

Aan : VWS
CC :
Van : Casper van Ewijk, Paul Besseling en Albert van der Horst
Betreft : CPB Onderzoeksprogramma Toekomst Zorg
Datum :

CPB Onderzoeksprogramma Toekomst Zorg

Nederlanders leven steeds langer en we leven ook langer zonder lichamelijke beperkingen. Hierdoor stijgt het aantal levensjaren dat mensen kunnen werken en zijn we misschien wel gelukkiger dan ooit.¹ Deze baten zijn grotendeels privé, terwijl de kosten van zorg voor een groot deel publiek zijn. Dit creëert private rijkdom, deels ten koste van publieke armoede. Deze onbalans is een van de grote uitdagingen voor de collectieve zorg van de toekomst. Om te bepalen hoe groot deze onbalans is, is inzicht nodig in trends, zoals medische vooruitgang en vergrijzing, en in ontwikkelingen bij de inzetbaarheid van oudere werknemers, zoals een latere pensioenleeftijd en meer onderwijs. Het CPB wil graag onderzoek verrichten naar de doelmatigheid van collectieve zorgregelingen en een visie ontwikkelen op een consistente en houdbare inrichting van het Nederlandse zorgstelsel.

Toekomst Zorg is een driejarig onderzoeksprogramma met als doel inzicht te verkrijgen in de toekomstige ontwikkelingen van de zorgsector en een samenhangende analyse te bieden van voor- en nadelen van verschillende inrichtingen van de zorg in Nederland. Dit gebeurt door een integrale benadering waarbij collectieve zorg wordt gezien als onderdeel van de sociale voorzieningen en waarbij zorg en inzetbaarheid van oudere werknemers worden gezien als onderdeel van de totale levensloop. Zo zijn oudere werknemers langer inzetbaar door de toename van het aantal gezonde levensjaren.² Dit maakt een verhoging van de aow-leeftijd mogelijk, maar vraagt ook om een langere tijdshorizon van onderwijsinvesteringen aangevuld met programma's voor levenslangleren. Bij deze integrale benadering is onderscheid naar de

¹ Zie bijvoorbeeld Murphy, K.M. and Topel, R. H. Measuring the Gains from Medical Research: An Economic Approach. The University of Chicago Press 2003.

² Het CBS, Webmagazine, 11 februari 2009 geeft aan dat de gezonde levensverwachting sinds begin jaren tachtig met ongeveer 5 jaar is toegenomen. De raming van C. Sanderson en S. Scherbov, Remeasuring aging, Science, vol. 329, 10 september 2010 suggereert dat deze trend in de toekomst door zal zetten. Het RIVM doet onderzoek naar de factoren die de gezonde levensverwachting bepalen en laten onder andere zien dat de gezonde levensverwachting sterk zal stijgen als niemand meer zou roken, zie F. van der Lucht en J.J. Polder, 2010, Van gezond naar beter, Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010.

deelmarkten in de zorg van groot belang, bijvoorbeeld omdat preventie eerder in de levenscyclus plaats vindt dan palliatieve zorg, of omdat door technologie gedreven kwaliteitsverbetering een grotere rol speelt bij de curatieve zorg dan bij de verzorging. Een belangrijke vraag is vervolgens op welke manier de sterke stijging van de collectieve zorguitgaven kan worden omgebogen en wie daarvoor de rekening gaat betalen. Door middel van empirisch en beleidsgericht onderzoek beoogt het onderzoeksprogramma een helder inzicht te bieden in het belang van betere doelmatigheid voor de financiële houdbaarheid van de diverse collectieve zorgregelingen. Deze kennis wordt uitgewerkt in een aantal consistente hervormingsopties voor de collectieve zorgregelingen in Nederland met daarbij aandacht voor sturingsmogelijkheden voor het rijk.

Om dit doel te realiseren, is het van belang dat het CPB kennis opbouwt over: de verdeling van private baten en publieke kosten, zowel tussen generaties als binnen generaties; over de effecten van marktwerking en budgetteringssystemen en het verhogen van de eigen bijdrage; en over de samenhang van zorg met aanpalende terreinen als onderwijs, arbeidsmarkt en sociale voorzieningen. Hiervoor is een investering nodig van 3fte voor een periode van 3 jaar, waarvoor wij een beroep doen op externe financiers.

Het CPB zal voor dit programma waar nuttig samenwerking zoeken met externe partijen, zoals het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) en het College voor de zorgverzekeringen (CVZ). Internationale vergelijkingen zullen de analyses en de schets van hervormingsopties ondersteunen.³

Onderzoeksprogramma

Het CPB Onderzoeksprogramma *Toekomst Zorg* verricht economisch onderzoek naar de toekomst van de zorg, gericht op preventie, genezing en verzorging.⁴ Het doel is om een samenhangende analyse te bieden van potentiële hervormingen van de zorgvoorziening in Nederland. De focus ligt hierbij op de zvw en de awbz, maar waar nodig wordt ook aandacht besteed aan de wmo, de informele zorg en de privaat gefinancierde zorg. In deze analyse kunnen drie thema's worden onderscheiden:

- *doelmatigheid* van zorgvoorzieningen en de rol van marktordening en budgetteringssystemen
- *verdeling* van lusten en lasten tussen en binnen generaties en de gevolgen voor de arbeidsmarkt
- *hervormingsopties* voor de collectieve zorg in Nederland (van probleemanalyse tot beleidshervormingen)

³ Zie bijvoorbeeld IHS/CPB/FPB, 2010, A Typology of systems of Long-Term Care in Europe, WP1 of the ANCIEN project, <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>.

⁴ Waar nodig zullen we in het onderzoek nader onderscheid maken, bijvoorbeeld tussen preventie bij gezonde mensen en preventie bij chronisch zieken en tussen verzorging van ouderen, van gehandicapten en van psychiatrische patiënten.

Doelmatigheid

Er is recent veel aandacht voor de baten van zorg. Die zijn groot, en dat is belangrijk om te constateren.⁵ Dat betekent niet dat er geen aandacht zou hoeven te zijn voor vergroting van de doelmatigheid in de zorg. Moeten nieuwe behandelingen of voorzieningen wel toegelaten worden tot het collectief verzekerde pakket als de baten-kosten verhouding twijfelachtig is? Kan voor al die behandelingen en voorzieningen die al toegelaten zijn de baten-kosten verhouding toch nog niet verbeterd worden?

Een grotere doelmatigheid in de zorg helpt om de spanning tussen private belangen en publieke kosten te verminderen. Er bestaat ook brede consensus dat er mogelijkheden zijn om de doelmatigheid te vergroten bij alle actoren in het veld (zoals zorginstellingen, medisch specialisten, zorgverzekeraars). Maar over de vraag hoe dit bereikt moet worden lopen de meningen uiteen: meer of minder marktwerking, meer of minder richtlijnen, een grotere of een kleinere rol voor verzekeraars, meer of minder autonomie voor zorgaanbieders.⁶ Voor elke deelsector van de zorg kan het antwoord op deze vragen anders uitpakken. Daarbij zal het onderscheid in preventie, genezing en verzorging niet voldoende zijn. Zo zal bij de curatieve zorg minimaal een nader onderscheid naar topklinische complexe zorg en planbare zorg nodig zijn, en bij de verzorging minimaal een nader onderscheid naar intramurale en extramurale verzorging.

Belangrijke vraag is bovendien in hoeverre een verhoging van de doelmatigheid leidt tot een afname van de kosten. Doelmatigheid kan ook leiden tot hogere kosten, bijvoorbeeld wanneer dit gepaard gaat met een hogere kwaliteit (zoals door een snellere invoering van nieuwe technieken). Onderzoek op dit terrein is buitengewoon lastig gebleken, onder andere omdat de zorg gekenmerkt wordt door vele interacties. Allerlei indirecte effecten kunnen de beoogde primaire effecten weer deels teniet doen. Daarom bestaat het CPB-onderzoek op dit gebied uit een literatuurstudie waarin de belangrijkste bevindingen op het gebied van organisatie en marktordening in kaart worden gebracht. Daarbij zal ook gekeken worden naar mogelijkheden om de informatie asymmetrie in de zorg te beperken en naar manieren om tot een betere kwaliteitsmeting te komen.

Daarnaast kunnen empirische beleidsevaluaties aanknopingspunten bieden om meer inzicht te verkrijgen in de manier waarop de sector is georganiseerd en hoe de doelmatigheid kan worden vergroot met concrete verbeter- en (nieuwe) sturingsmogelijkheden.⁷ Het is bijvoorbeeld mogelijk om voor enkele recente beleidswijzigingen na te gaan hoe het de

⁵ Dat geldt overigens voor elke sector, bijv. ook voor het onderwijs, het transport, justitie, enz.

⁶ Zie voor eerdere bijdragen op dit vlak het rapport *Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel*, CPB Document 28, 2003 en de analyse van Marc Pomp, Esther Mot en Rudy Douven, *Handle with care! Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg*, CPB Discussion Paper 122, 2006.

⁷ Twee recente voorbeelden van CPB-studies op dit terrein zijn de artikelen van Michiel Bijlsma, Pierre Koning, Victoria Shestalova en Ali Aouragh, *The effect of competition on process and outcome quality of hospital care. An empirical analysis for the Netherlands*, CPB Discussion Paper 157, 2010 en Jan Boone, Rudy Douven, Carline Droge en Ilaria Mosca, *Health insurance competition: the effect of group contracts*, CPB Discussion Paper 152, 2010.

zorgverlening heeft veranderd en wat het effect op de kosten is geweest (zoals de introductie van het B-segment met o.a. effecten op aanbodgeïnduceerde vraag en upcoding, de start van keten-dbc's, de overheveling van de curatieve ggz van de awbz naar de zvw, de introductie van pgb's, de extramuralisering en ambulantisering, beleidsmatig geïnduceerde fusies en schaalvergrotingen, de veranderde beloningsstructuur van huisartsen of de start van het boter-bij-de-vis beleid.). Dit zijn een aantal mogelijkheden; in overleg en afhankelijk van de beschikbaarheid van data kan tot een selectie worden gekomen van de meest nuttige beleidsevaluaties, ook rekening houdend met het feit dat diverse beleidswijzigingen het volledige effect nog niet hebben bereikt.

In zoverre er grenzen zijn aan (grote) efficiency verbeteringen komt de vraag op of de groei van de collectief gefinancierde zorg op een andere wijze afgeremd moet worden, en zo ja, hoe?.

Verdeling

De politiek zal niet ontkomen aan de vraag hoe de zorg in de toekomst gefinancierd en bij wie de lasten en de risico's neergelegd wordt.⁸ Zelfs als de zorgkosten gematigd zullen stijgen is het de vraag of de huidige financieringsvormen, met een prominente rol voor de collectieve voorzieningen (met name de AWBZ en de ZVW, voor zover nuttig ook de WMO) niet aan revisie toe zijn. Het belang van deze vraag wordt alleen maar versterkt als demografische, epidemiologische en technologische ontwikkelingen tot een sterke stijging van zorgkosten zullen leiden. In hoeverre kunnen mensen zichzelf voorbereiden voor hoge ziektekosten op hun oude dag (bijvoorbeeld door te sparen voor zorg)? En zouden mensen die profiteren van betere medische voorzieningen daar ook zelf voor moeten betalen? Is aan te geven welke zorgvoorzieningen zich beter lenen voor collectieve financiering, welke voor private financiering?⁹ Wat zijn de gevolgen voor de verdeling als bijvoorbeeld de ouderenzorg geïntegreerd zou worden in de regelingen voor het aanvullend pensioen?¹⁰

De verdeling van lusten en lasten tussen en binnen generaties vereist een samenhangende analyse. Enerzijds heeft de verdeling van lasten directe gevolgen voor de arbeidsmarkt (bijvoorbeeld zorgpremies die leiden tot hogere loonkosten of mantelzorgers die minder beschikbaar zijn voor formele arbeid). Anderzijds kan adequate zorg leiden tot een verbetering van de arbeidsgeschiktheid, waardoor werknemers in staat worden gesteld langer op de arbeidsmarkt actief te zijn - en mogelijk beschikbaar zijn voor een baan in de zorg.¹¹ Dit vraagt

⁸ Zie bijvoorbeeld de recente CPB-studie van Albert van der Horst, Leon Bettendorf, Nick Draper, Casper van Ewijk, Ruud de Mooij en Harry ter Rele, Vergrijzing verdeeld; Toekomst van de Nederlandse Overheidsfinanciën, CPB Bijzondere Publicatie 86, Den Haag, 2010.

⁹ Het gaat daarbij ook om eventuele tussenvormen, zoals collectieve financiering maar dan met eigen betalingen, of private financiering met beperkte publieke randvoorwaarden, zoals een acceptatieplicht of een fiscale faciliteit, enz.

¹⁰ Merk overigens op dat de manier waarop de kosten verdeeld worden weer effect kan hebben op de doelmatigheid van de verleende zorg.

¹¹ C. Sanderson en S. Scherbov, Remeasuring aging, Science, vol. 329, 10 september 2010 voorspellen dat de verhouding van het aantal volwassenen met een lichamelijk gebrek en het aantal volwassenen zonder enig gebrek in Nederland stijgt van 9% in 2005 naar 11% in 2050.

wel dat werknemers zich al op jongere leeftijd, bijvoorbeeld door langer naar school te gaan of via bijscholing op het werk, voorbereiden op een langere inzetbaarheid op de arbeidsmarkt. De interactie van de zorg met andere overheidsterreinen, zoals arbeidsmarktbeleid, onderwijs en pensioenen, en met het functioneren van de Nederlandse arbeidsmarkt vergt onderzoek. Zo is het empirische belang van de relatie tussen gezondheidszorg en de arbeidsparticipatie mede bepalend voor het dreigende knelpunt in de vraag naar zorgwerkers en daarmee voor de toekomstige inrichting van de gezondheidszorg.¹²

Hervormingsopties

Het derde thema is het ontwikkelen van consistente hervormingsopties voor de collectieve zorgregelingen in Nederland. Startpunt hierbij is het in kaart brengen van de sterktes en zwakten van de inrichting van de zorgsector in Nederland in het licht van toekomstige ontwikkelingen op het gebied van demografie, epidemiologie en arbeidsmarkt, van medische technologische ontwikkelingen en van de financiering van de zorg. Hierover is al veel bekend, onder andere door CPB-studies over de houdbaarheid van de overheidsfinanciën¹³ en recente studies van het SCP en het RIVM.¹⁴

Het doel is het ontwikkelen van alternatieve hervormingsrichtingen. Daarbij is het van groot belang om de fundamentele keuzes te adresseren. Nader onderzoek moet uitwijzen welke keuzes fundamenteel zijn voor de toekomst van de zorg. Te denken valt aan de keuze tussen collectieve voorzieningen en individuele verantwoordelijkheid, de keuze tussen centrale sturing versus marktwerking, de keuze tussen kostenbeperking of goede zorg voor iedereen of de keuze tussen uniformiteit en differentiatie in het zorgaanbod.¹⁵ Vanuit deze fundamentele keuzes kunnen consistente beelden voor de toekomst van zorg gericht op preventie, genezing en verzorging worden geschetst.

Bij het ontwikkelen van consistente hervormingsopties kunnen we aansluiten bij de scenario's die geschetst zijn in de rapporten van de Brede Heroverweging.¹⁶ Zo is in de Heroverweging Curatieve Zorg een scenario geschetst in de richting van meer marktwerking en

¹² We kunnen hier aansluiten bij de rijke literatuur over de relatie tussen gezondheid(szorg) en de arbeidsmarkt. Voor een recente bijdrage zie L. Cai, 2010, The relationship between health and labour force participation: Evidence from a panel data simultaneous equation model, *Labour Economics*, 17(1), p77-90.

¹³ Van der Horst e.a., op. cit.

¹⁴ Zie bijvoorbeeld de SCP-studies van Evelien Eggink, Debbie Oudijk en Isolde Woittiez, *Zorgen voor Zorg*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2010 en Isolde Woittiez, Evelien Eggink, Jedid-Jah Jonker en Klarita Sadiraj, *Vergrijzing, verpleging en verzorging*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2009. Zie ook de RIVM-studies, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 en Zorgbalans 2010: de prestaties van de Nederlandse zorg*.

¹⁵ We kunnen hierbij aansluiten bij de CPB-studie van Ruud de Mooij naar de toekomst van de welvaartstaat, R. de Mooij, *Reinventing the Welfare State*, Koninklijke de Swart, Den Haag, 2006.

¹⁶ Zie de Rapporten Brede Heroverwegingen Curatieve Zorg en Langdurige Zorg, april 2010. Zie bijvoorbeeld ook RVZ, *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*, 2008, en Idenburg en Van Schaik, *Diagnose 2025, Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*, 2010.

een ander in de richting van gebudgetteerde kostenbeheersing. In de Heroverweging Langdurige Zorg zijn vier beleidsscenario's geschetst, waarbij vooral de vraag centraal staat hoe de inkoopfunctie het best georganiseerd kan worden. Belangrijke beperkingen in beide rapporten zijn de keuze om in alle scenario's het collectief verzekerde pakket met 20% in te krimpen en de focus op de periode 2011-2015. Daarentegen zal in het CPB-onderzoek de verhouding tussen collectieve en private verantwoordelijkheid een belangrijk thema zijn, waarbij de uitkomst kan verschillen tussen de diverse deelgebieden van zorg. Bovendien zullen we aandacht besteden aan de verdelingsaspecten binnen en tussen generaties en aan raakvlakken tussen de gezondheidszorg en andere terreinen van overheidsbeleid. Gezien de fundamentele vragen die aan de orde zijn is een langere tijdshorizon noodzakelijk, zonder daarbij het transitiepad uit het oog te verliezen.