capaciteit elders. Het is de vraag of de ziekenhuiszorg als 'markt' als zodanig tot een snelle, optimale herschikking van het aanbod aan medische-specialistische behandelingen kan komen zonder significante kapitaalvernietiging (waaronder 'human capital'). Dat laatste is onwaarschijnlijk. Een overhaaste, schoksgewijze invoering van maximale transparantie is dientengevolge ten stelligste af te raden.

De uitgaven voor medisch-specialistische zorg stijgen onder andere door een stijgende vraag, steeds kostbaarder medische technologieën en de kostenpost dure geneesmiddelen, een en ander versterkt door de forse (loon)inflatie van de afgelopen jaren.

Als hoofdregel geldt dat de kosten die ziekenhuizen maken voor geneesmiddelen, integraal onderdeel zijn van een diagnose behandelcombinatie (DBC). Alle 4.400 DBC-prestaties (of het nu diagnostiek, behandelingen of controles betreffen), worden uniek gecodeerd en vormen de basis voor verrekening met zorgverzekeraars. Los daarvan is er nog een vrij segment waarover ziekenhuizen en zorgverzekeraars aparte tarieven overeenkomen.

Voor geneesmiddelen krijgen ziekenhuizen een vaste vergoeding, als onderdeel van een volledige ziekenhuisbehandeling, getypeerd in afzonderlijke DBC's. Dure, vaak innovatieve geneesmiddelen kunnen de ziekenhuizen echter apart declareren bij de zorgverzekeraars. Dit gebeurt via een zogenaamde *add-on* procedure.



Ziekenhuis en zorgverzekeraar dienen dan een verzoek in bij de overheid (NZa) als zij vinden dat het niet mogelijk is om een bepaald geneesmiddel te bekostigen uit het tarief van desbetreffende DBC.

De huidige regel is dat een ziekenhuis een geneesmiddel kan declareren als add-on als het meer kost dan 1.000 euro per patiënt per jaar. Daarnaast kan een geneesmiddel als add-on worden betiteld als vergelijkbare producten dit ook al zijn. Een geneesmiddel voor exclusief intramuraal gebruik dat op de Nederlandse markt komt, stroomt in principe automatisch het basispakket ex Zvw in wanneer het voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (open systeem). Automatische vergoeding geldt echter niet voor dure specialistische geneesmiddelen die een zeer hoge budgetimpact hebben; deze geneesmiddelen komen in de 'sluis' voor beoordeling en prijsafspraken. Om de prijsstelling van nieuw tot de markt toegelaten specialistische geneesmiddelen onder druk te zetten hanteert de overheid namelijk de zogenaamde 'sluis'-procedure.

Die aanpak wordt van kracht indien de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) meent dat de prijs van een nieuw geneesmiddel dat onderdeel is van een ziekenhuisbehandeling te hoog uitvalt. Het Zorginstituut Nederland - met als belangrijkste taak het samenstellen van het basispakket van de zorgverzekering – daarbij bijgestaan door de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) en de Adviescommissie Pakket (ACP) – brengt hierover nader (positief of negatief) advies uit, hangende het ministeriële besluit het middel al dan niet toe te laten tot de basisverzekering (Zvw). Datzelfde lot kan ook een middel treffen dat weliswaar niet extreem kostbaar is, maar in potentie door een zeer groot aantal patiënten gebruikt gaat worden waardoor de kosten toch oplopen.

Voor opname in de sluis zijn dan ook twee harde criteria vastgesteld:

- Het betreffende geneesmiddel kost meer dan 20 miljoen euro per jaar
- Het betreffende geneesmiddel kost meer dan 50.000 euro per patiënt per jaar én het totaal loopt per jaar op tot 10 miljoen euro of meer.

Hangende het definitieve besluit tot opname in het basispakket van het desbetreffende middel wordt er met de fabrikant onderhandeld over een prijsverlaging. Wordt er geen overeenstemming bereikt, dan wordt het middel niet opgenomen in het basispakket en blijft vergoeding achterwege zonder dat overigens sprake is van een verkoopverbod.

Wordt er wél overeenstemming bereikt dan blijft de omvang van de prijsafpraak geheim. Zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor de bij hen ingediende declaraties op basis van de (te hoge) prijzen in de openbare prijslijsten.

Dat gebeurt via niet-gespecificeerde betalingen vanuit en door tussenkomst van een *'trusted third party'*. Fabrikanten van dure geneesmiddelen hebben eerder aan deze tussenschakel de afgesproken kortingsbedragen overgemaakt. Zo blijft dus de precieze korting geheim, ook voor verzekeraars.

Voor *intramurale* geneesmiddelen geldt dus óf open instroom óf de 'sluis' procedure. Voor *extramurale* geneesmiddelen geldt uitsluitend het principe van *gesloten* instroom. De farmaco-economische evaluatie van een intramuraal geneesmiddel als zodanig verschilt overigens niet van die van een extramuraal geneesmiddel en wordt door het Zorginstituut op dezelfde manier beoordeeld.

De uitgaven voor dure (add-on) geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg (msz) bedroegen in 2022 2,5 miljard. De procentuele groei over een 5-jaarsperiode was ongeveer dubbel zo hoog als voor de msz-uitgaven in haar geheel.

Omdat er binnen de medisch-specialistische zorg een steeds groter aandeel aan geneesmiddelen (voornamelijk voor de behandeling van nieuwvormingen, zoals monoklonale antilichamen en proteïnekinaseremmers) wordt besteed, blijft er minder geld over voor andere medisch-specialistische zorg en is er sprake van verdringing, aldus de overheid bij monde van de NZa. Men valt daarbij terug op een ogenschijnlijk simpele redenering. Omdat de uitgaven voor dure geneesmiddelen ieder jaar flink harder groeien dan het totale budget voor medisch-specialistische zorg, blijft er steeds minder over voor alle andere uitgaven, terwijl vaak niet duidelijk is of die geneesmiddelen meer waarde toevoegen dan de andere zorgcomponenten.

In de argumentatie neemt men ook wel het plafondbedrag voor één extra levensjaar in goede gezondheid (QALY oftewel quality-adjusted life year) als *tamelijk illusoire*, normatieve maatstaf voor kosteneffectiviteit, ook nog eens in combinatie met 'kwaliteit-van-leven' metingen.

Wat daar ook van zij, ook het Zorginstituut Nederland hanteert de stelling dat indien de uitgaven voor een bepaald geneesmiddel dit plafond overstijgen, de prijs als te hoog wordt gekenmerkt. Al vele jaren wordt door het Zorginstituut met een vast bedrag van 80.000 euro op jaarbasis gerekend. Of dure geneesmiddelen voor verdringing zorgen binnen de medisch-specialistische zorg is niet zo evident als de overheid doet geloven. Verdringing dient ook breder te worden beschouwd, namelijk als ongewenst *effect* op de zorg (bijvoorbeeld ook door het ontstaan van wachtlijsten) veroorzaakt door opname van een medische technologie (waaronder dus dure geneesmiddelen) in het verzekerde pakket.

Volgens sommige deskundigen is verdringing een diffuus proces en is de budgetdruk van een nieuwe medische technologie niet direct te koppelen aan verdringing van andere specifieke, zinnige zorg, temeer daar de toegevoegde waarde van 'verdringer'

en 'verdrongene' vaak moeilijk te bepalen valt en dus te vergelijken. Al met al is het een verdelingsvraagstuk bij relatieve schaarste, waarbij een rekenkundige benadering - bijvoorbeeld via het Qali-principe - een quasi-rationele uitweg biedt.

Voor het *eigen risico* geldt sinds kort in de medisch-specialistische zorg een speciale regeling. Per opname en behandeling geldt maximumbedrag van 150 euro in plaats van het alom geldende bedrag van 385 euro. Hierdoor is de financiële drempel voor de toegang tot ziekenhuiszorg lager gelegd. Met de aangepaste eigen risico-regeling wordt beoogd dat verzekerden minder snel zullen afzien van zorg wanneer zij deze wél nodig hebben. Verzekerden met hoge zorgkosten, vooral ook buiten de medisch-specialistische zorg, zullen waarschijnlijk alsnog hun eigen risico volmaken. Zij blijven derhalve het maximum aan verplicht eigen risico van 385 euro op jaarbasis betalen.

### ***Langdurige zorg voor patiënten met een chronische aandoening of beperking***

De totaal gedeclareerde zorgkosten ex Wet langdurige zorg bedroegen in 2023 32,4 miljard euro. Het betrof onder meer 2,0 miljard voor geestelijke gezondheidszorg, voor verpleging en verzorging 6,9 miljard euro alsmede voor gehandicaptenzorg 9,9 miljard euro.

In Nederland zijn de uitgaven voor langdurige zorg de afgelopen jaren aanzienlijk gestegen, ook in vergelijking met de andere sectoren in de zorg. Zo namen ze in 2021 toe met 10,8% ten opzichte van het jaar daarvoor. In 2023 werd een verdere stijging van 9,2% gerapporteerd, voornamelijk als gevolg van hoge inflatie en stijgende lonen. De sector is relatief *zeer arbeidsintensief*, waardoor de stijging van de lonen een verhoudingsgewijs een groot effect op de uitgaven heeft. Op grond van een recente scenarioanalyse wordt aangenomen dat het aandeel van de Wlz in de collectieve zorguitgaven tussen 2025 en 2060 toeneemt van bijna een derde tot ruim 45 procent. De Wlz-taken uit op het gebied van administratie, controle en zorginkoop worden uitgevoerd door (37) zorgkantoren. Deze organisaties die in opdracht van de overheid werken, onderhandelen met zorgaanbieders over de hoogte van de tarieven. Zorgkantoren regelen ook dat mensen de juiste langdurige zorg krijgen. Dat doen ze door de zorg te regelen voor een verzekerde met een indicatiebesluit voor 'zorg-in-natura'. Ook voeren ze de regeling persoonsgebonden budget (pgb) uit.

De langdurige zorg wordt geplaagd door complexe regelgeving en bureaucratische rompslomp. Zorgverleners besteden veel tijd aan administratieve taken, wat ten koste gaat van de tijd die ze kunnen besteden aan directe zorgverlening. Ook voor zorgontvangers en hun families kan het lastig zijn om door het woud van regels en mogelijkheden heen te navigeren. Ook is er sprake van inconsistenties in de kwaliteit. De zorg die mensen ontvangen kan sterk variëren afhankelijk van de regio, het specifieke zorgaanbod, de beschikbare middelen, terwijl ook het individuele optreden van zorgverleners en de persoonlijke bejegening van cliënten zich lastig laat kwalificeren en standaardiseren.

Meer en meer wordt er ook beroep gedaan op mantelzorgers, vaak familieleden. Dit kan bij hen leiden tot overbelasting, aangezien mantelzorgers vaak hun eigen werk en leven moeten combineren met zorgverantwoordelijkheden, zonder voldoende ondersteuning.

De manier waarop de langdurige zorg nu is georganiseerd, is *niet langer houdbaar*. Tot die conclusie is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gekomen in twee recent uitgebrachte adviezen. Er zou een transitie nodig zijn om te voorkomen dat de zorg aan de meest kwetsbaren in gevaar komt. De NZa constateert met name dat cliënten met een indicatie voor de Wlz nu allemaal recht hebben op verblijf in een instelling. Dat recht is *niet meer realistisch* door het personeelstekort en het tekort aan verblijfplaatsen. In de Wlz staat keuzevrijheid centraal. En er is bovendien een zeer complex zorglandschap ontstaan door de vele mogelijke combinaties van woonvormen, manieren van bekostiging en de zorg die cliënten nodig hebben. Dit staat samenwerking tussen zorgaanbieders in de weg en kan ertoe leiden dat de meest kwetsbare cliënten niet de zorg krijgen die zij nodig hebben, aldus NZa.

### **Acute zorg**

In Nederland worden de uitgaven voor acute zorg, zoals spoedeisende hulp (SEH) en ambulancevervoer, gefinancierd via een combinatie van publieke en private middelen. Financiering vindt voornamelijk plaats via de basisverzekering (Zorgverzekeringswet), met daarnaast een belangrijke rol voor overheidssubsidies en – in beperkte mate – eigen bijdragen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. Het zijn de zorgverzekeraars die primair de kosten vergoeden van deze zorg aan de zorgverleners, zoals ziekenhuizen en ambulancediensten. Daarnaast verstrekt de overheid aan hen een deel van de kosten voor acute zorg.

Dit kan onder andere betrekking hebben op de beschikbaarheid van SEH-afdelingen en de infrastructuur van de ambulancediensten. Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's), samenwerkingsverbanden van meerdere ambulancediensten binnen een regio, verstrekken op hun beurt deze subsidies aan de ambulancediensten, maar ook aan meldkamers die ambulancevervoer coördineren en aan spoedposten waar huisartsen spoedeisende hulp verlenen.

Uitgaven voor SEH, ambulancezorg, en huisartsenposten komen op jaarbasis in totaal uit op ongeveer 4 miljard euro per jaar. Het leeuwendeel gaat naar Spoedeisende Hulp (2,5 miljard euro, gevolgd door ambulancevervoer (0,8 tot 1 miljard euro)).

Ook in de acute zorg is een chronisch tekort aan gespecialiseerd personeel, zoals SEH-artsen, ambulancepersoneel, en verpleegkundigen. Dit leidt tot hoge werkdruk, uitval door burn-out, en langere wachttijden voor patiënten. Daarenboven is er een toename te zien van patiënten met acute psychosociale en psychiatrische problemen, waarvoor SEH-afdelingen en ambulancediensten niet altijd voldoende zijn toegerust.

Sommigen gaan dan ook zover de SEH als het 'afvoerputje' van de zorg te bestempelen.

In de praktijk blijkt verder dat de samenwerking tussen verschillende zorgverleners in de acute keten (huisartsen, SEH, ambulancediensten en thuiszorg) niet altijd optimaal is. Dat leidt regelmatig leiden tot onnodige doorverwijzingen, dubbele diagnostiek en vertragingen in de zorg. Maar minstens zo illustratief is in dit opzicht het gegeven dat ruim 300.000 ouderen jaarlijks zonder medische noodzaak op de SEH terecht komen (322.000 volgens cijfers uit 2018).

Wat tot veel commotie leidt, is de permanente of tijdelijke sluiting van locaties voor spoedeisende hulp, afdelingen acute verloskunde en ANW-huisartsenzorg, terwijl burgers en gemeenten hiertegen zijn. Dat speelt vooral in regio's die toch al met een beperkt aantal SEH's zijn toebedeeld. In feite wordt hier telkenmale het spanningsveld bloot gelegd tussen een door de overheid gestuurd versus een privaat ingericht en (*min of meer*) marktgedreven zorgstelsel.

### **Farmaceutische zorg**

De uitgaven aan extramurale geneesmiddelen zijn in 2023 met 3,5% gestegen naar 5,4 miljard euro. Het aantal gebruikers van geneesmiddelen verstrekt vanuit openbare apotheken, apotheekpraktijken van huisartsen en poliklinische apotheken (in het ziekenhuis ondergebrachte, openbare apotheek) is met 1,7% gestegen naar 11,8 miljoen in 2023.

Nederland telde per 1 januari 2024 1953 openbare apotheken. Sinds 2008 was dit aantal niet meer zo laag. Het aandeel zelfstandige apothekers is ook laag te noemen, slechts 16%. Van alle apotheken is 30% eigendom van een keten en behoort 54% tot een (franchise)formule. Een apotheekformule bestaat uit een groep apotheken die volgens een bepaald concept zijn ingericht of worden gefaciliteerd vanuit een centrale organisatie. Ze zijn (veelal) verbonden aan een farmaceutische groothandel.

Begin 2023 waren er in Nederland naar schatting 282 apotheekhoudende huisartsenpraktijken (aha's). Huisartsen kunnen een apotheekvergunning aanvragen wanneer de dichtstbijzijnde apotheker verder dan 4,5 km van de eerste potentiële patiënt van de arts is gevestigd. Vooral in landelijke gebieden zoals Friesland, Groningen, Zeeland en de Achterhoek is men afhankelijk van de zorg van een apotheekhoudende huisartspraktijk.

Geneesmiddelen worden alleen tot de markt na uitvoerige en positieve beoordeling van de effectiviteit, veiligheid en kwaliteit. Hierover besluit het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geheel onafhankelijk.

De afgifte van de noodzakelijke handelsvergunningen (ex GW) kan gebeuren via



verschillende procedures, met name steeds vaker binnen Europese procedures en minder vaak via de nationale route.

Het College heeft wettelijke bevoegdheden voor de nationale en decentrale procedures, voor de Europese centrale procedures heeft het College een adviserende rol. Geneesmiddelenbedrijven kunnen een handelsvergunning aanvragen voor één EU-lidstaat (nationale procedure) of voor meerdere lidstaten tegelijk (centrale procedure). Een handelsvergunning brengt verplichtingen mee ten aanzien van onder meer de geneesmiddelenbewaking en het doorgeven van wijzigingen.

Het aantal voor de Nederlandse markt toegelaten geneesmiddelen bedraagt ruim 14.000. Veel merkgeneesmiddelen zijn door Europese octrooien beschermd. Ook is tijdelijke bescherming van het intellectuele eigendom mogelijk gelet op door de toelatingsautoriteiten voor geneesmiddelen met bepaalde (unieke) eigenschappen (door middel van zogenaamde beschermingscertificaten).

Qua verkrijgbaarheid zijn geneesmiddelen in te delen in twee hoofdgroepen: geneesmiddelen die Uitsluitend op Recept van de arts of specialist verkrijgbaar zijn (UR) en geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn (Niet Receptplichtig, NR). De NR-geneesmiddelen zijn beter bekend als zelfzorggeneesmiddelen. Deze zelfzorggeneesmiddelen zijn onderverdeeld in drie categorieën van afleverstatus. Dit zijn Uitsluitend Apotheek (UA), Uitsluitend Apotheek en Drogist (UAD) en Algemene Verkoop (AV).

De top 3 in 2023 aan omzet extramurale geneesmiddelen wordt gevormd door:

1. Ivacaftor met tezacaftor en elexacaftor (Kaftrio)*	127 miljoen euro
2. Rivaroxaban (Xarelto)**	126 miljoen euro
3. Apexiban (Eliquis)***	122 miljoen euro

\* therapie voor cystische fibrose (taaislijmziekte)

\*\* trombosepreventie

\*\*\* trombosepreventie

Ten opzichte van 2022 is semaglutide, ook wel bekend onder de merknaam Ozempic, de grootste stijger in vergoeding in 2023. De vergoeding van dit middel is gestegen van 55 miljoen euro naar 83 miljoen euro. Het wordt gebruikt bij de behandeling van diabetes mellitus type 2, *off-label* echter voor gewichtsverlies.

Gedetailleerde uitsplitsing van de kosten farmaceutische zorg (dus op recept voorgeschreven, *extramurale* geneesmiddelen) in 2023 ten laste van de zorgverzekering laat het volgend beeld zien:

- Vergoeding afgeleverde geneesmiddelen	3.919,5 miljoen euro
- Vergoeding diensten apotheker/aha	1.590,2 miljoen euro
- BTW (9%)	495,9 miljoen euro
- Nog te betalen/verrekenen	- 607,3 miljoen euro
Totaal	5.398,4 miljoen euro

Uit het overzicht blijkt dat de kosten voor farmaceutische zorg zowel betrekking hebben op de vergoeding voor het geneesmiddel (ruim twee derde van de kosten) als de vergoeding voor de dienstverlening door de apotheker (overige deel).

Vertrouwelijke prijsverlagingen en prijs-volumeafspraken met fabrikanten – de verrekening daarvan vindt achteraf plaats – vallen onder post ‘betalen/verrekenen’.

De uitgaven voor geneesmiddelen zijn exclusief de kosten van categorieën middelen die niet op grond van de Zvw worden vergoed, zoals homeopathische middelen en zelfzorgmiddelen.

De uitgaven voor geneesmiddelen die vanuit apotheken op recept worden afgeleverd, stijgen weliswaar jaarlijks, met een stuk *minder* dan andere zorguitgaven. Zonder de apotheekkosten zijn de geneesmiddelenuitgaven de afgelopen achttien jaar niet met 62% toegenomen maar met 58%. Dus slechts met enkele procenten per jaar over een lange periode (2,5% om precies te zijn). Wel laten de jaarlijkse stijgingen soms opvallende schommelingen zien die altijd direct zijn te relateren aan de toelating van nieuwe, dure geneesmiddel tot het basispakket na succesvolle afronding van prijsonderhandelingen tussen fabrikant en overheid.

Het merendeel van de geneesmiddelenuitgaven komt overigens op rekening van de goedkope, generieke middelen. Deze merkloze producten zijn goed voor 80% van de verstrekkingen tegen slechts 25% van de kosten. Zo koste in 2022 het gebruik van een generiek geneesmiddel gemiddeld € 4,20 per maand. Dat is ongeveer 10% van de prijs van één maand gebruik van een merkgeneesmiddel (ook wel *spécialité* genoemd).

Het aandeel van de goedkopere, parallel geïmporteerde merkgeneesmiddelen daalt daarentegen al jaren en omvat nu nog maar 1,6% in verstrekkingen (tegen 8% in de kosten). Het aandeel van geneesmiddelen in de totale zorgkosten neemt als percentage voortdurend af. Over een langere periode bezien (meer dan 15 jaar) is de Nederlandse bevolking flink vergrijsd, maar zijn de kosten per inwoner toch gelijk gebleven.

Zoals eerder vermeld, zijn geneesmiddelen die *intramuraal* worden toegepast, hierboven in de overzichten en vergelijkingen *niet* meegenomen, want die zijn opgenomen in het ziekenhuistarief (DBC-zorgproduct) of bekostigd als ‘add-on’. Voor extramurale geneesmiddelen geldt een *gesloten systeem* van pakkettoelating.

Dit betekent dat *alle* extramurale geneesmiddelen, zodra zij zijn toegelaten tot de markt, door de overheid worden beoordeeld voor eventuele opname in het basispakket. Welke geneesmiddelen precies voor vergoeding in aanmerking komen, is geregeld in een tweetal uitvoeringsregelingen op basis van de Zorgverzekeringswet, te weten het Besluit Zorgverzekering respectievelijk de Regeling Zorgverzekering.

Geneesmiddelen die hierin in deze regelingen *niet* zijn opgenomen, komen *niet* voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking. Het staat zorgverzekeraars overigens vrij om middelen die niet op grond van de Zvw worden vergoed, alsnog te vergoeden via aanvullende verzekeringen.

Voor een beperkt aantal geneesmiddelen geldt daarnaast dat deze niet ten volle worden vergoed. Is de prijs van een geneesmiddel hoger dan de aldus vastgestelde vergoedingslimiet, dan dient men het verschil uit eigen zak bij te passen.

Voor dit zogeheten Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) biedt de Regeling Zorgverzekering de wettelijke basis. Opname in dit systeem vindt plaats nadat er daartoe een wettelijke procedure is gevolgd.

In 2023 waren er in totaal € 101 miljoen aan GVS-bijbetalingen. Dit is iets minder dan 2% van de totale uitgaven voor geneesmiddelen. Vanaf 2019 zijn deze bijbetalingen gemaximeerd op € 250 per verzekerde per jaar.

Financieel gezien is er dus geen reden om de alarmklok te luiden over de geneesmiddelenkosten. Helaas is er de afgelopen jaren een verontrustend verschijnsel ontstaan in de vorm steeds oplopende *geneesmiddeltekorten*. Sporadische haperingen in de beschikbaarheid van geneesmiddelen waren iets van alle dag. Maar gaandeweg zijn in Nederland tekorten geen uitzondering, maar regel. Wel is het goed te beseffen dat oplopende tekorten geen exclusief Nederlands, maar een *veel voorkomend, internationaal verschijnsel* zijn.

De oorzaken zijn legio: de distributie-ketens zijn lang en kwetsbaar en de rendementen van veel fabrikanten staan onder druk. Ook zijn de productieprocessen ingewikkeld en gevoelig voor storingen, terwijl de Nederlandse geneesmiddelenmarkt weinig interessant is vanwege de geringe omvang en door de prijsdruk vanuit de overheid in combinatie met het gerichte, door zorgverzekeraars gevoerde kostenbeheersingsbeleid (het zogenaamde preferentiebeleid). Maar het is *hoofdzakelijk* de internationale consolidatie- en efficiëncyslag van de afgelopen decennia die als belangrijkste factor moet worden gezien. Die zorgde er namelijk voor dat de productie van essentiële API's (Active Pharmaceutical Ingredients oftewel werkzame farmaceutische stoffen) is verlegd naar Aziatische landen. Zo is langzamerhand een situatie ontstaan waarbij er regelmatig nog slechts één aanbieder op de wereldmarkt is voor een bepaald werkzaam bestanddeel, vaak buiten Europa gevestigd.

De teloorgang van Westerse productiecapaciteit is een proces van jaren geweest, het ongedaan maken zal ook veel tijd en inspanningen kosten.

Voor menig geneesmiddelengebruiker, voorschrijver en apotheker is het irrelevant wat de precieze oorzaak is. Vaststaat dat kans op foute innames sterk is toegenomen, terwijl er nauwelijks of geen alternatieven zijn voor het specifieke middel dat niet leverbaar is. Het is absoluut noodzakelijk dat zorgverzekeraars de nodige souplesse gaan betrachten in het door hen gevoerde, al te restrictieve vergoedingsbeleid.

Zoals eerder vermeld, zijn geneesmiddelen die *intramuraal* worden toegepast, hierboven in de overzichten en vergelijkingen *niet* meegenomen, want die zijn opgenomen in het ziekenhuistarief (DBC-zorgproduct) of bekostigd als 'add-on'.

Voor extramurale geneesmiddelen geldt een *gesloten systeem* van pakkettoelating. Dit betekent dat *alle* extramurale geneesmiddelen, zodra zij zijn toegelaten tot de markt, door de overheid worden beoordeeld voor eventuele opname in het basispakket. Welke geneesmiddelen precies voor vergoeding in aanmerking komen, is geregeld in een tweetal uitvoeringsregelingen op basis van de Zorgverzekeringswet, te weten het Besluit Zorgverzekering respectievelijk de Regeling Zorgverzekering.

Geneesmiddelen die hierin in deze regelingen *niet* zijn opgenomen, komen *niet* voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking. Het staat zorgverzekeraars overigens vrij om middelen die niet op grond van de Zvw worden vergoed, alsnog te vergoeden via aanvullende verzekeringen. Voor een beperkt aantal geneesmiddelen geldt daarnaast dat deze niet ten volle worden vergoed. Is de prijs van een geneesmiddel hoger dan de aldus vastgestelde vergoedingslimiet, dan dient men het verschil uit eigen zak bij te passen. Voor dit zogeheten Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) biedt de Regeling Zorgverzekering de wettelijke basis. Opname in dit systeem vindt plaats nadat er daartoe een wettelijke procedure is gevolgd.

In 2023 waren er in totaal € 101 miljoen aan *GVS-bijbetalingen*. Dit is iets minder dan 2% van de totale uitgaven voor geneesmiddelen. Vanaf 2019 zijn deze bijbetalingen gemaximeerd op € 250 per verzekerde per jaar.

Alles overziend, is er financieel gezien geen reden om de alarmklok te luiden over de extramurale geneesmiddelenkosten.

### **Geboortezorg**

De uitgaven voor geboortezorg (ex Zorgverzekeringswet) bedroegen in 2021 1,4 miljard euro, een stijging van ruim 9% ten opzichte van het jaar daarvoor (vertekend door de corona-epidemie).

In alle drie deelsectoren te weten verloskundige zorg, kraamzorg en medisch-specialistische zorg valt een toename van de uitgaven te constateren. Geboortezorg bestaat uit verloskunde en kraamzorg. Gynaecologie valt onder medisch-specialistische zorg.

Zwangeren hebben een grote keuzevrijheid. Samen met hun verloskundige bepalen zij waar en hoe ze willen bevallen: thuis, in een kraamhotel of in het ziekenhuis. Echter, pas als het medisch noodzakelijk is, komt de gynaecoloog in beeld.

Voor de bekostiging van geboortezorg bestaat sinds enige tijd een *twee-sporenbeleid*. Verloskundigenpraktijken kunnen dus ook gewoon nog zelfstandig hun zorg leveren en declareren in de 'eerstelijijn'. Maar daarnaast bestaat er de mogelijkheid van integrale bekostiging. Die is er gekomen voor organisaties waarin gynaecologen, kraamverzorgenden en verloskundigen nauw samenwerken.

Het aandeel integraal bekostigde geboortezorg, ingevoerd in 2017, is in 2021 uitgekomen op 7,9% van de totale uitgaven en is verder stijgende. In datzelfde jaar eindigde bijna driekwart van de bevallingen (in totaal ruim 160.000) in de tweede-lijn (zowel medische als niet-medische bevallingen).

In Nederland is de verloskundige zorg sterk ontwikkeld en speelt de *verloskundige* een centrale rol tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamtijd. Dit is een opvallend verschil met het buitenland waar gynaecologen leidend zijn.

Daarenboven kent de geboortezorg hier kraamverzorgenden. Zij bieden ondersteuning en zorg aan moeder en baby in de eerste week na de bevalling, een vorm van zorgverlening die in veel andere landen niet voorkomt. Voor vrouwen met een andere culturele achtergrond vraagt de aanpak om gewenning, omdat elders een meer medisch georiënteerde benadering van geboortezorg regel is.

De Nederlandse geboortezorg kende in het verleden relatief hoge perinatale sterftcijfers vergeleken met andere Europese landen. Diverse hervormingen hebben de cijfers echter verbeterd, maar ze liggen nog steeds iets hoger dan in sommige andere (met name West-Europese) landen. De kosten van de geboortezorg zijn vergelijkenderwijs relatief laag, deels door de focus op verloskundige zorg en thuisbevallingen, die goedkoper zijn dan ziekenhuisbevallingen.

Ook in de geboortezorg vormen de personeelstekorten een groot struikelblok. Er is een tekort aan verloskundigen, met name in drukke stedelijke gebieden en sommige plattelandsregio's. Ook zijn er tekorten aan gespecialiseerd personeel in ziekenhuizen, zoals obstetrisch verpleegkundigen en gynaecologen. In sommige ziekenhuizen is er regelmatig een gebrek aan beschikbare verloskamers, waardoor er uitgeweken moet worden naar andere ziekenhuizen op grotere afstand.



## Tandheelkundige zorg

De basisverzekering dekt meestal alleen tandheelkundige zorg voor kinderen tot 18 jaar. Voor volwassenen wordt tandheelkundige zorg niet vergoed, behalve in specifieke gevallen zoals bij ernstige medische aandoeningen. Het gaat dan om ingrepen door een kaakchirurg of vergoeding van een kunstgebit. Afhankelijk van de soort zorg moet de verzekerde hiervoor wel een eigen bijdrage betalen. Ook geldt het verplichte eigen risico.

Voor verzekerden onder de 18 jaar worden de meeste tandartskosten wél volledig vergoed. Deze kosten vallen niet onder het eigen risico. Voor jongeren tot 18 jaar dekt de basisverzekering de kosten van onder meer periodieke controles, wortelkanaal-behandeling, vullingen, kronen, bruggen en implantaten (onder bepaalde voorwaarden) alsook chirurgische ingrepen. De orthodontist (beugeltandarts) wordt daarentegen niet vergoed vanuit de basisverzekering.

Aanvullende verzekeringen kunnen variëren in dekking en kosten, afhankelijk van de verzekeraar en het gekozen pakket. Ze kunnen allerlei verschillende behandelingen dekken, zoals periodieke controles, tandsteen verwijderen, vullingen, kronen, bruggen, en orthodontie.

De uitgaven op basis van Zorgverzekeringswet en samen met de aanvullende verzekeringen voor mondzorg bedroegen in 2022 bijna 2,7 miljard in 2022. Deze kostenpost omvat uiteraard niet de particuliere bijbetalingen voor mondzorg, waarvoor geen of een beperkte aanspraak op vergoeding bestaat vanwege basis- of aanvullende verzekering. Het cijfer van 2022 laat een daling zien van 0,4% ten opzichte van 2021. Het aantal patiënten dat naar de tandarts ging in 2022 is gestegen. Het aantal patiënten dat naar de orthodontist ging in 2022 is juist gedaald. Zorg van patiënten die mondzorg niet bij hun verzekeraar hebben gedeclareerd zit niet in deze cijfers.

Als een verzekerde in een Wlz-instelling verblijft en van die instelling verblijf met behandeling krijgt, is tandheelkundige zorg onderdeel van de Wlz-zorg die de instelling moet bieden. De kosten van de tandarts en andere mondzorg worden dan vanuit de Wlz betaald.

Voor de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat Nederland kampt met een *tandartsentekort*. De opleidingen leveren zowat de laagste aantallen afgestudeerde tandartsen af per 100.000 inwoners in Europa. In 2022 was dit slechts 1,47 afgestudeerde tandarts, terwijl het Europese gemiddelde 3,2 per 100.000 inwoners bedraagt. Daarnaast gaan de komende jaren veel tandartsen met pensioen, wat het tekort verder verergert. Vooral in bepaalde regio's, zoals Zeeland, is het tekort extra nijpend.

Mondhygiënisten zijn bevoegd om bepaalde behandelingen zelfstandig uit te voeren, zoals het verwijderen van tandsteen, het behandelen van tandvleesontstekingen, het aanbrengen van fluoride naast het geven van voorlichting. Dat betekent dat patiënten voor deze behandelingen niet per se naar een tandarts hoeven, waardoor tandartsen meer tijd hebben voor complexere ingrepen. Hun inzet draagt echter slechts in beperkte mate bij aan het terugdringen van het tandartsentekort.

In de mondzorg is een duidelijke trend tot ketenvorming waarneembaar. Tandartspraktijken worden samengevoegd of opgekocht door grotere zorgketens of bedrijven die meerdere praktijken beheren.

Men hoopt zo te kunnen profiteren van schaalvoordelen, via lagere kosten voor inkoop van materialen, apparatuur en administratieve processen en door de implementatie van gestandaardiseerde protocollen en werkwijzen, met het oog op een hogere efficiëntie en consistentie in de zorgverlening. Voor veel jonge tandartsen betekent werken in een keten vaak minder zelfstandigheid, maar vooral ook minder verantwoordelijkheden voor de bedrijfsvoering en geen ondernemersrisico.

Er zijn duidelijke signalen dat volwassenen een bezoek aan de tandarts steeds vaker uitstellen. Ook komt het regelmatig voor dat ouders ervan uitgaan dat mondzorg voor kinderen niet wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Deze *zorgmijding* kan op termijn leiden tot ongewenste verslechtering van de (mond)gezondheid.

### **Paramedische zorg**

Onder paramedische zorg valt fysiotherapie en ergotherapie, logopedie, oefentherapie en diëtetiek. Deze vormen van paramedische zorg worden vanuit het basispakket ex Zvw vergoed.

Het doel van de zorg, de vergoeding en de voorwaarden zijn verschillend. De vergoeding van fysiotherapie geldt voor de behandeling van bewegingsproblemen (gewrichten, spieren, zenuwen en banden, organen), ook in het kader van een revalidatieproces na een operatie of langdurige bedlegerigheid. Over welke klachten of aandoeningen het gaat, staat vermeld op de zogenaamde chronische lijst (Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering).

Ergotherapie helpt mensen met onder meer lichamelijke of psychische problemen om bijvoorbeeld routine-activiteiten in huis uit te voeren. Logopedie is gericht op herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen. Diëtetiek betreft voorlichting over voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

Paramedici kunnen een belangrijke rol spelen in het opvangen van de sterk groeiende zorgvraag in de eerste lijn. Paramedische zorg kan in sommige gevallen ook (vaak) duurdere (tweedelijns)zorg voorkomen.

De uitgaven voor paramedische zorg bedroegen in 2022 ruim 2,1 miljard euro, een stijging met 1,7% gestegen ten opzichte van het jaar ervoor. Deze stijging is overigens slechts ten dele te verklaren vanuit de beoogde substitutie van tweedelijnszorg naar de eerste lijn.

Fysiotherapie is de sector waar de meeste uitgaven in omgaan: het beslaat ruim 80% van de totale kosten binnen de paramedische zorg (1,7 miljard euro). De afgelopen vijf jaar laat voor alle disciplines een stijging zien van de kosten (sector breed een stijging van 15% in totaal tussen 2018 en 2022).

Als iemand Wlz-zorg krijgt, dan kan fysiotherapie, logopedie, ergotherapie of diëtetiek onderdeel zijn van de Wlz-behandeling. Als dit niet het geval is, dan kan de verzekerde deze zorg vergoed krijgen vanuit de basisverzekering. In de praktijk blijkt dat door dit *shot* in de financiering er veelvuldig declaraties worden ingediend onder het verkeerde wettelijk regime. Daar wordt nu een oplossing voor gezocht in de vorm van een sector overstijgende betaaltitel.

### **Wijkverpleging en verzorging thuis**

In 2022 bedroegen de uitgaven voor verpleging, verzorging en thuiszorg in Nederland ruwweg geschat tenminste 21,9 miljard euro. Een nauwkeuriger totaalbedrag is niet beschikbaar vanwege de ingewikkelde financieringsopzet.

Er zijn drie verschillende wettelijke regimes, tal van instanties die verantwoordelijk zijn voor vergoeding of betaling met daarnaast – de qua omvang niet te verwaarlozen – particuliere betalingen (deels als fiscaal aftrekbare kosten).

De zorgkosten voor verpleging en verzorging op basis van de Wlz bedroegen in 2022 15,3 miljard euro (+18,8% ten opzichte van 2021), met daarenboven 2,9 miljard voor pgb's (+9,5%). Voor wijkverpleging werd op basis van de Zorgverzekeringswet ingeboekt 3,1 miljard euro ingeboekt, een daling van ruim 6% ten opzichte van het jaar daarvoor als gevolg van de corona-epidemie.

De uitgaven voor thuiszorg op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) worden door gemeenten begroot en gerealiseerd.

Deze uitgaven kunnen variëren afhankelijk van de geleverde 'maatwerk' voorziening. In totaal zou het in Nederland gaan om 5,1 miljard euro, met eenzelfde bedrag een jaar daarvoor. In de sector VVT waren eind 2022 zo'n 2.260 organisaties actief. Circa 475.000 personen zijn er in loondienst werkzaam. Daarbij komen nog 21.000 personen die als zelfstandige werken.

*Wijkverpleging* wordt volledig vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering. Er geldt géén eigen risico. Wijkverpleging kan overigens op twee manieren geleverd

en betaald worden: ten eerste, als zorg in *natura*. Een thuiszorgorganisatie heeft een contract met de zorgverzekeraar en regelt alles voor de verzekerde. De thuiszorgorganisatie wordt betaald door de zorgverzekeraar.

Ten tweede, in de vorm van een *persoonsgebonden budget* (pgb). Men kiest als cliënt zelf de zorgverlener(s) en sluit met hen een contract af. De zorgverzekeraar stelt aan de cliënt een budget beschikbaar waarmee zij worden betaald. Aan het verstrekken van een pgb worden wel een aantal speciale voorwaarden gesteld.

Wijkverpleging richt zich voornamelijk op medische zorg aan huis, terwijl *thuiszorg* een *breder scala* aan ondersteuning biedt om zelfstandigheid en welzijn te bevorderen. Voor wijkverpleging is geen verwijzing van de huisarts nodig. Een verzekerde kan zelf contact opnemen met een zorgaanbieder op het moment dat dat nodig is. De wijkverpleegkundige bekijkt samen met de verzekerde welke zorg nodig is en wie de zorg moet leveren. Hieronder valt onder meer wondverzorging, stomazorg, katheteriseren, maar ook hulp bij aan- en uitkleden hulp, wassen en douchen. Maar ook kan de wijkverpleegkundige een rol spelen bij het coördineren van zorg of het signaleren van mogelijke problemen.

Een aparte specialisatie is casemanagement bij dementie. Ook wordt zorg in de laatste levensfase geboden. Samen met de verzekerde wordt afgestemd hoe dat het beste kan gebeuren. Voor de onderbouwing van de aanvraag van palliatieve zorg is het ook niet nodig dat de verpleegkundige om een terminaliteitsverklaring aan de behandelend arts vraagt.

Deze verklaring geeft aan dat de levensverwachting van de patiënt niet langer dan ongeveer drie maanden is. Eerder kon alleen de behandelend arts zo'n verklaring afgeven om de inzet van extra zorg in de wijkverpleging en de langdurige zorg (Wlz) te verantwoorden. Nu is deze alleen nog nodig voor de inzet van Zvw-zorg in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb) of voor de inzet van extra Wlz-zorg in de vorm van een pgb. Dat komt doordat de zorg in de laatste levensfase een uitzondering is op de algemene voorwaarde bij een pgb dat de zorg langer dan een jaar nodig moet zijn. Voor opname in een hospice is wel nog een terminaliteitsverklaring nodig.

Thuiszorg kan vergoed worden voor mensen met een ziekte of beperking en voor ouderen. Het is afhankelijk van de situatie welk soort thuiszorg vergoed wordt. En vanuit welke wet dat gebeurt. Ingeval van blijvend intensieve zorg (24 uren zorg) met name om ernstige problemen te voorkomen is Wlz-zorg geboden. Die wordt *vergoed* door het *zorgkantoor*. Voor personen die *niet* aanmerking komen voor zorg vanuit de Wlz, wordt thuiszorg vergoed door de gemeente (Wmo) of de zorgverzekeraar (Zvw).

Begeleiding in het dagelijks leven, zonder dat sprake is van een geneeskundige context noemt men ook wel adl-hulp: hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Die valt onder de Wmo.

Stelt de verpleegkundige echter vast dat er sprake is van een geneeskundige context (bijvoorbeeld vanwege een verstandelijke of zintuigelijke beperking of een psychiatrische aandoening), dan is er recht op vergoeding vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Een regelmatig voorkomend probleem in de wijkverpleging is de niet-gecontracteerde zorg. Die voorziet bijvoorbeeld in palliatieve terminale zorg, die klaarblijkelijk niet door gecontracteerde aanbieders kon worden geboden. De kosten van de niet-gecontracteerde zorg liggen in het algemeen – om onverklaarbare redenen – hoger dan die van gecontracteerde zorg.

Om de houdbaarheid van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) te verbeteren, wordt mogelijk voor alle Wmo-voorzieningen waar nu het abonnements-tarief (19 euro per maand) voor geldt, een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage ingevoerd.

*Zorgfraude* in Nederland is een serieus probleem. Hoewel exacte cijfers moeilijk te verkrijgen zijn, wordt geschat dat de fraude in de zorg jaarlijks enkele miljarden euro's bedraagt. Alleen al de zorgverzekeraars registreren elk jaar tientallen miljoenen euro's aan fraude. De werkelijke omvang is echter vele malen groter. Vooral de VVT-sector (met name wijkverpleging) en de jeugdzorg wordt geplaagd door fraude. De pakkans is om tal van redenen erg gering.

### **Geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg**

Voor de behandeling van *lichte psychische* klachten is de huisarts verantwoordelijk. Gewoonlijk komt men dan terecht bij een praktijkondersteuner (POH) die speciaal hiervoor is aangesteld in veel huisartsenpraktijken (POG-GGZ). Patiënten met *matige tot zware psychische problemen* worden echter doorverwezen naar hetzij de basis-ggz hetzij gespecialiseerde ggz. Dat hangt af van de ernst van de problemen:

- Een behandeling van lichte tot matige psychische problemen gebeurt in de basis-ggz. Deze kan bestaan uit gesprekken met bijvoorbeeld een psycholoog of psychotherapeut. Ook een internetbehandeling (e-health) is mogelijk.
- Bij zwaardere psychische problemen verwijst de huisarts (eventueel ook de bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist) door naar de gespecialiseerde ggz.

Voor de behandeling van ingewikkelde psychische aandoening kan het nodig zijn iemand op te nemen in een psychiatrische instelling (ggz-instelling). Een behandelaar bepaalt of dat het geval is, vaak ook in overleg met de patiënt.

De opname is vrijwillig. De basisverzekering (ex Zvw) vergoedt de behandeling en het verblijf. Wanneer het verblijf in de ggz-instelling langer dan 3 jaar duurt, wordt deze vergoed uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Hiervoor is een Wlz-indicatie nodig.

Wanneer iemand door een geestelijke stoornis een gevaar is voor zichzelf of zijn omgeving, is verplichte behandeling aan de orde. Dat kan een gedwongen opname zijn, maar ook een ambulante behandeling zijn. Men kan namelijk gedwongen worden regelmatig naar een instelling terug te komen, bijvoorbeeld om geneesmiddelen te krijgen.

Alleen als vrijwillige zorg niet mogelijk is en verplichte zorg de enige optie is, kan verplichte zorg worden toegepast op grond van de Wvvgz. Daartoe dient de rechter een *zorgmachtiging* af te geven.

Ingeval van een crisissituatie kan de burgemeester van de gemeente waar de patiënt zich op dit moment bevindt via een *crisismaatregel* (eveneens ex Wvvgz) opleggen dat er verplichte zorg wordt toegepast. Dat kan overigens alleen maar op grond van een medische verklaring van een psychiater en bij voorkeur alleen nadat de patiënt is gehoord.

De maatregel kan onder meer inhouden gedwongen behandeling (al dan niet ambulante) of medicatie, beperking van de bewegingsvrijheid tot en met insluiting. Voorafgaande aan de crisismaatregel is tijdelijke, (tot maximaal 18 uur) verplichte zorg mogelijk. In die korte periode kunnen ambulancepersoneel, politie of zorgverleners zo nodig die noodzakelijk geachte, verplichte zorg geven. De patiënt mag alleen naar een politiecel worden gebracht als hij wordt verdacht van een strafbaar feit.

Er is een zekere samenloop met de Wet zorg en dwang (Wzd). Dat regime richt zich op personen met een *verstandelijke* beperking of met een *psychogeriatrische* aandoening (bijvoorbeeld dementie) en de voorwaarden waaronder onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname in een zorginstelling aan de orde is. Uitgangspunt is dat onvrijwillige zorg alleen wordt toegepast als het niet anders kan. Dit betekent dat zowel een cliënt die zorg ontvangt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), als iemand die ondersteuning ontvangt vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) onder de Wzd kan komen te vallen. Datzelfde geldt ook voor cliënten op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zorg of ondersteuning ontvangen.

De uitgaven, uitgesplitst voor naar de verschillende onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg, zagen er over 2021 als volgt uit: POH-GGZ 265 miljoen euro (+56,4%) ten opzichte van het jaar daarvoor), generalistische basis-GGZ 230 miljoen euro (-1,6%), gespecialiseerde GGZ 2,5 miljard euro (-4,4%) en langdurige GGZ 136 miljoen euro (-7,7%).



De fluctuaties waren nadrukkelijk te wijten aan de corona-epidemie.

Eind 2022 stonden er bijna 84.000 personen op een *wachttijst*. Recent is er een nieuw bekostigingssysteem ingevoerd dat moet bijdragen aan vermindering van de wachttijden. Dit zogeheten zorgprestatiemodel voor de GGZ en forensische zorg vervangt de eerder systematiek van onder meer dbc's en zorgzwaartepakketten (zzp's), zorgt voor eenvoudiger regels, duidelijke nota's, beter passende vergoedingen en minder administratie.

Forensische zorg is een onderdeel van de *sanctietoepassing* in Nederland en levert een belangrijke bijdrage aan de veiligheid van de samenleving. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijke gezondheidszorg voor personen met een psychische of psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking die een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico hoog is dat zij opnieuw in de fout gaan.

Een rechter kan dan degene die een delict heeft gepleegd, veroordelen tot het ondergaan van zorg. Het doel van forensische zorg is het voorkomen van recidive.

Klinieken en andere zorginstellingen geven verschillende soorten forensische zorg. De dader kan bijvoorbeeld opgenomen worden in een verslavingskliniek of geplaatst worden op de psychiatrische afdeling van een gevangenis. Het soort zorg en het niveau van de beveiliging dat de dader nodig heeft, bepaalt waar hij of zij de zorg ontvangt. Een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) heeft de hoogste beveiliging. Een FPC wordt ook wel tbs-kliniek genoemd, omdat daar tbs'ers worden behandeld.

De druk op sector is ongekend *hoog*. Dit heeft te maken met een tekort aan bedden op het hoogste beveiligingsniveau, in de forensisch psychiatrische centra. Zowel de financiële randvoorwaarden voor zorgaanbieders als het tekort aan personeel zijn hier de oorzaken van. Capaciteitsuitbreidingen zijn moeilijk te realiseren.

In Nederland zijn de uitgaven voor forensische zorg aanzienlijk. Volgens een rapport van de Algemene Rekenkamer bedroegen de uitgaven voor forensische zorg in 2022 ongeveer €1,2 miljard.

### **Kortdurende zorg**

Kortdurende zorg omvat geneeskundige zorg voor i) specifieke patiëntgroepen, ii) geriatrische revalidatiezorg en het zogenaamde iii) eerstelijnsverblijf. Dat laatste betreft dan het tijdelijk medisch noodzakelijk verblijf voor personen die niet in aanmerking komen voor medisch-specialistische zorg, maar ook niet naar huis kunnen. Voor in de laatste levensfase is in eerstelijnsverblijf voorzien, bijvoorbeeld als thuis geen terminale zorg gegeven kan worden. In de kern gaat het dan om verblijf (bijvoorbeeld een paar etmalen per week) waarbij:

- Er geen noodzaak (meer) is voor medisch-specialistische zorg.
- Op korte termijn herstel te verwachten is en de patiënt weer naar huis kan.
- De patiënt een levensverwachting heeft minder dan 3 maanden (palliatief terminale zorg).

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen betreft zorg aan huis of op locatie onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijke gehandicaptenzorg. Het betreft kwetsbare groepen: ouderen met *multi-problematiek*, personen met progressieve, degeneratieve neurologische aandoeningen, met niet-aangeboren hersenletsel en of met verstandelijke beperkingen. Deze patiënten hebben geen Wlz-indicatie en komen daar ook (nog) niet voor in aanmerking. Ook wordt tot deze categorie zorg gerekend de geriatrische zorg voor ouderen onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde, met name ingeval na ziekenhuisopname, maar ook door een acute afname van zelfredzaamheid.

De uitgaven aan eerstelijnsverblijf bedroegen in 2022 302 miljoen euro, daarbij licht dalend in vergelijking met het voorgaande jaar. De uitgaven aan geriatrische revalidatiezorg kwamen in 2021 uit 734 euro, een lichte stijging ten opzichte van het jaar daarvoor, maar een daling in vergelijking met 2019. De uitgaven aan geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen stegen in 2022 en kwamen in totaal uit op 76 miljoen euro.

De kortdurende zorg wordt net als andere sectoren geconfronteerd met de gevolgen van de dubbele vergrijzing (toename 65+'ers en 80+'ers) in combinatie met een krapte op de arbeidsmarkt. Met name in het aantal specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten en gespecialiseerde gezondheidspsychologen (zogenaamde GZ-psycholoog, een wettelijk beschermd beroepstitel) in deze sector.

### **Hulpmiddelen in de zorg**

Hulpmiddelen omvatten een breed scala aan vaak lastig en afzonderlijk te karakteriseren categorieën producten. Het aanbod varieert van mobiliteits-hulpmiddelen die mensen helpen bij hun dagelijkse activiteiten (denk aan rollators of krukken) tot producten met duidelijk medische toepassing. Die kunnen op hun beurt relatief simpel van aard zijn zoals verbandmiddelen, maar ook geavanceerd zoals bijvoorbeeld pacemakers, insulinepompen of anesthesie-apparaten. In de gezondheidszorg zijn het met name de medische hulpmiddelen, *specifiek* ontworpen voor medische doeleinden, die een belangrijke rol spelen.

Ze worden gebruikt voor diagnose, preventie, monitoring, behandeling of verlichting van ziekten of verwondingen; ze worden door professionals in ziekenhuizen gebruikt, maar ook in de thuissituatie, vaak ook slechts tijdelijk zoals braces of pleisters.

Het reguleren van medische hulpmiddelen om de veiligheid en kwaliteit te garanderen, laat staan of de geclaimde prestaties worden bewaarheid, is door de uiteenlopende eigenschappen en de beoogde toepassingen van de op de markt aangeboden producten een bijna onmogelijke opgave.

Toen bijna een halve eeuw geleden de eerste uitvoeringsbesluiten van de Wet op de medische hulpmiddelen van kracht werden, werd daarvoor een gelijknamige noemer onder de kwaliteitsaspecten gezocht en gevonden in het attribuut 'steriliteit'. Niet (goed) gesteriliseerde producten konden immers een direct gevaar voor de gezondheid van gebruikers opleveren. Zo richtten de besluiten zich het gebruik van gesteriliseerde medische hulpmiddelen in ziekenhuizen en werden er eisen gesteld aan sterilisatiebedrijven.

Anders dan bij geneesmiddelen was niet sprake van een uitgebreid en wetenschappelijk gefundeerd toelatingssysteem, waarbij de markt eerst betreden kan worden nadat een deskundige autoriteit daartoe een vergunning heeft afgegeven. Geneesmiddelen vormen een buitengewoon homogene groep producten, bestaande uit één of meer werkzame stoffen die in een farmaceutische vorm zijn gebracht (tablet, zetpil, injectie, zalf). De middelen vertonen de gewenste farmacologische, immunologische of metabolische werking in het lichaam. Een medisch hulpmiddel daarentegen kent een baaierd aan beoogde effecten, bedoeld om een gezondheidsprobleem te diagnosticeren, te behandelen of de werking van het lichaam te ondersteunen of verbeteren (fysiek of mechanisch), zónder dat sprake is van die typerende biochemische werking van het geneesmiddel. Dat laat zich echter *niet of nauwelijks* vatten in een *gemeenschappelijk beoordelingskader*.

In de jaren negentig van de vorige eeuw is er vanuit de Europese Commissie een wetgevingsproces rondom medische hulpmiddelen gestart. Er werd een Europese Richtlijn van kracht met als doel het scheppen van garanties rondom de veiligheid van patiënten en gebruikers van medische hulpmiddelen. Nevendoel was uiteraard ook een ongehinderd handelsverkeer van medische hulpmiddelen tussen de Lidstaten van de Unie. De productie en distributie van medische hulpmiddelen was immers uitgegroeid tot een omvangrijke industrie- en handelstak. Daarnaast was er een Europese richtlijn speciaal voor actieve implanteerbare medische hulpmiddelen, vanwege het bijzondere risico-aspect.

Het schandaal rondom de borstimplantaten van een Franse fabrikant (PIP) deed in 2010 het besef ontstaan dat de regelgeving ernstig tekortschoot, met name qua reikwijdte, het toezicht op de markt en – opnieuw – voor wat betreft de veiligheid.

De Commissie zette stappen om te komen tot een Europese Verordening voor medische hulpmiddelen en een aparte verordening voor in-vitro diagnostiek.

Dit speciale regelgevingskader voor medische laboratoriumtests hield rekening met de snelle technologische ontwikkelingen onder meer van genetische tests en 'companion diagnostics'. Dit zijn hulpmiddelen voor in-vitro diagnostiek die het mogelijk maken om gericht patiënten te selecteren met een zo groot mogelijke kans op een succesvolle farmacotherapeutische behandeling. Het gaat daarbij meestal om oncologische medicijnen.

Anders dan een Europese richtlijn is een Europese Verordening *direct bindend* en van toepassing zonder dat er nationale wetgeving nodig is. Uiteindelijk is in 2021 een veelomvattende verordening van kracht geworden, ook bekend als de Medical Device Regulation (MDR). Ze wil de veiligheid, kwaliteit en transparantie van medische hulpmiddelen verbeteren door een strengere conformiteitsbeoordeling. Dat houdt in verhoogde eisen voor de *beoordeling en certificering* van medische hulpmiddelen, uitgevoerd door erkende instanties. Ook worden er striktere eisen van kracht voor klinische onderzoeken om de veiligheid en effectiviteit van hulpmiddelen te garanderen.

Daarnaast wordt er een uniek identificatiesysteem (Unique Device Identifier, afgekort UDI) ingevoerd om de traceerbaarheid van producten te verbeteren, van belang bij calamiteiten. Ook komt er een Europese databank om informatie over medische hulpmiddelen voor het publiek toegankelijk te maken. De reikwijdte van de verordening is uitgebreid en beslaat nu ook esthetische producten en andere niet eerder gereguleerde hulpmiddelen.

De Medical Device Regulation introduceert bovendien een systeem voor het classificeren van medische hulpmiddelen op basis van hun risiconiveau. Dit systeem van risicoklassen is bedoeld om ervoor te zorgen dat medische hulpmiddelen proportioneel worden beoordeeld, afhankelijk van het risico dat ze vormen voor de gebruiker of patiënt. Door producten te classificeren op basis van risico, zorgt de verordening ervoor dat hulpmiddelen met een hoger risico aan strengere controles worden onderworpen, terwijl hulpmiddelen met een lager risico een minder strenge beoordeling ondergaan. Dit maakt het systeem efficiënter.

De Nederlandse markt voor medische hulpmiddelen is een van de grotere in Europa, met een aanzienlijke bijdrage aan de economie. De omvang wordt geschat op ongeveer €3 tot €5 miljard per jaar, afhankelijk van de specifieke segmenten die worden meegenomen. Er zijn er naar schatting ongeveer 2.500 tot 3.000 bedrijven actief in de sector, met ergens tussen 15.000 tot 20.000 medewerkers. De markt wordt gedomineerd door zowel grote multinationale ondernemingen als gespecialiseerde, sterk innovatieve middelgrote en kleinere bedrijven. Nederland huisvest verschillende R&D-afdelingen van grote internationale bedrijven, evenals een bloeiende 'startup' scene.

Nederland is ook een belangrijk exportland voor medische hulpmiddelen ten bedrage van 10 miljard euro op jaarbasis. Tegelijkertijd importeert Nederland ook veel medische hulpmiddelen, met een geschatte waarde van ongeveer €8 tot €10 miljard per jaar. Veel van deze producten worden vervolgens weer geëxporteerd na verwerking of assemblage.

De *verstrekking* van medische hulpmiddelen in Nederland vindt plaats via tal van kanalen zoals apotheken, gespecialiseerde leveranciers, thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen, gemeenten, revalidatiecentra en particuliere aanbieders. Elk van deze actoren heeft een specifieke rol in het waarborgen van de beschikbaarheid en het juiste gebruik van medische hulpmiddelen voor patiënten.

Zorgverzekeraars spelen een centrale rol in de vergoeding van medische hulpmiddelen. Zij bepalen op basis van hun polisvoorwaarden welke hulpmiddelen vergoed worden en onder welke voorwaarden. Zij werken vaak samen met specifieke leveranciers en distributiekkanalen (bijvoorbeeld apotheken, gespecialiseerde winkels, thuiszorgorganisaties) voor de levering van hulpmiddelen aan verzekerden.

Zo verstrekken apotheken een breed scala aan medische hulpmiddelen, zoals verbandmaterialen, incontinentiemateriaal, en hulpmiddelen voor diabeteszorg (denk aan insulinepennen, test-strips). Ook zijn er *gespecialiseerde leveranciers* en zogenaamde zorgwinkels die een breed assortiment medische hulpmiddelen aanbieden, van eenvoudige verbruiksartikelen tot complexe apparatuur zoals rolstoelen, trapliften, en zuurstofapparatuur. Thuiszorgorganisaties zijn betrokken bij de verstrekking en het beheer van medische hulpmiddelen voor cliënten die zorg thuis ontvangen. Ze leveren hulpmiddelen zoals bedden, tilliften en wondverzorgingsmaterialen. Verder verstrekken revalidatiecentra medische hulpmiddelen die nodig zijn voor het revalidatieproces van patiënten.

Dit kan variëren van protheses tot orthopedische schoenen. In voorkomende gevallen verstrekken ook ziekenhuizen en gespecialiseerde klinieken medische hulpmiddelen aan patiënten tijdens en na hun behandeling. Dit kan variëren van chirurgische implantaten tot tijdelijke hulpmiddelen zoals krukken of braces.

De *vergoeding* van medische hulpmiddelen in Nederland is geregeld door verschillende wettelijke regimes, waaronder drie stelselwetten, te weten de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wet langdurige zorg (Wlz), hier en daar aangevuld door wetten op het gebied van de sociale zekerheid. Deze wetten bepalen welke hulpmiddelen vergoed worden, door wie, en onder welke voorwaarden.

Daarnaast spelen aanvullende zorgverzekeringen en de belastingwetgeving een aanvullende rol in de vergoeding van medische hulpmiddelen.

Zorgverleners zoals huisartsen, maar ook bijvoorbeeld ziekenhuizen krijgen de uitgaven voor medische hulpmiddelen in het kader van hun praktijkvoering vergoed via hun tarieven ter dekking van de exploitatiekosten

Gemeenten zijn daarnaast verantwoordelijk voor de verstrekking van niet-medische hulpmiddelen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dit betreft vooral hulpmiddelen die nodig zijn voor mobiliteit en zelfstandig wonen, zoals rolstoelen, trapliften en andere woningaanpassingen. Gemeenten beoordelen de noodzaak van deze hulpmiddelen op basis van individuele situaties en zorgen voor de toewijzing ervan.

Hoewel exacte cijfers moeilijk te zijn geven, worden de uitgaven voor medische hulpmiddelen buiten de Zorgverzekeringswet in Nederland geschat op vele honderden miljoenen euro's per jaar.

Dit omvat met name uitgaven onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz), evenals eigen betalingen door patiënten. De uitgaven in het kader van de Zorgverzekeringswet bedragen naar schatting 1,9 miljard euro per jaar.

### **Zorgverzekeringen**

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op *solidariteit*. Zo hebben rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek, allemaal recht op dezelfde, betaalbare zorg uit het basispakket van de zorgverzekering (Zvw). Iedereen betaalt daaraan mee via premies (indien 18 jaar of ouder) en belastingen.

De in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet kent een aantal uitgangspunten, waaruit het sociale karakter blijkt:

- De inhoud van het *basispakket* is wettelijk bepaald.
- Burgers zijn *verplicht* verzekerd. Voor eenieder geldt een verplicht, gemaximeerd eigen risico (385 euro op jaarbasis).
- De *premieplicht* voor de zorgverzekering start met het bereiken van de leeftijd van 18 jaar.
- De keuze van een zorgverzekeraar is *vrij*. Ook zijn verzekerden vrij om te kiezen uit verschillende polissen die deze zorgverzekeraar aanbiedt. Alle polissen bieden in ieder geval het wettelijk omschreven basispakket.
- Zorgverzekeraars hebben een *zorgplicht*. Dit betekent dat een zorgverzekeraar moet zorgen dat de zorg die in het basispakket zit, beschikbaar is voor al zijn verzekerden.
- Zorgverzekeraars moeten deze zorg dus *inkopen*. In hun inkoopbeleid moeten ze rekening houden met de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Daartoe sluiten zij *contracten* af met zorgaanbieders.



- Er zijn in principe twee soorten polissen: *naturapolissen* en *restitutiepolissen*. Zorgverzekeraars bieden vaak ook een of meer combinatiepolissen aan, die een combinatie zijn van een *naturapolis* (met alleen vergoeding ingeval van inschakeling van gecontracteerde zorgverleners) en een *restitutiepolis* (met vrije keuze van zorgverleners).
- Verschillen tussen de polissen zijn onder meer te herleiden tot de hoogte van het vrijwillige eigen risico of het aanbod van preventieprogramma's. Andere *factoren* die de verschillen verklaren zijn onder meer het serviceniveau, de snelheid van declaratieverwerking, de toegankelijkheid van de klantenservice en de beschikbaarheid van digitale tools zoals apps voor het indienen van declaraties.
- Hoewel de dekking van de basisverzekering bij alle verzekeraars gelijk is, kan de premie die zij vragen verschillen. Dit verschil ontstaat door relatief kleine *variaties* aan te brengen in de aangeboden polissen of ten gevolge van de inkoop van zorg, de mate van beheersing van de bedrijfskosten en de strategie om meer of minder winst te maken.
- Kortom, de (*minimale*) variatie in polissen komt voort uit de interne bedrijfsvoering maar ook uit de manier waarop zorgverzekeraars hun dienstverlening en contracten met zorgverleners vormgeven, ondanks de wettelijke eisen rondom de basisverzekering.
- Zorgverzekeraars zijn *verplicht* iedereen te accepteren, het maakt daarbij niet uit hoe gezond de verzekerde is.
- De persoonlijke situatie van de verzekerde mag niet van invloed zijn op de premie voor de zorgverzekering. Dit betekent dat de gezondheid, de leeftijd of het inkomen van de verzekerde geen verschil maken voor de hoogte van de premie. Een extensief *risicovereveningssysteem* bewerkstelligt financiële compensatie tussen verzekeraars onderling (ruim 25 miljard euro jaarlijks)
- Verzekerden kunnen ook gebruikmaken van *niet-gecontracteerde* zorg. Op dit moment is nog artikel 13 van de Zorgverzekeringswet van kracht. Dit artikel bepaalt dat een verzekerde met een naturapolis die zorg ontvangt van een zorgaanbieder met wie zijn zorgverzekeraar geen contract heeft, tóch *recht* heeft op vergoeding van die zorg.
- In de praktijk wordt dit zo uitgelegd dat die vergoeding niet zo laag mag zijn, dat dit een belemmering, oftewel een *hinderpaal*, vormt voor een verzekerde om de zorg die hij nodig heeft te ontvangen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Sommige zorgverzekeraars hebben naar verhouding meer verzekerden met een hoog risico op zorgkosten. Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars met veel verzekerden uit risicogroepen (zoals ouderen, laagopgeleiden en chronisch zieken) aan hun acceptatieplicht kunnen blijven voldoen, voert Zorginstituut Nederland de *risicoverevening* uit. Om de vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar te bepalen, wordt ingeschat wat de verwachte zorgkosten zijn per zorgverzekeraar.

Dit gebeurt op basis van aantallen verzekerden en hun risicoprofielen. Het risicoprofiel bestaat uit kenmerken die samenhangen met verwachte zorgkosten, zoals leeftijd, geslacht, iemands postcode en gezondheidskenmerken zoals medicijngebruik of ziekenhuisbezoeken. Voor elk kenmerk en elke risicoklasse waarin verzekerden vallen, worden door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) jaarlijks normbedragen vastgesteld. Bij elkaar opgeteld bepalen die de hoogte van de vereveningsbijdrage die een zorgverzekeraar uitgekeerd krijgt.

De rechtsvorm waarin het ziektekostenverzekeringsbedrijf ex Zorgverzekeringswet wordt uitgevoerd, moet die van onderlinge waarborgmaatschappij, naamloze vennootschap of Europese vennootschap zijn. *Winstoogmerk is niet toegestaan*. Dat laatste houdt verband met de toestemming die is verleend door de Europese Commissie in mei 2005 dat het 'invaren' van de toen bestaande ziekenfondsen in het nieuwe verzekeringsstelsel mogelijk was onder voorwaarde dat de Zvw wordt uitgevoerd zonder winstoogmerk.

Los van het wettelijke regime ex Zvw kunnen zorgverzekeraars uiteenlopende, *aanvullende* verzekeringen aanbieden. De zorgverzekeraar bepaalt de inhoud, de voorwaarden en de vergoedingen van de aanvullende verzekering. Voor een aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht.

Nederland kent op dit moment tien zorgverzekeraars (concerns) die één of meer verzekeringsondernemingen besturen. Dat kunnen ook *labels* zijn, dat wil zeggen qua bedrijfsvoering niet zelfstandige bedrijfsonderdelen, met vaak wel een eigen klantenservice. Ook zijn er *volmachten* actief. Volmachten zijn geen zorgverzekeraars, maar ondernemingen die zorgverzekeringen (basis en aanvullend) van een andere verzekeraar aanbieden, de administratie van lopende verzekeringen voeren en schadeclaims afwikkelen. De vier grootste zorgverzekeraars zijn Zilveren Kruis (Achmea), CZ, VGZ en Menzis. Van alle 18-jarigen en ouder die in 2024 een zorgverzekering hebben, is 84,8 procent verzekerd bij één van deze vier concerns. Achmea is marktleider met 5,3 miljoen verzekerden.

De totale zorgkosten op basis van de Zorgverzekeringswet bedroegen in 2023 54,7 miljard euro (met daar begrepen een bedrag van 1,9 miljard euro voor hulpmiddelen), een stijging van 6,5% ten opzichte van 2012.

Voor 2024 worden de uitgaven geraamd op 58,7 miljard, een plus derhalve van 7,4%.

In 2024 koos 61 procent van de mensen voor één of meer aanvullende zorgverzekeringen, een kleine opwaartse trendbreuk ten opzichte van een jaar eerder. Want de afgelopen jaren nam het aantal mensen dat zich aanvullend verzekerde steeds meer af. Ter vergelijking: in 2020 koos nog 81 procent voor één of meer aanvullende verzekeringen.

De keuze voor een aanvullende verzekering is vooral ingegeven vanwege de tandartsdekking (41 procent). Daarna volgen fysiotherapie (30 procent) en hulp in het buitenland (11 procent).

De premieheffing voor de Zorgverzekeringswet vindt plaats op tweeërlei manier: ten eerste via het heffen van een *nominale* premie. Dit is een vast bedrag dat elke verzekerde maandelijks betaalt aan de zorgverzekeraar. De hoogte van deze premie kan per zorgverzekeraar verschillen, mede afhankelijk van de aangeboden polis, maar ligt gemiddeld rond de €1.731 per jaar (gemiddeld 146 euro per maand).

Echter, naast de nominale premie betaalt iedereen die in Nederland woont of werkt een *inkomensafhankelijke* bijdrage, zijnde een percentage van het inkomen (tot een bepaald maximum). De bijdrage wordt meestal ingehouden door de werkgever of uitkeringsinstantie. Beoogd wordt dat de inkomensafhankelijke premie ongeveer twee derde van de totale inkomsten van het zorgverzekeringsstelsel uitmaakt, terwijl de nominale premie ongeveer een derde bijdraagt. Dit wordt vaak aangeduid als een 2:1 verhouding. Deze verhouding helpt om de zorgkosten relatief betaalbaar te houden voor mensen met lagere inkomens, aangezien de inkomensafhankelijke premie *progressief* is (hoger inkomen betekent meer betalen), terwijl de nominale premie voor iedereen gelijk is.

Voor veel verzekerden is de zorgpremie die men maandelijks betaalt aan zijn zorgverzekeraar bepalend voor het beeld dat men heeft over de omvang van ieders bijdrage aan de financiering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarbij is men vaak onkundig over het bestaan, laat staan de omvang van de inkomensafhankelijke bijdrage. Dat is niet zo verwonderlijk omdat, als de verzekerde in loondienst is, de Zvw premie door de werkgever rechtstreeks aan de Belastingdienst wordt betaald. Dat geldt over overigens ook voor de inkomensafhankelijke premie voor de Wet langdurige zorg.

De baaierd aan zorgpremies is op het eerste gezicht een uiting van gezonde concurrentie. Bij nader inzien heeft een scherpe premiestelling *niets of nauwelijks* van doen met doelmatiger bedrijfsvoering of gunstiger toerekening van vaste kosten over een aanwas van verzekerden. Ook is succesvolle zorginkoop met een merkbare invloed op de premiestelling een zeldzaamheid.

In de praktijk is een lagere premie in bijna alle gevallen te danken aan de (soms nauwverholen) beperking van aanspraken of het hanteren van een hoger eigen risico. Echte prijsconcurrentie is – begrijpelijkerwijs – lastig omdat we te maken hebben met een homogeen ‘diensten’-pakket, als gevolg waarvan de onderliggende kostenopbouw en margestructuur tussen verzekeraars onderling nauwelijks (kunnen) verschillen.

Daarenboven wordt echte concurrentie op premies feitelijk onmogelijk gemaakt omdat risicoselectie door de wetgever bewust zoveel mogelijk is uitgesloten. Daar zorgt immers het risicovereveningssysteem voor. Bovendien stelt de rijksoverheid jaarlijks een budgettair kader vast en moeten de zorgverzekerings-ondernemingen (in feite gewoon schadeverzekeraars) op aanwijzing van De Nederlandse Bank forse reserves (9 miljard euro in totaal) aanhouden.

Langjarig onderzoek wijst uit dat er tussen zorgverzekeraars geen noemenswaardige verschuivingen in marktaandeel optreden. Het (povere, soms zelfs verlieslatende) bedrijfsresultaat is tamelijk constant te noemen, wat eveneens wijst op geringe dynamiek. Winst wordt voornamelijk gemaakt op beleggingen en op aanvullende verzekeringen. Zorgverzekeraars hebben nauwelijks macht om zich onafhankelijk te gedragen ten opzichte van hun directe concurrenten. Het is dan ook niet verwonderlijk dat zich in al die jaren geen nieuwe toetreders (op één uitzondering na) op de *oligopolistische* zorgverzekeringsmarkt hebben gemeld.

Dat in schrille tegenstelling met de zorgmarkt zelf, die al te vaak wordt overspoeld met (vooral buitenlandse) 'private equity'-partijen, op zoek naar rendement. In hun ogen is de zorgverzekeringsmarkt commercieel oninteressant, en vooral een administratieve jungle, waarin concurrentie niet rendeert, maar eerder contraproductief is. Precies zoals een (zelf)kritische bestuurder van één van de zorgverzekeraars het verwoordde: *"Concurreren kost geld en zorgverzekeraars concurreren op zaken die geen enkele toegevoegde waarde voor de zorg hebben."*



## **BIJLAGE**

### **1. VERKLARING VAN AFKORTINGEN**

ABW	Algemene Bijstandswet
ACM	Autoriteit Consument en Markt
ACP	Adviescommissie Pakketbeheer
AHA	Apotheekhoudende huisarts
ANW	Avond-, nacht- en weekend (diensten of uren)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
CAK	Centraal Administratiekantoor (nu betekenisloze afkorting)
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
DBC	Diagnose-behandel combinatie
DOAC	Direct-werkende anticoagulantia
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FZ	Forensische zorg
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GW	Geneesmiddelenwet
HAP	Huisartsenspoedpost
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IZA	Integraal Zorgakkoord
JW	Jeugdwet
MDR	Medical Device Regulation
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MSZ	Medisch-specialistische zorg
Mw	Mededingingswet
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	Persoonsgebonden budget
POH	Praktijkondersteuner huisarts
QALI	Quality-adjusted life year
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RVS	Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
TBS	Terbeschikkingstelling dwangverpleging
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
VVT	Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAR	Wetenschappelijke adviesraad
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg



Wgp	Wet Geneesmiddelenprijzen
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen
Wmcz	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmh	Wet medische hulpmiddelen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOG	Wet op de geneesmiddelenvoorziening
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTZa	Wet toetreding zorgaanbieders
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd	Wet zorg en dwang
Wzt	Wet op de zorgtoeslag
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZFW	Ziekenfondswet
ZIN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

## 2. BRONNEN, VINDPLAATSEN EN RAPPORTEN

Voor meer inzicht in de materie wordt verwezen naar de volgende **informatiebronnen** die op internet gemakkelijk zijn te raadplegen:

Algemene Rekenkamer

Centraal Bureau voor de Statistiek

De Staat van Volksgezondheid en Zorg Farmacotherapeutisch Kompas GIPdatabank

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Nederlands Zorginstituut

Nederlandse Zorgautoriteit NIVEL

Palliaweb

RIVM Organisatie van de Zorg Regelhulp

Stichting Farmaceutische Kengetallen Zorgcijfersdatabank

Zorggegevens Zorginzicht

Ook is vaak nuttige informatie te vinden op de websites van **beroeps- en brancheorganisaties** in de zorg of voorlichtingssites zoals ActiZ, Bogin, FMS, FMWV, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LHV, NVSHV, NU'91, NVMO, Verenso, VIG, VGVZ, V&VN, ZonMw en ZN.

**Rapportages** met verdieping over onderdelen en aspecten van het zorgstelsel en het zorgaanbod in Nederland die inzicht en verdieping in de materie geven zijn onder meer:

Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet (Ministerie VWS)

Data en Feiten 2023 (Stichting Farmaceutische kengetallen)

De gezondheids(zorg) toekomst van Nederland 9deloitte)

Een zorgelijk gebrek aan daadkracht (Algemene Rekenkamer)

Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief 1941-2017 (WRR)

Het Nederlandse Zorgstelsel (Ministerie VWS)

In de zorg, uit het zicht (Algemene Rekenkamer)

Integraal Zorgakkoord (gezamenlijke uitgave zorgorganisaties en Ministerie VWS)

Maatschappelijke impact met focus op expertise (CBG)

Met de stroom mee (Raad voor Volksgezondheid & Samenleving)

Middellangetermijn-verkenning 2022-2025 (Centraal Planbureau)

Monitor acute zorg 2023 (NZa)

Publieksversie jaarverslag 2023 (NZa)

Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (ZIN)

Samenloop tussen Wvvgz en Wzd (Ministerie VWS)

Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060 (RIVM)

Visie eerstelijnszorg 2030 (diverse zorgorganisaties)

VWS-monitor (Ministerie VWS)

Zorg in Denemarken: Walhalla... of niet? (Gupta Strategists)

Zorg voor de Toekomst (Ministerie VWS)

Zorgcijfers Monitor (Zorginstituut Nederland)

Zorguitgaven: ons een zorg? (Centraal Planbureau)

Zorgverzekeringsmarkt (Motivaction)





