



juli 2026

# EEN EERLIJK(ER) SPEELVELD IN DE GGZ, WIJKVERPLEGING EN MSZ

Position paper | Onafhankelijke toets op de  
maatregelen uit AZWA-afspraken E4 voor een  
evenwichtig en toegankelijk zorglandschap

**GUPTA**  
STRATEGISTS



## Disclaimer

Gupta Strategists stelde dit *position paper* **volledig onafhankelijk** op, op basis van de gepubliceerde 'feitenbasis AZWA-afspraken E4', aangevuld met andere openbare bronnen. De inhoudelijke conclusies zijn voor **onze eigen rekening** en hebben we niet vooraf afgestemd met de bij het onderzoek betrokken stakeholders.

# Samenvatting

## Doel en aanleiding

Gupta Strategists stelde in opdracht van de NZa een objectieve feitenbasis op over verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders in de ggz, wijkverpleging en msz. Dit *position paper* duidt die analyse: we benoemen de kernproblemen per sector en beoordelen de effectiviteit van de maatregelen uit AZWA-afspraken E4. Die afspraak gaat over een eerlijk speelveld in de zorg, tussen verschillende typen zorgaanbieders.

## Kernproblemen per sector

In de **ggz** wachten de meest kwetsbare cliënten onaanvaardbaar lang op complexe zorg (> 6 maanden<sup>1</sup>), terwijl schaarse professionals ervoor kiezen als vrijgevestigde professional te werken. Vrijgevestigde professionals richten zich op minder complexe cliënten en ontvangen zonder contract een vergelijkbare, soms zelfs hogere, vergoeding. Het beperkte verschil in vergoeding komt grotendeels door de 100%-vergoedingsregel: die ondermijnt de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars en maakt werken met contract financieel minder aantrekkelijk.

In de **wijkverpleging** is de ureninzet per cliënt bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders bijna drie keer zo hoog als bij gecontracteerde partijen. Dat wijst op substantiële ondoelmatigheid. De niet-gecontracteerde zorg concentreert zich in de Randstad, juist waar kwetsbare inwoners met een lage sociaaleconomische status wonen. Hierdoor lopen deze mensen extra risico te moeten bijbetalen voor hun zorg.

Voor de **msz** laat de feitenbasis zien dat vergoedingen tussen typen zorgaanbieders verschillen. Of dat de werkelijke kostprijverschillen reflecteert, vraagt nader kostprijsonderzoek. Voor een eerlijk speelveld in de msz is dit gebrek aan inzicht een probleem, omdat de huidige tariefdifferentiatie mogelijk onvoldoende recht doet aan reële verschillen in kostprijs.

## Effectiviteit van AZWA-maatregelen

Het merendeel van de AZWA-maatregelen is niet of beperkt effectief. Twee maatregelen hebben potentie. Een **vergunningsplicht voor de ggz** kan de druk op de specialistische ggz verlichten door professionals te verplichten bij te dragen aan het oplossen van regionale knelpunten. **Verlaging van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg** vergroot de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars in zowel de ggz als de wijkverpleging, maar alleen als zorgverzekeraars tegelijk de opdracht krijgen breed en gedifferentieerd te contracteren, én de 100%-vergoedingsregel niet langer geldt voor zorgaanbieders die een redelijk contractaanbod afwijzen. Zonder deze mitigerende maatregelen is het effect beperkt of contraproductief.

---

<sup>1</sup> Gemiddelde wachttijd tot behandeling specialistische ggz in 2025. Bron: [www.zichtopzorgaanbieders.nl](http://www.zichtopzorgaanbieders.nl)

# Inhoudsopgave

<b>Disclaimer</b>	<b>2</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>CONTEXT</b>	
<b>AZWA-maatregelen voor eerlijk(er) speelveld</b>	<b>5</b>
<b>KERNPROBLEMEN</b>	
<b>Elementen die een eerlijk(er) speelveld in de weg zitten</b>	<b>7</b>
<b>GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG</b>   Ondanks slechte toegankelijkheid voor kwetsbare cliënten, is het helpen van deze populatie minder aantrekkelijk	<b>8</b>
<b>WIJKVERPLEGING</b>   Ondoelmatigheid van niet-gecontracteerde zorg en hoger risico op bijbetalingen in de Randstad	<b>11</b>
<b>MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG</b>   Complementair speelveld met differentiatie in vergoedingen die verschillen in kosten mogelijk onvoldoende reflecteert	<b>13</b>
<b>BOORDELING MAATREGELLEN AZWA-AFSPRAAK E4</b>	
<b>Twee maatregelen met mitigerende acties dragen potentieel bij aan oplossen kernproblemen</b>	<b>16</b>
<b>TOELICHTING PER MAATREGEL</b>	<b>18</b>
<b>BIJLAGE 1</b>	
<b>AZWA-afpraak E4</b>	<b>25</b>
<b>BIJLAGE 2</b>	
<b>Raamwerk voor bepalen kernproblemen per sector</b>	<b>29</b>
<b>Over Gupta Strategists</b>	<b>30</b>

## CONTEXT

# AZWA-maatregelen voor eerlijk(er) speelveld

Toegankelijkheid is het grootste probleem in de Nederlandse zorg. Het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)<sup>2</sup> bevat maatregelen om het arbeidstekort terug te dringen en gelijkwaardigere toegang tot zorg voor alle Nederlanders te realiseren. De AZWA-afspraken E4 is gericht op maatregelen om alle zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), wijkverpleging en medisch specialistische zorg (msz) een eerlijke bijdrage te laten leveren aan die opgave. Oftewel: een eerlijk(er) speelveld. De maatregelen zijn gericht op verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders en verschillen tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (zbc's), zie Figuur 1.

Daarnaast bevat het coalitieakkoord van kabinet Jetten<sup>3</sup> een concrete afspraak over het ontmoedigen van niet-gecontracteerde zorg: *Bij het streven naar passende zorg, hoort ook het afschaffen van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, met een overgangperiode en oog voor behoud van personeel. Zorgverzekeraars moeten zorg uit het basispakket voldoende contracteren, een restitutiepolis aanbieden (voor o.a. zorg in het buitenland) en samenwerking afdwingen om op deze manier passende zorg de norm te maken.* Hiermee neemt het kabinet een voorschot op de voorgestelde maatregel 7 uit de AZWA-afspraken E4, te weten het verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg.

In opdracht van het ministerie van VWS zijn twee onderzoeken uitgevoerd als input om te komen tot een samenhangend pakket aan maatregelen. De NZa heeft een advies uitgebracht over de noodzaak en wenselijkheid om prestaties te differentiëren in de msz<sup>4</sup>. Daarnaast hebben wij (Gupta Strategists) in opdracht van de NZa een feitenbasis opgesteld die objectief inzicht geeft in de verschillen tussen zorgaanbieders in de drie sectoren. De feitenbasis<sup>5</sup> bevat géén duiding en conclusies; dat is aan de AZWA-partijen.

Het komt vrijwel nooit voor dat we worden gevraagd om onderzoek te doen zonder er conclusies uit te trekken. Daarom geven we onze persoonlijke duiding op de feitenbasis. In dit *position paper* beschrijven we de kernproblemen per sector. Vervolgens geven we advies over de effectiviteit van de voorgestelde maatregelen. Onze conclusies en standpunten zijn gebaseerd op de inzichten uit de feitenbasis, aangevuld met openbare bronnen.

<sup>2</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2025/08/31/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-azwa>

<sup>3</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/regering/regeerakkoord>

<sup>4</sup> <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-1234305.pdf>

<sup>5</sup> <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2026D26202&did=2026D26202>

### Maatregelen gericht op het realiseren van een eerlijk speelveld tussen...

#### ...gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders

1. Herinstructie van een vergunningplicht met strengere eisen rond regionale samenwerking, ANW-diensten en wachtlijst-informatie
2. Inzet van artikel 12 Zvw om via AMvB voor bepaalde zorgvormen contractering verlicht te stellen
3. Regulering van prestaties (en tariefdifferentiatie) op basis van zorgzwaarte en bijdrage aan de opgave
4. Coulanceverbod en verbod op reclame daarvoor
5. Verruimen mogelijkheden voor (materiele) controles bij niet-gecontracteerde aanbieders
6. Uitbreiding van machtigingen bij niet-gecontracteerde zorg
7. Verkenning van verlaging van vergoedingen voor aanbieders die zich onttrekken aan redelijke voorwaarden

#### ...ziekenhuizen en zbc's

8. Differentiatie in prestaties (betaaltitels) zodat tarieven beter kunnen aansluiten bij geleverde zorg en organisatievorm

Figuur 1 – Maatregelen uit AZWA-afspraken E4

## KERNPROBLEMEN

# Elementen die een eerlijk(er) speelveld in de weg zitten

Uit de feitenbasis blijkt dat de marktstructuur en dynamiek per sector dusdanig verschilt dat het niet mogelijk is om tot een overkoepelende probleemstelling voor de drie sectoren te komen. Daarom behandelen we de sectoren los van elkaar. We hanteren hiervoor een raamwerk<sup>6</sup> om gestructureerd te komen tot een conclusie per sector over de kernproblemen die (kunnen) zorgen voor een oneerlijk speelveld.

### Inzichten in personele issues ontbreken nog

Ten tijde van de publicatie van dit *position paper* hebben PGGM/PFZW de aanvullende analyses over de arbeidsmarkt nog niet afgerond. Hoewel deze inzichten waardevol zijn om het beeld per sector aan te scherpen, verwachten we niet dat deze tot wezenlijk andere conclusies leiden over de probleemstelling en de effectiviteit van de voorgestelde maatregelen.

<sup>6</sup> Zie bijlage 2 voor het generieke raamwerk dat we per sector hanteren

## GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG |

Ondanks slechte toegankelijkheid voor kwetsbare cliënten, is het helpen van deze populatie minder aantrekkelijk

De geestelijke gezondheidszorg staat al jaren onder druk en schiet op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid ernstig tekort. De rapportage GGZ uit de knel van het Trimbos Instituut<sup>7</sup> en het rapport *Uit balans* van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) mentale gezondheid en ggz<sup>8</sup> bevestigen dit beeld. Beide rapporten duiden de onderliggende knelpunten en concluderen dat het stelsel van zorg en ondersteuning zonder aanpassingen onhoudbaar is. Ook de feitenbasis legt twee kernproblemen bloot die om actie vragen:

1. De **toegang** binnen de ggz staat al jaren onder druk: **kwetsbare cliënten** met complexe aandoeningen wachten langer dan aanvaardbaar op een passende behandeling
2. **Vrijgevestigde professionals** behandelen een minder complexe cliëntpopulatie, dragen beperkt bij aan oplossen van regionale knelpunten en krijgen niet-gecontracteerd een vergelijkbare beloning als gecontracteerde collega's.

Deze twee kernproblemen hangen nauw samen. De grote arbeidstekorten in de ggz veroorzaken al lang hoge werkdruk en lange wachtlijsten voor specialistische zorg<sup>9</sup>. Met name (kern)instellingen met verblijf en PAAZ/PUK-afdelingen leveren de cruciale zorg, acute zorg, zorg in ANW-uren en zorg voor de meest complexe (EPA-)cliënten. Vrijgevestigde professionals en ambulante zorgaanbieders behandelen gemiddeld minder complexe cliënten, mede door het hanteren van exclusiecriteria. Exclusiecriteria zijn inhoudelijk te verklaren als bij zorgaanbieders deskundigheid en bekwaamheid ontbreekt om complexe cliënten te helpen. Het tekort aan capaciteit om complexe cliënten tijdig in zorg te nemen vraagt echter ook om de beschikbare capaciteit optimaal in te zetten. De feitenbasis laat zien dat een groot deel van de zorgaanbieders, ook ambulante zorgaanbieders en vrijgevestigde professionals, de noodzaak voor regionale coördinatie erkent om onaanvaardbare wachttijden terug te dringen. Het omvangrijke en diverse aanbod in de ggz maakt effectieve regionale samenwerking echter complex. Op dit moment bestaat er geen verplichting voor individuele professionals om actief bij te dragen aan de regionale samenwerking die nodig is om de capaciteit in de regio optimaal te benutten en eerlijk te verdelen. Het kwalitatieve onderzoek bij de feitenbasis toont wel voorbeelden van professionals die zo'n bijdrage leveren, maar dat volstaat niet om de tekorten structureel op te lossen. Er is daarmee aantoonbaar sprake van een verschil in bijdrage van de verschillende typen zorgaanbieders aan de urgente vraagstukken waarvoor de ggz staat.

In een goed functionerend stelsel sturen zorgverzekeraars via de contractering op de gewenste bijdrage. De feitenbasis laat echter zien dat zorgverzekeraars een groot deel van de vrijgevestigde zorgaanbieders en ambulante instellingen contracteren, ondanks verschillen in

<sup>7</sup> <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/10/AF2059-Ggz-uit-de-knel.pdf>

<sup>8</sup> <https://open.overheid.nl/documenten/c0d175e4-d3ee-4b27-9a8c-a734e6365107/file>

<sup>9</sup> <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2025/02/11/nza-wachttijden-ggz-blijven-lang>

bijdrage. Dit hangt samen met het aangescherpte NZa-toezicht op de zorgplicht<sup>10</sup>: zorgverzekeraars moeten niet-gecontracteerde zorgaanbieders voor 100% vergoeden wanneer een patiënt niet binnen de Treeknorm terecht kan bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Vanuit patiëntperspectief is deze regelgeving meer dan verdedigbaar, maar het creëert tegelijk een disbalans in de contractering.

De feitenbasis laat namelijk zien dat de vergoedingen aan gecontracteerde en niet-gecontracteerde vrijgevestigde professionals elkaar weinig ontlopen. In sommige gevallen ligt de vergoeding zonder contract zelfs hoger. Omdat zorgverzekeraars in lijn met de polisvoorwaarden een lagere vergoeding uitkeren bij niet-gecontracteerde zorg, valt dit alleen te verklaren doordat niet-gecontracteerde zorgaanbieders voor een deel van hun cliënten 100%-vergoeding ontvangen. Deze tarieven liggen hoger dan zorgverzekeraars vergoeden aan gecontracteerde vrijgevestigde zorgaanbieders. Voor de overige cliënten bestaat bovendien de mogelijkheid een aanvullende betaling bij de cliënt in rekening te brengen. Dit verzwakt de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars via de contractering en biedt vrijgevestigde professionals tegelijk een uitweg wanneer de inkoopwensen hen niet bevallen. Het gevolg is dat de vrijgevestigde setting aantrekkelijk blijft voor de schaarse professionals in de ggz, terwijl de financiële prikkel om regionaal samen te werken aan betere toegang voor complexe cliënten die tussen wal en schip vallen beperkt blijft. Onderstaande figuur vat de inzichten uit de feitenbasis voor de ggz samen.

---

<sup>10</sup> <https://www.nza.nl/vraag-en-antwoord/zorgverzekeraars/de-wachttijden-bij-gecontracteerde-zorgaanbieder-zijn-te-lang.-wat-moet-de-zorgverzekeraar-doen>

## Geestelijke gezondheidszorg

### Marktstructuur

- Het speelveld in de ggz kent een geheel eigen dynamiek met meer dan 4200 aanbieders. Meer dan 85% van de aanbieders zijn vrijgevestigde professionals
- Circa 30% van het aanbod is niet-gecontracteerd en ca. 13% van de cliënten maakt gebruik van niet gecontracteerde zorg
- Vrijwel alle kerninstellingen, overige instellingen met verblijf en PAAZ/PUK zijn gecontracteerd (= grootste deel omzet)
- Het aandeel niet-gecontracteerde zorg concentreert zich bij ambulante instellingen (ca. 35% niet-gecontracteerd), vrijgevestigde professionals (ca. 30% niet-gecontracteerd) en verslavingszorg (ca. 50% niet-gecontracteerd),
- Sector kenmerkt zich door grote arbeidstekorten, een hoge werkdruk en lange wachtlijsten voor specialistische ggz

### Bijdrage aan cruciale activiteiten

- Cruciale zorg, acute zorg, zorg in de ANW-uren en zorg voor de meest complexe cliënten (EPA) worden met name door (kern) instellingen geleverd
- Een beperkt deel van de vrijgevestigde professionals draagt bij aan deze cruciale activiteiten
- Partijen (groot en klein) zien het belang van regionale samenwerking, maar dit komt door het omvangrijke en diverse aanbod moeilijk tot stand

### Verskil populatie

- (Kern)instellingen met verblijf en PAAZ/PUK behandelen de zwaarste populatie (EPA-clieënten, hogere historische zorgkosten, lagere SES-score, hogere leeftijd)
- Ambulante instellingen en vrijgevestigde professionals zien met name patiënten met common mental disorders en een hogere SES-score en hanteren vaker exclusiecriteria
- Bij verslavingszorg hebben cliënten bij niet-gecontracteerde aanbieders significant hogere SES-scores

### Differentiatie in vergoedingen

- Er is duidelijk sprake van tariefdifferentiatie die samenhangt met rol en positie
- Tarieven bij ambulante instellingen zijn 20-30% lager en bij vrijgevestigde professionals 40%-50% lager dan bij (kern)instellingen & PAAZ/PUK
- De vergoeding aan vrijgevestigde professionals zonder contract verschillen beperkt met en zijn soms hoger dan bij collega's met contract
- Acute en zeer specialistische zorg en opleiding hebben aparte financiering



### Kernproblemen

1. De **toegang** binnen de ggz staat al jaren onder druk: **kwetsbare cliënten** met complexe aandoeningen wachten langer dan aanvaardbaar op een passende behandeling
2. **Vrijgevestigde professionals** richten zich op een minder complexe cliëntpopulatie, dragen beperkt bij aan oplossen van regionale knelpunten en krijgen niet-gecontracteerd een vergelijkbare beloning als gecontracteerde collega's.

Figuur 2 – Kerninzichten en -problemen ggz

## WIJKVERPLEGING |

### Ondoelmatigheid van niet-gecontracteerde zorg en hoger risico op bijbetalingen in de Randstad

De wijkverpleging kent een gefragmenteerde markt met een relatief beperkt aantal geïntegreerde instellingen, een klein deel (middel)grote ambulante zorgaanbieders en een groot aandeel kleine thuiszorgorganisaties met een omzet van minder dan 1 miljoen euro. Van deze laatste groep heeft slechts 15% een contract met een zorgverzekeraar. Binnen de wijkverpleging onderscheiden we twee kernproblemen, die zich toespitsen op de verschillen tussen het gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbod:

1. **Niet-gecontracteerde zorgaanbieders** zetten gemiddeld bijna **3 keer zoveel uren zorg** in per cliënt als gecontracteerde partijen. Dit komt deels door een afwijkend specialistisch aanbod en deels door ondoelmatigheid en daarmee tot een bovenmatig beroep op schaars personeel.
2. Het relatief hoge aandeel niet-gecontracteerde zorg in de **Randstad** belemmert de **toegang tot zorg**, waardoor inwoners een aanzienlijk groter risico op bijbetalingen lopen.

Deze feitenbasis bevestigt een al langer bestaand beeld. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders zetten per cliënt bijna 3 keer zoveel uren in als gecontracteerde zorgaanbieders. Het kwalitatieve onderzoek bij de feitenbasis laat zien dat dit deels samenhangt met patiënten die niet terechtkunnen bij het gecontracteerde zorgaanbod. De populatie bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders heeft echter gemiddeld geen zwaarder zorgprofiel en verklaart daarmee niet de grote verschillen in uren per cliënt. Ondoelmatigheid speelt dus een substantiële rol, waarop zorgverzekeraars onvoldoende grip weten te krijgen, het machtigingsbeleid ten spijt. De wijkverpleging kampt al met een groot tekort aan verplegend personeel; de fors hogere ureninzet bij niet-gecontracteerde zorg legt daarop een bovenmatig beslag.

Daarnaast zien we duidelijke regionale verschillen in het speelveld. In de Randstad ligt het aandeel niet-gecontracteerde zorg hoger, met tegelijkertijd een oververtegenwoordiging van cliënten met een lage sociaaleconomische status. Dit verklaart voor een belangrijk deel de verschillen in gemiddelde SES-score tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Van gelijkwaardige toegang in de wijkverpleging is daarmee geen sprake. Juist de meest kwetsbare inwoners met een laag inkomen komen vaker terecht bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. In dit geval krijgen verzekerden een gedeeltelijke vergoeding vanuit de zorgverzekeraar en lopen zij het risico zelf op te draaien voor het resterende deel de rekening. Onderstaande figuur vat de inzichten uit de feitenbasis voor de wijkverpleging samen.

## Wijkverpleging

### Marktstructuur

- Het speelveld in de wijkverpleging is gefragmenteerd en kent ook een eigen dynamiek met ruim 1700 aanbieders
- Het merendeel van de zorg wordt geleverd door gecontracteerde aanbieders, in omzet >85% en in patiënten >90%.
- Echter, slecht 1/3 van alle aanbieders is gecontracteerd
- Meer dan 75% van de aanbieders zijn kleine thuiszorgorganisaties met minder dan 1 miljoen omzet en slechts 15% van deze aanbieders is gecontracteerd.
- Er zijn daarnaast grote regionale verschillen. In de Randstad zijn er relatief (veel) meer kleine thuiszorgorganisaties actief en hier is het aandeel niet-gecontracteerde zorg hoger dan in de rest van Nederland

### Bijdrage aan cruciale activiteiten

- Ongeplande nachtzorg wordt apart ingekocht bij regiehouders, vaak bij geïntegreerde aanbieders in de regio
- Het organiseren van regionale samenwerking is door fragmentatie complex
- Uit kwalitatieve onderzoek, hoewel respons laag is, blijkt dat een deel samenwerking uit de weg gaat en een deel wil samenwerking maar buiten-gesloten wordt

### Verskil populatie

- Geïntegreerde aanbieders leveren zorg aan cliënten met relatief hoge zorgzwaarte (o.b.v. leeftijd, historische zorgkosten en zorg aan het eind van het leven)
- Niet-gecontracteerde kleine aanbieders hebben relatief jongere patiënten met een lagere SES-score, mede door het aandeel in de Randstad
- Niet-gecontracteerde aanbieders leveren gemiddeld 3 keer meer uren zorg per cliënt dan gecontracteerde aanbieders

### Differentiatie in vergoedingen

- Ondanks eenduidige prestaties is er duidelijk sprake van tariefdifferentiatie
- Uurtarieven bij niet-gecontracteerde aanbieders liggen meer dan 30% lager dan bij geïntegreerde instellingen
- De ongeplande nachtzorg kent een aparte prestatie en wordt aanvullend bekostigd



### Kernproblemen

1. **Niet-gecontracteerde zorgaanbieders** zetten gemiddeld bijna **3 keer zoveel uren zorg** in per cliënt als gecontracteerde partijen. Dit komt deels door een afwijkend specialistisch aanbod en deels door ondoelmatigheid en daarmee tot een bovenmatig beroep op schaars personeel.
2. Het relatief hoge aandeel niet-gecontracteerde zorg in de **Randstad** belemmert de **toegang tot zorg**, waardoor inwoners een aanzienlijk groter risico op bijbetalingen lopen.

Figuur 3 – Kerninzichten en -problemen wijkverpleging

## MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG |

Complementair speelveld met differentiatie in vergoedingen die verschillen in kosten mogelijk onvoldoende reflecteert

Het speelveld in de msz bestaat uit verschillende type zorgaanbieders (umc's, topklinische en algemene ziekenhuizen, zbc's), met elk hun eigen zorgaanbod, bijdrage aan cruciale activiteiten en populatie. Umc's, ziekenhuizen en vrijwel alle grote zbc's hebben contracten met zorgverzekeraars. Meer dan helft van de kleine zbc's zijn ook gecontracteerd. Hierdoor krijgen vrijwel alle patiënten zorg vanuit een gecontracteerde zorgaanbieder en betalen zorgverzekeraars het overgrote deel van de totale msz-kosten via contractuele afspraken rechtstreeks uit aan de zorgaanbieder. Het vertoont daarmee kenmerken van een goed functionerende markt. Uit de feitenbasis blijkt toch een kernprobleem dat we willen adresseren:

1. De **differentiatie in vergoeding** tussen typen zorgaanbieders reflecteert mogelijk onvoldoende de kostprijsverschillen die samenhangen met hun positie, rol en bijdrage binnen het speelveld.

De verschillende type msz-aanbieders hebben ieder hun eigen rol en positie in het speelveld. Verschillen in zorgaanbod, bijdrage aan cruciale activiteiten en populatie vloeien logisch voort uit de rol en positie van zorgaanbieders. Die verschillen vormen op zichzelf echter geen bewijs van een eerlijk speelveld. Daarvoor is vereist dat de vergoeding die zorgaanbieders ontvangen deze verschillen afdoende compenseert. Landelijk bestaat daarover discussie. Ziekenhuizen stellen dat zorgverzekeraars de verschuiving van laagcomplexe zorg naar zbc's onvoldoende in de (overige) tarieven compenseren, waardoor de beschikbaarheid van acute en complexe zorg onder druk komt te staan<sup>11</sup>. Zbc's wijzen erop dat zorgverzekeraars al differentiëren in vergoedingen die samenhangen met een efficiënte inrichting van planbare zorg in de klinieksetting. Ze roepen zorgverzekeraars vooral op meer werk te maken van de contractering van niet-gecontracteerde zbc's tegen een passende vergoeding<sup>12</sup>.

De feitenbasis toont dat de vergoedingen (tarieven en aanvullende financiering) onderling verschillen tussen de verschillende typen msz-aanbieders. Of deze differentiatie de kostenverschillen volledig reflecteert, valt niet met zekerheid te zeggen. Dat vereist een diepgaand kostprijsonderzoek dat het tijdspad van dit onderzoek niet toeliet. Tegelijkertijd toont het onderzoek dat gecontracteerde zorgaanbieders het overgrote deel van de totale kosten in de msz realiseren. Dit biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders individueel de ruimte om in de contractering een passende vergoeding af te spreken.

Of zorgaanbieders die passende vergoeding in de praktijk ontvangen, is uit de feitenbasis niet vast te stellen. De stelling van ziekenhuizen dat het verlies van laagcomplexe zorg leidt tot onvoldoende dekking van de kosten van de overige zorg, valt niet hard te maken. Daarvoor

<sup>11</sup> [NVZ in brandbrief: "Noodplan nodig tegen uitholling ziekenhuizen" | NVZ](#)

<sup>12</sup> <https://www.zkn.nl/over-klinieken/kliniekfeiten-op-een-rij>

moet men aantonen dat sprake is van ongewenste kruissubsidie: de marges op laagcomplexe zorg zijn in dat geval noodzakelijk om verliezen op complexe zorg en beschikbaarheidsfuncties te dekken die niet door inefficiënte bedrijfsvoering ontstaan.

De stelling van zbc's wordt deels bevestigd. Zorgverzekeraars spreken met gecontracteerde zbc's inderdaad gemiddeld lagere tarieven af. Niet-gecontracteerde zbc's ontvangen op basis van de polisvoorwaarden echter een nog lagere vergoeding voor vergelijkbare zorg, tegelijk brengen niet-gecontracteerde zbc's structureel geen aanvullende vergoedingen bij patiënten in rekening<sup>13</sup>. De hogere vergoeding voor gecontracteerde zbc's maken het aannemelijk dat zij relatief hoge tarieven krijgen ten opzichte van hun kostprijzen.

Concluderend kunnen we op basis van de feitenbasis niet onomstotelijk vaststellen dat de huidige differentiatie in vergoeding leidt tot een eerlijk speelveld. Hiervoor ontbreken nog essentiële inzichten. Wel zien we aanwijzingen dat dit mogelijk op onderdelen niet het geval is. We adviseren werk te maken van het verbeteren van het inzicht in de verschillen tussen de (integrale) vergoeding en de kosten, en dus de marge van de verschillende type aanbieders. Als zorgverzekeraars en zorgaanbieders deze inzichten gebruiken om tot passende contractafspraken te komen zal dit bijdragen aan een eerlijker speelveld. Onderstaande figuur vat de inzichten uit de feitenbasis voor de msz samen.

---

<sup>13</sup> Een aantal voorbeelden: [HartKliniek | Vergoeding kosten, Verzekering - Acibadem International Medical Center, Vergoeding - MKV, Vergoedingen & facturatie • OrthoCareClinics, Vergoedingen | Excellent Klinieken, Maagverkleining: prijzen en vergoedingen - WeightWorks](#)

## Medisch specialistische zorg

### Marktstructuur

- Het overgrote deel van de omzet (>99%) in de msz wordt geleverd door gecontracteerde aanbieders
- Alle ziekenhuizen (umc, stz en algemene ziekenhuizen) zijn gecontracteerd.
- Vrijwel alle grote (omzet > 25 mln.) zbc's zijn eveneens gecontracteerd
- Van de kleine zbc's (omzet < 25 mln.) is wel een groot deel (<40%) niet-gecontracteerd. Door de relatief lage omzet van deze aanbieders, is het aandeel patiënten dat gebruik maakt van niet-gecontracteerde zeer klein (<2%)
- Er is een in de msz een divers en complementair aanbod, met voldoende keuzemogelijkheden voor de patiënt binnen het gecontracteerde aanbod.

### Bijdrage aan cruciale activiteiten

- De bijdrage van partijen sluit aan bij hun rol en profiel in het speelveld
- Alle ziekenhuizen bieden acute zorg, vrijwel alle hebben ook een IC
- Ongeveer de helft van de zbc's leveren acute zorg, in de vorm van een spoedpoli voor eigen patiënten
- IC-zorg wordt door zbc's niet geboden
- Ziekenhuizen leiden breed zorgpersoneel op, zbc's zeer beperkt

### Verskil populatie

- Vergeleken met ziekenhuizen hebben patiënten bij zbc's een hogere SES-score, lagere historische zorgkosten, minder dure geneesmiddelen en minder co morbiditeit
- Het aantal patiënten dat na een behandeling in een zbc op de SEH komen is lager dan bij ziekenhuizen
- De zorgzwaarte van patiënten bij zbc's is gemiddeld lager

### Differentiatie in vergoedingen

- Zbc's hebben gemiddeld lagere tarieven dan ziekenhuizen
- Niet-gecontracteerde zbc's lager dan gecontracteerde zbc's
- Differentiatie is groter in gebieden met veel aanbod
- Ziekenhuizen ontvangen bovenop de tarieven aanvullende financiering voor activiteiten die niet door zbc's uitgevoerd worden, zoals opleidingsvergoedingen, beschikbaarheidsbijdragen, add-ons voor intensive care
- Inzicht in kostprijsverschillen ontbreekt



### Kernproblemen

1. De **differentiatie in vergoeding** tussen typen zorgaanbieders reflecteert mogelijk onvoldoende de kostprijsverschillen die samenhangen met hun positie, rol en bijdrage binnen het speelveld

Figuur 4 – Kerninzichten en -problemen msz

# Twee maatregelen met mitigerende acties dragen potentieel bij aan oplossen kernproblemen

Op basis van de kernproblemen beoordelen we de effectiviteit van de voorgestelde maatregelen. Onze conclusie: het merendeel van de maatregelen is niet of beperkt effectief. Twee maatregelen hebben het potentieel om effectief bij te dragen:

1. Herintroductie van een vergunningsplicht voor de ggz
2. Het verlagen van de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg binnen de ggz en de wijkverpleging. Deze maatregel vereist twee mitigerende maatregelen om ongewenste neveneffecten te beperken:
  - a. Zorgverzekeraars krijgen een formele opdracht om breed te contracteren en daarbij in voldoende mate te differentiëren naar type aanbod.
  - b. De 100% vergoeding van niet-gecontracteerde zorg bij overschrijding van de Treeknorm geldt niet voor zorgaanbieders die een passend contractaanbod hebben afgewezen.

Onderstaande figuur geeft een overzicht van alle maatregelen en de mate waarin deze naar ons oordeel de kernproblemen oplossen. Per maatregel onderbouwen we vervolgens de scores. Wij rangschikken de maatregelen op effectiviteit; de nummers achter elke maatregel corresponderen met de volgorde in het AZWA en de inleiding van deze paper. De maatregelen regulering van prestaties (3) en prestatiedifferentiatie (8) voegen we samen, omdat zij qua uitwerking vergelijkbaar zijn.

Maatregelen	GGZ		WVP		MSZ
	Toegang meest kwetsbare cliënten	Bijdrage vrijgevestigde professionals	Ondoelmatigheid niet-gecontracteerd aanbod	Toegang tot zorg in de Randstad	Differentiatie in vergoeding
Herinstructie vergunningplicht (1)	✓	✓	✗	✗	✗
Verlagen vergoeding niet-gecontracteerde zorg (7)	✓!	✓!	✓!	✓!	~
Verruimen controle mogelijkheden (5)	~	~	~	~	~
Uitbreiding machtigingen (6)	~	~	~	~	~
Inzet artikel 12 Zvw (2)	✗	✗	✗	✗	✗
Regulering prestaties / Prestatiedifferentiatie (3/8)	✗	✗	✗	✗	✗
Coulanceverbod (4)	✗	✗	✗	✗	✗

Figuur 5 – Effectiviteit van voorgestelde maatregelen

## TOELICHTING PER MAATREGEL

### *Herintroductie vergunningsplicht (maatregel 1)*

#### **Wat houdt de maatregel in?**

Via het (her-)introduceren van een vergunningsplicht kunnen eisen gesteld worden aan zorgaanbieders over hun bijdrage aan de cruciale activiteiten, zoals regionale samenwerking, de invulling van ANW-diensten of transparantie over wachtlijsten. Na introductie van een vergunningsplicht geldt dat enkel zorgaanbieders die hieraan voldoen de betreffende zorg mogen leveren.

#### **Is de maatregel effectief?**

##### **✓ Geestelijke gezondheidszorg**

De arbeidstekorten in de ggz zijn fors, zeker in de (hoog) specialistische ggz en de acute keten. Een verplichting voor psychiaters om een bijdrage te leveren aan het oplossen van (personele) knelpunten in de regio kan deze druk aanzienlijk verlichten. Bijvoorbeeld door complexe cliënten over te nemen van de wachtlijst van instellingen die daar op basis van urgentie niet (tijdig) in zorg komen. Ook zouden zij planbare taken die psychiaters in instellingen nu veelal verrichten, zoals de beoordeling van machtigingen voor de verplichte ggz, kunnen overnemen. Op deze manier wordt de beschikbare capaciteit in de regio optimaler en eerlijker benut.

##### **✗ Wijkverpleging**

De belangrijkste cruciale activiteiten, zoals de ongeplande nachtzorg, kopen zorgverzekeraars regionaal in. Hier doen zich op dit moment beperkt knelpunten voor, waardoor een vergunningsplicht vooralsnog niet nodig lijkt.

##### **✗ Medisch specialistische zorg**

Gecontracteerde zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het overgrote deel van de msz-kosten, en het speelveld is complementair met duidelijk onderscheiden rollen. Aanscherping van de al bestaande vergunningsplicht is op dit moment niet nodig.

### *Verlagen vergoeding niet-gecontracteerde zorg (maatregel 7)*

#### **Wat houdt de maatregel in?**

Een contract tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vormt in het huidige stelsel de basis voor het borgen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Via een contract maken partijen wederzijdse afspraken over het zorgaanbod. Artikel 13 Zvw<sup>14</sup> regelt dat verzekerden met een naturaverzekering recht hebben op een gedeeltelijke vergoeding wanneer zij zorg ontvangen van een zorgaanbieder zonder contract. Deze vergoeding mag geen hinderpaal opwerpen en ligt gemiddeld tussen de 65% en 85% van het gangbare gecontracteerde tarief.

<sup>14</sup> [Artikel 13 Zorgverzekeringswet](#)

Uitzondering: wanneer een verzekerde niet binnen de geldende Treeknormen terecht kan bij een gecontracteerde zorgaanbieder, vergoedt de verzekeraar 100% van het tarief<sup>15</sup>. De kern van de in het AZWA voorgestelde maatregel is dat zorgverzekeraars de wettelijke ruimte krijgen de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg te verlagen.

### Is de maatregel effectief?

#### ✓ Geestelijke gezondheidszorg

Een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg vermindert de aantrekkelijkheid van werken zonder contract. Dit zal naar verwachting het aandeel gecontracteerde zorg doen stijgen en de sturing op passende en doelmatige zorg verbeteren. Via contractuele voorwaarden kunnen partijen dan ook afspraken maken over een bijdrage aan de regionale samenwerking gericht op optimale en eerlijke benutting van de capaciteit en terugdringing van wachttijden. Om gelijkwaardige toegang voor cliënten te borgen, is het daarbij cruciaal dat zorgverzekeraars voldoende en gevarieerd aanbod contracteren. Dit vraagt een aanvullende mitigerende maatregel. Daarnaast laat de feitenbasis zien dat de 100%-vergoedingsregel de tarieven van niet-gecontracteerde zorg op vergelijkbaar of zelfs hoger niveau houdt dan gecontracteerde tarieven. Zonder aanpassing van deze regeling zal het effect van de maatregel beperkt of zelfs contraproductief zijn. Ook dit vraagt een mitigerende maatregel.

#### ✓ Wijkverpleging

Binnen de wijkverpleging zal een verlaging van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg ervoor zorgen dat het aantrekkelijker is om een contract af te sluiten. Dit biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om via doelmatigheidsafspraken de verschillen in ureninzet terug te dringen. Uit de feitenbasis blijkt dat het verschil in uren niet enkel samenhangen met verschillen in doelmatigheid. Het wordt ook deels veroorzaakt door een ander aanbod en/of doelgroep. Uit de feitenbasis blijkt dat de niet-gecontracteerde zorg zich concentreert in de Randstad. Hierdoor maken op dit moment relatief veel cliënten met een lage sociaaleconomische status gebruik van niet-gecontracteerd aanbod. Om gelijkwaardige toegang voor alle cliënten te waarborgen, ongeacht leeftijd of sociale status, zullen zorgverzekeraars door meer differentiatie in het contractaanbod moeten zorgen voor een gevarieerd aanbod aan gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg. Een mitigerende maatregel is hiervoor nodig. Daarnaast geldt hier, net als bij de ggz als aandachtspunt de 100% vergoedingsregeling. Hoewel op dit moment nog beperkt het geval, is het te verwachten dat zonder mitigerende maatregel, deze regeling een ventiel is voor zorgaanbieders om zich te onttrekken aan de contractering.

#### ~ Medisch Specialistische Zorg

Ook in de msz draagt een lagere vergoeding bij aan een afname van het aandeel niet-gecontracteerde zorg en vergroot daarmee de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars. Omdat het aandeel niet-gecontracteerde zorg hier al zeer beperkt is, blijft het effect van de maatregel beperkt. In een aantal stedelijke gebieden met een relatief groot aantal niet-gecontracteerde zbc's zal het effect groter zijn. Wij achten deze maatregel daarom maar beperkt effectief voor de msz.

<sup>15</sup> [www.nza.nl/vraag-en-antwoord/zorgverzekeraars/de-wachttijden-bij-gecontracteerde-zorgaanbieder-zijn-te-lang.-wat-moet-de-zorgverzekeraar-doen](http://www.nza.nl/vraag-en-antwoord/zorgverzekeraars/de-wachttijden-bij-gecontracteerde-zorgaanbieder-zijn-te-lang.-wat-moet-de-zorgverzekeraar-doen)

### Mitigerende maatregelen

Een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg levert een belangrijke bijdrage aan een eerlijker speelveld. Om de maatregel effectief te laten werken én gelijkwaardige toegang voor alle Nederlanders te borgen, zijn twee mitigerende maatregelen onontbeerlijk

#### ! Voldoende differentiatie in inkoop zorgverzekeraars

Om te zorgen dat iedereen toegang heeft tot gecontracteerde zorg, dienen zorgverzekeraars breed te contracteren. Daarbij is meer differentiatie nodig, zodat alle zorgaanbieders, ook bij een afwijkend aanbod of doelgroep, een passend aanbod ontvangen en daarmee redelijkerwijs in staat zijn een contract te sluiten. Mitigerende maatregel: *Zorgverzekeraars krijgen een formele opdracht om breed te contracteren en daarbij in voldoende mate te differentiëren naar type aanbod.*

#### ! Aanscherping 100% vergoedingsregel bij overschrijding Treeknorm

De 100%-vergoedingsregel is vanuit patiëntperspectief wenselijk, maar biedt zorgaanbieders die een redelijk contract weigeren de mogelijkheid om toch een volledige vergoeding te ontvangen. Op grote schaal ondermijnt dit het stelsel. Mitigerende maatregel: *De 100% vergoeding van niet-gecontracteerde zorg bij overschrijding van de Treeknorm geldt niet voor zorgaanbieders die een passend contractaanbod hebben afgewezen.*

Verruimen controlemogelijkheden (maatregel 5)

### Wat houdt de maatregel in?

Bij niet-gecontracteerde zorg ontbreken contractueel vastgelegde afspraken over (materiële) controles en de medewerking daaraan. Zorgverzekeraars zijn daardoor aangewezen op strenge wettelijke bepalingen die controles complex en omvangrijk maken. Deze maatregel beoogt de wettelijke bevoegdheden voor controles te verruimen

### Is de maatregel effectief?

#### ~ Geestelijke gezondheidszorg, Wijkverpleging en Medisch specialistische zorg

Ruimere controlemogelijkheden kunnen de sturing op niet-gecontracteerde zorg verbeteren en zorgverzekeraars in staat stellen zorgaanbieders zonder contract beter te toetsen op onrechtmatigheden. Controles bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn echter omvangrijk en intensief, zeker in de ggz en wijkverpleging met hun relatief grote aantal kleine zorgaanbieders. Bovendien adresseert deze maatregel een symptoom van de marktstructuur, niet de grondoorzaak: de beperkte prikkel voor zorgaanbieders én zorgverzekeraars om breed te contracteren. Inzetten op die grondoorzaak verdient de voorkeur boven symptoombestrijding.

*Uitbreiding machtigingen (maatregel 6)***Wat houdt de maatregel in?**

Op grond van artikel 14 lid 1 van de Zvw<sup>16</sup> kunnen zorgverzekeraars voor bepaalde zorgonderdelen machtigingen instellen. Verzekerden vragen dan voorafgaand aan de behandeling toestemming aan de verzekeraar, die op basis van zorginhoudelijke criteria toestemming verleent of afwijst. Zorgverzekeraars hanteren machtigingen al voor zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg. Deze maatregel betreft het breder inzetten van machtigingen specifiek bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders, om de sturing op doelmatigheid en rechtmatigheid te vergroten en de keuze voor niet-gecontracteerde zorg minder aantrekkelijk te maken.

**Is de maatregel effectief?****~ Geestelijke gezondheidszorg**

Diverse zorgverzekeraars passen in de ggz al machtigingen toe. Soms voor ambulante zorg bij overschrijding van een maximaal aantal consulten, soms voor klinische (verslavings-)zorg. Een uitbreiding kan bijdragen aan het stimuleren van passende zorg, bijvoorbeeld door te voorkomen dat sociale problematiek een beroep doet op schaarse ggz-professionals. Een effectieve werking vraagt echter duidelijke richtlijnen en zorginhoudelijke beslismodellen, die op dit moment niet beschikbaar zijn. Bovendien is de koers binnen IZA/AZWA om dit regionaal, via Mentale Gezondheidsnetwerken en verkennende gesprekken, te realiseren. Ten slotte brengt het voeren van machtigingen stevige administratieve lasten mee voor verzekerde, zorgaanbieder en verzekeraar.

**~ Wijkverpleging**

Rond 2018 zijn zorgverzekeraars gefaseerd gestart met machtigingen voor niet-gecontracteerde wijkverpleging<sup>17</sup>, met als voornaamste doelen het terugdringen van het doelmatigheidsverschil in ureninzet en het aantrekkelijker maken van contractering. De feitenbasis en eerdere rapportages<sup>18</sup> laten zien dat het eerste doel niet gehaald is: de ureninzet bij niet-gecontracteerde wijkverpleging ligt al jaren 2 tot 3 keer hoger. Daarbij verdient het benadrukking dat dit niet volledig aan ondoelmatigheid te wijten is; een deel hangt samen met een afwijkende doelgroep en/of een afwijkend aanbod. Het tweede doel lijkt deels bereikt: na een ruime verdubbeling van het aandeel niet-gecontracteerde zorg tussen 2016 en 2018 (van 4% naar 9%) daalde dat aandeel tot circa 6% en bleef daarna relatief stabiel. De conclusie is dat machtigingen een bijdrage leveren, maar de kernproblemen in de wijkverpleging onvoldoende oplossen.

**~ Medisch specialistische zorg**

Verzekeraars zetten machtigingen in de msz al in, bijvoorbeeld bij plastische chirurgie die slechts onder strenge voorwaarden verzekerde zorg is, of bij dure revalidatiebehandelingen met een strenge indicatiestelling. In de praktijk zijn machtigingen alleen effectief wanneer een

<sup>16</sup> [Artikel 14 Zorgverzekeringswet](#)

<sup>17</sup> [Zilveren Kruis weert ongecontracteerde wijkzorgaanbieders - Zorgvisie](#)

<sup>18</sup> [www.vektis.nl/uploads/Maatwerk/Monitor%20\(niet-\)gecontracteerde%20wijkverpleging%202016-2021.pdf](http://www.vektis.nl/uploads/Maatwerk/Monitor%20(niet-)gecontracteerde%20wijkverpleging%202016-2021.pdf)

duidelijk, landelijk gedragen en objectief toetsbaar indicatieprotocol beschikbaar is. Dat geldt zeker niet voor alle behandelingen in de msz. Bovendien brengen machtigingen administratieve lasten mee voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Selectieve inzet verdient dan ook de voorkeur.

*Inzet artikel 12 Zvw (maatregel 2)*

### Wat houdt de maatregel in?

Artikel 12 van de Zvw<sup>19</sup> biedt de mogelijkheid om via een Algemene Maatregel van Bestuur te regelen dat voor specifieke zorgvormen uitsluitend zorg met een overeenkomst geleverd en vergoed kan worden. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars krijgen dan een contracteerplicht, waarvan zij slechts in uitzonderlijke gevallen beargumenteerd mogen afwijken.

### Is de maatregel effectief?

#### ✗ Geestelijke gezondheidszorg

Vanuit de gedachte dat een overeenkomst sturing op de gewenste bijdrage mogelijk maakt, kan deze maatregel in theorie bijdragen. De maatregel beperkt echter ook de sturing op de ontwikkeling van het landschap: slechts in uitzonderlijke gevallen kan een contract(aanbod) geweigerd worden. In de praktijk betekent dit dat het huidige omvangrijke en diverse aanbod vrijwel volledig gecontracteerd raakt, ongeacht prestatieverschillen tussen zorgaanbieders. Uit het advies van de Landsadvocaat<sup>20</sup>, opgesteld in opdracht van VWS, blijkt bovendien dat op dit moment alleen toepassing van lid 1 van artikel 12 Zvw overwogen wordt. In dat geval ontbreekt een wederzijdse contracteerplicht, blijven zorgverzekeraars op grond van artikel 13 Zvw<sup>21</sup> niet-gecontracteerde zorg vergoeden en draagt deze maatregel dus niet bij aan een eerlijker speelveld.

#### ✗ Wijkverpleging

Vanuit dezelfde argumentatie als bij de ggz achten we deze maatregel niet effectief voor het gefragmenteerde speelveld in de wijkverpleging.

#### ✗ Medisch specialistische zorg

In de msz speelt fragmentatie minder. Gecontracteerde zorgaanbieders realiseren het overgrote deel van de omzet, waardoor deze maatregel sowieso weinig toevoegt. Bij toepassing van enkel lid 1 van artikel 12 draagt de maatregel niets bij.

<sup>19</sup> [Artikel 12 Zorgverzekeringswet](#)

<sup>20</sup> <https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2026D26203>

<sup>21</sup> [Artikel 13 Zorgverzekeringswet](#)

*Regulering prestaties/Prestatiedifferentiatie (maatregelen 3 en 8)***Wat houdt de maatregel in?**

De bijdrage aan de opgave, de zorgzwaarte van de populatie en de kostenstructuur kunnen verschillen tussen typen zorgaanbieders. De maatregel beoogt dat aanpassing van bestaande prestaties en ontwikkeling van nieuwe prestaties, rekening houdend met deze verschillen, bijdragen aan een eerlijker speelveld. Bij prestaties met tariefregulering differentiëren de tarieven mee.

**Is de maatregel effectief?****✗ Geestelijke gezondheidszorg**

Sinds de introductie van het Zorgprestatie-model beschikt de ggz over zeer fijnmazige prestaties, gebaseerd op een combinatie van zorgvraagtypering, beroep en setting. Dit biedt al voldoende ruimte om te differentiëren in tarieven, zowel via regulering van maximumtarieven als via contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Differentiatie in vergoeding tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg via regulering van prestaties zorgt daarnaast voor meer administratieve last en is daarom ongewenst. Een verlaging van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg (maatregel 7) is hier meer aangewezen.

**✗ Wijkverpleging:**

De wijkverpleging kent een beperkt aantal relatief homogene prestaties, waardoor differentiatie op basis van kostenstructuur minder voor de hand ligt. Differentiatie op basis van zorgzwaarte en bijdrage aan de opgave is goed mogelijk via de contractering, en dat gebeurt al volop. Voor een onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg biedt differentiatie in vergoeding meer aanknopingspunten dan differentiatie in prestaties.

**✗ Medisch specialistische zorg**

Ook in de msz biedt het systeem voldoende ruimte om te differentiëren in tarieven, en de feitenbasis laat zien dat partijen dit ook toepassen. Aanvullende financiering is beschikbaar wanneer reguliere tarieven activiteiten niet dekken, denk aan beschikbaarheidsbijdragen voor acute zorg of medische vervolgoopleidingen en add-ons voor intensieve zorg. De feitenbasis geeft echter geen antwoord op de vraag of de huidige differentiatie toereikend is. Dat is niet het geval wanneer systematische verschillen bestaan in de mate waarin typen zorgaanbieders (umc's, stz-ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en zbc's) hun kosten kunnen dekken uit de totale vergoeding. Als dit speelt, verdienen aanpassingen in de vergoedingen de voorkeur. De meerwaarde van prestatiedifferentiatie is dan zeer beperkt. Om tot een passende vergoeding te komen, is het in eerste instantie van belang dat de aanvullende financiering voor beschikbaarheid kostendekkend is; niet te veel en niet te weinig. Een periodieke herijking op basis van kostenonderzoek kan hieraan bijdragen. Eventuele resterende verschillen kunnen partijen tijdens de contractering compenseren. Onze aanbeveling om het inzicht in de verschillen in tarieven, kosten en dus marges van de verschillende type aanbieders te verbeteren, kan hieraan bijdragen. Wanneer verschillen in marktmacht passende afspraken in de weg staan, biedt prestatiedifferentiatie ook geen oplossing. In dat geval zijn andere maatregelen noodzakelijk, zoals een proactief verbod op koppelverkoop of onafhankelijke arbitrage.

### *Couanceverbod (maatregel 4)*

#### **Wat houdt de maatregel in?**

Wanneer niet-gecontracteerde zorgaanbieders het deel van de zorgkosten dat de zorgverzekeraar niet vergoedt kwijtschelden of overnemen, is sprake van couance. De voorgestelde maatregel verbiedt het verlenen van couance én het maken van reclame daarvoor. Doel is de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder minder aantrekkelijk te maken voor de verzekerde en daarmee zorgaanbieders te stimuleren een contract aan te gaan.

#### **Is de maatregel effectief?**

##### **✗ Geestelijke gezondheidszorg, Wijkverpleging en Medisch specialistische zorg**

Een couance- en reclameverbod kan contractering aantrekkelijker maken en daarmee het aandeel niet-gecontracteerd aanbod beperken en de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars vergroten. Vanuit patiëntperspectief is dit alleen wenselijk als zorgverzekeraars breed contracteren en ook specialistisch aanbod beschikbaar stellen. Daarnaast kunnen zorgaanbieders er ondanks het verbod voor kiezen geen contract aan te gaan en een deel van de vergoeding bij de patiënt in rekening te brengen. Dit vergroot het risico op tweedeling: verzekerden die het kunnen betalen krijgen toegang tot specifieke zorg; verzekerden met een beperkt budget staan met lege handen. Dat risico is het grootst in de wijkverpleging, waar niet-gecontracteerd aanbod zich concentreert in regio's met gemiddeld een lagere sociaal-economische status. De Landsadvocaat concludeert in haar advies aan VWS<sup>22</sup> overigens dat de juridische houdbaarheid van een couance- en reclameverbod beperkt is. De nadelen zijn daarmee groter dan de voordelen.

<sup>22</sup> <https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2026D26203>

# AZWA-afspraken E4

## E4 WE ZORGEN DAT IEDEREEN EEN EERLIJKE BIJDRAGE LEVERT

### Evenwichtig en toegankelijk zorglandschap

#### Wat is de afspraak:

Het is van groot belang dat alle zorgaanbieders en zorgverleners een reële bijdrage leveren aan de gewenste ontwikkeling in de richting waar de zorg voor staat. Dit gezien de enorme opgave die voor ons ligt, te weten een toegankelijker zorglandschap en beheersing van de arbeidsmarktproblematiek. Daarbij is ook belangrijk dat de hier te maken afspraken ondersteunend zijn aan het behoud van de basisinfrastructuur van met name de kleinere ziekenhuizen om de toegankelijkheid van zorg ook in de regio te garanderen. Hier ligt uiteraard een relatie met de afspraken over acute zorg.

Het is tegen bovenstaande achtergrond belangrijk dat zorgaanbieders een gelijke uitgangspositie hebben. Enkele voorbeelden: Als de ene zorgaanbieder gehouden is zorg te dragen voor de beschikbaarheid van bepaalde infrastructuur (zowel materieel als personeel) voor bijvoorbeeld acute zorg of intensieve zorg, en de andere niet, dan moet daar een adequaat verschil in vergoeding of anderszins tegenover staan. Als er verschillen zijn in de 'casemix' qua zorgzwaarte van de patiënten tussen instellingen, dan moet daar in de tarifiering rekening mee worden gehouden. Ook geldt dat afspraken rond opleiden, opleidingsgelden, ANW-diensten, het uitsluitend leveren van zorg die passend is etc. zonder uitzondering moeten gelden voor alle aanbieders, tenzij afgesproken is dat dit niet nodig is. Dat laatste kan bijvoorbeeld het geval zijn omdat niet altijd alle zorgverleners nodig zijn voor ANW-diensten, maar de ANW-zorg moet wel kunnen worden bemenst.

In de verschillende sectoren zijn de vraagstukken rond een evenwichtig speelveld verschillend. Zo ligt het probleem in de wijkverpleging anders dan in de medisch-specialistische zorg en daar zijn de vraagstukken weer verschillend van de ggz.

Een belangrijk onderscheid betreft verder het verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

Om praktische redenen valt deze afspraak uiteen in twee verschillende onderdelen. Het eerste onderdeel gaat over de verschillen in voorwaarden tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg in met name ggz en wijkverpleging. Het tweede onderdeel richt zich op verschillen in voorwaarden tussen aanbieders in de medisch specialistische zorg. Per onderdeel lichten we hieronder toe wat het probleem is, welke oplossingen zijn aangedragen en welke afspraken we maken om toe te werken naar concrete en effectieve maatregelen.

**Wie gaat wat doen:**

VWS komt in overleg met partijen uiterlijk Q1 2026 met een samenhangend pakket van maatregelen ter effectuering van de volgende doelen: 1) bevorderen van gecontracteerde zorg, 2) grip op vestiging van niet-gecontracteerde zorg, 3) ontmoedigen van niet-gecontracteerde zorg waar dat nodig is voor de beweging uit het IZA en AZWA47, 4) het creëren van een gelijk speelveld tussen msz aanbieders op het gebied van planbare zorg.

Dit pakket bestaat in beginsel uit de in dit fiche beschreven maatregelen. Wanneer die onverhoopt onvoldoende doelbereik realiseren zal VWS in overleg met partijen aanvullende maatregelen formuleren om de doelen te bereiken.

VWS zal voor beide onderdelen samen met de betrokken partijen via een quick scan de problemen kwalitatief en kwantitatief duiden. Tegelijk worden de hieronder genoemde oplossingen tegen het licht gehouden.

Partijen spreken af in ieder geval de oplossingen door te voeren die in de besprekingen in het bestuurlijk overleg naar voren zijn gekomen en in onderstaande worden benoemd. Dit tenzij bij de uitwerking zou blijken dat de nadelen groter zijn dan de voordelen of dat blijkt dat de beoogde doelen onvoldoende kunnen worden bereikt. Die uitwerking zal op objectieve transparante wijze plaatsvinden en waar nodig zal de NZa worden betrokken, daar waar relevant zal de NZa om een uitvoeringstoets worden gevraagd. Het besluit welke oplossingen gezien de uitwerking doorgevoerd kunnen worden, zal door VWS worden genomen gehoord de betrokken veldpartijen en in overleg met de NZa.

Bij de uitwerking worden de afzonderlijke maatregelen getoetst op

- bijdrage aan toegankelijkheid, betaalbaarheid en arbeidsmarktproblematiek van zorg;
- effectiviteit en proportionaliteit om het probleem op te lossen;
- de juridische haalbaarheid;
- administratieve lasten.

Ook wordt een toets gedaan op de effecten van het geheel aan voorgestelde maatregelen, omdat de geselecteerde maatregelen uiteindelijk in samenhang moeten worden gezien. De maatregelen kunnen de vorm krijgen van bindende afspraken en/of (aanpassing van) regelgeving door de overheid.

## **Onderdeel 1: Eerlijke bijdrage van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders, met bijzondere aandacht voor de ggz en wijkverpleging:**

**Probleem:**

- Er zijn niet-gecontracteerde zorgaanbieders die zich in onevenredige mate richten op de patiënten met een relatief lichte zorgvraag, onvoldoende meedoen aan regionale samenwerkingsafspraken, zich onttrekken aan ANW-diensten of relatief veel niet-passende of ondoelmatige zorg leveren. Bijvoorbeeld: niet-gecontracteerde zorgaanbieders die zich onttrekken aan de IZA/AZWA-afspraken, waaronder afspraken over blended/hybride en

in groepen behandelen in de ggz. Dit brengt het risico met zich mee van personeelsverloop van de gecontracteerde naar de niet-gecontracteerde zorg. Het maakt werken in de niet-gecontracteerde setting aantrekkelijker.

- Zorgverzekeraars die onvoldoende instrumenten hebben om hier goed op te kunnen sturen.

#### **Te toetsen oplossingen:**

- Het (her-)introduceren van een vergunningplicht die strengere eisen stelt met betrekking tot onder andere regionale samenwerking, de invulling van ANW-diensten, crisisdiensten en het aanleveren van informatie over wachtlijsten en de kwaliteit van zorg, en handhaving);
- Het inzetten van artikel 12 van de Zvw, dat houdt in via een AMvB aanwijzen van vormen van zorg waar een overeenkomst voor nodig is om de zorg te mogen leveren;
- Het reguleren van de prestaties waarbij rekening gehouden zou moeten worden met de verschillende bijdrage aan de opgave, verschillen in de zorgzwaarte en verschillende gemiddelde kosten tussen de verschillende typen zorgaanbieders (tariefdifferentiatie daar waar er sprake is van gereguleerde tarieven);
- Het inzetten van een coulanceverbod en het verbieden van reclame-uitingen daarover. Bij coulance gaat het om het kwijtschelden of overnemen van zorgkosten die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed;
- Het inzetten op wettelijke mogelijkheden voor zorgverzekeraars om controles te doen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Het breder inzetten van machtigingen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Naast de genoemde maatregelen, zal VWS onderzoeken welke wettelijke ruimte er is of kan worden gecreëerd om de vergoeding te verlagen algemeen, en voor die aanbieders van niet-gecontracteerde zorg die zich ten onrechte onttrekken aan redelijke voorwaarden voor het leveren van zorg zoals die ook voor gecontracteerde aanbieders gelden.

## **Onderdeel 2: Eerlijk speelveld in de medisch-specialistische zorg:**

VWS zal samen met de NZa, ZN, NVZ, NFU, ZKN, FMS, V&VN en Patiëntenfederatie kwalitatief en kwantitatief de relevante onderdelen van het speelveld binnen de medisch-specialistische zorg in kaart brengen. Daarbij wordt naar de volle breedte van de medisch-specialistische zorg gekeken. Daarbij kent het onderzoek gezien de looptijd tot einde van het eerste kwartaal van 2026 wel zijn beperkingen. Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord 74 Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord 75 Speciale aandacht zal worden besteed aan de verschillen op het speelveld tussen de verschillende soorten (grotere en kleinere) ziekenhuizen, de zelfstandige behandelcentra van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Hieraan zullen deze partijen medewerking verlenen en in onderlinge afstemming, zonder terughoudendheid inzicht in de benodigde cijfers geven. Benadrukt zij dat zowel de ‘reguliere’ ziekenhuizen als zelfstandige behandel centra nodig zijn om de zorg toegankelijk, betaalbaar en innovatief te houden. Daarbij is contractering en in sommige gevallen ook regulering nodig om de benodigde infrastructuur overeind te houden en oneerlijke concurrentie te voorkomen.

#### **Probleem:**

- Verschillen in casemix qua zorgzwaarte van patiënten tussen sommige ziekenhuizen en sommige zelfstandige behandelcentra worden onvoldoende weerspiegeld in tariefstelling;

- Verschillen in de infrastructuur die beschikbaar gehouden moet worden voor acute zorg en intensieve zorg wordt onvoldoende weerspiegeld in de tarifiering tussen sommige (locaties van) ziekenhuizen en tussen sommige ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra.
- Verschillen in de mate waarin ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra participeren in ANW diensten en opleidingen van zorgpersoneel.

#### **Te toetsen oplossingen:**

- Het differentiëren van de prestaties (betaaltitels) in de bekostiging van de medisch-specialistische zorg zodat in de contractering tarieven overeengekomen kunnen worden die beter aansluiten bij de verschillen in geleverde zorg en organisatie tussen de verschillende typen zorgaanbieders.
- Uiteraard laat dat onverlet dat sommige van de oplossingen zoals genoemd onder onderdeel 1 ook hier van toepassing kunnen zijn.

### **Relatie met overige afspraken**

Voor zowel onderdeel 1 als onderdeel 2 geldt dat de gesignaleerde problemen en gesuggereerde oplossingen onderdeel zijn van een breder vraagstuk over een evenwichtig en toegankelijk zorglandschap. In dit akkoord zijn ook andere afspraken gemaakt die bijdragen aan een evenwichtig en toegankelijker zorglandschap, zoals:

- B3: Versterken van de lerende omgeving: opleiden en ontwikkelen als vanzelfsprekendheid;
- C1: We zorgen dat mensen met urgente problemen sneller zorg ontvangen;
- C3: Transparantie: actieve zorgbemiddeling mogelijk maken en inzicht in wachtlijsten verbeteren;
- C6: Verbeteren toegankelijkheid van de ggz
- D1: Medisch specialistische zorginstellingen gaan samenwerken in netwerken en zij verbinden hun aanbod via de regioplannen aan de zorgvraag;
- D2: De versterking van de eerstelijnszorg wordt structureel geborgd;
- D7: We zorgen voor voldoende participatie voor de invulling van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten.

### **Wat is het tijdpad:**

Uiterlijk in Q1 van 2026 worden de uitkomsten van de quick scans op onderdeel 1 en 2 opgeleverd aan het BO IZA/AZWA met het oog op de besluitvorming over de te nemen concrete en effectieve maatregelen.

### **Wat zijn de regeldrukeffecten:**

Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting toeneemt door deze afspraak. Onduidelijk wat de maatregelen precies zullen zijn, maar met de huidige denkrichting is regeldruk te verwachten.

# Raamwerk voor bepalen kernproblemen per sector

## Speelveld per sector

### Marktstructuur

We geven per sector inzicht in de verdeling van de markt tussen verschillende typen aanbieders, gecontracteerd en niet-gecontracteerd

### Bijdrage aan cruciale activiteiten

We bepalen per sector de belangrijkste verschillen in **activiteiten** die vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt **cruciaal** zijn, waaronder:

- Regionale samenwerking
- Acute en intensieve zorg
- ANW-diensten
- Opleiden

### Verskil populatie

We duiden de verschillen in **zorgzwaarte** van de **populatie** die behandeld worden door verschillende typen aanbieders, op basis van o.a. andere:

- Leeftijd
- Historische zorgkosten
- SES

### Differentiatie in vergoedingen

We geven duiding aan de **differentiatie in tarieven** tussen verschillende typen aanbieders

Tevens gaan we per sector in op de **aanvullende vergoedingen** gekoppeld zijn aan uitvoering van specifieke functies



### Kernproblemen

We bepalen per sector de kernproblemen die een eerlijk speelveld in de weg staat en de basis zijn voor de toetsing van de voorgestelde maatregelen

# Over Gupta Strategists

Gupta Strategists is een onafhankelijk adviesbureau voor organisaties in de zorgsector. Voor alles wat we doen geldt: het moet de zorg aantoonbaar beter maken. Gupta brengt regelmatig onafhankelijke rapporten uit die maatschappelijk relevante inzichten geven en belangrijke trends signaleren.

## Over de auteurs

De auteurs van dit rapport zijn Sander Spoelstra, Michiel Oosterwaal en Olivier Gerrits. Wij zijn van harte bereid om in gesprek te gaan over onze interpretaties en conclusies uit dit paper.

### Sander Spoelstra

[sander.spoelstra@gupta-strategists.com](mailto:sander.spoelstra@gupta-strategists.com)

+ 31 (0)6 30 74 87 50



### Michiel Oosterwaal

[michiel.oosterwaal@gupta-strategists.com](mailto:michiel.oosterwaal@gupta-strategists.com)

+ 31 (0)6 18 55 12 55



### Olivier Gerrits

[olivier.gerrits@gupta-strategists.com](mailto:olivier.gerrits@gupta-strategists.com)

+ 31 (0)6 22 94 83 32



