

Achtergrondstudie over de gezondheidszorg bij

***Op weg naar houdbare overheidsfinanciën:
een verkenning van de financiële kaders in de volgende kabinetsperiode.***

Auteur: drs. E.J. van Asselt

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA
Den Haag, 15 december 2009

ISBN 978-90-74493-67-3



Deze notitie vormt een achtergrondstudie bij het WI-rapport 'Op weg naar houdbare overheidsfinanciën: een verkenning van de financiële kaders in de volgende kabinetsperiode'. Het hoofdstuk over de gezondheidszorg (hoofdstuk 6) zoals dat in het rapport is opgenomen, is in belangrijke mate gebaseerd op deze achtergrondstudie.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	De toekomst van de zorg	3
1.2	Genoeg handen aan het bed in de toekomst?.....	4
1.3	Is de zorg in de toekomst nog betaalbaar?	6
1.4	Versterken van persoonlijke verantwoordelijkheid	8
1.5	Productiviteitsverhoging door innovatieve zorgconcepten	10
2	De bedrijfstak zorg	13
3	Van aanbodsturing naar vraagsturing	16
3.1	Majeure veranderingen in de zorg	16
3.2	Functionele bekostiging: niet wie maar wat.....	17
3.3	ZZP's en DBC's: zorgproducten	18
3.4	Prestatiebekostiging: loon naar werken	20
3.5	Integrale tarieven: prijs inclusief huisvesting	20
3.6	Vrije prijsvorming: geen vaste tarieven meer	21
3.7	Het uiteindelijke resultaat	22
4	Aanknopingspunten voor beleid.....	25
4.1	WMO.....	25
4.2	Care	26
4.3	Cure	32
5	Geneesmiddelen.....	36
5.1	Sterke stijging kosten.....	36
5.2	Preferentiebeleid een succes	37
5.3	Afschaffen geneesmiddelvergoedingensysteem?	39
5.4	Wet Geneesmiddelen Prijzen vormt plafond.....	43
6	Institutionele vormgeving.....	45
6.1	Organisatie van de zorg	45
6.2	Specialisten verplicht in loondienst?	45
6.3	Winst in de zorg?	46
6.4	Fusies.....	50
6.5	Zorgverzekeringsmarkt.....	51
6.6	Verevening van risico's	53
7	Zorgvragers/verzekerden	56
7.1	Zorgtoeslag alleen voor lagere inkomens.....	56
7.2	Verhogen kostenbewustzijn zorgvragers	56
7.3	Hogere eigen bijdragen.....	57
7.4	Eigen risico voor de huisarts	57
7.5	Hogere eigen bijdrage zelfverwijzers	57
7.6	Herijking hulpmiddelen	58
7.7	Slotbeschouwing	58

Bijlage: Collectieve zorguitgaven per sector en jaarlijkse groei . **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Inleiding

1.1 De toekomst van de zorg

Solidariteit geborgd

Gezondheidszorg is voor iedereen van wezensbelang. De een heeft voortdurende zorg nodig, de ander komt nauwelijks met een arts in aanraking. Maar iedereen wil als dat nodig is toegang tot zorg hebben. Essentieel is dat de solidariteit tussen zieken en gezonden en tussen ouderen en jongeren solide is verankerd in het zorgstelsel en dat de zorg goed toegankelijk is voor mensen met een laag inkomen. En dat alles tegen een aanvaardbare premie.

Hoge kwaliteit

We kunnen stellen dat Nederland een betaalbaar en kwalitatief goed stelsel van gezondheidszorg heeft. Internationaal scoort ons zorgstelsel – ondanks een enkele wachtlijst – heel goed vanuit het perspectief van de patiënt. In de Euro Health Consumer Index¹ staat Nederland met stip bovenaan, met ruime afstand tot nummer twee, Denemarken.²

Zorgpunten

Dat neemt niet weg dat er redenen zijn om de toekomst met enige zorg tegemoet te zien. Grootste zorgpunt is of er in de toekomst voldoende handen aan het bed zullen zijn wanneer de vergrijzing doorzet. Nu werkt een op de zeven mensen in de gezondheidszorg, maar binnen twee decennia zal dat een op de vier zijn. Dit is een probleem. Het arbeidsaanbod neemt namelijk maar beperkt toe, terwijl de vraag naar zorg door de vergrijzing sterk groeit. Op termijn zijn er te weinig mensen beschikbaar, tenzij het lukt om de zorg anders te organiseren. Bij ongewijzigd beleid kan een gebrek aan personeel ontstaan, waardoor de toegankelijkheid van de zorg ernstig onder druk komt te staan.

Een ander zorgpunt voor de toekomst is de sterke groei van de zorguitgaven. Vergrijzing, stijgende welvaart en nieuwe medische technologie leiden tot meer vraag naar zorg en stuwen de kosten op.

Op beide zorgpunten – gebrek aan personeel en sterk stijgende kosten - gaan we in de volgende twee paragrafen nader in. Over hoe we deze zorgpunten vanuit een christendemocratische perspectief tegemoet willen treden handelen de twee paragrafen die daarna volgen.

¹ Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2009*, september 2009. Nederland, 875; Denemarken, 819; Zwitserland, 788; Duitsland, 787; Frankrijk, 778; Zweden, 762; Engeland, 682; Spanje, 630; Griekenland, 600; Bulgarije, 448. Vergeleken met 2008, toen Nederland ook nummer één stond, is de score in 2009 beduidend beter (875 in plaats van 839 punten), terwijl de nummer twee gelijk bleef.

² In het onderzoek van Health Consumer Powerhouse wordt gekeken naar zes aspecten van de gezondheidszorg, namelijk patiëntenrechten en informatievoorziening, wachttijden, resultaten, bereik van de geboden diensten, farmaceutica en e-Health. Het accent ligt op de zorg die in Nederland onder de zorgverzekeringswet valt.

1.2 *Genoeg handen aan het bed in de toekomst?*

De zorg als groeisector

Tussen 1972 en 2003 groeide het volume van de zorg met een 0,5% harder dan de rest van de economie en steeg de prijs met 1,2% meer dan de prijs van het BBP.³ Het volume groeide door vergrijzing, maar zeker ook door technologische ontwikkelingen. De prijs nam vooral toe vanwege het Baumol-effect: de lonen in de zorgsector stijgen mee met de lonen in de marktsector, maar de productiviteitsstijging in de zorg blijft achter bij die in de marktsector, waardoor de relatieve prijs van zorg stijgt en dus het aandeel in de economie toeneemt. Gemiddeld bedroeg het verschil in productiviteit 1,7% in de genoemde periode.

Als gevolg van deze ontwikkelingen zullen bij ongewijzigd beleid de zorgkosten zullen naar verwachting oplopen van 10% in 2009 naar 14 à 15% van het BBP in 2040.⁴ De stijging komt vooral vanwege chronische ziekten.

Als gevolg van deze sterke groei van de zorg verandert de structuur van de economie. Zorg krijgt daarin een groter aandeel. Het maakt het belang van groei van de arbeidsproductiviteit in de zorgsector ook vanuit het perspectief van de totale economie urgent.⁵

Dreigend tekort aan zorgpersoneel

Qua werkgelegenheid is de zorg een belangrijke sector. Ze is goed voor 13% van de totale werkgelegenheid. Dat zijn bijna een miljoen voltijdsbanen, nog ongerekend de producenten van geneesmiddelen en medische apparatuur.⁶ Het aandeel van de beroepsbevolking dat werkzaam is in de zorg neemt de komende jaren heel sterk toe. Gemiddeld groeit de werkgelegenheid in de zorg jaarlijks met ruim 3 procent en komen er 30.000 banen bij. Wanneer de huidige ontwikkelingen zich doorzetten, zijn er in 2020 een half miljoen extra werkenden in de zorg nodig. Het beroep van de zorgsector op het arbeidsaanbod stijgt daarmee van 13% nu naar 20% in 2020.⁷ Dit betekent een aanzienlijke onttrekking van arbeidskracht uit de andere sectoren in onze economie, als dit al mogelijk is. In de arbeidsmarktbrief 2007 laat het ministerie van VWS deze onmogelijkheid zien door te tonen dat de vraag naar werkers in de zorg toeneemt met 480.000 in 2020 terwijl het arbeidsaanbod slechts groeit met 250.000 personen.⁸ Wat is nodig om in de toekomst voldoende zorg te kunnen leveren?

³ Zie Centraal Planbureau, *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*, CPB Document 121, Den Haag, 2008 in samenwerking met SCP en RIVM.

⁴ In dit percentage is reeds verwerkt dat de zorgkosten in beperkte mate stijgen vanwege beleid dat nog zal worden gevoerd.

⁵ Zie ook de analyse in Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Vernieuwen met Ambitie. Welvaartsgroei door maatschappelijke innovatie*, Den Haag, 2005.

⁶ De beleidsmatige indeling van de zorgsector loopt langs vijf lijnen: volksgezondheid, cure, care, geneesmiddelen en medische technologie.

⁷ Zie hoofdstuk 5 uit *De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*, WRR rapport No. 76, 2006. Zie ook Tweede Kamer, Arbeidsmarktbrief 2007, *Werken aan de zorg*. Zie ook Raad voor de Zorg, *Arbeidsmarkt en zorgvraag*, Den Haag, 2006.

⁸ Ministerie van VWS, *Arbeidsmarktbrief 2007. Werken aan de zorg*, p.4.

Ruimte voor de professional

Cruciaal is dus hoe er voldoende mensen gevonden kunnen worden om in de zorg te werken. Het meest belangrijke is dat de zorgsector een aantrekkelijk werkgever is. Op dat punt kan nog winst worden geboekt. Om het werk aantrekkelijker te maken moeten de administratieve lasten verminderd worden. Zorginstellingen moeten daarom ruimte (kunnen) geven aan zorgverleners om zich te concentreren op hun kerntaak: het geven van aandacht en zorg aan mensen. Daardoor neemt ook de arbeidsvreugde en beroepstrots van zorgverleners toe. Minder frustrerende bureaucratie en meer ruimte voor professionaliteit houdt zorgverleners gezond, bestrijdt vroegtijdige uitval, en versterkt de positie van de zorgsector op de arbeidsmarkt.

In de zorg werken veel mensen die gekozen hebben voor het vak omdat ze er voor anderen willen zijn. Ze vinden aandacht voor mensen van belang. Die ambitie moet de ruimte krijgen op de werkvloer.⁹ De cultuur in de zorg moet er een zijn van menslievendheid. Bij artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, behandelaren moeten het belang van de zorgvrager voorop staan. Daarbij past een cultuur waarin verspilling geen kans krijgt, waar de discussie gevoerd wordt over de dilemma's in de zorg, waar collega's elkaar toetsen en waar de zorgvrager betrokken wordt bij de zorg.

Een aantrekkelijk werkklimaat kan ook degenen die al in de zorg werken stimuleren om meer te gaan werken, waardoor de arbeidsparticipatie toeneemt en de schaarste aan personeel vermindert.

Verhoging van arbeidsparticipatie kan door meer uren werken per week (door grote deeltijdbanen), meer uren werken gedurende de levensloop (door een goede combinatie van arbeid en zorg) en door minder verzuim (door een gezond werkklimaat). Ook investeringen in het opleidingsniveau van werkers in de zorg dragen bij aan het oplossen van het personeelsprobleem omdat het de arbeidsproductiviteit verhoogt.

Arbeidsbesparende innovaties

Aantrekken van meer werkers in de zorg, is een manier om voldoende zorgcapaciteit te garanderen, arbeidsbesparende innovaties zijn een andere manier om hetzelfde te bereiken. Een voorbeeld is bewaking op afstand, waardoor minder mensen nodig zijn voor hetzelfde werk. Thuis technologie, domotica, e-health, innovatieve hulp- en geneesmiddelen kunnen de vraag naar medisch en verzorgend personeel verminderen. Hier ligt nog voldoende potentieel, mits de investeringen zich richten op productiviteitsverhoging en niet alleen op beschikbaarheid.¹⁰ Ook kan winst worden bereikt door een gerichte inzet van personeel. Denk bijvoorbeeld aan de praktijkverpleegkundige die werk overneemt van de huisarts. Deze veranderingen vragen om organisatorische innovaties in de zorg. Die zijn ook nodig om de complementariteit tussen verschillende typen zorgverleners (bijvoorbeeld professioneel,

⁹ Zie ook het hoofdstuk over de zorgsector in Frits Mertens en Hein Blommenstijn, *Anders kijken naar werk. Werk als leerschool voor het leven*, Kampen, 2009.

¹⁰ Uit vergelijking met Zweden en Groot-Brittannië concluderen onderzoekers van APE dat het arbeidsbesparende innovatie in Nederland te weinig worden benut. APE, *Arbeidsmarkt, arbeidsproductiviteit en vergrijzing. Internationale ervaringen met oplossingen voor personeelstekorten in de gezondheidszorg*, APE report 230, Den Haag, 2005.

gediplomeerd personeel enerzijds en mantelzorgers en persoonlijke dienstverleners anderzijds) goed te benutten. Het koesteren van de schaarse zorgverleners vereist al met al meer maatschappelijk ondernemerschap gericht op nieuwe combinaties. Voorstellen om meer ondernemerschap mogelijk te maken volgen verderop in het hoofdstuk.

Remmen van de zorgvraag

‘Voldoende’ zorgpersoneel hangt uiteraard samen met de ontwikkeling van de vraag naar zorg. Wanneer het lukt om de vraag naar zorg te remmen, vermindert dit het personeelsprobleem. Veel zorg hangt samen met een ongezonde levensstijl. Twintig procent van de zorgkosten is het gevolg van roken, teveel drinken en te weinig bewegen.¹¹ Gezonder leven draagt dus bij aan voldoende handen aan het bed. Preventie in brede zin is derhalve wezenlijk. Het meest rendabel is preventie die arbeidsintensief zorg voorkomt.¹² Tot slot is de beste zorg, zorg die voorkomen wordt door een goede preventie.

1.3 Is de zorg in de toekomst nog betaalbaar?

De zorgsector groeit jaarlijks sneller dan de rest van de economie. De oplopende zorguitgaven zetten de betaalbaarheid en/of toegankelijkheid van de zorg onder druk. Als er niets verandert gaan de zorgpremies omhoog. Zonder beleidswijzigingen zullen alleen al de totale AWBZ-uitgaven in 2020 met ruim € 7 miljard zijn gestegen, wat betekent dat de AWBZ premies zullen opgelopen van circa 12% naar 17%.¹³ Een alternatief voor hogere premies is versmalling van het wettelijke pakket of een eigen bijdrage. Door heel precies te kijken welke zorg we collectief willen verzekeren en welke voor eigen rekening komt, kan de groei van de collectieve zorguitgaven beperkt worden.

Maatschappelijke voorkeuren

Op zichzelf is een grote zorgsector niet bezwaarlijk voor de economie. Immers als een economische sector groeit, levert dat werkgelegenheid en op wordt waarde toegevoegd. Maar er is een belangrijk verschil met andere sectoren. De uitgaven aan zorg zijn geen normale consumptieve uitgaven. Daarom gelden in de zorg de normale wetten van vraag en aanbod niet. Degene die om de zorg vraagt, is niet dezelfde persoon als degene die de rekening betaalt. Kosten en baten liggen niet in dezelfde hand. De verzekeraar betaalt de rekening van de dokter. Voor het afdekken van dat risico betaalt de verzekerde een zorgpremie. Echter die premie hangt niet af van het gezondheidsrisico. Uit oogpunt van solidariteit

¹¹ Zie Raad voor de Zorg, *Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid*, Den Haag, 2009.

¹² In dat verband kan gedacht worden aan voorkomen van hoge bloeddruk, een belangrijke risicofactor voor een beroerte (CVA), waarvan restverschijnselen veel arbeidsinzet eisen. Zie ook Raad voor de Zorg, *Uitgavenbeheer in de zorg*, Den Haag, 2009.

¹³ Voor een modaal inkomen betekent dit dat men in 2020 wel 5.100 euro (in huidige prijzen) betaalt in plaats van de huidige 3.800 euro. Zie Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Naar een toekomstbestendige AWBZ. Een christendemocratische visie op langdurige zorg*, Den Haag, 2008. Het gaat in deze berekening om de stijging van de premie de komende 10 jaar; afgezien is van de verrekening van de heffingskortingen met premieopbrengsten, waardoor de AWBZ-premie wat hoger uitvalt dan anders het geval zou zijn geweest.

verlangt de overheid dat die premie voor iedereen – ziek of gezond – gelijk is. De rekening wordt dus collectief opgemaakt en vervolgens solidair betaald door de leden van de gemeenschap. Dat leidt er toe dat mensen meer zorg gebruiken dan wanneer ze de rekening zelf zouden moeten betalen. Omdat iedere euro maar een keer kan worden uitgegeven, drukt een sterke stijging van de zorguitgaven andere uitgaven weg. Want wanneer de collectieve zorguitgaven harder stijgen dan de rest van de economie, blijft er van die groei minder over voor het vervullen van andere behoeften. De overheid maakt derhalve door haar regulering van de zorguitgaven een afweging tussen zorgconsumptie en andere bestedingen.

Zolang de uitgaven aan zorg overeenkomen met de preferenties van de bevolking is een groei van de zorguitgaven maatschappelijk wenselijk. De middelen zouden anders immers ook aan zorg zijn besteed.¹⁴

Wanneer diezelfde zorgvrager vindt dat hij als verzekerde te veel premie betaalt, dan werkt het allocatiemechanisme niet goed. Er wordt dan gemiddeld meer zorg geleverd, dan waar de gemiddelde verzekerde bereid is voor te betalen. Zoals toegelicht is de kans op overconsumptie groot bij een collectief systeem. Het streven naar doelmatigheid in de zorg – het kosteneffectief leveren van zorg en alleen die zorg die medisch noodzakelijk is – is dus belangrijk om de collectieve uitgaven aan zorg te laten overeenkomen met de maatschappelijk voorkeuren.

Hogere belastingen

Aan hoge collectieve zorguitgaven kleeft wel een economisch bezwaar. Stijgende collectieve zorgpremies verhogen de loonkosten.¹⁵ Duurdere arbeid leidt tot minder werkgelegenheid. Duurdere arbeid leidt ook tot minder welvaart omdat de specialisatie van de economie er door geremd wordt (het is goedkoper om zaken zelf te doen dan om ze uit te besteden). Met andere woorden, de productiviteitsontwikkeling wordt erdoor geremd. Hoge collectieve zorguitgaven leiden dus ook om economische redenen tot een niet optimale aanwending van de middelen.

Conclusie

Het is te kort door de bocht om te zeggen dat groei van de zorgsector net zo goed voor de economie is als groei van een andere sector. Hoge collectieve zorgpremies remmen de economische groei. Hoge collectieve zorguitgaven zijn ook niet per se slecht, omdat het afhangt of de uitgaven corresponderen de maatschappelijke voorkeuren.

¹⁴ Dit geldt wanneer wordt afgezien van de herverdeling tussen lage en hoge inkomens.

¹⁵ De wig tussen de bruto loonkosten die de werkgever betaalt en het netto loon dat de werknemer ontvangt, neemt toe. Bij de AWBZ stijgt de AWBZ-premie, en daalt het netto inkomen. Bij de ZVW stijgt de procentuele bijdrage, en stijgen de lasten voor de werkgever. Voor de werkgelegenheidseffecten maakt de oorzaak van de stijging van de wig beperkt verschil (in de modellen van het CPB). Uiteindelijk vertalen hogere werknemerslasten zich in hogere werkgeverslasten doordat vanwege de lastenverzwaringen hogere looneisen worden gesteld. In het geval dat de premieverhoging nominaal is, zoals bij de ZVW, leidt dit tot een hogere inflatie. Een hogere inflatie verhoogt de looneisen.

1.4 Versterken van persoonlijke verantwoordelijkheid

De stijging van de zorgkosten en de dreigende personeelstekorten vragen om aanpassing van het huidige beleid. Geen politieke partij kan daarom heen. Het perspectief in dit rapport van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA is dat een verschuiving van verantwoordelijkheden nodig is. Door de collectieve organisatie van de gezondheidszorg ligt er een zwaar accent op gelijkheid en rechtvaardigheid. Die benadering behoeft verbreding. De sterke nadruk op gelijkheid en rechtvaardigheid blijft belangrijk, maar persoonlijke verantwoordelijkheid moet meer aandacht krijgen. Het betreft zowel de verantwoordelijkheid van de zorgverlener als van de zorgvrager c.q. verzekerde. Meer persoonlijke verantwoordelijkheid nemen voor anderen vertaalt zich concreet naar meer ruimte voor professionaliteit van zorgverleners. Dat betekent decentralisatie van bevoegdheden, minder beheersing van bovenaf en het geven van vertrouwen. Dat vraagt om een grotere rol voor de professional op de werkvloer. Die moet zelf beslissingen kunnen nemen binnen de aangereikte kaders en naar bevind van zaken kunnen handelen. Verantwoordingssystemen mogen de eigen verantwoordelijkheid niet in de weg staan.

Ook bij zorgvragers zien we de behoefte aan meer persoonlijke verantwoordelijkheid. Zorgvragers worden steeds mondiger en eisen een grotere rol voor zich op bij hun behandeling. Dat geldt voor individuele patiënten en voor patiëntenverenigingen. Patiënten denken steeds meer mee met de arts – al dan niet met behulp van informatie op internet - over hun ziekte en behandeling. Vooral chronisch zieken hebben behoefte aan regie over hun leven en aan keuzevrijheid. Ook collectief neemt de inspraak toe, zoals bijvoorbeeld te zien is in toenemende betrokkenheid van patiëntenverbanden bij het opstellen van richtlijnen. Ook in de ontwikkelingen van de wetgeving zien we de betrokkenheid van de zorgvrager terug. Rechten van patiënten worden wettelijk vastgelegd. Zorgvragers krijgen in de toekomst meer inspraak over de koers van instellingen en zullen mogelijk geconsulteerd worden bij fusies.

De persoonlijke verantwoordelijkheid zal niet beperkt moeten blijven tot inspraak bij de behandeling. Als verzekerde mag de zorgvrager ook financieel worden aangesproken op de keuzen die gemaakt worden. De zorgvrager krijgt dan belang bij een doelmatige behandeling, waardoor het algemene en persoonlijke belang meer in elkaars verlengde te liggen. Dat is wenselijk omdat een breed maatschappelijk draagvlak voor de groeiende collectieve uitgaven af zal hangen van het vertrouwen dat er bestaat in een doelmatig zorgstelsel.

Een manier om de stijging van de zorgkosten zo dicht mogelijk bij de maatschappelijke voorkeuren te laten aansluiten, is door de zorgkosten voor rekening van de zorggebruiker te laten komen. Baten en lasten liggen dan (meer) in een hand. Dit kan op twee manieren, (1) door middel van eigen bijdragen en (2) door middel van verkleining van het collectief vastgestelde zorgpakket.

In andere Europese landen is het heel normaal om voor gebruik van de gezondheidszorg een eigen bijdrage te betalen. De collectieve uitgaven zijn zo lager en de eigen bijdrage vormt een rem op het zorggebruik. Nadeel is dat eigen bijdragen de solidariteit tussen ziek en gezond verminderen. Een deel van de oplossing is het inkomensafhankelijk maken van eigen bijdragen. Dit leidt echter tot nivellering van het inkomensgebouw. Er liggen dus grenzen aan het vragen van eigen bijdragen vanwege de risicosolidariteit en inkomensgevolgen.

Verkleining van het collectieve zorgpakket legt de kosten van zorg op het bordje van de individuele zorgvrager. Ook hier stelt de gewenste solidariteit tussen gezond en ziek grenzen aan de verkleining van het pakket.

Omwille van de solidariteit is het wenselijk om de essentiële zorgkosten gemeenschappelijk te dragen. Omwille van de doelmatigheid is het wenselijk een deel van de zorgkosten voor verantwoordelijkheid van de zorgvrager te laten komen. Zie daar de spanning die kan bestaan tussen solidariteit en persoonlijke verantwoordelijkheid. Om in de toekomst een solidair zorgstelsel te behouden is versterking van de persoonlijke verantwoordelijkheid nodig.

Toepassing van het profijtbeginsel.

Zeker bij gezondheidszorg die gevoelig is voor individuele voorkeuren is meer persoonlijke verantwoordelijkheid wenselijk. Nu al is een deel van de zorg niet collectief verzekerd, zoals cosmetische plastische chirurgie, omdat de medische noodzaak ontbreekt. Maar ook zorgvormen die medisch gezien wel noodzakelijk is zou buiten het pakket geplaatst kunnen worden omdat de kosten ervan heel wel door de burger zelf opgebracht kunnen worden of omdat de zorg algemeen gebruikelijk is.

Een bekend voorbeeld is de rollator. Die is nu voor iedereen verzekerd. Deze zou echter ook goed buiten het basispakket geplaatst kunnen worden. Net als een fiets, zouden mensen ook de rollator zelf kunnen betalen. De kosten ervan zijn relatief laag, circa honderd euro. Daarnaast is er een levendige tweedehandshandel via internet. Wanneer de rollator uit het pakket gaat, dalen de collectieve zorgkosten en wordt de beslissing over de aanschaf van een rollator bij de gebruiker gelegd. Die kan kiezen uit een standaard blauwe of een ander model rollator. Op deze manier sluiten de zorguitgaven beter aan bij de maatschappelijke voorkeuren en dalen de collectieve zorguitgaven.

Vanwege de algemeen gebruikelijkheid van de rollator (ruim 40.000 mensen gebruiken er één) en de lage kosten adviseerde het college voor Zorgverzekeringen (CVZ) in 2006 dan ook om de rollator uit het wettelijke pakket te halen.¹⁶ Dit advies is toen niet opgevolgd. Toch zou het goed zijn dit wel te doen, niet zozeer om de opbrengsten, die zijn hooguit 10 miljoen per jaar, maar om het signaal dat er vanuit gaat. Het signaal is dat burgers een grotere persoonlijke verantwoordelijkheid zullen moeten nemen voor de kosten van de gezondheidszorg. Zorg die niet per se verzekerd hoeft te worden en waarbij persoonlijke voorkeuren een rol spelen, kan beter voor eigen rekening komen en desgewenst

¹⁶ CVZ, *Pakketadvies 2007 en Bijlagen bij pakketadvies 2007*, Diemen, 2006.

aanvullende worden verzekerd. Dit stimuleert passend gebruik, biedt keuzevrijheid en draagt bij aan de houdbaarheid van de zorguitgaven en dus aan de solidariteit.

1.5 Productiviteitsverhoging door innovatieve zorgconcepten

De twee grootste uitdagingen voor de zorg, voldoende en gemotiveerd personeel en de betaalbaarheid, zijn gebaat bij een zorginhoudelijke benadering. Uiteindelijk gaat het om het verbeteren van de zorg van de zorgverlener aan de zorgvrager, het primaire proces. Wanneer dat proces verbetert, stijgt de arbeidsproductiviteit. Er worden dan twee vliegen in een klap geslagen, zowel de dreigende tekorten aan personeel als de stijgende kosten van de zorg worden tegengegaan. Innovatie in de zorg is daarom onmisbaar.

Innovatie in de zorg heeft het meest kans van slagen wanneer vanuit de zorgvrager naar de zorg wordt gekeken. “Het vraagt erom dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd, en niet de patiënt rond de zorg.”¹⁷ Dit betekent een zorgstelsel dat vanuit de vraag wordt gestuurd, waarin ruimte is voor innovatie, waar kwaliteit voorop staat en waarin kostenefficiënte behandelingen worden gestimuleerd.

Innovatie in de zorg

de kwaliteit van de zorg als de betaalbaarheid. Kwalitatief betere zorg vertaalt zich in minder complicaties, minder onnodige behandelingen, minder zieke mensen, etc. Uiteindelijk kost de zorg daardoor minder en zijn mensen gezonder. Ook zijn dan minder werkers in de zorg nodig, hetgeen de verwachte schaarste aan personeel vermindert. Het feit dat mensen gezonder zijn, draagt daar positief aan bij.

Betere zorg valt onder andere te bereiken door het bevorderen van therapietrouw, het leveren van integrale zorg (bijvoorbeeld via gemeenschappelijke consulten), substitutie van de duurder tweede lijn (ziekenhuis) naar de goedkopere eerste lijn (huisarts, para-medici), samenwerking van eerste en tweedelij, zorg op afstand (telemedicine), verplaatsing van ziekenhuiszorg naar zelfstandige behandelcentra, nieuwe zorgconcepten, kleinschalige zorgcentra en innovatieve oplossingen.

Beter is niet per se goedkoper

Maar betekent betere zorg ook altijd goedkopere zorg? Nee, dat is zeker niet altijd het geval. Bij nieuwe behandelingen kunnen de kosten ook stijgen omdat voorheen ongeneeslijk ziekten behandelbaar worden. De winst is een betere gezondheid van mensen. Besparing op de kosten zijn te behalen bij nieuwe technologieën die leiden tot verbeteringen in het zorgproces of tot minder belastende behandelingen. Ook medicijnen kunnen de zorg goedkoper maken - ook duurder overigens - wanneer operaties daardoor vermeden kunnen worden of andere complicaties uitblijven.

Voorschrijven van merkloze medicijnen in plaats van merkgeneesmiddelen is ook een potentiële bron van besparingen.

¹⁷ *De patiënt centraal door omslag naar een functionele bekostiging*, Tweede Kamer vergaderjaar 2008-2010, 29247, nr. 84.

Verhoging productiviteit

De echte ‘winst’ in de zorg zal moeten komen van verbeteringen in het primaire proces. Innovatie zal hieraan een belangrijke bijdragen moeten leveren. Denken vanuit de patiënt is de sleutel tot productiviteitsverbetering in de zorgprocessen. Schattingen over de te bereiken productiviteitsverhoging zijn schaars, maar lopen uiteen van 18 tot 25%.¹⁸ Alleen al ‘slimmer’ bouwen zou de arbeidsproductiviteit in verpleeghuizen naar schatting al met ruim 10 procent verhogen.¹⁹ Om die reden is het een goede zaak dat zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn geworden voor investeringen in gebouwen. Andere productiviteitswinst kan worden behaald door andere werkwijzen. Uit vergelijkingen van zorginstellingen blijkt dat er grote verschillen zijn tussen werkwijzen en de effectiviteit ervan.

Het CPB heeft berekend dat een half procent verschil in productiviteit een effect van 2,3% op de houdbaarheid heeft.²⁰ Dat komt overeen met een derde van de 6% verbetering van het structurele begrotingssaldo die nodig waarschijnlijk nodig is (zie hoofdstuk 2) om op een houdbaar pad voor de overheidsfinanciën te komen, dus zonder de belastingtarieven te hoeven veranderen.

Productiviteitsverhoging in de zorg is wezenlijk voor de houdbaarheid van de overheidsfinanciën.

De sleutel voor de betaalbaarheid van de zorg ligt in de inrichting van het primaire zorgproces. Alleen als ook de arbeidsproductiviteit toeneemt, kan de zorg voor iedereen goed toegankelijk en betaalbaar blijven.

Geen defensieve houding...

Het alternatief voor inzetten op innovatie is dat sterk gestuurd wordt op kostenbeheersing. De kosten staan dan centraal. Beheersing gebeurt door regulering van het aanbod en de prijzen. De instrumenten voor de overheid zijn onder ander hogere eigen bijdragen, hogere eigen risico's, pakketverkleiningen, tariefkortingen en minder keuzevrijheid. Het voordeel van deze benadering is dat de kosten goed in de hand kunnen worden gehouden. Maar het risico van deze benadering is dat het mogelijk leidt tot verlies van kwaliteit van zorg en daardoor minder tevreden zorgvragers. De ervaring begin jaren negentig met de wachtlijsten voor ziekenhuiszorg zijn hiervoor een bewijs. Ook hebben jarenlange efficiencykortingen de arbeidsvreugde van het personeel geen goed gedaan. Vanwege deze ervaringen wordt in dit rapport gekozen voor een **offensieve benadering**, die inzet op innovatie en verbetering van de kwaliteit van de zorg en waarin de vraag van de patiënt centraal staat en niet het aanbod.

...maar offensieve benadering

¹⁸ KPN, *Zorg voor innovatie! Sneller Beter - Innovatie en ICT in de curatieve zorg*, 2006, raamt de potentiële efficiencywinst op 25%. Martijn Ludwig raamt de efficiency van Nederlandse ziekenhuizen op 84% van hun het efficiënte niveau in zijn dissertatie *Efficiency of Dutch hospitals*, 2008,

¹⁹ Zie Raad voor de Zorg, *Arbeidsproductiviteit en gebouw. Een exploratieve studie in de verpleegzorg*, Achtergrondstudie bij *Arbeidsmarkt en zorgvraag*, Den Haag, 2006.

²⁰ Centraal Planbureau, *Ageing and the Sustainability of Dutch Public Finances*, Den Haag, 2006, p. 110.

Een spannende vraag is of een offensieve benadering die inzet op productiviteitsverhoging in de zorg voldoende effectief zal zijn. De inschattingen daarvan verschillen. Het Centraal Planbureau bijvoorbeeld is betrekkelijk terughoudend over de positieve budgettaire effecten van maatregelen die dit kabinet voorstelt (en die verderop worden behandeld).²¹ Anderen verwachten dat de maatregelen leiden tot substantieel lagere zorguitgaven.²²

Een ding is echter zeker, een passieve benadering leidt zonder meer tot hogere zorgkosten die vervolgens op de burger worden afgewenteld in de vorm van hogere lasten of mindere kwaliteit van zorg. Een negatieve spiraal van afnemende kwaliteit, minder tevreden patiënten en overbelasting van personeel dreigt dan. Het beleid voor de zorgsector zal daarom offensief van karakter moeten zijn.

²¹ Centraal Planbureau, *Houdbaarheidsmaatregelen Curatieve Zorg*, CPB Notitie 15 september 2009, Den Haag, 2009.

²² Zie bijvoorbeeld PricewaterhouseCoopers, *Verkenning van de effecten van prestatiebekostiging*, 2009.

2 De bedrijfstak zorg

WMO, AWBZ, ZVW een aanvullende zorgverzekering

De organisatie van de zorg is onderverdeeld in vier afzonderlijke compartimenten, die elk hun eigen wijze van financiering en regulering kennen.

- De gemeenten zijn verantwoordelijk voor welzijnsvoorzieningen en huishoudelijke hulp. Dat valt onder de WMO.
- De langdurige onverzekerbare zorg valt onder de volksverzekering AWBZ. Hieronder valt bijvoorbeeld de ouderenzorg en gehandicaptenzorg plus sociale zorg die in toenemende mate is gemedicaliseerd.
- De op genezinggerichte zorg is verzekerd volgens de Zorgverzekeringswet. Dit betreft hoofdzakelijk de ziekenhuiszorg en verder alle eerstelijnszorg.
- Daarnaast kunnen burgers zich aanvullend verzekeren tegen zaken die niet onder een van deze drie arrangementen vallen. Dit gaat bijvoorbeeld om alternatieve geneeswijzen en tandartszorg boven de 21 jaar.

De wettelijke basis van bovenstaande regelingen is als volgt:

- De WMO is een gemeentelijke voorziening.
- De AWBZ is een wettelijke volksverzekering waarvoor iedereen automatisch verzekerd is.
- De ZVW is een privaatrechtelijke verzekering, maar kent een verzekeringsplicht.
- De aanvullende zorgverzekeringen is een vrijwillige verzekering.²³

Solidariteit

Alle vier de compartimenten gaan anders om met solidariteit. De WMO is een voorziening en kent een inkomensafhankelijke bijdrage in de kosten. In de AWBZ en ZVW is de solidariteit verankerd via inkomensafhankelijke premies en zorgtoeslagen en door een voor iedereen gelijke dekking ongeacht zijn zorgrisico. De vrijwillige zorgverzekering kent een individuele risicopremie.

Budgettering

De overheid probeert de zorgkostenstijging te beperken. De manier waarop de kosten worden beheerst verschilt sterk per regeling. De WMO, AWBZ en ZVW maken alle drie meer of minder gebruik van budgettering.

- De WMO is een voorziening die wordt gefinancierd uit de belastingen en kent een vast budget. In de behoefte aan zorg en welzijn wordt alleen voorzien in zoverre er budget is.
- De AWBZ wordt gefinancierd uit premies, die in principe mee ademen met de vraag naar

²³ In 2006, na de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet, had 93% een aanvullende ziektekostenverzekering. Vektis, *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag*, Zeist 2006.

zorg. In de praktijk stelt de overheid een budgettair kader zorg²⁴ (BKZ) vast dat bepaalt hoe hoog de uitgaven aan AWBZ- zorg mogen zijn. De zorgkantoren krijgen een deel van het budget om zorg in te kopen bij zorgaanbieders. Er is een spanning tussen een maximum budget en de verzekeringsaanspraken, want ten principale is de AWBZ een verzekering en kent ze een recht op zorg.

- De Zorgverzekeringswet verzekert alle zorg die onder het wettelijk gedefinieerde pakket valt. Ook voor de ZVW geldt het BKZ. Wordt dat kader overschreden dan zal het kabinet maatregelen nemen die er voor zorgen dat het budget in de toekomst weer toereikend is. Dat kan door het pakket te verkleinen, tarieven te verlagen etc.
- De aanvullende ziektekostenverzekeringen zijn private schadeverzekeringen die volledig onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars vallen en waarvoor geen overheidsbudgettering geldt. De premies zijn vrij en hangen af van de leeftijd en gezondheid van de verzekerde. Mensen bepalen zelf of ze zich willen verzekeren of niet.

Poortwachters in de zorg

De overheid bewaakt de toegang tot de zorg door middel van poortwachters. Dat is nodig omdat de vraag naar zorg misschien niet onbegrensd, maar wel rekbaar is.

De poortwachter voor de zorgverzekeringswet is de huisarts. Die bepaalt of iemand doorverwezen wordt naar de tweedelijns of naar een andere zorgbehandelaar in de eerste lijn. In het eerste compartiment, de AWBZ, vormt de indicatiestelling de sluis naar zorgverlening. In de WMO is er sprake van een vooraf vastgesteld budget. Die begrenzing vooraf is nodig omdat de vraag naar welzijn welhaast oneindig lijkt.

Een toedeling van de schaarse beschikbare middelen is noodzakelijk om de kostenontwikkeling daarvan beheersbaar te houden. Bovendien is op het lokale niveau de samenwerking met mantelzorgers en met de brede gemeenschap het grootst en dus ook de mogelijkheden tot substitutie. De inzet van professionele krachten is daar veelal aanvullend op de normale omgang tussen mensen en de zorg voor elkaar. In aanvulling op het vastgestelde budget worden ook eigen bijdragen gevraagd. Deze zorgen voor extra inkomsten, maar remmen ook de zorgvraag. Omdat de eigen bijdrage inkomensafhankelijk is, wordt de zorgvraag over de hele linie geremd. Er is een minimumbijdrage die (onbeperkt) oploopt met het inkomen, waardoor de prikkel voor alle inkomens werkt. Voor huishoudelijke hulp is de eigen bijdrage voor midden en hogere inkomensgroepen bovendien zo hoog dat de eigen bijdrage in de buurt komt van de kosten van particuliere zorg. Voor diegenen die altijd al een huishoudelijke hulp hadden, verandert er dus niet zoveel. Ze blijven zelf de huishoudelijke hulp betalen, al dan niet via een eigen bijdrage. De hoge eigen bijdrage is redelijk omdat het niet wenselijk is dat kosten die men altijd zelf heeft gedragen opeens voor rekening van het collectief zouden komen

²⁴ Er is een netto Budgettair Kader Zorg en een bruto BKZ. Het bruto kader omvat ook de eigen betalingen. Deze bedroegen 3,0 miljard euro in 2008, 0,5% BBP. De aanvullende ziektekostenverzekeringen maken geen deel uit van het BKZ.

als men hulpbehoevend wordt. Er mag dan een beroep worden gedaan op de persoonlijke verantwoordelijkheid van mensen. In dit geval fungeert de WMO als vangnet voor mensen met een laag inkomen. Deze lijn doortrekkend is het op den duur daarom te overwegen om de zorgaanspraken in de AWBZ die niet direct te maken hebben met lijfelijke verzorging of verpleging, maar sociaal gerelateerd zijn, over te hevelen naar de WMO.

3 Van aanbodsturing naar vraagsturing

3.1 Majeure veranderingen in de zorg

Uitgangspunten bij veranderingen in de zorg

Bij alle veranderingen in de zorg is het goed om de doelen en uitgangspunten voor ogen te houden.

Wat zijn de ijkpunten?

- De vraag van degene die zorg nodig heeft bepaalt het aanbod van voorzieningen. Het gaat om keuzevrijheid van de zorgvrager om goede zorg te ontvangen van de aanbieder van zijn keuze. Daardoor is de bestaanszekerheid van instellingen sterker dan vroeger verbonden met het voorzien in de vraag²⁵;
- Zorgvragers die zo goed mogelijk de regie kunnen over hun leven behouden, qua te leveren zorg en woonsituatie. Maatwerk is geboden;
- Beschikbaarheid van ketenzorg;
- Goede afstemming tussen zorg en welzijn en tussen care en cure;
- Voldoende personeel in de zorg, dat met plezier werkt;
- Beheerste ontwikkeling van de kosten in de zorg met oog op de solidariteit tussen generaties.

Omslag van aanbod naar vraagsturing

Om de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing te bereiken om zo een flexibelere organisatie van de zorg te krijgen moeten er een aantal veranderingen in de bekostiging van de zorg plaats vinden. Dit zijn technische wijzigingen, maar niet minder belangrijke. Ze gelden zowel voor de care als de cure.

- De belangrijkste is dat bekostiging aangrijpt bij de zorg die iemand nodig heeft en niet bij de aanbieder die de zorg levert. Dit wordt wel **functionele bekostiging** genoemd.
- Daarvoor is het nodig dat de geleverde zorg helder omschreven wordt in 'producten'. In de AWBZ zijn dat **Zorgzwaartepakketen (ZZP's)** en in de ziekenhuiszorg **Diagnose Behandeling Combinatie (DBC's)**.
- Niet het budget, maar het volume van geleverde zorg moet leidend zijn voor de beloning van zorgverleners. Dus beloning naar werken. Dit wordt **prestatiebekostiging** genoemd.
- Om zorgaanbieders meer ruimte en verantwoordelijkheid te geven moeten de kosten van investeringen in gebouwen worden geïntegreerd in de prijs. Het resultaat is **integrale tarieven**.
- Tot slot moeten prijzen voor die sectoren van de zorg waar dit goed mogelijk is, vrij worden gegeven. Dit wordt **vrije prijsvorming** genoemd. Dit stimuleert innovatie. In andere delen zal zo veel mogelijk met normbedragen gewerkt moeten worden.

²⁵ Dit kan sluit niet uit dat zorgaanbieders onmondige zorgvragers helpen om de zorgvraag te formuleren of zorg in natura aanbieden.

Gereguleerde markt

In deze paragraaf gaat het over zorgproducten, bekostiging, integrale tarieven, vrije prijsvorming. Dit kan de indruk wekken dat de zorg een vrije markt is. Dat is echter niet het geval. De zorg kent een gereguleerde markt. Concurrentie in de zorg is hoogstens een middel (om in te zetten tegen bureaucratische verhoudingen of om mensen meer keuzevrijheid te geven) maar geen doel op zichzelf. Het denken in termen van zorgproducten moet niet te ver worden doorgedreven. Het gaat er niet om dat elke minuut geleverde zorg verantwoord kan worden, maar om het leveren van goede zorg. Uiteraard is het nodig om te omschrijven welke zorg mensen ontvangen en door wie, zodat iedereen snapt waarover het gaat: de zorgvrager, de zorgaanbieder en de verzekeraar. Maar waar voor gewaakt moet worden is dat de omschrijving van zorgproducten een eigen leven gaat leiden, alsof zorg een verhandelbaar product is waarvan de kostprijs gedetailleerd bekend moet zijn. Uiteindelijk gaat het bij zorgverlening om zorg en aandacht voor iemand die zorg nodig heeft, hetgeen niet te vangen is in woorden of contracten. Kader zijn wel nodig, zodat een adequate organisatie en solidaire financiering van de zorg mogelijk is.

In algemene zin wordt in dit rapport gepleit voor een omslag van aanbodsturing naar vraagsturing. Elke type zorg vraagt om een eigen invulling van algemene principes. Bij medicijnen is prijsconcurrentie tussen fabrikanten wenselijk. Bij zeer zeldzame aandoeningen is er behoefte aan zeer gespecialiseerde artsen. Bij palliatieve zorg is de mogelijkheid voor mensen om zelf te bepalen in welke sfeer zijn hun laatste dagen willen doorbrengen belangrijk. “De zorg” bestaat dus niet. Waar het op aankomt is om bij elke type zorg te bezien wat zinnige manieren zijn om de zorg slim te organiseren en te bekijken welke stimulansen passend zijn.

De omslag van aanbod naar vraagsturing is gericht op het bereiken van vernieuwing in de zorg (innovatie producten, processen en organisatieconcepten) alsmede een betere benutting van de capaciteit, specialisatie en substitutie. De hamvraag is hoe we de gezondheidszorg zodanig organiseren dat er keuzevrijheid van burgers is, voldoende ruimte voor goede en kwalitatief hoogwaardige zorg en dat de processen in de gezondheidszorg efficiënt verlopen.

3.2 Functionele bekostiging: niet wie maar wat

De omslag van aanbodsturing naar vraagsturing betekent dat bekostiging uitgaat van de zorgvraag van de patiënt en niet gebaseerd is op de zorgaanbieder die de zorg levert. Dit noemt met wel functionele bekostiging. De zorg wordt vrij precies omschreven, zodat er een prijs voor de dienst kan worden vastgesteld, zonder dat de prijs afhangt van wie de zorg levert. Als een praktijkondersteuner dezelfde zorg kan leveren als de huisarts, is het goedkoper om de praktijkondersteuner in te schakelen. Idem dito, wanneer de huisarts hetzelfde kan als de medisch specialist.

Functionele omschrijving

De manier waarop in de wetgeving de verzekerde zorg is omschreven, sorteert hier helemaal op voor. Functionele omschrijving houdt in dat bij de omschrijving van de zorg wordt uitgegaan van de zorgvrager en niet van de zorgaanbieder. Functioneel staat hier dus tegenover institutioneel. De aanspraken in de AWBZ zijn functioneel omschreven als behandeling, begeleiding, verpleging etc. Ook in de ZVW staat daarom omschreven *wat* verzekerd is, maar niet *wie* de zorg verleent of *waar* de zorg geleverd wordt. Ook de Wet marktordening is op dit principe gebaseerd. Alleen de budgettering in de zorg is nog steeds gebaseerd op de zorgaanbieders, net als dat onder de oude Wet Tarieven Gezondheidszorg het geval was. Dit leidt er toe dat dezelfde zorg verschillende bekostigd kan worden. Een pleister op een wond kost in het ziekenhuis meer dan bij de huisarts. Afhankelijke van wie de zorg levert, wordt de zorg dus verschillend bekostigd. Dit komt omdat de bekostiging van de prestaties nog steeds is gekoppeld aan de aanbieder en niet aan degene die zorg nodig heeft.²⁶ Samenwerking tussen disciplines wordt belemmerd door de verschillen in tarieven. Dit is een onwenselijke situatie. Functionele bekostiging zet de deur verder op voor een omslag van aanbod naar vraagfinanciering. Niet de aanbieder van zorg wordt betaald, maar de financiering draait rondom een zorgplan, een complete behandeling.²⁷

3.3 ZZZ's en DBC's: zorgproducten

Zorgzwaartepakketten

In de AWBZ was de bekostiging voor intramurale zorg tot voor kort niet afgestemd op de zwaarte van de zorg die mensen nodig hadden, maar op het aantal bedden. Sinds 1 januari 2009 is aan alle indicaties een zorgzwaarte gekoppeld en krijgen instellingen voor mensen die zwaardere zorg nodig hebben meer geld. Gedurende drie jaar worden de verschillen die daardoor ontstaan met de oude bekostiging afgebouwd. Begin 2012 declareren alle zorgaanbieders in de AWBZ de intramurale zorg die ze leveren op basis van zorgzwaartepakketten.

Het voordeel van deze manier van bekostigen is dat de tarieven beter aansluiten bij de kosten die aanbieders maken. In de AWBZ was een te weinig gedifferentieerd tarief tot voor kort een probleem. Instellingen met zorgvragers met een relatief hoge zorgzwaarte krijgen door de nieuwe systematiek nu meer middelen.

Voor de extramurale AWBZ-zorg zijn nog geen zorgzwaartepakketten vastgesteld. Het is wenselijk dat dit snel gebeurt. Daarmee wordt dan gelijk een forse stap gezet richting het financieel scheiden van wonen en zorg.

²⁶ *De patiënt centraal door omslag naar een functionele bekostiging*, Tweede Kamer vergaderjaar 2008-2010, 29247, nr. 84, p. 4-5.

²⁷ *Idem*, p. 6. Zie ook het gedachtegoed van Porter die waarde-gedreven ondernemen als uitgangspunt neemt, waardoor een meer integrale benadering van de zorg tot stand komt. Michael Porter and Elizabeth Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*, 2006

Diagnose Behandelcombinaties

In 2005 zijn in het tweede compartiment Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) ingevoerd. Een DBC is een omschrijving van het geheel van geleverde zorg.²⁸ Het tarief van een DBC is de uitkomst van de normtijd voor een behandeling maal het normatieve uurtarief dat voor alle medisch specialisten geldt. De normtijden in de DBC's worden geijkt door de totale beschikbare werktijd van specialisten gelijk te stellen aan de veronderstelde productietijd. De veronderstelde productietijd bestaat uit de productie per DBC-code maal de normtijden per DBC-code (productie maal normtijden). De beschikbare tijd van specialisten is gelijk aan het aantal specialisten maal het aantal directe uren²⁹ (aantal artsen maal werkuren). Arts-assistenten worden niet meegerekend.³⁰ Er wordt vanuit gegaan dat de opleiding van de arts-assistent de medisch specialist net zo veel tijd kost (aan opleiding en begeleiding) als deze oplevert (door bijdrage aan de productie).³¹

Deze systematiek suggereert dat alle specialisten evenveel verdienen. Dat is echter niet het geval. Bij de berekening van de normtijden is uitgegaan van de totale beschikbare patiëntgebonden tijd van de medisch specialisten binnen een specialisme. De normtijden moeten daar binnen passen. Specialismen met veel patiëntgebonden uren hebben hier voordeel van. Want omdat er een normatief uurtarief is ingevoerd, leidt een hoog aantal patiëntgebonden uren tot een hoge omzet.³² Afwijkingen kunnen ook veroorzaakt worden door verschillen in doorbelasting van kosten aan het ziekenhuis of het toerekenen van huisvestingskosten aan DBC's.

Omdat de DBC-structuur verre van ideaal is, wordt gewerkt aan een opvolger: DOT's (DBC's op weg naar Transparantie). De beperkingen van de DBC-structuur is gelegen in de onduidelijkheid en veelheid aan producten, de specialisme specifieke opbouw van de systematiek en de onduidelijkheid van de registratie- en declaratieregels. De wijze waarop zorgaanbieders omgaan met de DBC's beïnvloed daardoor het eindresultaat. Door de gedetailleerdheid en specialisme specifieke opbouw hebben de DBC's veel weg van een verdeelmodel in plaats van dat het leidt tot een zo efficiënt mogelijk leveren van de zorg gegeven een diagnose en bijpassende behandeling. De nieuwe DOT-structuur moet hier verbetering in aanbrengen.

²⁸ Een DBC omvat gemiddeld 13 verrichtingen (zoals bezoek aan arts, gebruik laboratorium, operatiekamer, röntgenfoto, MRI-scan etc.). De DBC's worden up to date gehouden door DBC-Onderhoud (DBC-O).

²⁹ Het aantal patiëntgebonden uren is het aantal uren dat samenhangt met de productie. Het gaat zowel om direct en indirecte tijd die aan de patiënt is besteed. Het is gebaseerd op het TBO profiel, een tijdbestedingsprofiel dat per specialisme aangeeft hoeveel patiëntgebonden uren er beschikbaar zijn.

³⁰ Ook verloskundigen, optometristen en Technisch oogheilkundig assistent worden buiten beschouwing gelaten. Verrichting van de ene poortspecialist aan de andere, zijn eveneens buiten beschouwing gelaten omdat ze marginaal (<1%) zijn.

³¹ Capgemini Consulting, Rondrekening DBC normtijden 2007. Validatie van de normtijden, 13 juli 2009.

³² Zo hebben thoraxchirurgen 2.096 patiënturen per jaar en Rheumatologen 1.144 uur. Bij de berekening van het norminkomen is in 2006 uitgegaan van een normatief aantal behandeluren van 1.555 uur (Aanwijzing MC-U-2786398).

3.4 Prestatiebekostiging: loon naar werken

Ziekenhuizen hebben voor het grootste deel van de zorg een vast budget. Ieder jaar wordt in overleg met de dominante zorgverzekeraars in de regio (representatiemodel) het vaste budget uitonderhandeld. Dit systeem wordt wel Functiegerichte Bekostiging genoemd (FB-systeem). Binnen het FB-systeem is er geen directe relatie tussen de prestatie en de werkelijke kosten. Bij prestatiebekostiging is dit wel het geval. Het inkomen is dan afhankelijk van de prestatie en dus het volume.³³

Ziekenhuizen kennen een zogenaamd A-segment waar de FB-systematiek geldt en een B-segment waar prestatiebekostiging geldt. Het is de bedoeling dat de prestatiebekostiging in 2011 ook in het A-segment wordt ingevoerd. De omzet is dan niet langer gebudgetteerd, maar de uitkomst van de hoeveelheid geleverde zorg.³⁴

Voor een beperkt deel van de ziekenhuiszorg is prestatiebekostiging niet wenselijk. Dat geldt voor die zorg waarbij beschikbaarheid een grote rol speelt. In die gevallen laten alleen de variabele kosten zich toerekenen aan een specifieke behandeling van een patiënt. De vaste kosten hangen samen met de beschikbaarheid. Het gaat dan om (de beschikbaarheidscomponent voor de) spoedeisende hulp (SEH), intensive care, topreferente zorg en opleidingen.

Waar prestatiebekostiging wel wenselijk is, bestaat onderscheid tussen zorg waarvoor de prijzen vrij zijn en zorg waarvoor een vastgesteld tarief geldt. Prestatiebekostiging staat namelijk los van de vraag of de prijzen vrij zijn of dat er vastgestelde (maximum)tarieven gelden. Doorslaggevend is of het volume vrij is, zodat een hogere productie tot een hogere omzet leidt.

Een en ander betekent niet dat het budgettair kader zorg niet meer geldt. Het BKZ geeft de fictieve omvang van de maximale zorguitgaven aan en is beleidsmatig relevant omdat overschrijdingen van het kader gecompenseerd moeten worden met bezuinigingen of maatregelen die leiden tot lagere zorguitgaven.

3.5 Integrale tarieven: prijs inclusief huisvesting

Waarom integrale tarieven?

Een andere hobbels die moet worden weggenomen is de financiering van de huisvesting van zorginstellingen. Nu lopen zorgaanbieders, zowel in de care als de cure geen of beperkt³⁵ risico over

³³ Bij prestatiebekostiging verdwijnen de sluittarieven, die per instelling verschillen. De kostenstructuur wordt daardoor transparant. Het sluittarief geeft de instelling budgetzekerheid. Het is het tarief dat geldt voor een verpleegdag, en dat naderhand zodanig wordt vastgesteld dat het budget gerealiseerd wordt.

³⁴ Het ziekenhuis heeft voor het A-segment recht op een budget ter dekking van de kosten. De inkomsten, waarmee de kosten gedekt worden, komen bij het ziekenhuis binnen via declaraties van DBC's. In de praktijk blijkt dat ziekenhuizen meer of minder inkomsten via gedeclareerde DBC's binnen krijgen in vergelijking met hun budget. Indien de DBC-opbrengsten van het ziekenhuis het budget te boven gaan dan zal het ziekenhuis de meerdere inkomsten moeten terugbetalen aan de zorgverzekeraars en omgekeerd. Via een tariefbeschikking wordt het te verrekenen bedrag per ziekenhuis gecommuniceerd richting het ziekenhuis en de zorgverzekeraars.

³⁵ In de ziekenhuiszorg wordt de nacalculatie afgebouwd.

hun investeringen in gebouwen. De kapitaalslasten worden apart gefinancierd door de zorgverzekeraars en maken geen deel uit van het zorgtarief. Integrale tarieven beoogt zorginstellingen meer verantwoordelijkheid te geven voor investeringsbeslissingen. Het voordeel van de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor investeringen in gebouwen is dat gebouwen beter benut worden. Denk aan openingstijden, verhuur, verbetering van logistieke processen. Onder het oude regime hadden instellingen een belang bij maximalisering van het oppervlakte, de overheid betaald immers.

In het B-segment waar de prijzen vrij zijn, komen de huisvestingskosten al voor rekening van de zorgaanbieder en zijn de kosten versleuteld in de prijs. In het A-segment is dat nog niet het geval. Huisvestingskosten worden achteraf verrekend door het tarief van de zorg naar boven of beneden bij te stellen, zodanig dat de huisvestingskosten gedekt zijn. De zorgverzekeraars krijgen de kapitaalslasten nagecalculeerd zodat ze kunnen worden verrekend met het Vereveningsfonds.³⁶

Het belang van verantwoordelijkheid van ziekenhuizen voor de huisvesting is gelegen in de afweging die gemaakt kan worden voor de organisatie van de zorg. Medisch specialisten kunnen er ook voor kiezen om buiten het ziekenhuis zorg te gaan leveren, wanneer ze de dure ziekenhuisinfrastructuur niet nodig hebben. Mede om die reden is het van belang dat ziekenhuizen niet langer in de samenwerkingsovereenkomst met medisch specialisten een verbod op mogen nemen om in een zelfstandig behandelcentrum te werken.

Zonder integrale tarieven wordt substitutie van tweedelijns naar eerstelijns zorg en van intramurale naar extramurale zorg afgeremd omdat (de opbouw van) de kostprijs verschilt. Ook kan overheveling van kortdurende AWBZ-zorg naar de ZVW minder goed plaatsvinden als de kapitaalslasten niet in de prijs zijn verwerkt. De overgang naar integrale tarieven is ingezet, maar in het eerste compartiment verloopt die overgang te traag. In het tweede compartiment met het huidige tempo worden vastgehouden.

3.6 Vrije prijsvorming: geen vaste tarieven meer

Het vrijgeven van de prijzen vormt het sluitstuk van de omslag van aanbod- naar vraagsturing.

Voorwaarde voor vrije prijsvorming is dat:

- er voldoende aanbod – en dus concurrentie - is,
- de zorg helder omschreven is
- het aanbod inzichtelijk is

³⁶ Bij het systeem van functiegerichte bekostiging (FB-systeem) zijn de kapitaalslasten - de rente en de aflossing van financiering van gebouwen - in het budget van de instelling opgenomen. Dit heet nacalculatie. Door invoering van het B-segment worden de kapitaalslasten niet meer volledig nagecalculeerd, omdat voor dat segment integrale prijzen gelden. Dit betreft circa een derde van het ziekenhuisbudget.

- de verevening is afgebouwd en
- de vrager³⁷ in de positie is om te onderhandelen over de prijs of voor een andere aanbieder kan kiezen.

Als aan die voorwaarden is voldaan kunnen de prijzen vrijgelaten worden zodat de prijs de resultante is van vraag en aanbod. Het gevolg van vrije prijsvorming is een efficiënte verdeling van schaarse zorg. Innovatie wordt gestimuleerd omdat dit een voordeel biedt aan de zorgaanbieder. Bij vrije prijsvorming zal de prijsdruk moeten komen van concurrentie. Er gelden immers geen vaste tarieven meer.

Degressieve tarieven

Wanneer de kapitaallasten in de tarieven zitten, betekent een grotere productie vanaf het moment dat de kapitaalkosten zijn goedge maakt, dat de winst heel sterk toeneemt. Zorgverzekeraars kunnen daarom bij tariefonderhandeling met zorgaanbieders af te spreken dat het tarief daalt boven een bepaald volume, waarmee het voordeel wordt afgeroomd.

Vrije prijzen maken degressieve tarieven mogelijk. Dit komt nu in het B-segment al voor in de vorm van kwantumkortingen of staffelkortingen: de prijs daalt bij een hoger volume. Degressieve tarieven zetten een rem op een toename van het aantal verrichtingen, omdat alleen de variabele kosten nog vergoed worden boven een bepaald volume. Degressieve tarieven hebben ook een functie bij het tegengaan van overbehandeling. Als een specialist ten opzichte van de richtlijn of ten opzichte van collega's beduidend meer behandelt zodat er sprake is van overbehandeling, kan van een tarief dat lager wordt als er meer wordt behandeld een signalerende functie vervullen. Ook romen degressieve tarieven winsten die worden behaald door schaalvergroting af. Ze maken schaalvergroting dus ook minder aantrekkelijk.

3.7 *Het uiteindelijke resultaat*

Wanneer de zorg helder is gedefinieerd en functioneel is omschreven en er integrale tarieven zijn, kunnen zorgverzekeraars zorgaanbieders betalen voor hun prestaties.³⁸ Het risico voor investeringen ligt dan volledig bij zorgaanbieders. Zorgverzekeraars verzekeren de zorgkosten en zijn verantwoordelijk voor de zorginkoop. De overheid ondersteunt via de zorgtoeslag huishoudens in hun besteedbaar inkomen en zorgt zo dat de zorg voor lagere (midden)inkomens betaalbaar blijft, waardoor de inkomenssolidariteit gegarandeerd is. Voor christendemocraten vormt de inkomensondersteuning via de zorgtoeslag die buiten het stelsel is vormgegeven een cruciale

³⁷ De vrager is in het tweede compartiment de zorgverzekeraar. In het eerste compartiment is dat de zorgvrager of diens vertegenwoordiger of het zorgkantoor/zorgverzekeraar.

³⁸ De overgang naar prestatiebekostiging in combinatie met de introductie van de nieuwe DOT-structuur is gecompliceerd. De NZA stelt een transitieperiode voor van drie jaar wanneer in 2011 beide tegelijk worden ingevoerd. Zie NZA, *Uitvoeringstoets van budget naar prestatie*, Utrecht 2009. De NVZ bepleit uitstel van DOT tot 2014 en invoering in 2011 van prestatiebekostiging, omdat dan voorkomen wordt dat het overgangsregiem geldt voor ook het B-segment en dus omzetsijgingen in het B-segment ook kunnen worden afgeroomd.

bouwsteen. Voor cruciale zorg als spoedeisende hulp, verloskunde, traumazorg etc. zal de overheid het volume moeten reguleren. De overige kosten van de zorg moet de overheid monitoren en ze zal moeten besluiten of ze het aanvaardbaar vindt dat deze kosten collectief worden opgebracht.

Reguleren van het volume verhoudt zich niet goed tot prestatiebekostiging en ingrijpen in de prijzen is slecht mogelijk bij vrije prijsvorming.³⁹ Bij vrije prijsvorming zal de prijsdruk moeten komen van concurrentie. Volumestijgingen zijn moeilijk in de hand te houden in een vrije markt, maar er zijn wel mogelijkheden. De overheid kan via scherpere indicatiestelling of verkleining van het pakket het volume terugdringen. De positie van doktoren wordt door prestatiebekostiging sterker, ook in het gereguleerde segment waar de prijs wel vastligt, doordat het volume vrij is. Er is daarom een belangrijke rol voor zorgverzekeraars weggelegd. Zij zullen moeten toezien of behandelaren conform medische standaarden zorg leveren. Zij hebben er immers belang bij dat hun verzekerden niet meer zorg krijgen dan nodig, omdat dat de premies laag houdt. De inkopers van zorg zullen er ook op moeten letten dat de zorg kostenefficiënt wordt geleverd. Ze kunnen daarom de praktijken van aanbieders vergelijken (*benchmarken*) en diegenen die sterk afwijken aanspreken op de verschillen. Verzekeraars kunnen ook door selectief contracteren de doelmatigheid bevorderen. Verzekeraars proberen ook om de zorgconsumptie van hun verzekerden te beïnvloeden via preventie en voorlichting.

De overheid heeft in dit alles een belangrijke functie als marktmeester en zal de voorwaarden moeten creëren voor een goed werkend zorgsysteem.

Productiviteitsverhoging

Prestatiebekostiging draagt in belangrijke mate bij aan de betaalbaarheid van de zorg. In opdracht van de NZA raamde PWC de mogelijke winst van de overgang naar prestatiebekostiging in ziekenhuizen tussen de 705 en 1.285 miljoen euro per jaar over een periode van 2011-2021.⁴⁰ Daarbij werd uitgegaan van een algehele productiviteitsstijging in de sector van 1% omdat ziekenhuizen zich meer zullen inspannen om hun productiviteit te verhogen.⁴¹ De winst die kan worden behaald, wordt nog veel groter wanneer zorgverzekeraars hun rol als inkoper goed vervullen (de bovenkant van de raming). Winst wordt dan behaald door verschuiving van zorgverlening naar meer efficiënte zorgaanbieders. Ook de dreiging van zorgaanbieders om dit te doen, zet ziekenhuizen aan tot

³⁹ Maximumprijzen zijn een mogelijkheid om de tarieven te reguleren bij vrije prijsvorming. Tot aan de maximumprijs zijn de prijzen vrij. Een andere mogelijkheid is maatstafconcurrentie. Het houdt in dat de prijzen niet te ver boven de maatstaf uit mogen komen. Zo lang ze daaraan voldoen zijn ze vrij.

⁴⁰ PricewaterhouseCoopers, *Verkenning van de effecten van prestatiebekostiging*, 2009.

⁴¹ Deze algehele jaarlijkse productiviteitsstijging leidt al tot een productiviteitswinst van 11,5% in tien jaar. De geraamde 1% moet worden gezien tegen de gemiddelde jaarlijkse volumegroei van 3,3% waarmee gerekend is. Dat is beduidend hoger dan de jaarlijkse groei van 2,5% die het CPB voor 2008-2011 raamde voor ziekenhuizen (CPB, *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*, Den Haag, 2008, p. 32).

productiviteitsverhoging. De raming die het ministerie van VWS zelf heeft gemaakt van de winst als gevolg van prestatiebekostiging en uitbreiding van het B-segment is 400 miljoen (in 2018).⁴²

⁴² Ook het ministerie van VWS rekent met een prijsdrukkend effect van 1% voor het B-segment en 0,45% voor het A-segment. Daar bovenop verwacht het ministerie nog 200 miljoen winst door een betere governance in ziekenhuizen, waardoor de Raden van Bestuur van ziekenhuizen meer te zeggen hebben over medisch specialisten. Het CPB kan de ramingen van het ministerie niet bevestigen. Ze vreest dat volumestijgingen de prijsstijgingen te niet doen. Zie Centraal Planbureau, *Houdbaarheidsmaatregelen Curatieve Zorg*, CPB Notitie 15 september 2009.

4 Aanknopingspunten voor beleid

Hierboven is de algemene richting voor de financiering van de zorg geschetst. Per compartiment volgen nog een aantal nadere voorstellen. De rode draad daarin wordt kort toegelicht.

Ten eerste is van belang dat het verzekeringskarakter wordt versterkt. Bij de langdurige zorg betekent het dat de AWBZ terugkeert naar de kern van de verzekering en alleen onverzekerbare langdurige verpleging en verzorging verzekert.

Ten tweede moet sterker worden ingezet op het profijtbeginsel. Terwijl bij het verzekeringskarakter het delen van het risico voorop staat, is het profijtbeginsel er juist op gericht de kosten voor rekening te laten komen van degene die het profijt heeft. Het profijtbeginsel is met name geschikt daar waar de doelmatigheid afhangt van de keuzen van zorgvragers.

Ten derde richten de voorstellen zich op het verbeteren van de kwaliteit in de zorg. Kwaliteit heeft veel aspecten. In de cure valt veel te winnen door aandacht te schenken aan het bevorderen van samenhang in de zorg. De bekostiging moet daarom meer gericht worden zijn op de kwaliteit van de zorg en beschikbaarheid van voldoende zorg. In de care is een belangrijke variabele voor kwaliteit de mate waarin mensen zelf keuzen kunnen maken en de invloed die ze hebben op de manier waarop ze de zorg ontvangen.

Ten vierde gaat het om bevorderen van doelmatigheid.

4.1 WMO

Participatiewet

Sinds 2007 kennen we de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Hierin zijn de welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten opgegaan, aangevuld met hulp in het huishouding en begeleiding.⁴³ Het is een participatiewet, waarmee integraal lokaal beleid kan worden gevoerd. De wet beoogt dat alle mensen actief aan de samenleving kunnen meedoen. Niet alleen zorgbehoeftige ouderen of mensen met verstandelijke- of lichamelijke beperkingen, maar ook over mensen die om wat voor reden dan ook zichzelf niet helemaal goed kunnen redden of anderszins buiten de maatschappij dreigen te vallen. De WMO wil de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van burgers bevorderen en tegelijk ook een schild bieden voor kwetsbare burgers die niet op eigen kracht zelfredzaam kunnen zijn. Het combineert persoonlijke verantwoordelijkheid en solidariteit.

Principes zijn goed

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning past daarom goed bij het christendemocratisch gedachtengoed. In de eerste plaats wordt uitgegaan van wat mensen nog zelf en samen met elkaar kunnen en wordt ondersteuning geboden daar waar nodig. In de tweede plaats wordt de

⁴³ De functie huishoudelijke hulp uit de AWBZ heet in de WMO hulp in het huishouden. De AWBZ-functies ondersteunende en activerende begeleiding zijn samengevoegd tot de functie begeleiding en deels overgeheveld naar de WMO in 2009.

verantwoordelijkheid daar gelegd waar ze het beste gedragen kan worden, op het lokale niveau. Gemeenten hebben binnen een zekere bandbreedte de ruimte om maatwerk te leveren. In de derde plaats wordt volop ruimte geboden aan particulier initiatief.

Uitvoering vraagt om aandacht

Dat alles neemt niet weg dat de uitvoering van de WMO beter kan. Gemeenten hebben deze zorg in eerste instantie grootschalig aanbesteed met veel aandacht voor de prijs. In tweede instantie kreeg men ook meer aandacht voor de kwaliteit. De beste manier om de kwaliteit te waarborgen is door de burger keuze te bieden. Waar dat gebeurt zijn de resultaten beter. In Zeeland heeft men ervoor gekozen om de voorwaarden waaronder de zorg geleverd wordt vast te leggen (met oog voor de kwaliteit), maar de keuze voor de aanbieder over te laten aan de zorgvrager. Dat laat de zorgvrager keuzevrijheid en vele aanbieders hebben een kans. Die zullen onderling hun best doen om mensen zo goed mogelijke zorg te verlenen omdat ze anders omzet verliezen. In gevallen waar die keuze ontbreekt, kunnen mensen een beroep doen op het persoonsgebondenbudget.

Uitbreiding WMO

In de toekomst zullen mogelijk meer delen van de AWBZ naar de WMO overgeheveld worden, bijvoorbeeld vormen van begeleiding zoals dagbesteding. Daarmee zal de WMO meer het karakter van een vangnetregeling krijgen. Immers door de inkomensafhankelijke eigen bijdragen die mensen betalen, zullen velen de kosten zelf dragen. Dat is nu al het geval bij huishoudelijke verzorging, die voor wat hogere inkomens feitelijk voor eigen rekening komen. Wanneer bijvoorbeeld nog een deel van de functie begeleiding wordt overgeheveld of delen van de AWBZ die niet direct met zorg, maar met dienstverlening te maken hebben, zal het vangnetkarakter - dat de WMO nu voor de huishoudelijke hulp reeds heeft - in belang toenemen.

4.2 Care

In de care, het eerste compartiment, ligt het tempo van hervormingen een stuk lager dan in het tweede compartiment. Daarmee blijven kansen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren liggen. Met het oog op de houdbaarheid van de overheidsfinanciën zijn vooral maatregelen in de langdurige zorg effectief. Dat heeft twee oorzaken. De groei van de arbeidsproductiviteit ligt historisch gezien lager in de care dan in de cure. Dit verschil in productiviteitsgroei betekent dat een besparing op de AWBZ op de langere termijn een veel groter effect heeft op de zorguitgaven dan een besparing in de cure. Een andere reden heeft te maken met de vergrijzing. Door de vergrijzing neemt de vraag naar langdurige zorg het sterkst toe. Een verkleining van de AWBZ vermindert daarom sterker dan bij de cure de groei van de zorg in de toekomst.

Wat moet er dan gebeuren? Hierboven is al aangegeven dat het wenselijk is om te komen tot integrale tarieven en zorgzwaartebekosting (ook) voor extramurale zorg. Maar er zijn nog meer mogelijkheden om de houdbaarheid van de ABWZ te vergroten.⁴⁴

Alleen onverzekerbare zorg

De AWBZ verzekert langdurige en onverzekerbare zorg voor zwaar hulpbehoevende ouderen en mensen met een ernstige geestelijke dan wel lichamelijke beperking. Het gaat om zorg door professionele zorgverlener waardoor de zorg over het algemeen niet substitueerbaar is voor zorg uit de directe omgeving.

Om de AWBZ toekomstbestendig te maken, is het noodzakelijk om alleen nog die zorg via de AWBZ te financieren die ook echt langdurig en onverzekerbaar is. Dat leidt tot de volgende aanpassingen:

- **Alle risico's die moeilijk verifieerbaar zijn en die mensen zelf kunnen beïnvloeden** kunnen beter niet via de AWBZ worden verzekerd om de afstemming op de behoefte en het kostenbewustzijn te vergroten en een grote claim op publieke middelen en zorgpersoneel te vermijden. Deze vormen van hulp zijn direct substitueerbaar door mantelzorg. Mensen kunnen voor deze hulp wel een beroep doen op gemeentelijke voorzieningen waar men naar draagkracht aan bijdraagt.
- **Alle zorg die niet goed medisch objectief geïndiceerd kan worden** kan worden overgeheveld naar andere daarvoor geschikte domeinen. Te denken valt aan sociale problematiek rondom jeugdzorg, speciaal onderwijs, welzijnswerk, verslavingszorg en participatie en reïntegratie van kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt.
- **Kortdurende AWBZ zorg** (korter dan 365-dagen), zoals op herstel gerichte revalidatiezorg of eerstelijns verpleegkundige zorg, kan overgeheveld worden naar de Zvw. Dit versterkt de ketenzorg in de eerstelijns. In feite krijgt de AWBZ dan een wachttijd van een jaar. Voor mensen van wie de beperking de rest van hun leven duurt, zoals zwaar dementeren, meervoudige verstandelijk gehandicapten en ernstige psychiatrische patiënten zou afgezien kunnen worden van een wachttijd.
- Wonen en zorg wordt gescheiden zodat de **woon- en verblijfskosten voor eigen rekening** komen. Voor huishoudens met een laag inkomen bestaat recht op huurtoeslag.
- **Eigen bijdragen in de AWBZ** kunnen vervallen als de indicatie goed is geregeld, scheiden van wonen en zorg heeft plaatsgevonden en alleen zware zorg die niet substitueerbaar is met zorg uit de directe omgeving verzekerd is. Mensen kunnen dan geen calculerend gedrag vertonen.

⁴⁴ Zie Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Naar een toekomstbestendige AWBZ. Een christendemocratische visie op langdurige zorg*, Den Haag, 2008.

Deze voorstellen leiden tot een glasheldere polis voor de AWBZ.⁴⁵ Het doel ervan is dat de AWBZ ook in de toekomst betaalbaar en voor iedereen toegankelijk blijft. Voorkomen moet worden dat mensen buiten de AWBZ om hun zorg gaan halen. Ze betalen dan wel premie, maar ontvangen geen zorg. Dat ondermijnt op den duur het draagvlak voor de AWBZ en kan bij schaarste aan personeel ook leiden tot tweedeling in de zorg. Het is daarom goed dat mensen naast zorg in natura ook de mogelijkheid hebben om zelf zorg in te kopen met een pgb of voucher.⁴⁶ De mogelijkheden hiervoor moeten verder vergroot worden.

Normbedragen

In het huidige model hebben zorgkantoren – als uitvoerders namens de verzekeraars - geen financiële prikkel om doelmatig zorg in te kopen. Ze mogen immers alle kosten declareren bij de AWBZ-kas. Alleen de zorginstelling heeft een prikkel door het budget dat hoort bij het toegekende zorgzwaartepakket.

Het is wenselijk om over te stappen op een stelsel van vraagfinanciering. Op basis van individuele indicaties worden dan verzekeringsaanspraken toegekend met daaraan gekoppeld normbedragen. Dit kan in de vorm van een voucher, een op geld gewaardeerde verzekeringsaanspraak, die bij professionele gecertificeerde zorgaanbieders kan worden ingeleverd. De rol van de zorgkantoren kan in dat geval worden overgenomen door de zorgverzekeraar van de verzekerde in het tweede compartiment.

Bij normbedragen komt de financiële verantwoordelijkheid voor de inkoop te liggen bij de zorgverzekeraar of de zorgvrager (via een PGB). De overheid blijft verantwoordelijk voor het verzekeringsrisico (indicaties in relatie tot premies). Inkooprisico en verzekeringsrisico zijn dan in twee verschillende handen.

Scheiden wonen en zorg (financieel en juridisch)

Het beleid moet er op gericht worden mensen die zorg met verblijf nodig hebben zo veel mogelijke keuzevrijheid te geven. Daarvoor is het nodig dat wonen en zorg financieel gescheiden worden.⁴⁷ Er bestaan weliswaar steeds meer mogelijkheden voor verzekerden om zelfstandig of kleinschalig te wonen, maar financieel zijn zorg en verblijf nog steeds aan elkaar gekoppeld. Het nadeel van de huidige regeling is dat het niet mogelijk is om zelf te bepalen hoeveel men wil besteden aan wonen. Omgekeerd geldt dat, doordat het verblijf in de AWBZ verzekerd is, de kosten ervan in belangrijke mate voor rekening van de gemeenschap komen. Door het scheiden van wonen en zorg komen de kosten van het wonen voor rekening van de persoon zelf en is er beroep mogelijk op huurtoeslag als de

⁴⁵ Zie ook motie van het CDA over de glasheldere polis, Tweede Kamer 2008-2009, 30597, nr. 82.

⁴⁶ Zie over ervaringen met het PGB, Renske Kaaij en Robbert Huijsman, 'Dubbele winst. PGB blijkt effectief instrument voor doelmatig zorggebruik', *Zorgvisie*, nummer 11, november 2008.

⁴⁷ Scheiden van wonen en zorg kan worden opgevat als het voortzetten van het huidige stimuleringsbeleid, of als het daadwerkelijk (financieel) scheiden van wonen en zorg door wijzigingen in de zorgaanspraken door te voeren. In dit rapport wordt met het scheiden van wonen en zorg het daadwerkelijk financieel scheiden van wonen en zorg bedoeld.

draagkracht te kort schiet. Dit draagt bij aan de houdbaarheid van de AWBZ-verzekering en biedt ook meer keuzemogelijkheden aan verzekerden.

De invoering van het scheiden van wonen en zorg verloopt langzaam. Een mogelijkheid om het scheiden van wonen en zorg te versnellen is het snel invoeren van extramurale zorgzwaartepakketten (ezp's).⁴⁸ Zorgontvangers in een intramurale instelling betalen dan huur aan de instelling voor hun kamer, waarvoor ze recht hebben op huurtoeslag. Extramuraal komt de wooncomponent voor rekening van de zorgontvanger en de zorgcomponent voor rekening van de AWBZ. Bij sommige vormen van AWBZ-zorg waarbij het verblijf en zorg onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, kan worden afgezien van scheiden van wonen en zorg (te denken valt aan instellingen voor meervoudig gehandicapten en zware GGZ patiënten). Het scheiden van wonen en zorg kan in deze kabinetsperiode al in gang worden gezet voor de 98.000 bewoners in verzorgingshuizen.

Zorgplan als draaipunt

Terugdringing van de administratieve belasting van zorgwerkers vergt een radicale versimpeling van de manier waarop verantwoording wordt afgelegd over de geleverde zorg. Sinds 2000 moeten zorgwerkers per minuut registreren hoeveel extramurale zorg ze verlenen. Deze praktijk is ooit gelabeld met de term stopwatchzorg. Op vijf minuten nauwkeurig moeten werkers in de zorg vastleggen hoeveel zorg ze wanneer aan wie hebben geleverd. Vanuit hun beroepsethiek ervaren zorgprofessionals het als vervelend om heel precies bij te houden hoeveel zorg wordt geleverd. Deze minutenregistratie werkt bovendien bureaucratie in de hand. Belangrijk is dat de administratie dienstig zijn aan het primaire proces. Niet andersom. De beleidsmatige reactie is dat het niet aan het systeem ligt, maar aan de uitvoerders ervan. De inzet is daarom niet gericht op het veranderen van het systeem, maar op het optimaliseren ervan, bijvoorbeeld door de inzet van elektronische scans (van de barcode van de verzekerde) bij de tijdsregistratie. De inzet is dus gericht op meer efficiency. Uiteraard helpt een efficiëntere uitvoering, maar het raakt niet de kern van een hardnekkig probleem in de zorg, namelijk de bureaucrativering.

De sleutel tot vereenvoudiging ligt bij het behandelplan. Het CIZ geeft indicaties af aan mensen recht hebben AWBZ-zorg.⁴⁹ Op basis daarvan wordt door een zorgaanbieder in overleg met de zorgvrager een zorgplan opgesteld. In dat zorgplan is opgenomen hoe de zorgvrager behandeld en/of verzorgd gaat worden. Dit zorgplan is vervolgens de basis van de zorg die wordt geleverd.

⁴⁸ In de praktijk zou dit er namelijk op neerkomen dat het verschil tussen intra- en extramurale zzp's gelijk is aan de normatieve huisvestingscomponent.

⁴⁹ Voor intramurale zorg wordt de indicatie uitgedrukt in zorgzwaartepakketten en voor extramurale zorg in functies.

Wenselijk is dat het zorgplan het scharnierpunt gaat worden en daarop de bekostiging en de eigen bijdrage te baseren⁵⁰, in plaats van op de daadwerkelijk geleverde zorg.⁵¹

Als de overheid toch controleren of de zorg daadwerkelijk wordt geleverd, kan ze dat controleren op het niveau van de organisatie. Alle inzet van personeel en middelen die nodig is om alle zorgplannen uit te voeren zullen moeten optellen tot minimaal de inzet van personeel en materieel. Maar als dat het geval is, kan binnen de uitvoering flexibiliteit worden geboden. De verantwoordelijkheid van de verzorgende krijgt dan weer de ruimte die ze verdient. Als een zorgvrager een periode minder fit is of juist wat te vieren heeft, kan tijdelijk extra zorg worden geboden. In andere perioden kan de zorg wat minder zijn. Gemiddeld genomen over alle zorgvragers zal het plan rond moeten lopen. Een minutenregistratie waarin dit exact tot op de minuut wordt verantwoord schiet zijn doel voorbij en moet zo snel mogelijk worden afgeschaft. Dat blijkt echter nog geen sinecure (zie box).

Afschaffen minutenregistratie

Voorstellen uit de Tweede kamer om de minutenregistratie voor AWBZ zorg zonder verblijf af te schaffen zijn mislukt. De minutenregistratie zou nodig zijn vanwege de bekostiging, de berekening van de eigen bijdrage en de salarisadministratie.⁵²

Het voorstel stuitte onder andere op verzet van vertegenwoordigers van patiënten.⁵³ Een van de redenen was dat de daadwerkelijk door de zorgvrager ontvangen zorg, uitgedrukt in minuten, de basis is voor de berekening van de eigen bijdrage.⁵⁴ Als minder zorg ontvangen wordt, als waarop recht bestaat, valt de eigen bijdrage lager uit. Zo is de zorgvrager belanghebbende geworden bij een systeem dat de administratieve lastendruk vergroot en de flexibiliteit in de zorg sterk vermindert.⁵⁵ Het streven

⁵⁰ In het zorgplan worden de afspraken van zorgverlener en cliënt over de behandeling vastgelegd. Op basis van de indicatie en het zorgplan wordt vervolgens een zorgleveringsovereenkomst vastgesteld. Die overeenkomst vormt de formele basis voor de bekostiging en eigen bijdrage.

⁵¹ Voorwaarde voor financiering op basis van zorgleveringsovereenkomst is dat er persoonvolgende budgetten zijn. Het moet mogelijk om bij een zorgaanbieder weg te gaan en naar een andere aanbieder over te stappen.

⁵² Brief van de staatssecretaris van 15 juni 2009, Tweede Kamer, Vergaderjaar 2008-2009, 30597, nr. 74.

⁵³ Motie ingediend door Jan de Vries op 24 maart 2009, Tweede Kamer, 30 597 Toekomst AWBZ, nr. 59: "De Kamer, gehoord de beraadslaging, overwegende, dat bij alle medewerkers in de zorg de verplichting tot het registreren van hun activiteiten in minuten tot grote ergernis leidt en dat deze administratieve last ten koste gaat van de tijd die beschikbaar is voor de zorgvragers; van oordeel, dat de medewerkers in de zorg zo spoedig mogelijk van deze administratieve last verlost moet worden; verzoekt de regering nog deze maand opdracht te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit, het Centraal Administratie Kantoor, het Centraal Indicatieorgaan Zorg en de zorgkantoren om per direct iedere verplichting tot registratie in minuten te schrappen en daarvan de zorgaanbieders onverwijld in kennis te stellen, en gaat over tot de orde van de dag."

⁵⁴ Bij de intramurale AWBZ-zorg hangt de eigen bijdrage niet af van de uren geleverde zorg – het criterium is verblijf – maar alleen van het inkomen. Er is ook geen registratie in zorgminuten.

⁵⁵ Wanneer in de praktijk systematisch minder zorg wordt geleverd dan van te voren afgesproken – de reden waarom de eigenbijdrage op werkelijk geleverde zorg wordt gebaseerd – is dat een symptoom van een ander probleem. Het kan zijn dat de tarieven te laag zijn en dat dit wordt opgevangen door minder zorg te leveren. Het kan ook zijn dat de uren zorg die worden toegezegd aan de ruime kant zijn en dat men met minder toekan.

naar een rechtvaardige eigen bijdrage – hoe nobel ook - wint het van het streven de bureaucratie in de zorg te verminderen en professionals de ruimte te geven.

Een ander bezwaar tegen het afschaffen van de minutenregistratie is dat in veel gevallen de registratie van geleverde zorg de basis vormt voor de salarisadministratie. Dit geldt vooral bij instellingen die gebruik maken van nul-uren contracten met hun verzorgenden en verplegenden.

De minutenregistratie is last but not least ook nodig voor de bekostiging. De vrees dat overheid moet betalen voor zorg die niet wordt geleverd is kennelijk zo groot, dat zorgverleners tot op vijf minuten nauwkeurig moeten verantwoorden hoeveel zorg ze hebben geleverd. Zonder die registratie wordt de zorg niet vergoed.

Kortom van alle kanten is men zo gewend geraakt aan een systeem van tijdregistratie, dat het moeite kost om afscheid van het systeem te nemen⁵⁶, ook al heeft dat op lange termijn voordelen en is afschaffing ervan zeer wenselijk.⁵⁷

Het zorgplan als scharnierpunt tussen indicatie en bekostiging zorgt voor focus op de zorgvrager en voorkomt dat de zorg aan mensen fragmenteert. Want niet over alle afzonderlijke zorgproducten wordt en detail verantwoording afgelegd, maar over het totaalplaatje. In feite gaat het hier om prestatiebekostiging in de AWBZ. Door uit te gaan van het zorgplan wordt ook duidelijk waar marktwerking zin heeft, en waar ze te ver doorschiet. Marktwerking die verder gaat dan het zorgplan en binnentreedt in de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener dient geen doel. In die relatie moet zorgzaamheid domineren. Door te werken met een zorgplan blijft de gezonde concurrentie bestaan en kunnen werkers hun aandacht concentreren op het verlenen van zorg.

Jos de Blok, oprichter van **Buurtzorg**

“Het gaat erom dat deze wijkverpleegkundigen en verzorgenden in de Buurt weer zo als vanouds het contact kunnen en mogen opbouwen met hun cliënten. Dat zij een dienst leveren in plaats van een gefragmenteerd product. Dat deze wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden optimaal worden ondersteund als het gaat om de administratieve afhandeling en dat ze vooral dat kunnen doen waar ze goed in zijn; verplegen en verzorgen in afstemming met de cliënt.

⁵⁶ Heel voorzichtig is er een openingetje door de staatssecretaris gecreëerd door toe te zeggen dat er een pilot wordt gestart met zorgleefplannen op basis waarvan de de bekostiging en de eigen bijdrage worden vastgesteld. Ook zal op de wat langere termijn over worden gegaan op extramuraal zorgpakketten gebaseerd op zorgzwaarte, waarbij dan geen tijdsregistratie meer zou plaatsvinden. Ondertussen verandert er echter niets en blijft de bureaucratie in tact. Zie de brief van de staatssecretaris van 15 juni 2009, Tweede Kamer, Vergaderjaar 2008-2009, 30597, nr 74.

⁵⁷ Het systeem is weliswaar statisch efficiënt, maar de dynamische efficiëntie is laag omdat vernieuwing weinig kans krijgt en de kosten van het systeem zo laag mogelijk gehouden moeten worden. Zie over statische en dynamische efficiëntie, CPB, Erik Canton, *Concurrentie en innovatie. Implicaties voor marktwerkingsbeleid*, CPB Memorandum 23, Den Haag, 2002.

Het gaat erom dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden hun autonomie terug krijgen in het proces. Die zijn ze nu kwijt. Binnen de formule van Buurtzorg houden we de overhead zo klein en overzichtelijk mogelijk. De overhead is ondersteunend aan het primaire werk en niet andersom”
Zie www.maatschappelijkevernieuwers.nl

Het kan allemaal zo veel beter en sneller!

Waar in de cure veel vaart wordt gemaakt met het toekomstbestendig maken van de zorg, is in de care traagheid troef. Het scheiden van wonen en zorg is feitelijk in de ijskast gezet. De overgangstermijnen bij de invoering van integrale huisvestigingslasten lopen tot in 2017. De invoering van extramurale zorgpakketten laat lang op zich wachten. Bij iets simpels als het afschaffen van de minutenregistratie wordt niet doorgepakkt. Kern van de kritiek in dit rapport op het gevoerde beleid in de AWBZ is dat het allemaal heel erg langzaam gaat. Alles wat maar enigszins naar meer vraagsturing riekt, wordt gefaseerd. Dat is heel jammer, want uiteindelijk is de zorgvrager de dupe. Op den duur leidt deze traagheid ertoe dat bezuinigingen onvermijdelijk zijn omdat de vernieuwing te laat op gang komt. Fundamentele keuzen zijn nodig. Alleen door het pakket helder af te bakenen, meer verantwoordelijkheid bij de zorgvrager te leggen en ruimte te bieden aan zorgaanbieders om te vernieuwen, kunnen continuïteit, kwaliteit en houdbaarheid van de langdurige zorg voor de komende generaties worden gegarandeerd.

4.3 Cure

De Zorgverzekeringswet heeft de kaders gecreëerd waarbinnen verdere vernieuwing van de op genezing gerichte zorg mogelijk is. Door een omslag van aanbod naar vraagfinanciering, zoals eerder aangegeven, krijgt dit verder inhoud. De uitdaging voor de cure, het tweede compartiment, is om kwaliteit en samenwerking financieel te belonen. Nu is dat onvoldoende het geval. Juist door samenwerking in de zorg kan de kwaliteit van de zorg worden verbeterd. Bekend is het voorbeeld van ziekenhuizen die onderzoeken door specialisten van verschillende disciplines op elkaar afstemmen, zodat de patiënt maar een keer hoeft te komen. Prettig voor de patiënt en in de praktijk ook nog minder kostbaar. Maar ook in revalidatiecentra bijvoorbeeld wordt veel in teams gewerkt die zich richten op specifieke patiëntengroepen. Dit principe kan nog op veel meer plaatsen in de zorg worden toegepast. Een belangrijke aanzet om hiertoe te komen is de voorgenomen invoering van keten-DBC's.

Keten-DBC's

De invoering van keten-DBC's zal op de lange termijn grote impact op de organisatie van de zorg hebben. De financiering van de zorg verandert er wezenlijk door. Niet de afzonderlijke specialismen worden bekostigd, maar de totale behandeling van een aandoening wordt ondergebracht in een DBC.

Het betreft keten-DBC's voor vier niet-complexe chronische aandoeningen, namelijk COPD⁵⁸, Diabetes, Cardio Vasculair Risicomanagement (CVR) en Hartfalen.⁵⁹ Voor Diabetes en CVR starten de keten-DBC's per januari 2010, voor COPD een half jaar later. Voor hartfalen moeten eerst nog zorgstandaarden worden uitgewerkt en zal de invoering wat later volgen. Op middellange termijn worden mogelijk ook keten-DBC's ingevoerd voor depressie, obesitas en artrose en de aanpak van co-en multimorbiditeit (meerder kwalen tegelijkertijd bij een persoon). De vier keten-DBC's zullen worden geleverd in een eerstelijns context. Voor COPD en Diabetes gebeurt dit nu al, veelal door daarvoor opgerichte huisartsengroepen, voor hartfalen en CVR is dit nieuw. Het is de bedoeling dat huisartsen in al deze vier ketens gaan deelnemen. In 2010 en 2011 is de deelname van huisartsen nog facultatief, daarna niet meer.

Het belang van ketenzorg voor chronische patiënten is dat de zorg die door verschillende zorgverleners wordt geleverd goed op elkaar wordt afgestemd. Het aanbod van zorg is nu vaak versnipperd. Meer afstemming leidt tot een betere kwaliteit van zorg. Eén zorgaanbieder krijgt de regie. Dat kan de huisarts zijn of een groep van huisartsen, maar dat is niet noodzakelijk. Het kan bijvoorbeeld ook een zelfstandig behandelcentrum zijn dat gespecialiseerd is in de betreffende patiëntengroep. De hoofdverantwoordelijke zorgt dat alle andere zorgverleners worden ingeschakeld en betaalt hen. De ketenverantwoordelijke koopt dus de zorg in bij andere aanbieders (zoals huisarts, diëtist, fysiotherapeut, longarts, praktijkondersteuner huisartsen of nurse practitioner), die als onderaannemer fungeren.

Voor de totale zorg aan de chronische patiënt is een vergoeding beschikbaar in de vorm van een keten-DBC.⁶⁰ Dit biedt ruimte voor een nieuw type afspraken. Zorgverzekeraar en ketenaanbieders kunnen bijvoorbeeld afspreken dat de prijs van de DBC afhangt van de geleverde kwaliteit. De zorgverzekeraar onderhandelt dus uiteindelijk maar met één partij, namelijk degene die verantwoordelijk is voor de organisatie van de integrale zorg. Een open vraag is hoe zorgverzekeraars om zullen gaan met het gegeven dat ze een partij contracteren die zelf de zorg inkoop, terwijl die rol normaliter henzelf toekomt.

Keten-DBC's hebben in potentie grote impact op de kwaliteit, financiering en organisatie van de zorg. Wat de kwaliteit van de zorg betreft, is van belang dat de zorg die patiënt ontvangt is vastgelegd in een zorgstandaard. Dat garandeert flexibiliteit, want die zorgstandaard kan voortdurende worden bijgesteld. Wat de beste zorg is, ontwikkelt zich immers continu. Het voordeel van de keten-DBC is

⁵⁸ COPD, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, zijn chronisch obstructieve longziekte. Het is de verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem.

⁵⁹ Deze vier zijn gekozen omdat ze veelvuldig voorkomen, mogelijkheden bieden om de zorg te optimaliseren en vanwege de aanwezigheid van (en te realiseren) zorgstandaarden. Minister van VWS, 'Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbesteding', van 13 juli 2009, Tweede Kamer, 29 247, Acute zorg, nr. 95. De jaren 2010 en 2011 zijn overgangsjaren.

⁶⁰ Geneesmiddelen, diagnostiek en hulpmiddelen vallen vooralsnog buiten de keten-DBC. Integratie is voorzien in 2011.

dat de kwaliteit van de zorg toeneemt – daarover is de literatuur eensluidend – en derhalve ook het aantal complicaties en verergeringen van de aandoening vermindert en het aantal ziekenhuisopnames afneemt.

Wat de financiering van de zorg betreft is relevant dat bij keten-DBC's de zorg die wordt geleverd – het product – functioneel omschreven is. Het maakt dus niet uit wie de zorg levert, dat kan zowel de eerste als tweedelijns zijn, afhankelijk van wie dat het beste kan doen. Nu bestaat er een groot verschil tussen de bekostiging van deze vier aandoeningen in de eerste en tweedelijns. De specialist in het ziekenhuis opent een DBC, terwijl de huisarts slechts een consulttarief van 9 euro per 20 minuten ontvangt. Door de keten te financieren in plaats van de zorgaanbieder wordt directe substitutie uitgelokt van het dure ziekenhuis naar de goedkopere eerstelijnszorg. Tezamen met de beter kwaliteit van de zorg (minder opnames) leidt dit tot minder uitgaven. Calculaties van het ministerie van VWS ramen per saldo een besparing van 385 miljoen euro in 2018, waaronder een verwachte besparing van 89 miljoen euro op AWBZ uitgaven.⁶¹ Dit komt overeen met een verbetering van de houdbaarheid van de overheidsfinanciën van 0,1% BBP.

De invoering van keten-DBC kan grote impact hebben op de organisatie van de gezondheidszorg. Huisartsen krijgen er een grote verantwoordelijkheid bij, wanneer ze hoofdcontractant worden van de keten-DBC. Zij moeten de zorg inkopen en coördineren. Huisartsen pleiten daarom voor een langzame invoering van de keten-DBC's. Een spanningspunt is dat in een gemiddelde huisartsenpraktijk maar een beperkt aantal patiënten met één of meer van deze vier aandoeningen zit. Per fulltime huisarts zijn er ongeveer 88 patiënten met diabetes, 34 met COPD, 17 met hartfalen en 141 met een verhoogd risico op hartvaatziekte.⁶² Dit zijn niet heel hoge aantallen. Voor een afzonderlijke huisarts is het niet altijd mogelijk voldoende schaal te behalen. Huisartsen zullen dus gaan samenwerken rond keten-DBC's. Ook kan het zijn dat ander dan de huisarts de *lead* neemt.

Een bijkomend gevolg kan zijn dat streekziekenhuizen een deel van hun omzet kwijtraken omdat de zorg verschuift uit ziekenhuis naar doelgroepencentra buiten het ziekenhuis. Bij ziekenhuizen die een marginaal bestaan leiden kan de overhead zodanig toenemen dat ze het mogelijk niet zelfstandig redden. Dit is inherent aan de gekozen systematiek. In gebieden met hoge bevolkingsconcentraties en dus massa liggen kansen voor nieuwe (zelfstandige) behandelcentra naast ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsenpraktijken.

⁶¹ Het CPB noemt deze verwachte besparing niet erg waarschijnlijk en houdt op basis van ervaringen in het buitenland zelfs rekening met een kostenstijging. Een kwantitatieve onderbouwing geeft ze echter niet. Zie Centraal Planbureau, *Houdbaarheidsmaatregelen Curatieve Zorg*, CPB Notitie 15 september 2009, Den Haag, 2009.

⁶² C. van Dijk en F. Schellevis, *Anders is niet per se beter, kanttekeningen bij functionele bekostiging*, Medisch Contact 28 mei 2009, p. 973.

Het is belangrijk dat keten-DBC's worden ingevoerd omdat het een van de manieren is om de organisatie van de zorg te vernieuwen en zorg daar te laten leveren waar ze het beste geleverd kan worden.

Meer opleidingsplaatsen voor medisch specialisten

Nederlandse specialisten behoren tot de beste betaalde in de wereld.⁶³ Er zijn er dan ook relatief weinig in Nederland. Per 1.000 inwoners heeft Nederland 1,4 specialisten, tegen 1,9 gemiddeld in andere OESO-landen. Er is dus een schaarste aan specialisten. Deze schaarste wordt in de eerste plaats in stand gehouden door een beperking van de instroom van medicijnenstudenten – jaarlijks worden er 2.850 studenten toegelaten van de circa 7.000 die zich aangemeld – en beperkt aantal opleidingsplaatsen voor specialisten – in 2008 waren het er 1.061.⁶⁴

Verruiming van de numerus fixus voor eerstejaars medicijnenstudenten en verhoging van het aantal opleidingsplaatsen voor medisch specialisten is wenselijk. De extra opleidingsplaatsen van specialisten hoeven niet veel geld te kosten, want de artsen in opleiding worden tijdens hun opleiding ook ingezet en nemen werk uit handen en/of generen inkomsten.⁶⁵ Bovendien zijn de opleidingskosten van een medisch specialist zijn niet onredelijk hoog – vergelijkbaar met een promovendus. Nu worden steeds meer werkzaamheden van de specialist overgenomen door gespecialiseerde verpleegkundigen en arts assistenten. Meer specialisten betekent meer keuze voor de patiënt en een lagere werkdruk voor specialisten die daardoor meer tijd voor hun patiënten hebben.

⁶³ OECD, *The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries*, 2008.

⁶⁴ Roland Berger, *Zorgstudie 2009. De zeven zorgen*, Amsterdam, 2009. Tussen 2000 en 2002 steeg het aantal aio's van 800 naar 1.100. Sinds 2002 is de instroom jaarlijks stabiel. Zie Capaciteitsorgaan, *Vervolgopleiding medische specialismen. Jaaroverzicht 2008 met terug- en vooruitblik*, 2009.

⁶⁵ Roland Berger raamt de *bruto* kosten van 30% meer opleidingsplaatsen – om te komen op het OECD gemiddelde - op 300 miljoen per jaar.

5 Geneesmiddelen

5.1 Sterke stijging kosten

Groei

De uitgaven aan medicijnen maken ruim 10 procent uit van de zorguitgaven. Ze vormen een post die sterker toeneemt dan de totale zorgkosten. Afgelopen decennia groeiden de uitgaven van geneesmiddelen met gemiddeld zo'n 6 à 8 procent. De afgelopen jaren bleven deze zorgkosten nog enigszins beperkt dankzij beleid van de overheid.⁶⁶ Zonder overheidsbeleid stijgen de uitgaven aan medicijnen naar men aanneemt jaarlijks met 9 à 10 procent, beduidend meer dan de overige zorgkosten.⁶⁷ In 2008 zijn de prijzen van veel merkloze geneesmiddelen door het preferentiebeleid sterk gedaald, hetgeen blijkt uit een terugval van de stijging van de uitgaven aan alle geneesmiddelen van 8% in 2007 naar 2% in 2008.⁶⁸

De uitgaven aan medicijnen nemen toe door a) vergrijzing en groei van de bevolking, b) het toenemend chronisch gebruik van geneesmiddelen en c) verschuiving naar dure merkgeneesmiddelen. Veertig procent van de kostenstijging komt voor rekening van 'dure geneesmiddelen', dat zijn geneesmiddelen die per voorschrift meer kosten dan 500 euro, terwijl deze nu nog geen 15 procent van de kosten uitmaken.⁶⁹

Internationale vergelijking.

Nederlanders gebruiken relatief weinig geneesmiddelen. De gemiddelde West-Europeaan gaf in 2007 op jaarbasis 382 euro aan medicijnen uit. In Nederland was dat maar 336 euro.⁷⁰ Ook wanneer dit bedrag gerelateerd wordt aan de totale zorgkosten, zijn de uitgaven internationaal gezien laag. In 2007 werd in Nederland maar 10,7 procent van de totale zorgkosten besteed aan medicijnen. Er zijn drie hoofdredenen voor deze staartpositie.

Allereerst leveren Nederlandse apotheken relatief vaak (56%) generieke middelen. Dat is vergelijkbaar met landen als Duitsland en Groot-Brittannië, maar veel hoger dan de meeste andere landen,

⁶⁶ De belangrijkste beleidsaanpassingen zijn volgens het College voor Zorgverzekeringen (zie www.gipdatabank.nl): 1988 - Wettelijke hoeveelheden regeling; 1989- Omnipartijen accoord; 1991 - Invoering Geneesmiddelen vergoedingen systeem (GVS); 1993 - Uitsluiting homeopathie; 1993 - Wachtkamer middelen Omnipartijen accoord; 1994 - Uitsluiting deel zelfzorgmiddelen; 1994 - Vrijwillige prijsverlaging 5%; 1995 - Bevorderen generiek voorschrijven; 1996 - Invoering positieve lijst; 1996 - Introductie Wet Geneesmiddelen Prijzen (WGP); 1999 - Herijking vergoedingslimieten; 2000 - Clawback; 2003 - Gedifferentieerde clawback; 2004 - Beperkingen anticonceptie en IVF; 2004 - Convenant: vrijwillige prijsverlagingen generiek ; 2004 - Uitsluiting vergoeding van zelfzorgmiddelen; 2008 - Toepassen preferentiebeleid (op grond van in 2003 aangepaste verstrekkingenbesluit waardoor preferentiebeleid mogelijk werd).

⁶⁷ Stichting Farmaceutische Kengetallen, *Feiten en cijfers 2008*, p. 8.

⁶⁸ <http://www.gipdatabank.nl>.

⁶⁹ Stichting Farmaceutische Kengetallen, *Feiten en cijfers 2008*.

⁷⁰ Cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen opgenomen in *Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 144, nr 30/31*, 2009. Zie ook European Commission, Competition DG. *Pharmaceutical Sector Inquiry. Final Report*, juli 2009.

waaronder België, Frankrijk, Spanje, Italië, Oostenrijk en Zwitserland. Daar is maar 10 à 20 procent van de afgeleverde medicijnen generiek.

De relatief gunstige positie van Nederland wat betreft het percentage generieke geneesmiddelen hangt vooral samen met de wettelijke mogelijkheid voor apothekers om voorgeschreven merkgeneesmiddelen te vervangen door merkloze middelen met een identieke werkzame stof (generieke substitutie) én met de kortingen die apothekers (tot 2008) ontvingen bij het afleveren van merkloze geneesmiddelen. Daarnaast speelt bij de totale farmaceutische kosten mee dat Nederland in vergelijking met andere landen nog niet zo sterk vergrijsd is - de vergrijzingsgolf moet nog komen.⁷¹ Maar dit neemt niet weg dat de belangrijkste reden voor de relatief lage uitgaven aan medicijnen gelegen is in het terughoudende voorschrijfbeleid door artsen en slijkgedrag van mensen.

5.2 Preferentiebeleid een succes

Voorkeursmedicijn

Zoals gezegd stegen de uitgaven aan medicijnen in 2008 maar beperkt vanwege het ingezette preferentiebeleid. Preferentiebeleid wil zeggen dat zorgverzekeraars voor een bepaalde werkzame stof de variant met de laagste officiële (taxe)prijs⁷² selecteren en die exclusief voor een bepaalde periode vergoeden.⁷³ Doordat alleen het middel met de laagste prijs wordt geselecteerd, en dus duurdere middelen worden uitgesloten, hebben fabrikanten een prikkel om hun prijs te verlagen. Het doel is dat fabrikanten gaan concurreren op de officiële prijs (prijsconcurrentie) in plaats van op de marge die ze als bonussen en kortingen aan apothekers geven (margeconcurrentie).⁷⁴

Gemiddeld genomen zijn de prijzen van middelen waarvoor het preferentiebeleid geldt met 85% gedaald. De kostendaling wordt alleen gerealiseerd wanneer artsen de merkloze geneesmiddelen ook daadwerkelijk voorschrijven. De voorschrijver kan kiezen. Want voor preferente geneesmiddelen bestaan gelijkwaardige alternatieven (met een iets andere werkzame stof) waarvoor het octrooi nog wel geldt, maar die veel duurder zijn. Voor deze merkgeneesmiddelen worden wordt veel marketing richting artsen gedaan, in tegenstelling tot de generieke middelen.

⁷¹ Een 65-jarige gebruikt drie keer zoveel geneesmiddelen als een gemiddeld.

⁷² De taxe-prijs is de officiële prijs waartegen fabrikanten het middel op de Nederlandse markt aanbieden. Iedere consument of zorgverzekeraar betaalt maximaal dezelfde taxe-prijs. Fabrikanten en groothandelaren stellen zelf de taxe-prijs vast.

⁷³ Het gaat hier altijd om generieke middelen: nagemaakte middelen die dezelfde werkzame stof of stoffen bevat als het oorspronkelijk op de markt gebrachte geneesmiddel met dezelfde werkzame stof als de duurdere variant. Bij preferentiebeleid vergoeden zorgverzekeraars slechts het generieke middel van één bepaalde fabrikant.

⁷⁴ De winst die met preferentiebeleid behaalt kan worden laat zich illustreren aan cholesterolverlagers. Het merkgeneesmiddel Lipitor (cholesterolverlager) kost 360 euro per jaar per patiënt, terwijl het merkloze alternatief met een andere werkzame stof met een vergelijkbare werking 19 euro per jaar kost. Per jaar slikken 1,58 miljoen mensen cholesterolverlagers, waarvan ruim een kwart Lipitor. De omzet van Lipitor is 180 miljoen per jaar. Wanneer al deze patiënten het merkloze alternatief zouden slikken zou dit 170 miljoen schelen. De besparing die mogelijk is hangt af van het aantal mensen dat uit medische noodzaak het merkmedicijn nodig heeft. Dat percentage ligt waarschijnlijk op hooguit 20%.

Het positieve van het preferentiebeleid van de afgelopen jaren is dat het via prijsconcurrentie leidt tot verlaging van de officiële prijzen. Het financiële voordeel van een algeheel lager prijsniveau komt niet alleen terecht bij de verzekeraar die het preferentiebeleid voert – die vergoedt alleen het product met de laagste prijs - maar bij alle verzekeraars. Inmiddels zijn er vormen van preferentiebeleid waarbij de zorgverzekeraar aan fabrikanten vragen om te offeren met een niet openbare prijs ('onder couvert'). De prijs die de verzekeraar vervolgens betaalt is veel lager dan de prijs die in de landelijke prijslijst staat vermeld. In feite is dat hetzelfde systeem dat de apothekers tot 2008 kenden. De kortingen op de officiële prijs komen nu alleen niet in de zakken van de apothekers terecht, maar bij de verzekeraars, die dat door kunnen geven aan de consument in de zorgpremies. Voor apothekers betekenen de verschillende varianten van preferentiebeleid dat ze per zorgverzekeraar moeten bijhouden welke medicijnen wel en niet vergoed worden voor hun patiënten. Vanuit het perspectief van de patiënt is het wenselijk dat zorgverzekeraars aan het begin van het jaar duidelijk maken op welke medicijnen het preferentiebeleid van toepassing is.

Aflopen octrooien

In 2009 is door een aantal verzekeraars het aantal preferente geneesmiddelen fors uitgebreid. Door deze uitbreiding is de potentiële winst die in de toekomst nog valt te behalen met preferentiebeleid bij de bestaande merkloze geneesmiddelen klein geworden. Het voortzetten van het preferentiebeleid zorgt er wel voor dat de prijzen van merkloze geneesmiddelen laag *blijven* en daarmee samenhangend ook die van merkgeneesmiddelen waarvan het octrooi is vervallen.

Toch kan de komende jaren nog veel winst worden behaald met preferentiebeleid. Van een groot aantal merkmedicijnen loopt de komende vijf jaar namelijk het octrooi⁷⁵ af, waardoor er concurrentie komt van generieke middelen. Met preferentiebeleid zou hierop kunnen worden bespaard,⁷⁶ en dalen de uitgaven aan geneesmiddelen structureel, er van uitgaande dat de artsen deze in prijsverlaagde preferente middelen ook voorschrijven.

Doelmatig voorschrijven

Zorgverzekeraars is het toegestaan om met voorschrijvers afspraken te maken over doelmatig voorschrijven. Sommige verzekeraars doen dit en belonen huisartsen voor doelmatig voorschrijven en hebben daardoor lagere uitgaven aan medicijnen of een betere kwaliteit van voorschrijven. Dat het hier om een precare materie gaat, bleek toen de minister van Volksgezondheid de huisartsen medio 2009 met 60 miljoen wilde korten op hun budget en hen dit bedrag terug wilde laten verdienen als ze doelmatig cholesterolverlagers en maagzuurremmers zouden voorschrijven. Dit voorstel stuitte

⁷⁵ Er zijn twee soorten octrooien voor medicijnen. Gebruiksoctrooien die een specifieke toepassing (therapeutische indicatie of doseringsvorm) van een geneesmiddel beschermen en productoctrooien die het geneesmiddel als zodanig beschermen. Het gevolg van een gebruiksoctrooi kan zijn dat voor generieke versies van een geneesmiddel minder indicaties in de samenvatting van de productkenmerken (SPC) en de patiëntenbijsluiter vermeld mogen worden dan voor het referentieproduct.

⁷⁶ Gemiddeld dalen de prijzen vanwege preferentiebeleid met 85 procent. Stichting Farmaceutische Kengetallen, *Feiten en cijfers 2008*, p. 8.

huisartsen tegen de borst. De suggestie zou kunnen worden gewekt dat huisartsen omwille van hun eigen portemonnee patiënten zouden overzetten op een generiek middel. Uiteindelijk is de koppeling aan de individuele huisarts losgelaten en wordt naar het voorschrijfgedrag van alle huisartsen samen gekeken.⁷⁷

Afschaffen herhaalrecept

Door het gebruik van merkgeneesmiddelen (*spécialités*) terug te dringen ten gunst van generieke medicijnen, neemt het budgettaire beslag sterk af. Dat is winst. Maar belangrijk is ook dat de jaarlijkse *groei van het aantal gebruikers* van de medicijnen veel minder belastend is voor de begroting. Het basisbedrag dat met een bepaald percentage groeit is veel kleiner en daarom ook de absolute omvang van de groei.

Bij het afschaffen van de vergoeding voor herhaalrecepten gaat eenzelfde redenering op. Huisartsen krijgen per 2010 niet meer per herhaalrecept betaald, maar ontvangen een hoger inschrijftarief. Het vaste bedrag per patiënt neemt dus toe, maar de variabele kosten – die een stijgende tendens vertonen – nemen af. Op het moment van omzetting van de financieringssysteem is het effect neutraal voor de omzet van huisartsen.⁷⁸ Maar op langere termijn is een groeier van de kosten geneutraliseerd.

5.3 Afschaffen geneesmiddelvergoedingensysteem?

Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS)

Geneesmiddelen zijn verzekerd via de zorgverzekeringswet, maar in tegenstelling tot andere zorg is nauwkeurig vastgelegd welke medicijnen tegen welke prijs worden vergoed. De vergoeding van geneesmiddelen is wettelijk vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS). In het GVS worden geneesmiddelen in clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen ingedeeld. Deze cluster zijn samengesteld uit middelen met werkzame stoffen die qua werking vergelijkbaar zijn. Medisch inhoudelijk verschillen ze in principe niet. Ze zijn onderling vervangbaar; de arts beslist daarover. Binnen deze clusters vallen ook middelen met een identieke werkzame stof die alleen in uiterlijk en prijs verschillen. De middelen zijn onderling uitwisselbaar. Medisch inhoudelijk verschillen ze in principe niet; de apotheker en verzekeraar beslissen daarover. Alle middelen in een cluster zijn nu voor verzekerden beschikbaar.

Vergoedingslimieten

Het principe van het GVS is dat een vergoedingslimiet wordt vastgesteld voor een cluster met verschillende, maar onderling vervangbare middelen. Omdat de middelen onderling vervangbaar zijn,

⁷⁷ De doelmatigheid van het voorschrijven kan ook bevorderd worden door een goede samenwerking van huisartsen en apothekers. Jaarlijks kunnen ze bijvoorbeeld alle patiënten langslopen die veel medicijnen gebruiken ('medication review'). Afgeleid daarvan kunnen praktijkondersteuners van huisartsen en apothekersassistenten ook contact houden over het medicijngebruik van patiënten. Ook de patiënt is gebaat bij veilig medicijngebruik en therapietrouw.

⁷⁸ Mogelijk dat het niet-gebruik van medicijnen toeneemt wanneer huisartsen minder tijd besteden aan herhaalrecepten omdat deze niet leiden tot omzet.

kan een arts in principe tussen de middelen kiezen. Daarom wordt de vergoeding voor de patiënt beperkt tot de gemiddelde prijs van de medicijnen in het cluster (de vergoedingslimiet). Heeft een middel in het cluster een lagere prijs dan de vergoedingslimiet, dan wordt het middel volledig vergoed. Is de prijs echter hoger, dan moet de verzekerde het verschil tussen prijs en vergoedingslimiet bijbetalen (eigen bijdrage). Binnen een cluster van gelijkwaardige middelen is er dus altijd tenminste één middel dat volledig wordt vergoed, zodat iedereen kan kiezen voor het medicijn dat volledig wordt vergoed en waarvoor dus geen eigen betaling geldt. De eigen bijdrage kan vermeden worden. Op deze manier wordt de patiënt ingeschakeld bij het doelmatig voorschrijven van medicijnen. De vergoedingslimiet stimuleert aldus de vraag naar goedkopere gelijkwaardige middelen.

Herberekening vergoedingslimieten

In theorie werkt dit systeem zoals hierboven beschreven. In de praktijk is dit echter niet het geval. Er zijn namelijk maar weinig medicijnen waarvoor bijbetaald hoeft te worden. De reden is dat de vergoedingslimieten niet worden bijgesteld. De laatste herberekening van de limieten was in 1998. Bij die herberekening waren er relatief weinig generieke middelen die een groot prijsverschil met het merkgenesmiddel in het cluster kenden. De limieten zijn daardoor zodanig hoog uitgevallen dat vrijwel alle geneesmiddel op dit moment volledig worden vergoed. Door deze hoge vergoedingslimieten gaat geen sturende werking van het GVS uit op het voorschrijfbeleid. Bij herberekening zouden een aantal vergoedingslimieten dalen omdat de prijzen – onder andere door het uit octrooi lopen van spécialités en het preferentiebeleid – in een aantal gevallen sterk zijn gedaald. In GVS clusters met verschillende geneesmiddelen met vergelijkbare werking zijn de laagst geprijsde middelen soms maar slechts een fractie van de prijs van gelijkwaardige merkgenesmiddelen. Toch worden alle middelen volledig vergoed hetgeen geen stimulans voor voorschrijvend arts of patiënt is om bij voorkeur preferente goedkope middelen te gebruiken.

Bijbetaling

De terughoudendheid bij de herberekening van de vergoedingslimieten in het GVS hangt samen met de gevolgen voor patiënten die en duur geneesmiddel gebruiken. Zij moeten op een andere geneesmiddel overstappen of bijbetalen. Bij lage vergoedingslimieten kunnen patiënten die om medische redenen zijn aangewezen op een duur merkgenesmiddel de bijbetaling niet ontlopen. Dit is een belangrijk argument tegen het verlagen van de vergoedingslimieten. De bijbetaling is voor sommigen onvermijdbaar. Dit bezwaar weegt minder zwaar wanneer mensen zich kunnen bijverzekeren tegen het risico van bijbetaling. Sommige verzekeraars bieden deze mogelijkheid. Tegenover de bijbetaling voor enkelen staat dat in veel gevallen een kosteloos alternatief voorhanden is. Het voordeel van een sterke financiële prikkel om het meest doelmatige medicijn te gebruiken, moet worden afgewogen tegen het nadeel dat sommigen behoorlijk moeten bijbetalen en zich zullen moeten bijverzekeren. Als kanttekening bij de bijbetaling kan gesteld worden dat Nederland een

uitzonderingspositie inneemt in Europa als het gaat om bijbetalingen voor medicijnen. Overal in Europa moeten patiënten bijbetalen.

Therapeutisch preferentiebeleid

Een alternatief voor de herberekening van het GVS is het functioneel omschrijven van medicijnen. Er wordt dan aan de zorgverzekeraar overgelaten welke medicijnen precies worden vergoed.

Omdat alle zorg in de zorgverzekeringswet functioneel omschreven is⁷⁹, lijkt het voor de hand te liggen om dit ook met medicijnen te doen.⁸⁰ De bezwaren hiertegen zijn echter zwaarwegend.

Invoering van een functionele omschrijving van farmaceutische zorg impliceert afschaffing van het GVS – de weg van herberekenen van het GVS wordt dan afgesloten. Functioneel omschrijven betekent dat geregistreerde geneesmiddelen die in beginsel onder de te verzekeren prestatie vallen niet langer bij ministeriële regeling worden aangewezen en niet langer ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt. Het voordeel voor de patiënt is dat deze nooit hoeft bij te betalen voor medicijnen die verzekerd zijn, maar het betekent ook dat medicijnen die de verzekeraars niet vergoed voor eigen rekening komen. Afschaffen van de vergoedingslimiet voorkomt dat fabrikanten zich op de limiet richten bij de prijszetting, maar sluit ook niet uit dat ze de prijs verhogen tot maximale prijs die volgens de Wet Geneesmiddelen Prijzen (WGP) is toegestaan.

Bij een functionele omschrijving wordt de stand van de wetenschap en de praktijk leidend voor de vergoeding, wat geconcretiseerd wordt in de professionele behandelrichtlijnen. Dit leidt tot een meer algemene omschrijving van de aanspraak, die de gedetailleerde omschrijving van de aanspraak op farmaceutische zorg via de geneesmiddelen vergoedingenlijst vervangt. Geneesmiddelen worden op deze manier net zo in de wet omschreven als andere vormen van zorg. De aanspraken voor specifieke geneesmiddelengroepen worden niet meer op productniveau omschreven maar op het niveau van een geneesmiddelenklasse of aandoening. De zorgverzekeraar wijst op basis van de functionele omschrijving de geneesmiddelen aan die verzekerd worden. In feite komt dit neer op therapeutisch preferentiebeleid. Het gevolg is dus dat niet langer alle medicijnen voor verzekerden beschikbaar zijn. Voor iedere aandoening bepaalt de zorgverzekeraar welke medicijnen zij geschikt en doelmatig acht. Alleen als de arts op basis van de stand van de wetenschap en de praktijk een medische noodzaak ziet om een verzekerde een middel voor te schrijven dat niet in verzekeringspolis is opgenomen, kan op basis van een hardheidsclausule toch vergoeding worden verkregen.

⁷⁹ In de zorgverzekeringswet staan de verzekerde prestaties functioneel omschreven: het 'wat' is omschreven, maar niet het 'wie' en 'waar', dat wordt aan de zorgverzekeraar overgelaten.

⁸⁰ Een voorstel om de weg in te slaan richting functionele omschrijving van de aanspraak op medicijnen is medio 2009 naar de Tweede Kamer gestuurd. Voorgesteld werd om alvorens de systematiek voor alle geneesmiddelen in te voeren, de systematiek eerst toe te passen op cholesterolverlagers en maagzuurremmers. Na het debat is deze weg weer verlaten. Zie voorhangprocedure voor het wijzigen van het Besluit Zorgverzekering artikel 2.8, brief aan de kamer d.d. 11 juni 2009 en het kamerdebat daar over op 16 juli, Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 29 477, nr. 101.

Verschillen tussen verzekeringspolissen

Omdat bij een functionele omschrijving de verzekeraar bepaalt welke medicijnen binnen de polis verzekerd zijn, ontstaan verschillen in aanspraak tussen polissen van eenzelfde verzekeraar maar zeker tussen polissen van verschillende verzekeraars. Het gaat weliswaar om onderling vervangbare middelen, maar het betreft wel verschillende middelen. Nu moeten verzekeraars tenminste één middel vergoeden van alle werkzame stoffen die op de geneesmiddelenlijst vermeld staan. Daarmee zijn op dit moment de aanspraken bij elke verzekeraar in principe gelijk.

Het is zeer de vraag of zorgverzekeraars bereid zullen zijn om zelf te kiezen uit mogelijke therapieën en die dwingend voor te schrijven aan hun verzekerden. Ze zullen de indruk willen vermijden dat ze op de stoel van de arts gaan zitten. Maar aannemende dat zij toch bereid zijn die keuzen te maken, dan is het van groot belang dat de verzekerde vooraf weet welke medicijnen wel en welke niet vergoed worden. De polisvoorwaarden zullen transparant moeten zijn. Chronisch zieken kunnen dan op grond van de vergoeding een verzekeraar kiezen. Wanneer ze dan een verzekeraar hebben gekozen die qua geneesmiddelen pakket het beste bij hen past, dan zijn zij bij chronisch gebruik van deze geneesmiddelen wel voor langere tijd aan de betreffende verzekeraar gebonden. Immers een andere verzekeraar kent weer een andere selectie van gelijkwaardige middelen waardoor wisseling van verzekeraar automatisch leidt tot (ongewenste) wisseling van medicijnen. Patiënten die lopende het jaar een aandoening krijgen die met medicijnen behandeld moeten worden, hebben die keuze echter niet. Zij zitten al bij een bepaalde verzekeraar. Dit punt speelt niet alleen bij medicijnen, maar ook bij hulpmiddelen – die in fasen steeds meer functioneel omschreven worden in de wet. Wanneer een verzekerde recht heeft op vervanging of modernisering van het oude hulpmiddel kunnen bijvoorbeeld per verzekeraar verschillen.

De keuze van de verzekeraar kan voor de verzekerde ongunstig kunnen uitpakken. Als twee therapieën volgens de verzekeraar gelijkwaardig zijn, en hij alleen de goedkoopste vergoedt, kan dit nadelig uitpakken voor patiënten die toch meer baat hebben bij de andere therapie.

Aantasting professionele autonomie

Uit de hoek van voorschrijvers klinken bezwaren tegen functioneel omschrijven van geneesmiddelen. Wanneer niet langer wordt uitgegaan van de werkzame stof bij het voorschrijven, wordt de medische autonomie ingeperkt. De arts kan immers niet meer voorschrijven op stofnaam, maar zal met inachtneming van de polisvoorwaarden een medicijn voor moeten schrijven. In het verlengde hiervan bestaat het risico dat de medicus vaker dan nodig het argument van medische noodzaak inroept om zijn patiënt meer keuze te geven. Dit kan leiden tot extra kosten.

Een belangrijke rol is bij functionele omschrijving weggelegd voor het College voor Zorgverzekeringen. Die zal helderheid moet scheppen wanneer onduidelijkheid bestaat bij nieuwe geneesmiddelen die net op de markt zijn. De rol van de CVZ verandert dus, omdat geen toestemming vooraf meer nodig is om medicijnen te kunnen vergoeden. Dat bepalen de verzekeraars zelf. De CVZ

toets achteraf en bepaalt niet langer vooraf of een medicijn tot de aanspraken hoort. De praktijk kan dus veel sneller meedemen met de stand van de wetenschap.

Derde weg

Gezien de grote nadelen van therapeutisch preferentiebeleid is het niet verstandig om de weg op te slaan van de functionele omschrijving. Doelmatigheid in het medicijngebruik zal via een doelmatig voorschrijfbeleid in combinatie met preferentiebeleid moeten worden bereikt. Om dit te bereiken is het wenselijk dat richtlijnen een veel meer sturende invloed hebben op het voorschrijfbeleid dan nu het geval is. Omdat de richtlijnen door medici worden opgesteld, ligt geen aantasting van de medische autonomie op de loer, zoals dat wel bij een functionele omschrijving het geval zou kunnen zijn als de verzekeraar een actieve rol op zich nemen.⁸¹ Richtlijnen bieden medici veel invloed. Maar daardoor ontstaat tegelijk wel een ander risico. Gegeven de vrees voor de aantasting van de medische autonomie is het in het belang van medici om zoveel mogelijk middelen in de richtlijn op te nemen om daarmee maximale voorschrijfvrijheid te verkrijgen. Bovendien probeert de farmaceutische industrie ook voor haar eigen medicijnen een goede plek in de richtlijn te krijgen. Oplettendheid is dus geboden. Om de huidige richtlijnen te verbeteren is een Regieraad Kwaliteit van Zorg ingesteld. Zij richt zich vooral op die richtlijnen waar de doelmatigheid nog niet goed in verwerkt is. Cruciaal is immers dat de richtlijnen de kosteneffectiviteit adequaat meenemen. Het is wenselijk dat zij de patiëntenverenigingen consulteren bij het opstellen van richtlijnen. Patiënten die medisch gezien baat hebben bij een niet geselecteerd middel, krijgen deze gewoon vergoed wanneer de arts aangeeft dat dit medisch noodzakelijk is.⁸²

5.4 Wet Geneesmiddelen Prijzen vormt plafond

Naast de vergoedinglimieten in het GVS bestaan er ook maximumprijzen voor medicijnen op grond van de Wet Geneesmiddelen Prijzen. Dat is de prijs die aan fabrikanten wordt opgelegd, waarvoor een product in de handel mag worden gebracht. Periodiek worden de maximumprijzen herberekend op grond van het gemiddelde van de prijzen in België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. De vergoedinglimieten uit het GVS liggen gelijk of lager aan de maximumprijzen. Wanneer het GVS wordt afgeschaft zorgt de maximumprijs dus voor een plafond.

⁸¹ Bij een functionele omschrijving van de geneesmiddelen vormt de stand van wetenschap en praktijk in combinatie met de medische noodzaak als uitzondering op de verzekerde zorg de basis voor de wettelijke aanspraak en vormen de behandelrichtlijnen het kader voor de verzekeraars om hun beleid nader vorm te geven.

⁸² Dit punt onderstreept het belang van de onafhankelijkheid van de arts. Het illustreert tegelijk het risico van (verticale) integratie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zoals bijvoorbeeld al gebeurt bij investeringen van zorgaanbieders in huisartsenposten.

Prijseximering

De WGP is een belangrijk instrument om de prijzen van medicijnen te reguleren. Zo levert het voorstel van het kabinet in 2010 om ook de injectiepreparaten⁸³ in het WGP onder te brengen structureel 80 miljoen euro op.⁸⁴ Door de WGP wordt voorkomen dat de prijzen excessief hoog zijn. De overheid zou dit instrument sterker kunnen benutten wanneer fabrikanten nieuwe geneesmiddelen op de markt willen brengen. Andere landen onderhandelen met de fabrikant over de prijs bij marktintroductie. Nederland moet hier een voorbeeld aan nemen.

Sterk moet ook overwogen worden een ander cluster van landen te nemen om onze maximumprijzen te bepalen. Nu wordt het gemiddelde genomen van de prijzen in België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Die landen zijn qua ziekten en aandoeningen goed met Nederland te vergelijken. Dat bepaalde destijds in 1983 de keuze. Andere landen waren minder goed met Nederland vergelijkbaar qua welvaartsniveau en zorgstelsel. Om praktische redenen (grote inspanning die het zou kosten) is destijds niet gekozen voor een vergelijking met alle Europese landen.⁸⁵ Het is wenselijk de keuze van de referentielanden, een kwart eeuw later, nogmaals te bezien. De interne markt is inmiddels veel verder gevorderd. Wanneer EU-landen met lagere medicijnprijzen genomen zouden worden, zou het WGP een veel sterker prijsdrukkend effect hebben.⁸⁶

⁸³ Injectables zijn middelen die met een injectienaald worden toegediend, als injectie of infuus.

⁸⁴ In combinatie met herberekening van het WGP.

⁸⁵ Wet geneesmiddelenprijzen, MvT, Tweede Kamer, vergaderjaar 1994–1995, 24 266, nr. 3, p. 14-15.

⁸⁶ Bij de keuze van de landen zal rekening gehouden moeten worden met het Europese recht. Van belang is daarbij de mogelijkheid van tussenstatelijke handel. Destijds is niet gekozen voor vaststelling van maximumprijzen op het laagste in de EU voorkomende prijsniveau, "maar op een zodanig niveau dat moet worden aangenomen dat er – in overeenstemming met richtlijn nr. 70/50/EEG – voldoende ruimte blijft bestaan voor doorberekening van de met import samenhangende extra kosten.", p. 17.

6 Institutionele vormgeving

6.1 Organisatie van de zorg

Het aanbod van zorg vernieuwt continu. We zien nu de opkomst van diagnostische centra, zelfstandige behandelcentra, topklinische instituten, zorghotels, anderhalvelijnszorg en huisartsencentra en hospicia door veranderingen in medische techniek en bekostiging. Voor het leveren van goede zorg is het van belang dat de organisatievorm aansluit bij kwantiteit en complexiteit van de zorg, het volume van de vraag en de moeilijkheidsgraad.⁸⁷ De overheid moet daarom zorgen voor een ordening van de zorg die vatbaar maakt voor stimulansen voor vernieuwing. Deze constatering is van belang voor twee lopende discussies, namelijk de vraag of artsen in loondienst moeten en of winst in de zorg toegestaan moet worden. Een belangrijke onderliggende vraag hierbij is welke prikkel van deze wijzigingen uitgaat op het aanbod van zorg.

6.2 Specialisten verplicht in loondienst?

Een vierde deel van de medisch specialisten – waaronder alle specialisten in academische ziekenhuizen - zijn in loondienst van het ziekenhuis.⁸⁸ Het overgrote deel is dus vrij gevestigd en lid van een maatschap. Regelmatig klinkt de roep om medisch specialisten te verplichten tot loondienst bij het ziekenhuis. Vrij gevestigde specialisten krijgen per verrichting betaald. Dit gebeurt via DBC's. Het nadeel van DBC's in combinatie met prestatiebeloning is dat specialisten een prikkel hebben om meer zorg te leveren dan strikt noodzakelijk omdat ze belang hebben bij een zo hoog mogelijke productie. Budgetoverschrijdingen zijn het gevolg. Door medisch specialisten te verplichten tot loondienst zou dit worden ondervangen.

Ook wordt wel gesteld dat de Raad van Bestuur bij specialisten in loondienst beter kan ingrijpen als er zaken fout gaan. De hiërarchische verhoudingen zijn dan helderder.

De voordelen van medisch specialisten in loondienst zijn dat:

- in combinatie met een vast budget voor de ziekenhuizen een veel betere kostenbeheersing mogelijk is;
- de inkomens van medisch specialisten transparant worden;
- de hiërarchische verhoudingen helderder zijn: medisch specialisten kunnen veel beter individueel door het ziekenhuisbestuur worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid.

De nadelen zijn dat:

- de prikkel voor specialisten om harder te werken, afneemt;

⁸⁷ Zie ook Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Vernieuwen met ambitie. Welvaartsgroei door maatschappelijke innovatie*, Den Haag, 2005.

⁸⁸ Mazars Accountants, *Onderzoek omzetontwikkeling medisch specialisten 2007/2008*, Rotterdam 9 juni 2009.

- de prikkel om zodanig te innoveren dat de kosten dalen en de netto-opbrengsten toenemen, vermindert;
- de prikkel om te komen tot een andere (bijvoorbeeld kleinschaligere) organisatie van de zorg, wegvalt, omdat men één op één verbonden is aan het ziekenhuis.

De opsomming van voor en nadelen laat zien dat de organisatorische vorm grote invloed heeft op de prikkels voor medisch-specialisten. De transparantie en invloed van de RvB nemen toe, maar de prikkels om te presteren nemen af. Het is daarbij overigens zeer de vraag of de genoemde voordelen van budgetbeheersing bij medisch specialisten in loondienst zullen opgaan, omdat daar variabele beloningscomponenten ook steeds meer opgeld doen. Bovendien zullen zich bij verplichte overgang naar loondienst ingewikkelde overgangsproblemen voordoen.⁸⁹ Zoals gezegd dient het vraagstuk van specialisten in loondienst te worden gezien in het bredere verband van de organisatie van de ziekenhuiszorg en met name de vraag waar de prikkel tot innovatie en productiviteitsverhoging vandaan moet komen.

6.3 Winst in de zorg?

Winst in de zorg?

De discussie over winst in de zorg ligt gevoelig. Het is daarom van belang de discussie zuiver te voeren. Bij winst in de zorg gaat het om de vraag of het is toegestaan dat zorgaanbieders winst *uitkeren*? Winst maken als zodanig staat niet ter discussie. Het maken van winst – in ieder geval het voorkomen van structurele verliezen - is een noodzakelijke voorwaarde voor een organisatie om op de lange termijn te overleven. De *bestemming* van de winst, is een keuze. De winst kan worden uitgekeerd aan aandeelhouders, maar kan ook opnieuw geïnvesteerd worden in de zorg - wat de gedachte is achter de maatschappelijke onderneming.

Cowboys in de zorg?

Van wie is het ziekenhuis? Deze vraag ligt onder veel discussies over winst in de zorg. De vraag kan ook anders worden gesteld. Wie is de baas? Als duidelijk is van wie het ziekenhuis is, weten we ook wie verantwoordelijkheid draagt voor het reilen en zeilen van het ziekenhuis en wie aansprakelijk is als het onverhoopt toch een mis zou gaan. Er zijn veel kandidaten die allemaal graag wat te zeggen hebben over de zorginstelling: de Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht, het personeel, vrij gevestigde medisch specialisten, de overheid, zorgverzekeraars, de patiënten en de kapitaalverschaffers. Deze lange rij correspondeert met de vele vragen die er leven over governance in de zorg.

Om aan deze onduidelijke situatie een eind te maken, wordt door sommigen voorgesteld om kapitaalverschaffers eigenaar te laten zijn van het ziekenhuis. Dan is duidelijk wie de baas is: dat zijn de aandeelhouders. Zij lopen over het ingebrachte kapitaal risico en hebben recht op een vergoeding.

⁸⁹ Zoals rondom de pensioenvoorziening.

Vanwege het risico dat ze lopen, eisen ze ook zeggenschap over de bedrijfsvoering. Ziekenhuizen worden dan net als andere bedrijven gewone ondernemingen.

Het thema winst in de zorg is een gevoelig onderwerp. Immers, aandeelhouders verwachten rendement en dus wordt het maken van winst een belangrijke drijfveer van het handelen. Dit kan op gespannen voet staan met het specifieke karakter van het zorgproces. Dat kenmerkt zich door menslievendheid, zorg voor de naaste, dienstbetoon etc.. Uiteraard geeft goede zorg zich rekenschap van de doeltreffendheid van het handelen. Daarom hoeft in de praktijk niet altijd sprake te zijn van een tegenstelling. Het primaire zorgproces dient altijd centraal te staan, ook wanneer een zorgaanbieder werkt met risicodragend vermogen. Dat vraagt om goed bestuur dat verankerd is in de onderneming. Dit vormt ook het uitgangspunt van het wetsvoorstel maatschappelijke onderneming.⁹⁰⁹¹

Een tegenwerping tegen de vrees voor aandeelhouders is dat er al heel lang winst in de zorg wordt uitgekeerd. Hulpmiddelen en medicijnen worden door beursgenoteerde bedrijven geproduceerd en veel werk in ziekenhuizen wordt uitbesteed aan commerciële bedrijven. Ook werkt een deel van de vrij gevestigde medisch specialisten al voor een eigen bv. Het winstmotief krijgt dus al veel ruimte in de zorg.

De maatschappelijk onderneming

Om zowel recht te doen aan het specifieke karakter van de zorg als aan het dynamische speelveld waarin zorgaanbieders zich bevinden heeft het Wetenschappelijk Instituut eerder gepleit voor de

⁹⁰ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 32003, *Wijziging van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek houdende regels voor de vereniging of stichting tot instandhouding van een maatschappelijke onderneming.*

⁹¹ De paus spreekt in de encycliek *Caritas in veritate* (2009) impliciet over de maatschappelijke onderneming en over het maken van winst (punt 46). Hij zegt daar het volgende: "Als men de thematiek beschouwt, die zich bezig houdt met de *relatie tussen onderneming en ethiek*, evenals de ontwikkeling die het productiesysteem doormaakt, dan lijkt het alsof het tot nu algemeen verbreide onderscheid tussen bedrijven met winst oogmerk (*profit*) en organisaties zonder winst oogmerk (*non profit*) niet langer in staat is rekenschap te geven van de daadwerkelijke situatie of effectief vorm te geven aan toekomstige ontwikkelingen. In de laatste decennia is een breed gebied ontstaan dat tussen beide soorten onderneming in ligt. Het bestaat uit traditionele ondernemingen, die echter toch overeenkomsten voor hulp aan onderontwikkelde landen hebben ondertekend, uit caritatieve instellingen die gepromoot worden door individuele bedrijven, uit groepen van ondernemingen die gericht zijn op doelen met sociaal nut, uit de bonte wereld van de vertegenwoordigers van de zogenaamde openbare economie en de gemeenschapseconomie. Het gaat niet alleen om een "derde sector", maar om een nieuwe, omvangrijke, samengestelde werkelijkheid, die de particuliere en de openbare sector omvat en winst niet uitsluit, doch die beschouwt als middel voor de verwezenlijking van menselijke en sociale doelen. De vraag of deze ondernemingen de winsten al dan niet verdelen, of dat ze een of andere structuur hebben, die is voorzien door bestaande juridische regels, is van secundair belang, gegeven hun bereidheid de winst te zien als middel om te komen tot een vermenselijking van de markt en de samenleving. Het is te wensen dat deze nieuwe bedrijfsvormen in alle landen ook een bijpassende juridische en fiscale structuur zullen vinden. Zonder de traditionele bedrijfsvormen iets van hun economische betekenis en nut te ontnemen, zorgen de nieuwe vormen ervoor dat het systeem zich ontwikkelt tot een meer heldere en volkomen aanvaarding van de verplichtingen van de kant van de vertegenwoordigers van het bedrijfsleven. En niet alleen dat. Juist de veelsoortigheid van de institutionele bedrijfsvormen zou een menselijkere en tegelijkertijd concurrerende markt moeten doen ontstaan."

maatschappelijke onderneming in de zorg.⁹² De maatschappelijke onderneming houdt het midden tussen een commerciële onderneming en een stichting. Zorgaanbieders als maatschappelijke ondernemingen opereren wel in een marktomgeving, maar streven niet naar zoveel mogelijk winst. De zeggenschap over het ziekenhuis komt niet louter in handen van één specifieke groep. De wetgever legt vast wie er welke zeggenschap over de organisatie heeft. Dat zijn uiteraard de raad van bestuur en raad van toezicht, maar daarnaast is er een raad van belanghebbenden waarin ook zorgvragers zitting hebben.⁹³ Zij kunnen zich uitspreken over de koers van de organisatie. De veronderstelling is dus dat de maatschappelijke onderneming is ingebed in de maatschappelijke omgeving, en dat op die manier de organisatie scherp blijft op haar maatschappelijke missie.⁹⁴

Aantrekken van vreemd kapitaal

Een nadeel voor verenigingen en stichtingen is dat ze moeilijker aan externe financiering kunnen komen. Dat geldt ook steeds meer voor ziekenhuizen. Doordat ziekenhuizen kapitaalintensiever worden en steeds meer risico lopen – omdat hun budgetten steeds minder worden gegarandeerd – willen externe financiers meer garanties dan leningen, voor bijvoorbeeld huisvesting of kapitaalgoederen, ook worden terugbetaald. Het ontbreken van een risicodragende partij is een belemmering bij het aantrekken van risicodragend kapitaal. Banken willen een partij die het risico draagt wanneer het misgaat, zodat niet alleen opdraaien voor verliezen. De opstelling van de overheid is in dit verband belangrijk voor de risico-inschatting door kapitaalverschaffers. Het maakt voor hen nogal wat uit of de overheid in de bres springt als het mis gaat bij een ziekenhuis, of als ze bereid is om ziekenhuizen failliet te laten. Het idee dat de overheid als achtervang optreedt, draagt er op dit moment aan bij dat ziekenhuizen de financiering voor investeringen ook zonder aandeelhouders rond kunnen krijgen.

Als alternatief voor aandeelhouders kan het de maatschappelijke onderneming toegestaan worden om het eigen vermogen te versterken met achtergestelde leningen die een gemaximeerd rendement bieden

⁹² Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Investeren in de samenleving. Een verkenning naar de missie en positie van de maatschappelijke onderneming*, Den Haag, 2005. Zie ook G. Dolsma en E.J. van Asselt, 'Marktwerking en de maatschappelijke onderneming', *Lessen in marktwerking*, Christen Democratische Verkenningen, Herfst 2007, p. 100-110.

⁹³ "En bij de maatschappelijke onderneming zullen de betrokkenen er zeker van zijn dat de belangrijkste ondernemingsbeslissingen zijn onderworpen aan goedkeuring van een raad van toezicht, dat er overleg over de koers van de onderneming wordt gevoerd met en verantwoording wordt afgelegd aan een belanghebbendenvertegenwoordiging en in bepaalde gevallen de mogelijkheid van winstuitkering bestaat. Die structuur geeft de vereniging of stichting MO onderscheidend vermogen." Zie *Nader rapport inzake het voorstel van wet tot wijziging van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek houdende regels voor de vereniging of stichting tot instandhouding van een maatschappelijke onderneming*, Ministerie van Justitie, 29 juni 2009.

⁹⁴ In het Wetsvoorstel Maatschappelijke Onderneming wordt gesproken van maatschappelijke belang, in onderscheid van particulier belang. Niet de belangen van de oprichters, de leden of de bestuurders staan centraal, maar het leven van goederen en diensten die voor de maatschappij van belang zijn. De doelstelling van de maatschappelijke onderneming is bovendien in de statuten vastgelegd en kan niet worden gewijzigd

of winstbewijzen uit te geven.⁹⁵ De laatste participanten krijgen in ruil daarvoor wel zeggenschap over de bedrijfsvoering van de maatschappelijke onderneming⁹⁶, maar worden geen eigenaar.⁹⁷

Belang van private investeerders

Behalve als verschaffer van kapitaal hebben private investeerders in de gezondheidszorg ook een aantal andere nuttige functies. Ze brengen kennis mee en stimuleren innovatie door kostenbesparende investeringen. Want nieuwe initiatieven kunnen met geld van buiten de sector worden gefinancierd en risicovolle innovaties zijn mogelijk zonder dat subsidie nodig zijn. Bovendien zorgen private investeerders ervoor dat er inzicht ontstaat over hoe instellingen functioneren. Private investeerders houden bovendien het management scherp. Tot slot zorgen ze ervoor dat instellingen die failliet dreigen te gaan kunnen worden overgenomen.

Conclusie

In de zorg moet het maatschappelijk belang voorop staan. De voorkeur gaat daarom uit naar maatschappelijke ondernemingen waar het zorgproces centraal staat. Dit sluit goed aan bij het karakter van de gezondheidszorg. De wijze waarop de maatschappelijke onderneming juridisch vorm krijgt staat nog open voor debat.⁹⁸ Bij ziekenhuizen is aansluiting bij de structuurvennootschap⁹⁹ mogelijk een goede vorm, omdat dat daarin gewaarborgd is dat “aandeelhouders” niet de doorslag geven bij strategische beslissingen die de ruimtelijke, kwalitatieve of financiële toegankelijkheid van de zorg raken, zoals beslissingen over grote investeringen, fusies, strategische allianties en welke specialismen worden aangeboden en het wel mogelijk maken om privaat kapitaal aan te trekken.¹⁰⁰

⁹⁵ In de statuten van een vereniging tot instandhouding van een maatschappelijke onderneming kan worden bepaald dat de vereniging bevoegd is winst uit te keren aan houders van daartoe door die vereniging uitgegeven winstbewijzen, voor zover dit niet bij wet is verboden. In dat geval heeft de onderneming ook een algemene vergadering van winstbewijshouders. Zie wetsvoorstel Maatschappelijke onderneming, artikel 1D en H.

⁹⁶ In het nader rapport bij het wetsvoorstel ‘Maatschappelijk ondernemen’ wordt hierover gezegd (p. 7): “De mogelijkheid dat beleggers en investeerders variabel rendement op ingebracht kapitaal krijgen, doet geen afbreuk aan de gedachte achter de vereniging of stichting MO. Dat zou wel het geval zijn als zij ook de koers van de onderneming zouden kunnen bepalen om daar zelf voordeel van te behalen. Juist dankzij deze beleggers en investeerders krijgt de vereniging of stichting MO méér geld ter beschikking en het rendement daarop wordt voor een deel afgestaan aan de investeerder, in ruil voor een bescheiden zeggenschap. Door dit te reguleren, blijft het maatschappelijk doel centraal staan.”

⁹⁷ De statuten van de maatschappelijke onderneming kunnen bepalen dat de algemene vergadering van winstbewijshouders en de belanghebbendenvertegenwoordiging het recht hebben een bindende voordracht te doen voor één of meer commissarissen, mits deze commissarissen tezamen niet de meerderheid van de raad van toezicht uitmaken.

⁹⁸ De juridische vorm wordt uitgewerkt in het Wetsvoorstel resultaatsafhankelijke vergoeding in de zorg, dat is voorzien medio 2010. Daarin zal ook worden aangegeven onder welke voorwaarden een kapitaalvennootschap in de zorg als een maatschappelijke onderneming kan worden beschouwd. Zie ook de brief van het ministerie van VWS van 1 oktober 2009 naar aanleiding van Algemeen Overleg governance in de zorg.

⁹⁹ Een structuurvennootschap kent verplicht een raad van commissarissen waaraan bevoegdheden zijn toegekend die bij een klassieke vennootschap aan de algemene vergadering van aandeelhouders toekomen.

¹⁰⁰ Dit is ook de lijn die het kabinet kiest in de brief van 9 juli 2009, ‘Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning’, Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 32012, nr. 1, met name p. 34-35.

6.4 Fusies

Horizontale integratie

De weerstand tegen fusies of horizontale integratie in de zorg is de afgelopen jaren gegroeid omdat het heeft geleid tot grote conglomeraten en er soms regionale monopolisten zijn ontstaan. Maar ook als er geen monopolies ontstaan kan een fusie onwenselijk zijn.

Bij fusies in de zorg moet namelijk ook gekeken worden naar de gevolgen voor andere markten. Als bijvoorbeeld twee zorgverzekeraars fuseren, heeft dit niet alleen gevolgen voor hun marktpositie op de verzekeringsmarkt, maar ook voor hun onderhandelingspositie op de zorginkoopmarkt. Twee verzekeraars die beide actief zijn in dezelfde regio en die fuseren, krijgen daardoor een veel sterkere positie in die regio in de onderhandelingen met de zorgaanbieders. Die hebben vervolgens een prikkel om ook te fuseren om zo hun onderhandelingspositie te verbeteren en het machtsverevenwicht te herstellen.

Een alternatief voor een fusie vormt samenwerking. Door samenwerking poogt men de voordelen van een fusie te realiseren, zonder de nadelen van volledige integratie. Een coöperatie is een voorbeeld van verregaande samenwerking.

Verticale integratie

Behalve fusies tussen zorgaanbieders (horizontale integratie) zijn er ook fusies tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (verticale integratie).¹⁰¹ Nu al zijn er zorgverzekeraars die ook een apotheek hebben of participeren in gezondheidcentra. Ook zijn er verschillende plannen voor fusies tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Een bezwaar tegen verticale integratie is dat de zorgverzekeringmarkt en zorginkoopmarkt op die manier met elkaar verknoopt worden. Dat hoeft geen probleem te zijn zolang noch de verzekeraar, noch de zorgaanbieder een groot marktaandeel heeft. Want als dat wel zo is, dan zal de marktmacht misbruikt kunnen worden om ook op de andere markt een voordeel te halen.

Desintegratie langs functionele lijnen

De meerwaarde van de fusies is op zijn minst onbewezen. Tegenover de schaalvoordelen staan namelijk verlies aan menselijke maat en lange organisatieketen. Dat neemt niet weg dat het opschalen van de zorgverlening in sommige gevallen nuttig is. De paradox is dat de overheid daartoe zou moeten stimuleren dat zorginstellingen defuseren. Niet langs de klassieke instellingslijnen, maar langs functionele lijnen. Bijvoorbeeld vijf ziekenhuizen defuseren de oogheelkundige zorg en brengen deze onder in een onafhankelijke keten. De keten kan dan de locaties huren in de ziekenhuizen. Het voordeel van een dergelijke constructie is dat er zo een grote schaal ontstaat op een niveau waar dat zin heeft, namelijk op het niveau van de specialist en niet de instelling. Een voordeel is ook dat focus ontstaat en een profiel ontwikkeld kan worden, zodat voor een zorgvrager helder is waar hij moet zijn voor een bepaalde aandoening.

¹⁰¹ Mutaties mutandis geldt hetzelfde bij overnames.

Een variant op defusie is outsourcing. Het ziekenhuis besteed dan zorg uit aan een buitenstaander, bijvoorbeeld aan een zelfstandig behandelcentra. Het ziekenhuis kan zich dan concentreren op complexe topzorg. Het behandelcentrum kan juist samenwerking aangaan met andere centra, waardoor weer schaalvoordelen op functioneel niveau kunnen worden gerealiseerd.

6.5 *Zorgverzekeringsmarkt*¹⁰²

Concurrentie tussen verzekeraars

In 2006 is het verzekeringsstelsel drastisch gewijzigd. Het verschil tussen ziekenfonds en particulier verzekerden verdween. Alle verzekeraars, commercieel en non-profit, mogen sindsdien binnen publieke randvoorwaarden een zorgverzekering aanbieden aan alle Nederlanders. Die randvoorwaarden zijn een wettelijk basispakket, acceptatieplicht en een doorsneepremie.

Concentratie

De eerste jaren lag de nadruk op het op orde krijgen van de administratieve proces en het vergroten van marktaandeel. Dit heeft geleid tot veel fusies. Bijna vier jaar na de stelselwijziging zijn er nog vier grote zorgverzekeraars overgebleven: Achmea (met een marktaandeel van 29%), UVIT (26%), CZ (20%) en Menzis (13%).¹⁰³ Samen hebben ze een marktaandeel van 88%. De markt is derhalve geconcentreerd te noemen. Naast deze vier grote zorgverzekeraars zijn er nog twee kleine landelijk werkende verzekeraars.¹⁰⁴ De rest werkt regionaal, zij het dat ze wel landelijk verzekerden aannemen.¹⁰⁵

De verzekeringsmarkt lijkt op het eerste gezicht een nationale markt. Het feit dat de marktaandelen van zorgverzekeraars door de historie sterk regionaal bepaald zijn, doet hier niet aan af. Het beeld wordt echter anders wanneer wordt bedacht dat de zorginkoopmarkt een regionale markt is. De meeste zorg wordt lokaal gecontracteerd. Grote marktaandelen van zorgverzekeraars in een bepaalde regio hebben daardoor grote invloed op de zorginkoopmarkt in die regio. Omgekeerd geldt ook dat verzekeraars afhankelijk kunnen zijn van het regionale aanbod. Dure ziekenhuizen in een regio kunnen de zorgkosten van een regionale zorgverzekeraars sterk kleuren.

Concurrentie op prijs en kwaliteit

Zorgverzekeraars concurreren op prijs en service en in beginnende mate op kwaliteit van zorg. De premies liepen in 2009 uiteen van €77,77 tot €101,12 voor de basisverzekering. Dat is een verschil van

¹⁰² Zie NMa, *De zorgverzekeringsmarkt in cijfers 2009*, 2009.

¹⁰³ Deze vier grote zorgverzekeraars opereren onder verschillende merken.

Achmea: Agis, Avero, FBTO, Groene Land, Interpolis, OZF, Zilveren Kruis.

UVIT: IZA, IZZ, Univé, Trias, UMC, VGZ, Cares.

CZ: Delta Lloyd, Ohra, CZ.

Menzis: Anderzorg, Azivo, Menzis.

¹⁰⁴ ONVZ (2%) en Fortis ASR (1%).

¹⁰⁵ De Friesland Zorgverzekeringen (3%), Zorg en Zekerheid (2%), DSW (2,5%), Salland (0,5%) en PNO (0,1%).

€280,20 op jaar basis.¹⁰⁶ Om lage premies aan te kunnen bieden moeten zorgverzekeraars de zorg scherp inkopen. Afgelopen jaren hebben verzekeraars vooral ingezet op preferentiebeleid om de kosten van geneesmiddelen te beperken. Gevolg is dat het moeilijker wordt voor verzekeraars om zich op dit punt te onderscheiden. De aandacht richt zich nu meer op kwaliteit. Zorgverzekeraars kunnen door kwalitatief goede zorg in te kopen op de langere termijn kosten besparen. Goede zorg leidt tot minder fouten en dus minder complicaties, minder herhaalbehandeling en dus gezondere patiënten. De kwaliteitsverschillen zijn echter vooralsnog beperkt omdat de transparantie aangaande kwaliteit nog in ontwikkeling is.

Een manier om patiënten te stimuleren kwalitatief betere zorg af te nemen is het selectief sluiten van contracten met zorgaanbieders. In de praktijk blijken patiënten zich niet graag te sturen bij hun keuze van zorgaanbieder, ondanks het feit dat 40% van de verzekerden een naturapolis heeft en nog eens 30% een polis heeft die deels in natura is. Een naturapolis is gemiddeld genomen €75 per jaar goedkoper dan een restitutiepolis, waar 30% van de verzekerden voor kiest en die onbeperkte keuzevrijheid aan de verzekerde biedt.¹⁰⁷

Een verzekeraar kan ook marktaandeel verwerven door het sluiten van collectieve verzekeringscontracten. 60% van de verzekerden is verzekerd binnen een collectief contract. Bij zes op tien collectief verzekerden loopt dit via de werkgever. De verzekerden krijgen veelal een collectiviteitskorting.

Aanvullende ziektekostenverzekering

Een indirecte manier om te concurreren is via de aanvullende verzekeringen. 90% van alle verzekerden is aanvullend verzekerd. Voor aanvullende verzekeringen gelden de publieke randvoorwaarden van de overheid niet. Lage premies op de basisverzekering kunnen worden terugverdiend met hogere premies voor aanvullende verzekeringen, en vice versa. Het bij verschillende verzekeraars afsluiten van basis- en aanvullende verzekering komt nauwelijks voor omdat verzekeraars een opslag rekening voor de aanvullende verzekering als de basisverzekering wordt opgezegd. Het alleen afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering zonder basisverzekering is in veel gevallen niet eens mogelijk. Wel kan men bij sommige verzekeraars als men zowel een basis als aanvullende verzekering heeft, alleen de basisverzekering opzeggen. Op de aanvullende verzekeringspremie komt dan veelal een opslag.

Voldoende concurrentie noodzakelijk

Het zorgstelsel werkt alleen wanneer er voldoende concurrentie is tussen zorgverzekeraars. Alleen dan hebben zij een prikkel om te investeren in kostenbesparing en kwaliteitsverbetering. De NMa zal daarom scherp in de gaten moeten houden of er genoeg concurrentie in de zorgverzekeringsmarkt

¹⁰⁶ <http://www.kiesbeter.nl/Zorgverzekeringen/GoedkoopsteBasispakket/Resultaten/>

¹⁰⁷ Ook bij een restitutiepolis kan een zorgverzekeraar contracten sluiten met zorgaanbieders om zo gunstige voorwaarden te bedingen.

blijft. De concentratie is immers redelijk ver voortgeschreden. Een verdere verkleining van het aantal verzekeraars door fusies lijkt echter niet bevorderlijk voor de concurrentie.

Belangrijke vraag is of er voldoende concurrentie tussen verzekeraars is. Dat kan voor een deel worden afgelezen aan de wisselingen tussen verzekeraars. Verzekerden kunnen jaarlijks wisselen van verzekeraar. Een beperkt aantal mensen doet dat. Nadat in 2006 bij de start van het stelsel nog 18% van de verzekerden over stapte, is dat percentage nu gestabiliseerd op circa 3% van de verzekerden.¹⁰⁸ Dat is niet heel hoog, maar bedacht moet worden dat de percentages per verzekeraar veel hoger kunnen liggen en dat ook tussen verschillende merken binnen een verzekeraar gewisseld kan worden.

Wisselen van verzekeraar en het aanvullende pakket

Een ander aandachtspunt voor de overheid vormt de relatie tussen basisverzekering en aanvullende verzekering. Omdat geen acceptatieplicht geldt voor de aanvullende verzekering kan het wisselen van basisverzekering in de praktijk moeilijker zijn voor verzekerden met een hoog risico op zorgkosten, zoals ouderen of chronisch zieken.¹⁰⁹ Als zij bij een nieuwe verzekeraar niet geaccepteerd worden voor de aanvullende verzekering, remt dit de mobiliteit. Dit wordt nog versterkt wanneer het ongunstig is om de aanvullende ziektekostenverzekering bij de oude verzekeraar te houden, bijvoorbeeld omdat een opslag op de premie wordt gelegd. Transparantie over de voorwaarden die verzekeraars in de praktijk hanteren rond de aanvullende verzekeringen is van groot belang. Onderzoek hiernaar is gewenst. Dit punt wordt relevanter naarmate het aanvullende pakket groter zou worden.

6.6 Verevening van risico's

Een specifiek aspect van de zorgverzekeringsmarkt is de risicoverevening. De ene zorgvrager gebruikt veel meer zorg dan de andere. Om te voorkomen dat verzekeraars een prikkel hebben om goedkope verzekerden te lokken en duurdere te weren, worden ze vooraf gecompenseerd voor de hoger dan gemiddeld te verwachten zorgkosten. Verzekeraars ontvangen uit het vereveningsfonds een bijdragen die ze schadeloos stelt voor de kosten die afwijken van het gemiddelde.

Zorgverzekeraars lopen niet over alle zorg risico. De vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden volledig nagecalculeerd (ex post verevend). De variabele kosten van ziekenhuisverpleging worden (in 2010) voor 30% nagecalculeerd.¹¹⁰

Daarnaast is er nog de hogekostencompensatie die inhoudt dat behandelingen die (in 2010) meer dan 22.500 euro kosten, voor 90% worden nagecalculeerd.

¹⁰⁸ L. Vos en J. de Jong, 'Percentage overstappers van zorgverzekering 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar', Nivel, Utrecht, 2009. Het percentage verzekerden dat jaarlijks een offerte aanvraagt ligt op 9%.

¹⁰⁹ Tot op heden lijken zorgverzekeraars zeer terughoudend te zijn met risicoselectie bij de aanvullende verzekering wanneer men tegelijkertijd de basisverzekering afsluit.

¹¹⁰ Brief Minister van VWS aan Tweede Kamer van 5 oktober 2009 betreffende risicoverevening 2010.

Bandbreedteregeling

Buiten dit alles om is er ook nog een bandbreedteregeling. Dit houdt in dat zorgverzekeraars die per verzekerde gemiddeld €22,50 meer of minder dan gemiddeld aan kosten moet vergoeden, voor 90% gecompenseerd c.q. afgeroomd wordt. Een verzekeraar heeft dus een maximale prikkel tot doelmatig inkopen of organiseren van zorg tot een voordeel van 22,50 euro per verzekerde, daarboven wordt het voordeel grotendeels afgeroomd. Er zitten zowel verzekeraars boven als onder de bandbreedte. Voor deze verzekeraars neemt de bandbreedteregeling de prikkel tot doelmatigheid weg. De bandbreedte wil grenzen stellen aan mogelijkheden om via risicoselectie voordeel te boeken, maar lijkt daarmee haar doel voorbij te schieten.¹¹¹

Alleen verevenen op persoonsgebonden kenmerken

Belangrijk is uiteraard op grond van welke criteria de verevening van de risico's tot stand komt. De belangrijkste zijn geslacht, leeftijd en ziektegeschiedenis.¹¹²

Maar vereveningscriteria vormen ook de regio en de GGZ-regio waar de verzekerde woont.¹¹³

Kennelijk is de zorgconsumptie groter wanneer een instelling dichtbij gevestigd is. Het kan zo zijn dat de GGZ-instelling zich destijds in de betreffende regio gevestigd heeft *omdat* er veel geestelijke nood was. Het kan ook zo zijn dat *juist de aanwezigheid* van aanbod de instelling veel vraag uitlokt naar geestelijke hulp.

Hoe de causaliteit ook loopt, de postcode van het huisadres is een vreemd criterium in een vereveningssysteem. Het criterium is namelijk niet gekoppeld aan de verzekerde, maar aan de regio waar de verzekerde woont. Verhuist de verzekerde, dan ontvangt de verzekeraar een ander bedrag uit het vereveningsfonds.¹¹⁴ Ten principale moeten de vereveningsbijdragen objectief zijn en gekoppeld aan de verzekerde, los van waar of hoe deze woont.¹¹⁵

¹¹¹ Zo blijkt uit onderzoek van de NZa dat de Zekurpolis van Univé, waar vooral gezonde verzekerden tussen de 18 en 45 jaar voor kiezen, de verzekeraar geen extra winst oplevert op grond van het risicoprofiel, omdat het vereveningssysteem adequaat corrigeert. Zie brief van 1 oktober 2009 van de minister van VWS betreffende 'Bevindingen NZa monitor Zekur polis en onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem voor portefeuilles met jonge gezonde verzekerden'.

¹¹² Het gaat dan om chronische (psychische) aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden (FKG's) en groepen van aandoeningen die geïdentificeerd zijn op grond van uitgevoerde diagnose-behandelingcombinaties (DKG's).

¹¹³ Regio en GGZ-regio: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de vier cijfers van de postcode van hun woonadres worden ingedeeld in klassen, waarbij op postcodeniveau rekening is gehouden met de verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en gezondheid; respectievelijk GGZ-zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en geestelijke gezondheid. Opgenomen in Besluit zorgverzekering, artikel 1, lid u en v.

¹¹⁴ Bovendien kan het regiocriterium risicoselectie kunnen uitlokken omdat in een postcodegebied met veel mensen met een minder goede gezondheid ook gezonde mensen wonen, bijvoorbeeld jongeren, waarvoor de verzekeraar een hogere vereveningsbijdrage ontvangt dan voor jongeren in een ander gebied.

¹¹⁵ Als argument voor het regiocriterium wordt in de Nota van Toelichting bij het Zorgbesluit aangevoerd dat op deze manier rekening wordt gehouden met exceptionele situaties. Bijvoorbeeld een lokale ramp die leidt tot veel hogere zorgkosten in een postcodegebied. Echter de hogere incidentele zorgkosten die hieruit volgen worden (deels) verevend via de DKG en FKG's.

Met hetzelfde argument is het ook onwenselijk dat verevend wordt op grond van criteria of men alleen woont of met anderen en wat de hoogte van het inkomen is op het woonadres.¹¹⁶ Een ander baan of een nieuwe relatie leidt in het huidige systeem tot een wijziging van de bijdrage uit het vereveningsfonds. Het kan natuurlijk best zo zijn dat er een verband ligt tussen de huwelijkse staat en de gezondheid of tussen het hebben van een baan en gezondheid, maar dat is nog geen reden om deze kosten te verevenen. Immers, mensen kunnen tijdelijk alleen leven, tijdelijk werkloos zijn. Bij het vereveningscriterium aard van het inkomen ligt een meer duurzaam verband. Iemand die arbeidsongeschikt is zal gemiddeld genomen een groter beroep op de zorg doen. Hetzelfde geldt voor iemand die in de langdurig in de bijstand zit. Problematisch is echter dat deze verbanden op postcodeniveau worden gelegd. Verzekeraars houden namelijk niet zelf gegevens bij over de aarde van iemands inkomen. Maar ook al zou op persoonsniveau verevend kunnen worden, dan nog is het verband arbitrair omdat na 65 jaar de aard van het inkomen opeens weer voor iedereen gelijk is. Bovendien wordt voor de hogere ziektekosten ook verevend via andere parameters. En voor zover het chronische ziekten betreft: deze kosten worden bij andere chronisch zieken ook niet verevend om zorgverzekeraars niet te ontmoedigen te investeren in goede zorg voor deze groep. Kortom, verevening op basis van criteria die niet essentieel zijn voor de persoon (zoals leeftijd en geslacht) en niet direct aan de zorgconsumptie gerelateerd kunnen worden, kunnen beter worden afgeschaft. Ze lijken vooral bedoeld te zijn om regionale verschillen in zorgconsumptie te compenseren, waardoor sommige (kleine) verzekeraars bovenmate last van hebben.¹¹⁷ Daar is echter het vereveningssysteem niet voor bedoeld.

¹¹⁶ De criteria: aard van het inkomen, sociaaleconomische status (het aantal personen op een adres, hun leeftijd en het inkomen per adres) en eenpersoonsadres, zijn opgenomen in Besluit zorgverzekering, artikel 1, lid r, s en t.

¹¹⁷ Omdat ziekenfondsen vroeger een regionaal werkingsgebied hadden, kent bijna iedere regio een verzekeraar die een relatief (heel) groot marktaandeel heeft.

7 Zorgvragers/verzekerden

7.1 Zorgtoeslag alleen voor lagere inkomens

De vragers van zorg zijn gelijktijd ook verzekerden. Als verzekerde hebben ze belang bij een zo laag mogelijke premie. Huishoudens voor wie de zorgpremie een te groot beslag legt op het beschikbare inkomen, ontvangen een zorgtoeslag. Inmiddels ontvangt een wel erg groot deel van de huishoudens een zorgtoeslag. In 2010 gaat het naar verwachting om 6,1 miljoen huishoudens, nog een half miljoen meer dan in 2008. Dat zoveel huishoudens een zorgtoeslag ontvangen is ongewenst. Een verklaring voor de sterke groei is dat de zorgpremie sneller stijgt dan de inkomens. Om die reden zou het percentage van het inkomen dat redelijk wordt geacht om aan zorgpremies te besteden jaarlijks moeten worden geïndexeerd. Een andere reden van de volumegroei in de afgelopen jaren is de overheveling van zorg van de AWBZ naar de Zorgverzekering. Ook dit had moeten leiden tot een aanpassing van de parameters van de zorgtoeslag, maar dat is niet gebeurd.

De systematiek van de zorgtoeslag bevat al vanaf de introductie een weeffout. De parameters zijn zodanig vastgesteld dat veel te veel mensen hebben bij de invoering recht gekregen op een zorgtoeslag. Het is nooit de bedoeling geweest tweederde van de huishoudens een zorgtoeslag te geven. Alleen diegenen die de last niet zelf dragen kunnen, moeten ondersteund worden.

7.2 Verhogen kostenbewustzijn zorgvragers

Het is gebruikelijk dat zorgverzekeraars de rekening voor zorg die geleverd is aan een van hun verzekerden rechtstreeks vergoeden aan de zorgverlener. In de meeste gevallen ziet de verzekerde de rekening van de zorgaanbieder dus niet. Het eigen risico leidt tot een uitzondering op deze regel. De eerste 155 euro aan zorgkosten komen voor rekening van de verzekerde. Omdat in veel gevallen de zorgverzekeraar de kosten heeft voorgesloten, brengt deze de eerste 155 euro in rekening bij de verzekerde. Daardoor ziet de verzekerde de rekening. Het zou nog beter zijn wanneer verzekerden alle rekeningen zou zien van de geleverde zorg. Dit stimuleert het kosten bewustzijn en geeft mensen inzicht in de (hoge) kosten die gemoeid zijn met de gezondheidszorg. Zorgverzekeraars zouden daarom wettelijk verplicht moeten worden om aan het eind van het jaar hun verzekerden een overzicht van de vergoede zorgkosten toe te sturen, ter informatie. Sommige verzekeraars sturen (op verzoek) nu al zo'n declaratieoverzicht toe, of bieden toegang tot het overzicht via internet.¹¹⁸ Niet uitgesloten moet worden dat eventueel verkeerd gedeclareerde kosten zo sneller op tafel komen. Verzekeraars kunnen op die manier de daadwerkelijke ontvanger van de zorg inschakelen bij de administratieve controle van de gedeclareerde zorg.

¹¹⁸ De verplichting voor verzekeraars zou Europees rechtelijk op bezwaren kunnen stuiten omdat ze ingrijpt in de vrije markt. Hoewel een verplichte toezending kosten met zich meebrengt, zijn deze te rechtvaardigen vanwege het algemene belang dat er mee gediend is. Ook moet de maatregel proportioneel zijn, hetgeen bij een jaarlijkse of halfjaarlijkse toezending het geval is.

7.3 Hogere eigen bijdragen

Nederlandse zorgvragers hoeven in vergelijking met buitenland zorgvragers voor heel weinig heel zorg een eigen bijdrage te betalen. Voor eigen bijdragen pleit dat de zorgvrager een financieel belang krijgt bij keuze van de zorg. Dit heeft vooral zin wanneer de keuze van de patiënt bijdraagt aan doelmatig gebruik van zorg. Dat is waarschijnlijk het geval bij kortdurende geestelijke gezondheidszorg, waar een hogere eigen bijdrage in dat geval wenselijk is.¹¹⁹ Maar ook bij de huisarts en spoedeisende hulp in het ziekenhuis, waarop kort wordt ingegaan.

7.4 Eigen risico voor de huisarts

Het remmen van de vraag naar zorg blijft een aandachtspunt. De huisarts als poortwachter in de zorg is enorm belangrijk omdat deze een oordeel velt over de medische noodzaak van verdere medische behandeling. Daarnaast kan ook het gedrag van zorgvragers worden gestuurd met financiële prikkels, zodat een afweging wordt gemaakt tussen prijs en kwaliteit. Te denken valt aan het bezoeken van de huisartsenpost in het weekend, direct naar de spoedeisende hulp gaan in plaats van via de huisarts. Een eigen risico is een manier om zorgvragers bewust te maken van de kosten van gezondheidszorg en aan te zetten tot bewust gebruik van zorg. De vormgeving is daarbij van belang. In de huidige systematiek geldt het eigen risico¹²⁰ van €165 (in 2010) niet voor de huisarts (en ook niet voor verloskundige zorg en kraamzorg). Het is jammer dat de huisarts buiten het eigen risico is gehouden, omdat juist een eigen risico voor huisartsenzorg effectief is. Een beperkt eigen risico hoeft niet ten koste te gaan van de poortwachtersfunctie van de huisarts. Een eigen risico werkt veel sterker bij de eerstelijnszorg dan bij ziekenhuiszorg, omdat de patiënt er zelf voor kiest.¹²¹ Opname van de huisarts in verplichte eigen risico verdubbelt het gedragseffect.¹²² De toename van de gedragseffecten worden door het CPB geschat op 60 à 90 miljoen euro uitgaande van de huidige hoogte van het eigen risico.¹²³ Een verdere verhoging van het eigen risico moet worden overwogen.

7.5 Hogere eigen bijdrage zelfverwijzers

Besparing is ook mogelijk door het aantal zelfverwijzers naar de Spoed Eisende Hulp (SEH) terug te dringen. Zelfverwijzers komen zonder verwijzing van de huisarts naar het ziekenhuis. Dit mag omdat

¹¹⁹ Sinds 2008 is de kortdurende ggz onderdeel van de ZVW in plaats van de AWBZ. De eerste acht behandeling van een eerstelijns psycholoog zijn verzekerd en er geldt een eigen bijdrage van 10 euro.

¹²⁰ Het eigen risico voor de zorgverzekering is 1 januari 2009 ingevoerd. Daarvoor gold een eigen bijdrage (no-claim).

¹²¹ Lucy Kok en Aenneli Houkes, 'Inkomensafhankelijk eigen risico remt zorgkosten', *Economische Statistische Berichten*, 6 maart 2009, p. 138-140.

¹²² CPB, *Gedragseffecten van eigen betaling in de ZVW*, CPB Notitie 25 april 2008.

¹²³ Een verdere versterking van de prikkel van het eigen risico is mogelijk door het eigen risico procentueel te maken, dat wil zeggen dat bij ieder consult een beperkt deel van de kosten voor eigen risico komt. De prikkel kan van het eigen risico langere tijd zijn werk doen. Er zal gekozen moeten worden voor een zo optimaal mogelijke vormgeving.

voor acute zorg geen verwijzing van de huisarts is vereist.¹²⁴ Zestig procent van de bezoekers van een van de honderd SEH's is zelfverwijzer. Tachtig procent daarvan kan door de huisarts worden geholpen. De kostprijs van een behandeling bij de SEH ligt aanmerkelijk hoger dan bij de huisarts(enpost).¹²⁵ Het is daarom wenselijk het aantal zelfverwijzers terug te dringen. Het hanteren van een eigen bijdrage bij het bezoek aan een SEH zonder verwijzing van de huisarts ligt voor de hand.

7.6 Herijking hulpmiddelen

Met oog op de lange termijn houdbaarheid van de zorguitgaven zal ook kritisch gekeken moeten worden naar de vergoeding van sommige hulpmiddelen, waarbij de trechter van Dunning leidend kan zijn. Die houdt in dat alle zorg die noodzakelijk, werkzaam en doelmatig (kosteneffectief) is en zó duur dat de zorgvrager ze niet uit eigen zak kan betalen, vergoed wordt. De collectieve uitgaven aan hulpmiddelen in 2010 bedragen naar verwachting 1,4 miljard euro per jaar.¹²⁶ Toepassing van de trechter van Dunning betekent dat ook hier het profijtbeginsel sterker zal worden toegepast. Nader bekeken zal moeten worden of bijvoorbeeld licht incontinentiemateriaal, (reparaties aan) gebitsprothesen, mobiliteitshulpmiddelen (zoals een rollator) en hoortoestellen voor volwassenen – samen goed voor 20% van de uitgaven aan hulpmiddelen - wel (volledig) vergoed moeten worden. Al deze hulpmiddelen zijn breed beschikbaar en nader bekeken zal moeten worden of ze voor eigen rekening kunnen komen. Een bijkomend voordeel is toepassing van het profijtbeginsel innovatie kan stimuleren en de kostprijs kan drukken.

7.7 Slotbeschouwing

Het komende decennium zullen als gevolg van de vergrijzing de kosten voor de zorg verder toenemen. Tevens zal er een tekort aan zorgpersoneel gaan ontstaan, die de toegankelijkheid van de zorg onder druk kan zetten. De komende jaren zijn dus maatregelen om de efficiency en de arbeidsproductiviteit in de zorg te vergroten essentieel. In de cure zijn de afgelopen jaren belangrijke stappen gezet, doch zijn zoals hiervoor aangegeven verdere stappen noodzakelijk. In de care staan de hervormingen nog in de kinderschoenen. Gezien de vergrijzing zijn ook hier stappen onafwendbaar. Kortdurende AWBZ zorg kan naar de ZVW gaan, het scheiden van wonen en zorg is belangrijk ook om ouderen zelf keuzen te maken en de AWBZ moet beperkt blijven tot medisch geïndiceerde zorg.

¹²⁴ Artikel 14 van de Zorgverzekeringswet luidt: "De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts." Acute zorg is zorg waarvan behandeling of beoordeling niet langer dan enkele uren tot een dag uitstelbaar is om overlijden of irreversibele gezondheidsschade te voorkomen. In de praktijk wordt er ook dringende zorg onder verstaan. Zie NZa, *Met spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg*, Utrecht, 2008.

¹²⁵ NZa, *Uitvoeringstoets Met Spoed. Advies over verbetering van de regulering van de acute zorg*, Utrecht, 2008.

¹²⁶ Ministerie van Volksgezondheid, *Begroting 2010*, Den Haag, 2009.

Bijlage: Collectieve zorguitgaven per sector en jaarlijkse groei

Premiegefinancierde zorguitgaven naar sectoren (bedragen x € 1 000 000)	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2009	2008	2007	2006	2005	'05-'10
Artikel												
41 Volksgezondheid	108,0	107,0	107,8	109,8	79,2	197,5	1%	-1%	-2%	39%	-60%	-11,4%
Preventieve zorg (uitvoeren Rijksvaccinatieprogramma)	108,0	107,0	102,5	104,8	70,4	188,7	1%	4%	-2%	49%	-63%	-10,6%
Ouder- en kindzorg			5,3	5,0	8,8	8,8			6%	-43%	0%	-100,0%
Volksgesondheid onverdeeld			-	-								
42 Gezondheidszorg	29.819,0	28.686,0	27.417,5	26.444,2	25.542,7	24.805,4	4%	5%	4%	4%	3%	3,8%
Huisartsen en gezondheidscentra	2.033,0	2.170,0	2.121,4	2.082,4	2.003,1	1.624,8	-6%	2%	2%	4%	23%	4,6%
Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg	787,0	757,0	766,0	626,2	517,5	406,4	4%	-1%	22%	21%	27%	14,1%
Paramedische hulp	604,0	524,0	559,7	492,5	433,9	393,6	15%	-6%	14%	14%	10%	8,9%
Verloskunde en kraamzorg	437,0	424,0	411,5	359,3	366,4	375,9	3%	3%	15%	-2%	-3%	3,1%
Dieetadvisering	36,0	42,0	38,1	39,8	30,5	25,6	-14%	10%	-4%	30%	19%	7,1%
Extramurale zorg onverdeeld	35,0	37,0	-	-								
Algemene en categorale ziekenhuizen	11.083,0	10.600,0	10.507,6	10.086,4	9.893,5	9.541,3	5%	1%	4%	2%	4%	3,0%
Academische ziekenhuizen	2.849,0	3.286,0	2.637,9	3.139,1	3.180,9	2.988,8	5%	25%	4%	-1%	6%	-1,0%
Academische component	606,0		631,8									
Medisch specialisten	2.019,0	1.888,0	1.921,3	2.015,8	1.849,2	1.782,4	7%	-2%	-5%	9%	4%	2,5%
Overig curatieve zorg	571,0	532,0	525,6	464,5	402,6	392,9	7%	1%	13%	15%	2%	7,8%
Ziekenhuizen en medisch specialisten en overige curatief onverdeeld	581,0	492,0	-	-	-	-	18%					
Ambulancevervoer	432,0	408,0	434,4	354,2	342,8	331,9	6%	-6%	23%	3%	3%	5,4%
Overig ziekenvervoer	117,0	113,0	111,7	107,3	102,0	119,1	4%	1%	4%	5%	-14%	-0,4%
Ziekenvervoer onverdeeld	6,0	5,0	-	-	-	-	20%					
Farmaceutische hulp	5.522,0	5.327,0	5.106,3	5.019,6	4.652,9	4.420,9	4%	4%	2%	8%	5%	4,5%

Premiegefinancierde zorguitgaven naar sectoren (bedragen x € 1 000 000)	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2009	2008	2007	2006	2005	'05-'10
Hulpmiddelen	1.386,0	1.333,0	1.254,2	1.179,1	1.139,5	1.080,8	4%	6%	6%	3%	5%	5,1%
Grensoverschrijdende zorg	467,0	500,0	380,1	448,3	446,0	-						
Subsidies gezondheidszorg			2,1	29,7								
Beheerskosten uitvoeringsorganen Zvw	6,0	6,0	7,8		181,9	1.321,0						
keten dbc's	242,0	242,0										
43 Langdurige zorg	26.017,0	24.949,0	24.857,0	22.455,2	22.336,2	21.073,1	4%	0%	11%	1%	6%	4,3%
Geestelijke gezondheidszorg AWBZ	1.558,0	1.340,0	1.540,0	4.054,7	3.860,3	3.641,9	16%	-13%	-62%	5%	6%	-15,6%
Geneeskundige ggz door instellingen	3.266,0	2.883,0	3.160,8				13%	-9%				
Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten	157,0	159,0	151,8	86,5	83,4	81,3	-1%	5%	75%	4%	3%	
Geneeskundige ggz onverdeeld	109,0	126,0	-									
Gehandicaptenzorg	6.010,0	5.612,0	5.942,1	5.270,6	5.025,8	4.903,1	7%	-6%	13%	5%	3%	4,2%
Verpleging en verzorging	12.339,0	12.022,0	12.104,7	11.398,6	12.127,8	11.460,8	3%	-1%	6%	-6%	6%	1,5%
Persoonsgebonden budgetten	2.261,0	1.854,0	1.660,8	1.333,0	1.125,0	917,2	22%	12%	25%	18%	23%	19,8%
Subsidies langdurige zorg	76,0	70,0	77,9	77,1	113,9	68,8	9%	-10%	1%	-32%	66%	2,0%
Beheerskosten / diversen AWBZ	248,0	238,0	218,9	214,8	-	-	4%	9%	2%			
Langdurige zorg onverdeeld	121,0	645,0	-	19,9	-	-						
Bovenbudgettaire vergoedingen	114,0											
Wmo(gemeentefonds)	1.628,0	1.492,0	1.474,6	1.410,6	-		9%	1%	5%			
Opleidingsfonds (begroting VWS)	840,0	818,0	783,0	636,4	-	-	3%	4%	23%			
Begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven	37,0	79,0	-									
wtcg	499,0											
Totaal	60.061,0	58.268,0	54.878,8	51.276,3	48.166,5	46.291,5	3%	6%	7%	6%	4%	5,3%
Als % BBP	10,3%	10,1%	9,2%	9,0%	9,0%	9,1%						

