



Rijksoverheid

# Naar beter betaalbare zorg

Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven



Rijksoverheid

## Naar beter betaalbare zorg

Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven

Datum      Juni 2012



## Inhoud

	<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>Probleem snel stijgende en moeilijk te beheersen collectieve zorguitgaven</b>	<b>10</b>
1.1	Aanleiding	10
1.2	Versnelde groei van de collectieve zorguitgaven	12
1.3	Drie redenen waarom de huidige groei van de collectieve zorguitgaven onhoudbaar is	13
1.4	Voor houdbare overheidsfinanciën moet het groeipad van de zorguitgaven naar beneden	15
<b>2</b>	<b>Oorzaak snel stijgende collectieve zorguitgaven</b>	<b>17</b>
2.1	Het zorgstelsel accommodeert uitgavenverhogende trends	17
2.2	Toegenomen productiviteit leidt niet tot lager groeipad zorguitgaven	19
2.3	Oprekking van het begrip 'zorg'	21
2.4	De aard van de zorg verandert: deze is steeds meer gericht op lichtere gevallen	26
2.5	Conclusie: de zorg is het afgelopen decennium duurder geworden door ander beleid en andere instituties	31
<b>3</b>	<b>Aanbevelingen: meer aandacht voor betaalbaarheid</b>	<b>33</b>
3.1	Hoofdopgaven	33
3.2	Langdurige zorg: aanspraken aanscherpen en zorginhoudelijke synergie verzilveren	35
3.3	Curatieve zorg: verbetering van het huidige stelsel	42
3.4	Naar een houdbaar groeipad op de (middel)lange termijn	53
	<b>Bijlagen</b>	<b>56</b>

## Samenvatting

### *Taakopdracht*

1. De Taskforce Beheersing Zorguitgaven is ingesteld door de bewindspersonen van VWS en de minister van Financiën. Doelstelling is de ontwikkeling van een realistische strategie en het doen van concrete voorstellen om de collectieve zorguitgaven op de middellange termijn beter te beheersen en op een houdbaar groeipad te krijgen.

### *Ontwikkeling*

2. Tot de eeuwwisseling remde strikte budgettering de stijging van de zorguitgaven. Keerzijde waren achterblijvende productiviteit, geringe kwaliteit en oplopende wachtlijsten. Welbewust is rond 2000 gekozen om hier verandering in te brengen. Met de extra financiële middelen was de sector in staat om wachtlijsten weg te werken. Daarnaast werden prikkels aangebracht om de productiviteit te stimuleren.
3. Met succes: de productiviteit is het afgelopen decennium toegenomen in vooral de curatieve zorg. Op het gebied van toegankelijkheid van de zorg scoort Nederland nu zeer goed, en ook de kwaliteit is doorgaans in orde. Een forse stijging van de collectieve uitgaven is de prijs die werd betaald voor het wegwerken van de wachtlijsten en de verbetering van de kwaliteit. Inmiddels zit Nederland in de kopgroep van OESO-landen wat betreft de zorguitgaven. Bij de langdurige zorg is Nederland (samen met Zweden) zelfs koploper.
4. Zorgwekkend is dat ook na het wegwerken van de wachtlijsten de groei van de zorguitgaven op een structureel hoger niveau blijft liggen. Ondanks de economische crisis en omvangrijke bezuinigingen om de overheidsfinanciën weer in balans te brengen, stijgen de collectieve uitgaven aan zorg in de periode 2010-2015 naar verwachting van € 60 naar € 75 miljard. Slechts een kwart van deze stijging wordt veroorzaakt door de vergrijzing.
5. De stijging van de collectieve uitgaven drijft de premies en belastingen op, waardoor werken minder gaat lonen, de concurrentiepositie verslechtert en het draagvlak voor solidariteit wordt uitgehold. Zo heeft het CPB berekend dat met het groeitempo van 2001-2010 de collectieve zorguitgaven in 2040 meer dan een kwart van het BBP bedragen. Tweeverdieners met een verzamelinkomen van anderhalf keer modaal betalen dan grofweg de helft van het inkomen aan zorgpremie. Voortzetting van de huidige groei van de zorguitgaven leidt bovendien tot vergaande verdringing van andere overheidsbestedingen. Deze ontwikkelingen zijn onhoudbaar.

### *Houdbaar pad*

6. Aan de Taskforce is gevraagd hoe de zorguitgaven op een houdbaar pad kunnen worden gebracht. Een financieel houdbaar pad betekent in strikte zin dat de uitgaven niet harder mogen groeien dan de economie. Als dat wel gebeurt, kunnen andere overheidsuitgaven immers minder snel stijgen (of moeten zelfs dalen), of moeten de premies/belastingen omhoog. Aan beide zitten grenzen.

7. Het CPB gaat in zijn houdbaarheidssommen uit van een scenario waarin huidige en toekomstige generaties vergelijkbare aanspraken hebben en daarmee ook ongeveer een gelijk netto profijt van de overheid hebben. In een dergelijk scenario wordt het maatschappelijk acceptabel geacht dat de collectieve zorguitgaven stijgen met de structurele groei van de economie en de ontwikkeling van de demografie.
8. Aldus wordt ruimte gegeven aan de zorgvraag van een vergrijzende bevolking en groeien de zorguitgaven harder dan de economie. Met dit groeipad wordt overigens nog geen bijdrage geleverd aan het verminderen van het houdbaarheidstekort. Dit betekent dat op termijn voor houdbare overheidsfinanciën verder zal moeten worden omgebogen in de zorg of op andere terreinen.
9. Uitgaande van de huidige inschattingen adviseert de Taskforce een reële jaarlijkse groei van de collectieve zorguitgaven met circa 2½% oftewel ruim 1% (de demografie) boven de structurele groei van de economie (1½%). Deze jaarlijkse stijging wordt voldoende geacht om de verwachte epidemiologische trends te accommoderen en is een grote stap richting houdbare zorguitgaven.
10. Op het eerste gezicht lijkt dit een gemakkelijk bereikbaar pad. Dit beeld verandert echter als bedacht wordt welke stijgingen er zonder beleidsaanpassingen zijn opgetreden en volgens het CPB ook in de komende jaren zullen optreden. Gelet op het huidige reële groeipad van 4¼% is een inspanning nodig die de voorspelde jaarlijkse groei van de uitgaven met ruim 1½%-punt terugbrengt.

#### *Analyse en voorgestelde maatregelen*

11. Tot nu toe is er onvoldoende countervailing power in het huidige stelsel ontwikkeld om de groei van de zorguitgaven te beheersen. Dit komt tot uiting in twee symptomen:
  - a. Ten eerste leiden extra doelmatigheid en productiviteit onvoldoende tot een drukkend effect op de prijzen. In een omgeving met productieprikkels maken zij echter wel een hoger zorgvolume mogelijk.
  - b. Ten tweede worden de indicaties onder druk van het aanbod en de maatschappelijke medicalisering opgerekt en verandert daardoor de aard van de zorg: deze richt zich gemiddeld genomen steeds meer op een lichtere zorgvraag. Hierdoor wordt weliswaar meer, maar gemiddeld genomen lichtere zorg geleverd aan een steeds grotere groep mensen.Beide symptomen weerspiegelen dat de rem op het volume in de zorg op dit moment onvoldoende is. De gestegen productiviteit moet hand in hand gaan met een beperking van het volume en een beheersing van de prijzen. Dat lukt alleen wanneer de condities voor alle partijen in het zorgstelsel in het teken komen te staan van betaalbaarheid en doelmatigheid.
12. De Taskforce ziet drie hoofdpogingen om de collectieve zorguitgaven te beheersen.
  - a. Zorg' gaat terug naar de kern, dat wil zeggen dat alleen gepaste zorg die noodzakelijk is ten laste van het collectief komt. Het begrip 'zorg' is zowel in de langdurige als in de curatieve zorg steeds verder opgerekt. Er zijn onvoldoende tegenkrachten om deze trend te keren: niet vanuit instellingen of professionals (maximale volumeprikkels, weinig inzicht in eigen handelen en kosten), niet vanuit cliënten (nauwelijks kostenbewustzijn, beperkte eigen

betalingen en vertrouwend op behandelaar) en niet vanuit zorginkopers (zorgplicht en de mogelijkheid van reputatieschade). Dit alles stimuleert een continue indicatieverruiming die wordt gelegitimeerd door relatief open omschreven aanspraken.

- b. 'Zorg' wordt op de juiste plaats verleend. Veel zorg wordt geleverd op de verkeerde plek, daar waar deze duurder is zonder dat deze ook beter is. Veel zorg kan goedkoper in de eerste lijn worden geleverd in plaats van in ziekenhuizen, of extramuraal in plaats van in AWBZ-instellingen. Ook moet zelfmanagement een vanzelfsprekende rol krijgen. Zorg daar leveren waar dat goedkoop en in goede samenhang kan, moet gepaard gaan met het gericht afbouwen van capaciteit elders. Dit gebeurt nu nog onvoldoende.
- c. Alle partijen leveren een grotere bijdrage aan de beheersing van de zorguitgaven. Premiebetalers, cliënten, aanbieders, inkopers, regulerende organen en overheid: ieders handelen moet nadrukkelijker in het teken staan van de beheersbaarheid van de uitgaven. Patiënten en cliënten zullen een groter deel van de zorgkosten zelf moeten dragen en hebben niet meer overal recht op. Om te voorkomen dat de rekening van de stijgende uitgaven eenzijdig bij de burger wordt gelegd moeten de productiviteit en doelmatigheid binnen de zorg verder worden gestimuleerd en verzilverd. Aanbieders en inkopers kunnen dit doen door in hun contracten de huidige volumeprikkel om te zetten in een prikkel voor gezondheidswinst. Overheid en ZBO's moeten de betaalbaarheid veel prominenter laten meewegen in hun beslissingen.

13. Voor een goede werking van het zorgsysteem is een adequate informatievoorziening noodzakelijk, zowel in de langdurige als de curatieve zorg. Alle cruciale informatie voor de sturing en de werking van het stelsel moet belangeloos en kosteloos beschikbaar worden gesteld en openbaar en om niet toegankelijk zijn.

#### *Voorstellen voor de langdurige zorg*

14. De langdurige zorg vergt een striktere oriëntatie op de betaalbaarheid door een herbezinning op de aanspraken en een organisatorische herordening (uitgaande van meer inhoudelijke synergie). Na de investeringen in toegankelijkheid en vervolgens in kwaliteit in het verleden is het nu nodig om in te zetten op macrobetaalbaarheid van de zorguitgaven. Alle actoren krijgen sterkere prikkels om de zorguitgaven te beheersen. Het in lijn brengen van de aanspraken en voorzieningen met die in de ons omringende landen is nodig om tot houdbare collectieve voorzieningen te komen. De Taskforce bouwt voort op de analyses uit de brede heroverweging Langdurige zorg. Dat betekent dat voor de zorgvormen die nu onder de AWBZ vallen, wordt gezocht naar een betere benutting van de synergie met andere domeinen (Zvw en Wmo). De weg die is ingeslagen met overhevelingen naar gemeenten én naar zorgverzekeraars wordt vervolgd. De zorginhoudelijke synergie en de mogelijkheid tot risicodragende uitvoering bepalen binnen welk domein deze zorg het beste kan worden geboden.
15. Zorg terug naar de kern. De overheid dient ervoor te zorgen dat de langdurige zorg teruggaat naar de kern door het schrappen van de voorziening huishoudelijke verzorging uit de Wmo, het aansturen op verdere extramuralisering en het deels voor eigen rekening brengen van Wmo-hulpmiddelen. Onder de Wmo ontstaat geen recht op een pgb en een intramuraal indicatie kan niet langer extramuraal via een pgb worden ingezet.

Voorts wordt de indicatiestelling versterkt om afwenteling vanuit de Wmo of Zvw naar de AWBZ tegen te gaan. De budgettaire kaders voor de langdurige zorg groeien in beginsel alleen met de demografische trend en de compensatie voor achterblijvende productiviteit, die inherent is aan een deel van de sector. Op hoogspecialistische deelmarkten komt centrale regie op capaciteit, budgetten en tarieven.

16. Voor aanbieders in de langdurige zorg ontstaat door de compensatieplicht meer ruimte om de extramurale zorg optimaal in te richten. Extramuraliseren van zorg betekent een verschuiving van geld voor stenen naar zorg.
17. Zorg op de juiste plaats verleend. Zowel voor gemeenten als voor zorgverzekeraars zijn er gevolgen. Overheveling van extramurale verzorging en optioneel verpleging naar de Wmo maakt meer maatwerk en samenhang mogelijk. Ook de maatschappelijke opvang wordt overgeheveld naar de Wmo. Aangezien de extramurale functie verpleging meer curatief is georiënteerd dan de verzorging, is het ook een optie deze functie naar de Zvw over te hevelen in plaats van naar de Wmo. Gelet op de overlap van de langdurige GGZ met de curatieve zorg kan deze worden uitgevoerd binnen de Zvw. Voor delen van de langdurige zorg is centrale of regionale inkoop wenselijk. De resterende zware intramurale zorg in de sectoren verpleging en gehandicaptenzorg blijft voorlopig in de AWBZ, zolang aan voorwaarden voor overheveling nog niet kan worden voldaan. Voor hoogspecialistische en weinig voorkomende zorg wordt de zorg landelijk ingekocht.
18. Meer ruimte en verantwoordelijkheid voor cliënten. Cliënten in de langdurige zorg regelen meer zorg zelf en doen dat in de eigen omgeving. De aanspraak verblijf wordt voor lichtere zorg aangescherpt en cliënten ontvangen zorg langer thuis. Huishoudelijke verzorging en hulpmiddelen worden beperkt tot de laagste inkomens; in de Wmo kan een pgb worden verstrekt, maar dit is geen recht. De financiële verantwoordelijkheid voor cliënten wordt uitgebreid door hogere extramurale eigen bijdragen. De mate van vermogendheid van cliënten gaat een grotere rol spelen bij de bepaling van eigen bijdragen in de hele langdurige zorg.

#### *Voorstellen voor de curatieve zorg*

19. In de curatieve zorg zet de Taskforce in op het optimaliseren van het huidige stelsel. OESO-onderzoek laat zien dat er niet één type stelsel is dat structureel beter presteert op doelmatigheid en kostenontwikkeling. Binnen vergelijkbare stelsels is er echter wel sprake van een grote variatie in kostenontwikkeling. Het vervolmaken van het stelsel kan volgens de Taskforce dan ook sneller de gewenste beheersing opleveren dan een fundamentele stelselwijziging. Een kostbare meerjarige transitie wordt zo voorkomen en partijen kunnen direct worden aangesproken op hun rol binnen het stelsel. De vergroting van de risicodragendheid van zorgverzekeraars, het sluiten van het hoofdlijnenakkoord voor medisch-specialistische zorg en een convenant met medisch specialisten zijn de eerste stappen die daartoe al zijn genomen. Verdere aanscherping van de verantwoordelijkheden is noodzakelijk om op een houdbaar groeipad te komen.
20. Zorg terug naar de kern. Overheid en ZBO's zien toe op een striktere definiëring en toepassing van het wettelijk pakket van zorgaanspraken. Zorg terug naar de kern betekent uitsluitend vergoeden van gepast gebruik van



verzekerde zorg. Door noodzakelijkheid te hanteren als voorliggend criterium vindt een heroverweging plaats van de collectieve aanspraken. Het uitstroombesluit krijgt meer nadruk bij pakketbeslissingen van het CVZ. Nieuwe zorgvormen – mits (kosten)effectief – kunnen instromen, maar toelating en financiering zijn voorwaardelijk. Voorts heeft de overheid de mogelijkheid om op deelmarkten ex-ante ordenend op te treden. In tarieven, budgetten en kaders in het BKZ worden structurele productiviteitswinsten verwerkt. Daarbij geldt dat er altijd een slot moet zijn om de macrokostenbeheersing van de zorguitgaven te garanderen in de vorm van – bij voorkeur – een specifiek macrobeheersinstrument (MBI). Indien dit niet mogelijk blijkt, blijft het generieke MBI van kracht.

21. Zorg op de juiste plaats verleend. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van gepaste zorg conform strakkere richtlijnen. De vaststelling van budgettaire kaders moet leiden tot substitutie van zorg naar de juiste plek. De essentiële rol van de huisarts als poortwachter wordt aangescherpt.
22. Alle partijen dragen bij. Zorgaanbieders zullen volumerisico lopen, bijvoorbeeld door de inzet van aanneemsommen. Medisch-specialistische zorg wordt gefinancierd op basis van integrale tarieven. Ziekenhuisbestuurders moeten bij integrale tarieven ook de kosten voor medisch specialisten, net zoals die voor verpleegkundigen en medische hulpmiddelen, beheersen. De zorg wordt toenemend gefinancierd op basis van gezondheidsuitkomsten. Het toekomstige inkomen van de arts maakt het mogelijk dat deze zelf een grotere bijdrage levert aan de opleidingskosten. In de opleiding van professionals komt meer aandacht voor het leveren van gepaste zorg en kosteneffectiviteit. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten declaraties beter controleren.
23. De verzekeraar is maximaal risicodragend. In lijn hiermee kan de zorgtoeslag worden gebaseerd op de prijs van naturapolissen. Het sturingsinstrument van het eigen risico wordt versterkt. Zorgverzekeraars dringen ongepast gebruik van zorg terug.
24. Meer ruimte en verantwoordelijkheid voor de patiënt. De eigen bijdragen van patiënten in de curatieve zorg richten zich op de grote groeiers. De burger draagt als eerste de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid, zodat onnodig gebruik van zorg wordt voorkomen. Bij collectief gefinancierde zorg krijgen patiënten de verantwoordelijkheid voor therapietrouw. Het kostenbewustzijn bij patiënten wordt gestimuleerd.

#### *Sluitregel*

25. Wanneer ondanks de brede inzet en uitbreiding van het genoemde instrumentarium toch nog budgetproblematiek resteert, dan is het voorstel deze volgens een sluitregel op te lossen. De sluitregel luidt dat dan nog resterende problematiek door een verhoging van de eigen betalingen dient te worden opgelost zodat de zorguitgaven (intertemporeel) binnen het Budgettaire Kader Zorg blijven. De sluitregel vermijdt afwenteling van de budgettaire restproblematiek naar andere beleidsdomeinen.

#### *Tot slot*

26. Zorg heeft hoge baten, doch de marginale baten dalen al enkele decennia. De steeds hogere kosten die worden gemaakt om eenzelfde hoeveelheid gezondheidswinst te realiseren liggen hieraan ten grondslag. Het CPB geeft

overigens aan dat de baten van zorg voornamelijk neerslaan bij het individu en dat de maatschappelijke baten in de vorm van externe effecten van tweede orde zijn.

27. Vergrijzing rechtvaardigt dat de zorguitgaven iets harder groeien dan andere collectieve uitgaven. Een reëel groeipad gelijk aan welvaartsgroei plus demografie dient voldoende te zijn om de zorgvraag te accommoderen. Naar de huidige inzichten betekent dit dat de groei van de zorguitgaven ruim anderhalf procentpunt lager moet liggen dan het huidige groeipad.
28. Bijbuigen van uitgavengroei naar een houdbaar pad is mogelijk, maar vergt wel een samenhangend pakket van maatregelen, waaraan iedereen dient bij te dragen. Een lager groeipad is alleen haalbaar als alle maatregelen in samenhang worden genomen: bekostiging, eigen betalingen en pakketmaatregelen versterken elkaar in de richting van meer gepast gebruik. De samenhang van maatregelen waarborgt dat weglek wordt tegengegaan. Als slechts een deel van de maatregelen wordt getroffen, zal het groeipad niet worden bijgebogen.
29. Met de geschetste aanpak beweegt de zorg richting een houdbaar groeipad en kan de burger ook in de toekomst een beroep blijven doen op een kwalitatief goede zorg, geleverd conform de richtlijnen, waar mogelijk dicht bij huis en waar noodzakelijk in de tweedelijnszorg of een instelling.

# 1 Probleem snel stijgende en moeilijk te beheersen collectieve zorguitgaven

## 1.1 Aanleiding

1. **De snel stijgende collectieve zorguitgaven zijn een groot probleem voor de openbare financiën en economie.** De reële zorguitgaven stijgen sinds het begin van deze eeuw met meer dan 4¼ procent per jaar. Dit is bijna drie keer zoveel als de structurele economische groei. Omdat de zorguitgaven nu al een kwart van de collectieve uitgaven beslaan, betekent deze hoge groei een forse verdringing van andere collectieve uitgaven. Deze groei is op zowel de middellange als de lange termijn onhoudbaar.
2. **Daarnaast zijn de zorguitgaven slecht beheersbaar.** Naast de onhoudbare meerjarige groei van de zorguitgaven speelt het probleem van de moeilijke beheersbaarheid. Ondanks de hoge groei lukt het niet om de groei van de collectieve zorguitgaven binnen de gestelde kaders te houden. De uitgaven zijn de afgelopen vijftien jaar slechts eenmaal binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) gebleven<sup>1</sup>.
3. **De Taskforce Beheersing Zorguitgaven is gevraagd voorstellen te doen die de houdbaarheid en beheersing van de zorguitgaven verbeteren.** De aanbevelingen moeten leiden tot het bevorderen van een lager groeipad van de collectieve zorguitgaven voor de komende regeerperiode met een doorloop na 2017. Hierbij dienen de gevolgen voor de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg in beeld te worden gebracht. Voorts is gevraagd voorstellen te doen voor een betere informatievoorziening en voor betere ramingen. De Taskforce is ingesteld door de bewindspersonen van VWS en de minister van Financiën (zie bijlage 1).
4. **De stijgende zorguitgaven staan sterk in de belangstelling.** De brede heroverwegingen curatieve zorg en langdurige zorg (2010) hebben geïnteriseerd hoe tot twintig procent op de zorg kon worden bezuinigd. Het Centraal Planbureau (CPB) houdt zich bezig met dit vraagstuk, onder andere in het programma 'Toekomst zorg'. De Sociaal-Economische Raad (SER) is gevraagd met een advies te komen hoe de betaalbaarheid van de zorg kan verbeteren. Ook in de Studiegroep Begrotingsruimte wordt uitgebreid aandacht besteed aan de zorguitgaven. Deze adviezen zijn op dit moment nog niet beschikbaar. De analyse en aanbevelingen van de Taskforce concentreren zich op de verlaging van het groeipad door een betere institutionele inrichting van het stelsel. Ook kijkt de Taskforce naar de zorgarrangementen en doet hij aanbevelingen bijvoorbeeld daar waar deze afwijken van de ons omringende landen.
5. **De OESO laat zien dat er geen zorgsystemen bestaan die systematisch beter presteren dan andere.** De belangrijkste verbetering in termen van doelmatige zorg kan volgens de Organisatie voor Economische Samenwerking

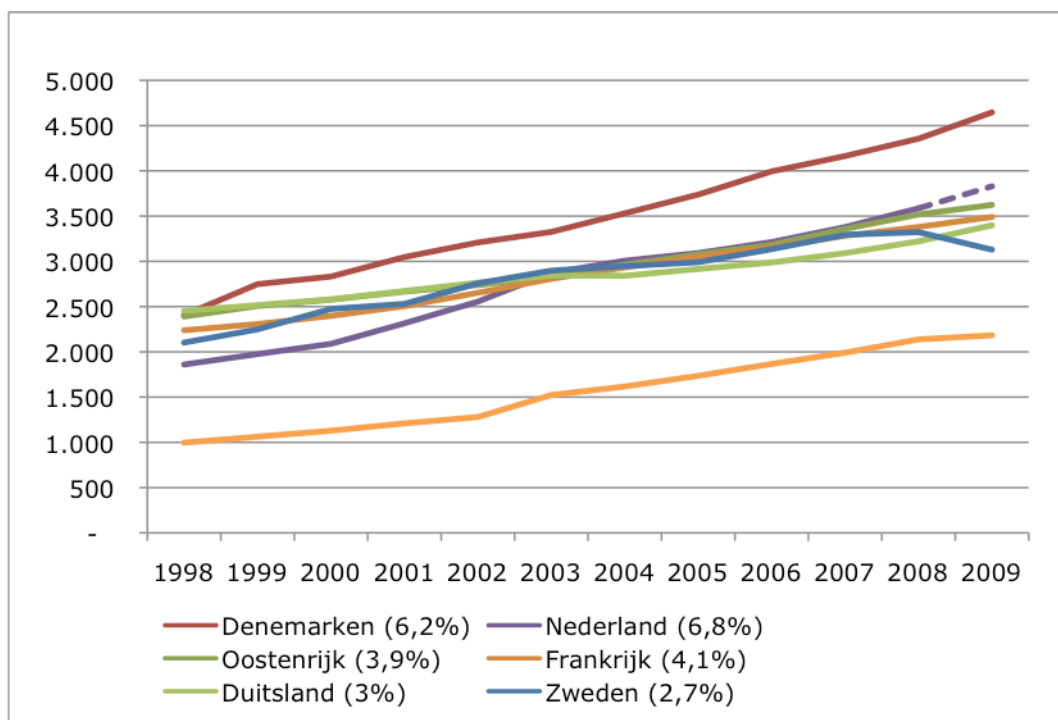
---

<sup>1</sup> Dit ondanks de stijging van de geraamde jaarlijkse groei van het BKZ van 1,3% in 1994 naar 4,3% per jaar in 2010.

en Ontwikkeling (OESO) worden bereikt door het continu verbeteren van de werking van het stelsel en de ontwikkeling en verspreiding van institutionele *best-practices*. In de Nederlandse context van geregeerde marktwerking vraagt dit om een actieve markt én een actieve overheid.

6. **Internationaal vergelijkend onderzoek naar langdurige zorg maakt duidelijk dat hier veel grotere institutionele verschillen bestaan dan in de curatieve zorg.** Dit geldt onder meer voor de omvang van de aangeboden zorgdiensten. Het Nederlandse systeem typeert zich door zijn brede collectieve pakket en door het samenkomen van uiteenlopende zorgvormen binnen één systeem. De brede heroverweging langdurige zorg heeft in 2010 in een scenario-analyse vier verschillende opties geschetst. De Taskforce bouwt hierop voort. Zij analyseert hoe de betaalbaarheid van de langdurige zorg kan verbeteren door gebruik te maken van de sterke kanten van elk van deze vier scenario's, waarbij transitiekosten zoveel mogelijk worden vermeden.
7. **In landen met uiteenlopende systemen zijn de zorguitgaven sterk gegroeid.** Figuur 1.1 laat zien dat de zorguitgaven in vrijwel alle landen sterk zijn gegroeid. Of het nu gaat om Engeland met zijn NHS, Noorwegen en Denemarken met hun regionale zorginkoop of Zwitserland of ons land met meer marktgerichte instituties: de zorguitgaven zijn overal gestegen. Het soort stelsel heeft daarbij geen grote impact. Toch valt er iets op. In Nederland is de uitgavengroei relatief hoog, zowel in de Zvw als in de AWBZ. Dit heeft veel te maken met het gevoerde beleid. In Zwitserland, een land met een gelijksoortig stelsel van zorgverzekeraars, is de uitgavengroei juist zeer beperkt. Dit vormt een indicatie dat er nog veel ruimte is binnen het huidige stelsel.

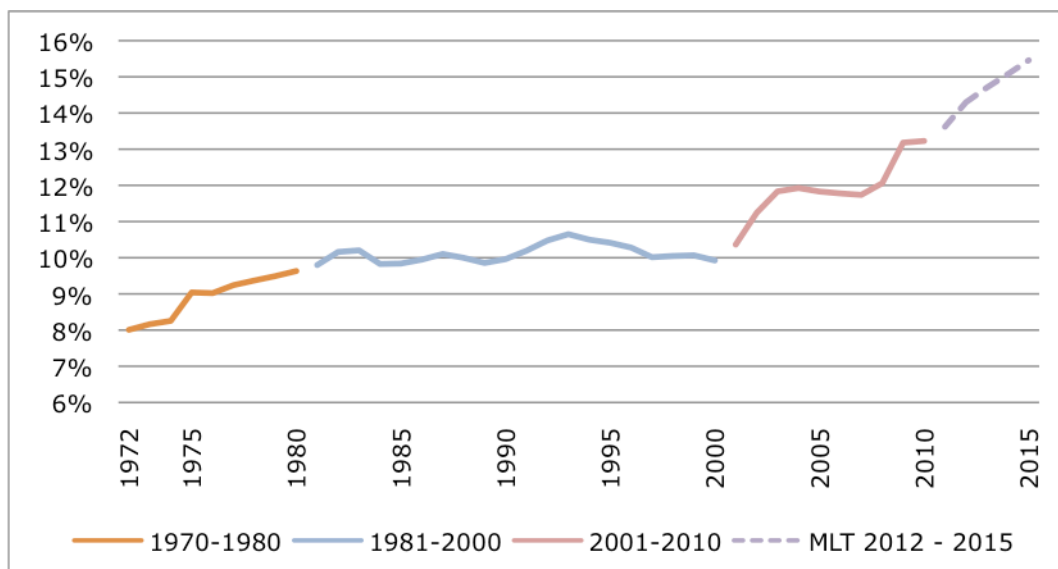
*Figuur 1.1 Uitgaven gezondheidszorg per persoon in euro's, niet gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen 1998-2009 in verschillende landen, tussen haakjes het gemiddeld groeipercentage*



## 1.2 Versnelde groei van de collectieve zorguitgaven

8. **Sinds 2001 is de groei van de zorguitgaven versneld.** Het CPB laat zien dat de zorguitgaven als aandeel van het bruto binnenlands product al decennia stijgen. Sinds het begin van deze eeuw zijn de zorgkosten veel sterker gestegen dan de lange termijn trend sinds 1972 (zie figuur 1.2)<sup>2</sup>. De trendbreuk rond het jaar 2001 is goed zichtbaar. Sinds het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw slaagde de overheid erin de zorgkosten gedurende twintig jaar te beheersen via aanbodsturing. De negatieve gevolgen van het budgetteren, zoals wachtlijsten, een haperende productiviteit, kwaliteitsproblemen en de achterblijvende levensverwachting werden echter in de tweede helft van de jaren negentig steeds meer zichtbaar. Wachtlijsten werden een groot maatschappelijk probleem dat hoe dan ook moest worden opgelost. Rechterlijke uitspraken verankerden vervolgens het recht op zorg. De strakke budgettering werd opgeheven. In zowel de curatieve als de langdurige zorg werd vanaf 2001 vooral ingezet op kwaliteitsverbetering en het verkorten van de wachtlijsten. De macrobetaalbaarheid raakte als thema op de achtergrond.
9. **Zorg heeft hoge baten, de marginale baten lijken echter te dalen en de baten zijn voornamelijk individueel van aard.** De marginale baten van meer zorg dalen al enkele decennia. De steeds hogere kosten die worden gemaakt om eenzelfde hoeveelheid gezondheidswinst te realiseren liggen hieraan ten grondslag. Het CPB geeft overigens aan dat de baten van zorg voornamelijk neerslaan bij het individu en dat de maatschappelijke baten in de vorm van externe effecten van tweede orde zijn.

Figuur 1.2 Totale zorguitgaven als aandeel BBP



<sup>2</sup> CPB, Trends in gezondheid en zorg, Policy Brief 2011/11 en Centraal Economisch Plan 2012, Den Haag (bewerking Taskforce).

10. **De hoge groei van de zorguitgaven krijgt structurele trekken.** De collectieve zorguitgaven stijgen erg snel. Volgens het CPB is een flink deel van de groei tussen 2001 en 2010 - circa € 8 miljard - niet te verklaren vanuit vergrijzing of toegenomen welvaart<sup>3</sup>. Het is aannemelijk dat deze groei gedeeltelijk een inhaalslag is. De snellere stijging van de levensverwachting en het inlopen van de wachtlijsten ondersteunen deze aanname. Het feit dat de zorguitgaven in de periode 2007-2011 nog steeds met 5% zijn gegroeid, en ook tot 2015 naar verwachting met 4¼% blijven doorgroeien, duidt echter op structurele problemen in de groei en de beheersing van de collectieve zorguitgaven.
11. **Sterke groei zorguitgaven komt bovenop de nu al hoge uitgaven per persoon.** Nederland geeft internationaal gezien relatief veel geld uit aan zorg<sup>4</sup>, zowel als percentage van het BBP als per inwoner. Aan langdurige zorg geeft Nederland zelfs meer uit dan bijna elk ander land. Naast het hoge niveau van de collectieve zorguitgaven valt op dat deze ook bovengemiddeld groeien. Per persoon wordt in Nederland jaarlijks circa € 5.000 uitgegeven aan zorg. Voor tweeverdieners met een verzamelinkomen van anderhalf keer modaal zijn de afdrachten aan premies momenteel bijna een kwart van het bruto-inkomen.

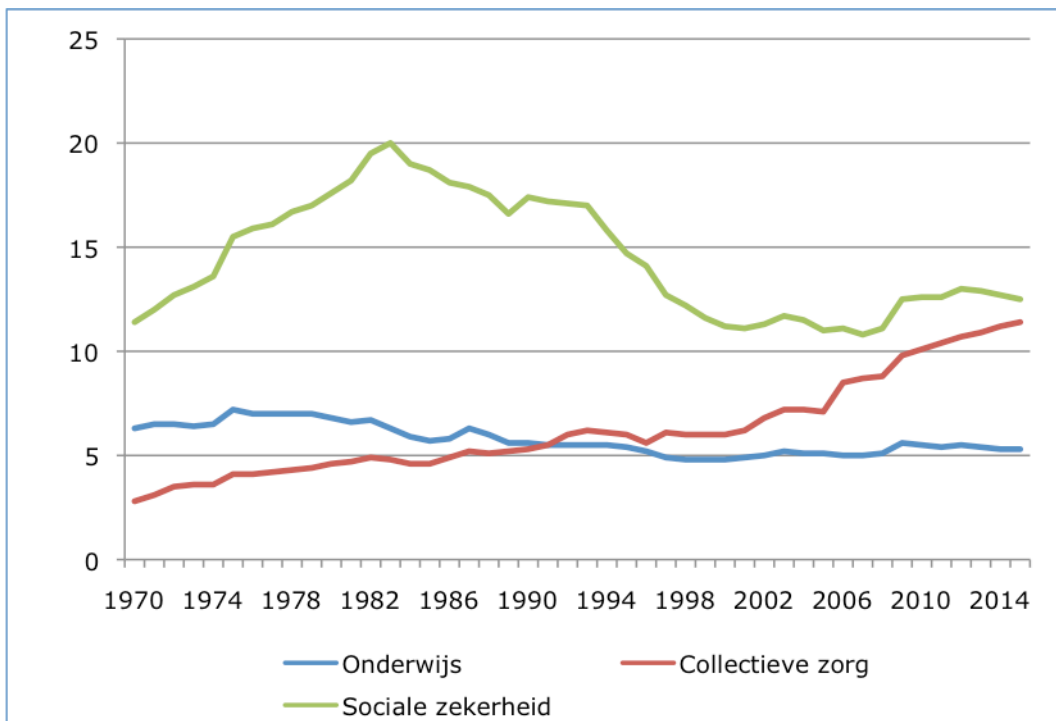
### 1.3 Drie redenen waarom de huidige groei van de collectieve zorguitgaven onhoudbaar is

12. **Een groeipad van de collectieve zorguitgaven dat structureel onverminderd hoger blijft dan de groei van de economie zet onze economie en ons zorgstelsel onder druk.** Hiervoor zijn drie redenen: toenemende concurrentie met andere collectieve uitgaven, toenemende druk op solidariteitsarrangementen en toenemende druk op het arbeidsaanbod.
13. **Ten eerste verdringen stijgende zorguitgaven andere collectieve uitgaven.** De afgelopen jaren hebben de stijgende zorguitgaven andere collectieve uitgaven steeds meer verdrongen. Inmiddels beslaan de zorguitgaven meer dan een kwart van de totale collectieve uitgaven en is zorg ondertussen samen met sociale zekerheid de grootste post op de overheidsbegroting. Indien de zorguitgaven in dezelfde mate blijven groeien, zal dit verstrekken gevolgen hebben voor de overige delen van onze welvaartsstaat. Bij een gelijkblijvende omvang van de collectieve sector en gelijkblijvende belasting- en premiedruk moet voor alle groei van de zorg die uitstijgt boven de groei van het BBP fors worden bezuinigd op andere collectieve uitgaven. Er hangt dus een hoge prijs aan het laten voortbestaan van deze trend. Dit vergt een politieke weging van het maatschappelijke belang van collectieve zorg versus bijvoorbeeld goed publiek onderwijs, sociale zekerheid en openbare veiligheid.

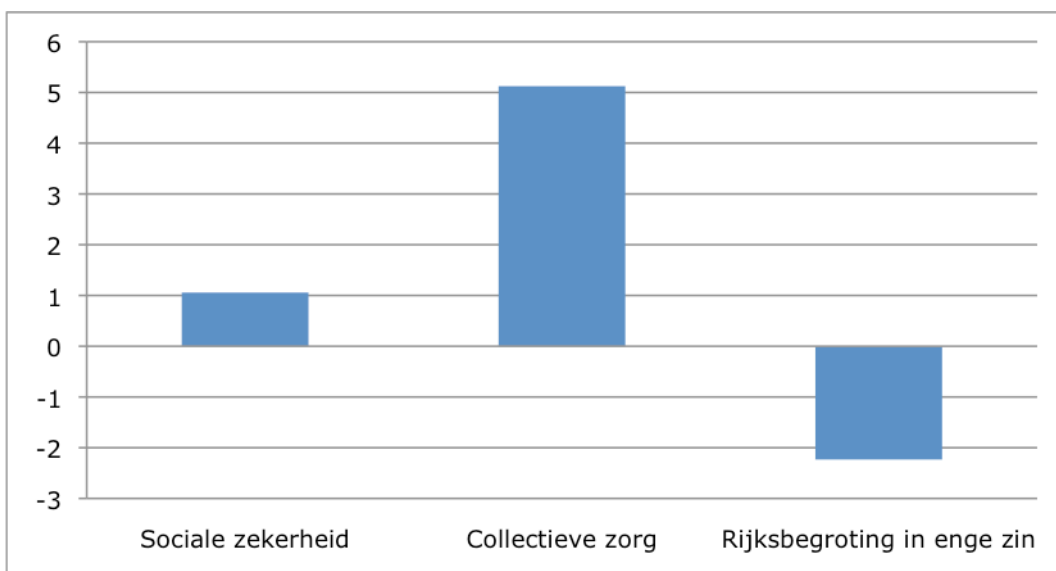
<sup>3</sup> Eigen berekening op basis van: A. van der Horst, F. van Erp en J. de Jong, Trends in gezondheid en zorg, CPB Policy brief 2011/11, Den Haag, 2011, p. 6.

<sup>4</sup> In figuur 1.1 is 'social care' niet meegenomen. Inclusief 'social care' (o.a. gehandicaptenzorg) behoort Nederland tot de kopgroep van OESO-landen wat betreft de zorguitgaven.

Figuur 1.3 Ontwikkeling zorguitgaven en andere collectieve uitgaven, % BBP<sup>5</sup>



Figuur 1.4 Reële groei collectieve uitgaven 2011-2015 (in mld. euro; stand Voorjaarsnota 2013)



<sup>5</sup> Bron: Startnota (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 500, nr. 29).

14. **Ten tweede komen de verplichte solidariteitsarrangementen onder druk te staan.** Door de verplichte basisverzekering met acceptatieplicht voor zorgverzekeraars, een verbod op premiedifferentiatie en grotendeels inkomensafhankelijke financiering (de premies zijn voor 75-80% inkomensafhankelijk), kent het Nederlandse zorgstelsel een solidariteitsoverdracht van gezond naar ziek, van hogere inkomens naar lagere inkomens en van jong naar oud. Met de stijging van de zorguitgaven neemt deze verplichte solidariteit snel toe. Het CPB heeft deze toename in de overdrachten van de netto-betalers aan de netto-ontvangers berekend. Deze effecten zijn fors en worden voor hogere inkomens nog versterkt door hogere belastingen, onder meer ter financiering van de stijgende zorgtoeslag. Bij voortzetting van de huidige groei betaalt een gezin van tweeverdieners met een inkomen van anderhalf keer modaal in 2040 de helft van het inkomen aan zorgpremies. Jongeren betalen per persoon een steeds groter deel van de zorguitgaven van ouderen. In dat licht kan overigens ook de steeds betere inkomenspositie van ouderen meewegen in keuzes rond de financiering. In het komende Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) 'inkomenspositie ouderen' wordt gekeken hoe de ouderen er in de toekomst financieel voor staan. De beleidsaanbevelingen van dit IBO kunnen ook implicaties hebben voor de omvang van de overdrachten in de zorg.
15. **Ten derde: voor zover stijgende zorguitgaven leiden tot hogere belastingen en premies wordt de economische groei geraakt.** Als de stijging van de zorguitgaven niet ten koste gaat van andere collectieve uitgaven, dan zullen de collectieve zorgpremies en de belastingdruk jaar op jaar stijgen. Dit betekent bij de huidige manier van financieren dat werkenden een steeds groter deel van elke verdiende euro verplicht moeten afdragen. Een hoge lastendruk kan mensen afschrikken toe te treden tot de arbeidsmarkt, respectievelijk meer uren te werken of te investeren in *human capital*. Dit heeft negatieve effecten op de internationale concurrentiepositie en de economische groei.

#### 1.4 Voor houdbare overheidsfinanciën moet het groeipad van de zorguitgaven naar beneden

16. **De term houdbaarheid kent verschillende perspectieven.** Vanuit maatschappelijk oogpunt is het zorgstelsel houdbaar als de publieke belangen (macrobetaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid) in balans zijn. Als de zorguitgaven structureel sterker groeien dan het BBP, leidt dit tot toenemende concurrentie met andere collectieve uitgaven, druk op de verplichte solidariteit en het arbeidsaanbod. Een dergelijke groei is vanuit financieel perspectief niet houdbaar<sup>6</sup>. De overheidsfinanciën worden houdbaar genoemd als bestaande collectieve arrangementen kunnen worden voortgezet zonder dat daarvoor belastingen en premies moeten worden verhoogd. Zo hebben verschillende generaties evenveel profijt van collectieve voorzieningen.
17. **De vergrijzing van de bevolking rechtvaardigt dat de zorguitgaven iets harder groeien dan andere collectieve uitgaven.** Een vergrijzende bevolking heeft relatief meer behoefte aan zorg. Om die reden is een beperkte

---

<sup>6</sup> Dat wil zeggen als wordt uitgegaan van ceteris paribus situaties waarin de relatieve prijsverschillen tussen sectoren en de vraag naar collectieve diensten constant blijven.



verdringing van andere uitgaven door het zorgstelsel vanuit maatschappelijk oogpunt verdedigbaar. De Taskforce beveelt aan om voor de collectieve zorguitgaven uit te gaan van een groeipad dat overeenkomt met de structurele groei van de economie en de demografische ontwikkeling.

18. **Een reëel groeipad gelijk aan welvaartsgroei plus demografie is nu voldoende om de epidemiologische trend te accommoderen.** Dit groeipad komt tegemoet aan demografische veranderingen. De toekomstverkenningen van het RIVM impliceren dat de epidemiologische zorgvraag van een tiental grote aandoeningen tot 2030 met 2,3-2,6% per jaar stijgt<sup>7</sup>. Het voorgestelde reële groeipad is grosso modo voldoende om deze groei op te vangen.
19. **Dit groeipad is een grote stap richting houdbare zorguitgaven.** Het voorgestelde groeipad sluit aan bij het scenario lagere kosten van de trendanalyse van het CPB en de door dit instituut gemaakte vergrijzingstudie. Met dit groeipad wordt een grote stap gezet richting houdbaarheid. De totale overheidsfinanciën, inclusief bijvoorbeeld de uitgaven voor AOW, zijn dan overigens nog niet houdbaar: de zorg levert met dit groeipad immers nog geen bijdrage aan verkleining van het houdbaarheidsprobleem dat ontstaat door de invloed van de demografische ontwikkeling op de totale overheidsuitgaven. Dit houdbaarheidsprobleem kan worden aangepakt door in de toekomst collectieve arrangementen te versoberen of de belastingen en premies te verhogen. Dit vereist een maatschappelijke afweging, waarbij ook de zorguitgaven weer kunnen worden betrokken.
20. **Een lager groeipad vermindert de potentiële tekorten op de arbeidsmarkt voor de zorg.** De benodigde hoeveelheid arbeidskrachten voor de zorg is sterk afhankelijk van de groei van de zorgvraag en de arbeidsproductiviteit in de zorg. Bij het voorgestelde groeipad zal de vraag naar arbeidskrachten in de zorg naar verwachting bijna de helft minder stijgen dan in het huidige groeipad.
21. **Het lagere groeipad betekent een forse opgave.** De optelsom van economische groei en demografie impliceert een toekomstige reële uitgavenstijging van ongeveer 1%-punt boven de structurele groei van de economie. Op dit moment ligt de reële uitgavenstijging in de zorg bijna 3%-punt boven de structurele economische groei. Dit betekent dat de groei van de zorguitgaven 1,5 tot 2%-punt lager moet liggen dan het huidige groeipad. Dat komt voor de komende jaren neer op ongeveer € 1 miljard minder groei van de zorguitgaven per jaar.
22. **Om deze ambitie te realiseren moeten alle denkbare maatregelen worden genomen.** Om op een houdbaar groeipad voor de collectieve zorguitgaven te komen is het noodzakelijk dat alle onderliggende oorzaken met een integrale strategie worden aangepakt waarbij de verschillende instrumenten aan de aanbod- en de vraagzijde elkaar versterken. Dat betekent én de doelmatigheid van het stelsel verbeteren én het pakket tegen het licht houden én de eigen betalingen verhogen. Daarover gaan de hoofdstukken 2 en 3.

---

<sup>7</sup> RIVM, Deelrapport Tijd en Toekomst, Volksgezondheidstoekomstverkenningen 2010 Bilthoven, 2010, p. 45. Hierbij gaat het om de volumegroei.

## 2 Oorzaak snel stijgende collectieve zorguitgaven

### 2.1 Het zorgstelsel accommodeert uitgavenverhogende trends

1. **De huidige groei van de zorguitgaven is hoger dan nodig op basis van demografische en epidemiologische trends.** De Taskforce onderscheidt drie onderliggende trends als oorzaak van de stijgende zorguitgaven in het afgelopen decennium:
  - De productiviteit is zowel in de curatieve als de langdurige zorg toegenomen, maar dit heeft op macroniveau niet geresulteerd in minder snel stijgende zorguitgaven.
  - Het begrip 'zorg' wordt steeds meer opgerekt.
  - Door de hoge volumegroei is de samenstelling van de zorg veranderd: de gemiddelde zorgzwaarte is afgenomen.

Deze trends beïnvloeden elkaar. Kern is dat de institutionele vormgeving een grote invloed heeft op de wijze waarop brede maatschappelijke ontwikkelingen enerzijds en de zorgverlening door de professional anderzijds leiden tot hogere zorguitgaven. Figuur 2.1 illustreert dat zich tussen deze macro-ontwikkelingen en microhandelingen een raamwerk van institutionele factoren bevindt waarbinnen de partijen in de zorgsector opereren. Die factoren kunnen de uitgaven verder opstuwten of juist afremmen.

*Figuur 2.1 Interactie maatschappelijke trends, institutionele vormgeving en zorgverlening*



2. **Maatschappelijke ontwikkelingen hebben een opwaarts effect op de zorguitgaven:**
  - De stijgende welvaart zorgt ervoor dat mensen steeds hogere verwachtingen hebben over de zorg die ze ontvangen, bijvoorbeeld zorg/behandeling in eenpersoonskamers.
  - Sociaal-culturele ontwikkelingen zoals de toegenomen mondigheid en meer eenpersoonshuishoudens leiden tot een hogere zorgvraag.
  - De toename van het aantal ouderen en chronisch zieken leidt eveneens tot een hogere zorgvraag.
  - Medische technologie en innovaties bieden nieuwe soms goedkopere behandelmogelijkheden, maar leiden per saldo toch tot hogere uitgaven door indicatieverruiming.
  
3. **De institutionele inrichting van het zorgstelsel heeft grote invloed op de mate waarin uitgavenopdrijvende trends doordringen in de zorgverlening.** De interactie tussen professional en zorgvrager moet idealiter leiden tot een passend aanbod op een gepaste, objectieve zorgvraag. Maar is deze zorgvraag eigenlijk wel altijd gepast? Is de patiënt zich voldoende bewust van de kosten? En hoe objectief is de indicatiestelling? Kijkt de zorgverlener alleen naar de passendheid van de indicatie en behandeling? Of laat hij ook private belangen meewegen, bijvoorbeeld wanneer het inkomen van de professional deels afhankelijk is van de indicatiestelling en de hoeveelheid geleverde zorg? De invloed van de institutionele factoren op de zorgverlening is groot en loopt bijvoorbeeld via de pakketregulering, de bekostiging, de transparantie, de kwaliteitswetgeving en de eigen betalingen. Recent onderzoek van het RIVM wijst ook in de richting van beleid en instituties als belangrijkste verklarende factor voor kostenstijgingen<sup>8</sup>. Dit is ook de conclusie die de Taskforce verbindt aan het onderzoek dat KPMG/Plexus op zijn verzoek heeft verricht<sup>9</sup>. Het CPB concludeert in de MLT 2012-2015 dat het beleid in de jaren 2000-2008 per saldo een *verhogend* effect heeft gehad op de zorguitgaven.
  
4. **De complexiteit van de zorg werkt *camel noses* in de hand.** De afgelopen jaren is er in de zorg een behoorlijk aantal snelle groeiers gesignaleerd (zie tabel 2.1). In de regel ligt hier nieuw beleid aan ten grondslag. De forse budgettaire effecten waren aanvankelijk meestal lager ingeschat. Bijlage 3 geeft meer inzicht in de groei naar deelvaders. De hoeveelheid *camel-noses* weerspiegelt de complexiteit van het stelsel. De zorg is bij uitstek een sector waar markt- en overheidsfalen respectievelijk strategisch gedrag van actoren een belangrijke rol spelen. Marktmacht, informatieasymmetrie, aanbodgeïnduceerde vraag, coördinatieproblematiek, transactiekosten en niet transparante dienstverlening, het is allemaal in ruime mate aanwezig. Dit maakt dat beleid zowel 'marktfalen' als 'overheidsfalen' moet oplossen. Het gevolg is een complex en hybride systeem, waar de marktwerking door de overheid wordt gereguleerd en de door de overheid bepaalde budgetten marktprikkels bevatten.

---

<sup>8</sup> RIVM, Determinanten van volume-groei in de zorg, Bilthoven, 2010.

<sup>9</sup> KPMG Plexus, Onderzoek Excess Growth, Breukelen, mei 2012, p. 24, 76.

Tabel 2.1 Camel noses in de zorg

	Periode	Jaarlijkse groei
Persoonsgebonden budget	2005 - 2010	19%
Extramurale verslavingszorg	2004 - 2010	18%
Curatieve jeugd GGZ	2004 - 2010	16%
Begeleiding V&V	2005 - 2007	39%
Huisartsen (ketens, innovaties)	2006 - 2009	16%

5. **Zorginhoudelijk is er sprake van een snelle groei van het aantal chronische aandoeningen en beperkingen:** diabetes, beroertes, depressies, autisme, dementie lichte verstandelijke beperkingen etc. Dit geldt wederom zowel voor de curatieve als langdurige zorg (waar bijvoorbeeld de levensverwachting van mensen met het syndroom van Down groeit). Functies die veel aandacht vergen bij de behandeling van chronische aandoeningen: leefstijl, consultatie, zelfmanagement, e-health en verbindingen met aanpalende sectoren. Na initiële specialistische zorg, kan deze zorg veelal op 'generalistische' basis in de wijk plaatsvinden.
6. **Mensen overlijden steeds vaker aan complexe aandoeningen:** auto-immuunziekten, veel zogenaamde 'zeldzame' ziekten en – vooral – de oncologie. De complexiteit van behandeling en verzorging neemt verder toe door het groeiende aantal patiënten met comorbiditeit. Voor deze groepen heeft de ideale zorgorganisatie het karakter van een 'solution shop'<sup>10</sup>. Dat wil zeggen dat een breed palet noodzakelijke specialismen en intramurale capaciteit aanwezig moet zijn, zoals topdiagnostiek en R&D-functies. De aanpak is multidisciplinair. In de curatieve zorg hebben we het dan de facto vooral over de academische en de topklinische ziekenhuizen. In de langdurige zorg zijn er ook instellingen met specialistische en bovenregionale functies, maar is het (top)zorglandschap meer gefragmenteerd.

## 2.2 Toegenomen productiviteit leidt niet tot lager groeipad zorguitgaven

7. **Trendbreuk in ontwikkeling productiviteit.** Sinds de eeuwwisseling is de productiviteit in de zorg fors toegenomen. Inmiddels wordt door sommigen zelfs betwijfeld of de zogenaamde ziekte van Baumol in de zorg nog wel bestaat<sup>11</sup>. Drie aspecten spelen een rol: betere meetmethoden van volume en kwaliteit, extra schaalvoordelen die samenhangen met de versnelling van de volumegroei en tot slot extra winst door een lager ziekteverzuim, specialisatie en organisatorische innovaties.
8. **Productiviteitswinst is groter in de curatieve zorg dan in de langdurige zorg.** Uit bevindingen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) blijkt een jaarlijkse productiviteitsgroei van 2,3%. Uit onderzoek in opdracht van de Taskforce blijkt dat de productiviteit met name vanaf de tweede helft

<sup>10</sup> C.M. Christensen, The innovators prescription. A disruptive solution for health care. McGraw Hill, 2008.

<sup>11</sup> E. Eggink en J.L.T. Blank, Ziekenhuiszorg, in B. Kuhry en F. de Kam (red.) Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten, SCP, Den Haag, 2012, p. 104.

van het afgelopen decennium steeds sterker is toegenomen<sup>12</sup>. Dit geldt vooral voor de curatieve zorg. In de langdurige zorg neemt de productiviteit ook toe, maar is het totaalbeeld meer diffuus<sup>13</sup>. Een definitieve uitspraak over de productiviteit in de langdurige zorg kan op basis van het beschikbare onderzoek nog niet worden gegeven. Wel is aannemelijk dat een verdere verschuiving naar extramurale zorg tot verdere productiviteitswinst leidt.

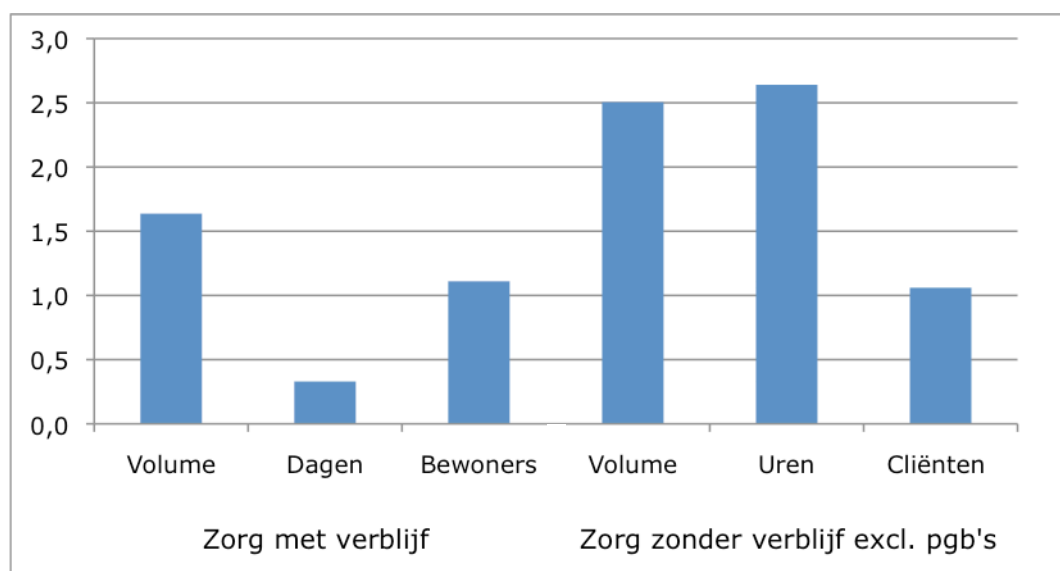
9. **Productiviteitswinst wordt beperkt omgezet in lagere prijzen, zij accommodeert vooral meer zorg.** Om de productiviteitswinst te verzilveren in de vorm van een lager groeipad moet sprake zijn van een drukkend effect op de prijsstijging in de zorg. Dit is een taak van zorginkopers en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (gereguleerde delen). Het beleid beoogt dat zorgverzekeraars en zorgkantoren zo scherp onderhandelen dat zij de productiviteitsstijgingen verzilveren in de vorm van lagere tarieven. De NZa kan in de gereguleerde segmenten productiviteitsstijgingen betrekken bij de vaststelling van tarieven. Dit gebeurt op dit moment echter niet of nauwelijks: de tarieven en budgetten weerspiegelen de hogere productiviteit onvoldoende. In Engeland gebeurt dit wel: daar worden productiviteitsstijgingen ex-ante in tarieven en budgetten verwerkt.
10. **Lagere tarieven alleen zijn niet voldoende, het volume moet worden beperkt en dit impliceert een ander zorglandschap.** In het B-segment zijn de prijzen behoorlijk verlaagd. Echter, dit positieve effect is meer dan tenietgedaan door een op onderdelen zeer sterke groei van het volume. Het is dus niet voldoende om alleen de prijzen te beheersen. In de medisch-specialistische zorg is hier een eerste stap gezet met het hoofdlijnenakkoord waarin afspraken zijn gemaakt over minder groei. Beperking van volumegroei vraagt uiteindelijk ook om beperking van capaciteitsgroei - vooral door een verschuiving van grootschalige intramurale aanbieders naar kleinschaliger (extramurale) aanbieders. Momenteel bestaat er een aanzienlijke hoeveelheid onbenutte bedden capaciteit, vooral in de ziekenhuizen waar de omvang soms tot schaalnadelen leidt. Bij voorkeur loopt zo'n verschuiving via de inkoper.
11. **Sinds een aantal decennia wordt de zorg meer extramuraal geleverd en neemt de gemiddelde verblijfsduur in de instellingen steeds verder af.** Dit geldt zowel voor de curatieve als de langdurige zorg. Figuur 2.2 illustreert dat het aantal dagen in de ouderinstellingen minder hard stijgt dan het aantal bewoners. De verblijfsduur neemt dus af. In de ouderenzorg is de gemiddelde verblijfsduur teruggelopen. In de ziekenhuizen is de gemiddelde opnameduur teruggelopen van 7,3 dagen in 1996 tot nog maar 4,6 dagen in 2008. Dit betekent dat de bulk van de curatieve zorg wordt geleverd op de polikliniek, in dagbehandeling of met een zeer kortdurende opname van twee of drie dagen. Alleen voor een beperkte groep zware aandoeningen blijft een volledige hotelfunctie noodzakelijk.

<sup>12</sup> NVZ, Brancherapport 2011, Zorg op doorreis, Utrecht 2012, p. 21; Kiwa Prismant, Productiviteitswinst in de Zorg. Who gets what, when and how? Utrecht, 2012.

<sup>13</sup> B. Kuhry en F. de Kam (red.) Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten, SCP, Den Haag, 2012; Kiwa Prismant, Productiviteitswinst in de Zorg. Who gets what, when and how? Utrecht, 2012.

12. **Dit maakt een continue aanpassing van de 'zorginfrastructuur' nodig, maar kent het risico dat de afbouw van capaciteit (steeds meer) achter de feitelijke zorgtrend aanloopt.** In het verleden is niet altijd even goed op de dalende behoefte aan 'stenen' geanticipeerd. Doordat instellingen geen risico liepen over bouwkundige investeringen, zijn er te veel middelen in 'stenen' gaan zitten. Nu instellingen risico (gaan) lopen op de kapitaallasten, zullen investeringsbeslissingen worden aangepast. De 'objectieve' zorgvraag zal dan meer leidend worden. Daarnaast zijn ook de budgettaire kaders in het verleden – door hun historische opbouw – door overheid en zelfstandige bestuursorganen maar beperkt aangepast aan deze ontwikkelingen.

Figuur 2.2 Gemiddelde jaarlijkse procentuele volumegroei in de ouderenzorg (2004–2010)<sup>14</sup>



### 2.3 Oprekking van het begrip 'zorg'

13. **De definitie van 'zorg' wordt steeds verder opgerekt.** Er wordt steeds meer gedefinieerd in termen van ziekte en gezondheid<sup>15</sup>. Definiëring en categorisering van ziekte gebeurt onder andere via de zich uitbreidende ICD- en DSM-classificaties, vastgesteld door de beroepsgroep. Steeds meer zorg bereikt zo steeds meer mensen.
14. **Curatieve zorg gevoelig voor indicatieverruiming.** In internationaal perspectief is het pakket in de curatieve zorg vergelijkbaar met dat in de ons omringende landen. Wel zijn er indicaties dat de *feitelijke zorgverlening* binnen dit pakket heeft geleid tot een verbreding van de doelgroep, door onder andere een steeds ruimere indicatiestelling. De zorg is op patiëntniveau dus feitelijk

<sup>14</sup> Bron: Ontwikkelingen van prijs en volume voor verpleging en verzorging, 1998-2010 (CBS, mei 2012)

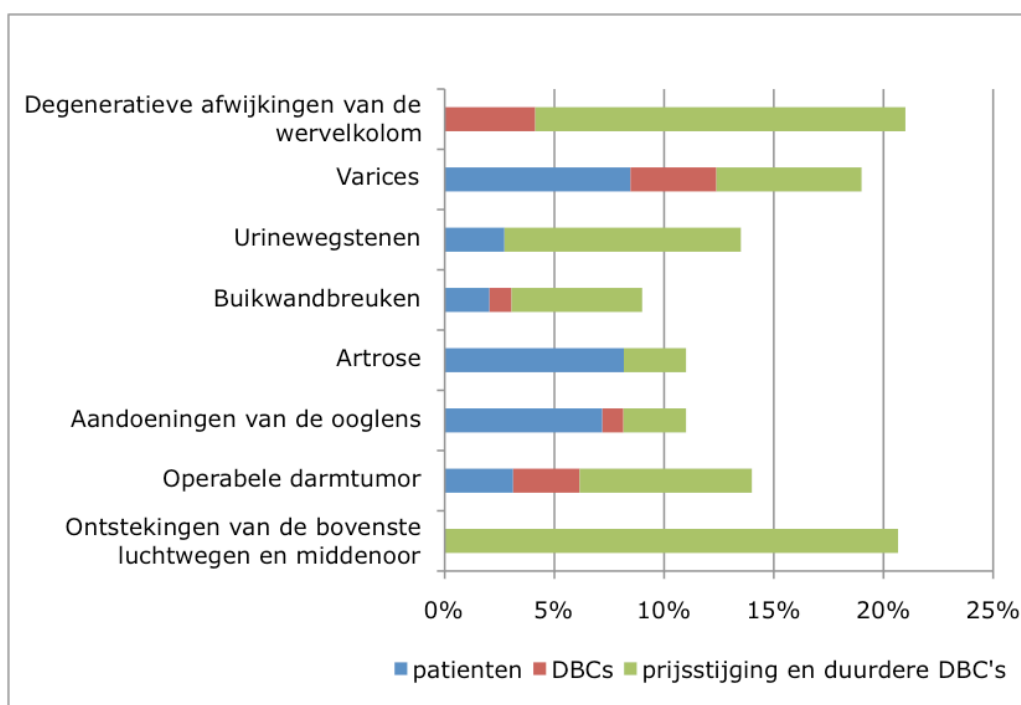
<sup>15</sup> J.J. Polder, S.J. Kooiker en F. van der Vlucht, *De Gezondheidsepidemie. Waarom wij gezonder én zieker worden?* Reed Business, 2012.

duurder geworden<sup>16</sup>. Figuur 2.3 maakt dat duidelijk. De NZa doet voor een achtstal, overwegend wat lichtere ziekenhuisindicaties, de volgende observaties:

- de bijdrage van het toegenomen aantal patiënten op de kostenstijging lijkt beperkt;
- wel neemt het aantal Diagnose Behandel Combinaties (DBC) per patiënt toe;
- patiënten zien vaker verschillende specialisten;
- indicaties voor (zwaardere) ingrepen zijn verruimd;
- er is een verschuiving naar (duurdere) minimaal of niet invasieve technieken;
- de prijs is gestegen of er wordt een duurdere DBC geopend.

De conclusie: op patiëntniveau wordt er meer en duurdere zorg verleend. Dit doet besparingen door eventueel lagere tarieven meer dan teniet.

*Figuur 2.3 Volume en prijseffect van acht behandelingen (2006-2008, per jaar)*



15. **Beperkt toezicht op gepast gebruik belemmert de uitstroom van ongepaste zorg.** De uitstroom uit het pakket van zorg die niet noodzakelijk, niet effectief, niet doelmatig – kortom ‘ongepast’ is – of voor eigen rekening kan komen, houdt geen gelijke pas met de instroom. Omdat zorg vaak voor een bepaalde, selecte groep wel noodzakelijk, effectief en doelmatig kan zijn, is formele uitstroom uit het pakket vaak niet aan de orde.

Waar zorgverleners/zorgaanbieders moeten staan voor de rechtmatigheid van declaraties, bestaat hiervoor in de praktijk weinig aandacht. Zorgverzekeraars hebben een informatieachterstand, want de indicatiestelling blijkt niet uit de declaratie<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> NZa, Marktscan Medisch specialistische zorg, weergave van de markt 2006-2011, Utrecht, december 2011, p. 63.

<sup>17</sup> Via het Project Intensivering Controle en Toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw (PInCeT) beoogt WVS de handhaving en het toezicht op dit punt te versterken.

16. **Effectiviteit poortwachtersfunctie bij de huidige toenemende zorgvraag niet geheel duidelijk.** Internationaal onderzoek toont aan dat de zorguitgaven per hoofd van de bevolking lager liggen in landen met een sterke eerste lijn<sup>18</sup>. Daarnaast is aangetoond dat een toegankelijke en effectieve eerste lijn leidt tot betere zorguitkomsten zoals een lagere mortaliteit, een hogere levensverwachting en hogere patiënttevredenheid. De afgelopen jaren lijkt de poortwachtersfunctie echter minder effectief te zijn in het remmen van de toevloed aan nieuwe zorgvraag. Sinds 2000 stijgt het aantal verwijzingen naar medisch specialisten per 100 contacten met 2,6% per jaar<sup>19</sup>. Met name de doorverwijzingen naar de gastro-enterologie en de psychiatrie zijn explosief gestegen. Problematisch is ook dat de huisarts in toenemende mate niet meer hoeft te worden geconsulteerd. Zo is de groei van het aantal personen dat aanspraak maakt op de fysiotherapie na de invoering van de directe toegang in 2006 gestegen<sup>20</sup>. Daarnaast zijn er in toenemende mate mogelijkheden om zonder tussenkomst van de huisarts gebruik te maken van tweedelijnszorg ('bypasses'), bijvoorbeeld via de SEH of 'pretpoli's'<sup>21</sup>. Dit alles duidt op het bestaan van een significant verbeterpotentieel.
17. **De langdurige zorg is in ruime mate collectief georganiseerd en is goed toegankelijk.** Het Nederlandse stelsel bevindt zich met onder andere Zweden en Denemarken in een cluster landen met een stelsel dat financieel gezien genereus en erg patiëntvriendelijk is<sup>22</sup>. Deze landen kennen brede aanspraken, een goede toegankelijkheid en een geformaliseerde zorgverlening. Zeker waar het gaat om het aanbod van informele zorg voor ouderen blijft Nederland achter<sup>23</sup>.
18. **Veel mensen ontvangen intramurale zorg.** Deels betreft dit een erfenis uit het verleden. Verzorgingshuizen – een belangrijke determinant van deze hoge intramurale zorg - kwamen mede voort uit specifiek volkshuisvestingsbeleid voor ouderen. Het is echter opvallend dat in Nederland ook het aantal mensen jonger dan 65 jaar met intramurale zorg relatief hoog is. In de meeste landen krijgt deze groep juist veel meer zorg in de eigen omgeving (*community care*).

#### ***Beperkte rem op de vraag bij gebrek aan kostenbewustzijn in curatieve zorg***

19. **De opbrengst aan eigen betalingen ligt in de curatieve zorg inmiddels in lijn met andere landen.** OESO-cijfers laten voor Nederland traditioneel een relatief laag aandeel van de eigen betalingen zien. In deze cijfers worden het verplicht eigen risico en de eigen betalingen echter niet meegenomen. Figuur 2.4 corrigeert hiervoor en dan blijkt dat de opbrengst van eigen betalingen in de pas gaat lopen met ons omringende landen. Dit geldt zeker na de recente verhoging van het eigen risico van € 170 naar € 220 in 2012 en naar € 350 in

---

<sup>18</sup> Starfield, B. et al. Contributions of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly. 2005. 83(3).

<sup>19</sup> KPMG Plexus (2012), Onderzoek naar de effectiviteit van poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel 2000-2010, Breukelen, mei 2012, p. 42.

<sup>20</sup> Idem, p. 53.

<sup>21</sup> Idem, p. 39.

<sup>22</sup> Kraus, M. et al, 'How European Nations Care for their Elderly', European Network of Policy Research Institutes, PolicyBrief nr. 7, July 2011.

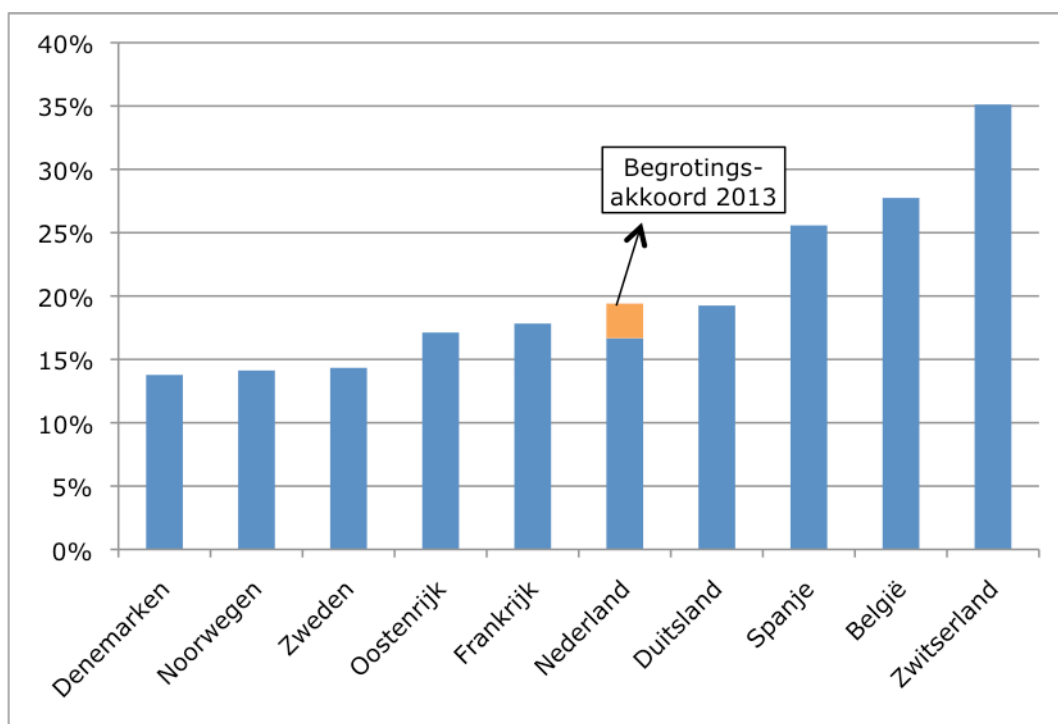
<sup>23</sup> Geerts, J., P. Willemé en E.S. Mot (eds.), 'Long-term care use and supply in Europe: projections for Germany, the Netherlands, Spain, and Poland', European Network of Policy Research Institutes, Research Report 116, April 2012.



2013. Naar verwachting liggen de eigen betalingen in 2013 ongeveer op het huidige niveau van Duitsland en Frankrijk.

20. **Tegelijkertijd is de maximale hoogte van eigen betalingen per patiënt relatief laag.** Nederland kent een eigen risico met een zeer brede grondslag. Daardoor wordt er macro een behoorlijke opbrengst gerealiseerd, terwijl de maximale eigen betalingen relatief gezien beperkt blijven. In de ons omringende landen wordt naast het eigen risico veel meer met losse eigen bijdragen gewerkt. Dit leidt tot relatief hoge maximumbedragen per persoon in andere landen: in België geldt een maximum eigen betaling van € 450 voor mensen die zijn aangemerkt als kwetsbaar en lage inkomens hebben, voor mensen met hogere inkomens is het maximum € 1.800; in Finland geldt een maximum van € 590 voor ambulante/klinische zorg plus € 630 euro voor geneesmiddelen; in Noorwegen en Spanje gelden maxima van respectievelijk € 537 en € 500 (€ 1000 per huishouden) per jaar.

Figuur 2.4 Percentage private betalingen curatieve zorg (2008)<sup>24</sup>



21. **Hogere eigen betalingen in de curatieve zorg leiden tot meer kostenbewustzijn en, onder voorwaarden, tot een lager zorggebruik.** Het remmen van de zorgvraag kan een bijdrage leveren aan het bijhouden van de groeiende zorgkosten. Uit diverse onderzoeken blijken aanzienlijke remeffecten, afhankelijk van de prijsgevoeligheid van een specifieke zorgdienst. Dit effect neemt toe naarmate verzekerden beter op de hoogte zijn van de structuur van de eigen betalingen. Tegelijkertijd liggen er dan nog wel enkele specifieke opgaven om deze opbrengst ook daadwerkelijk te realiseren:

<sup>24</sup> Bron: OESO/CBS, bewerking VWS.

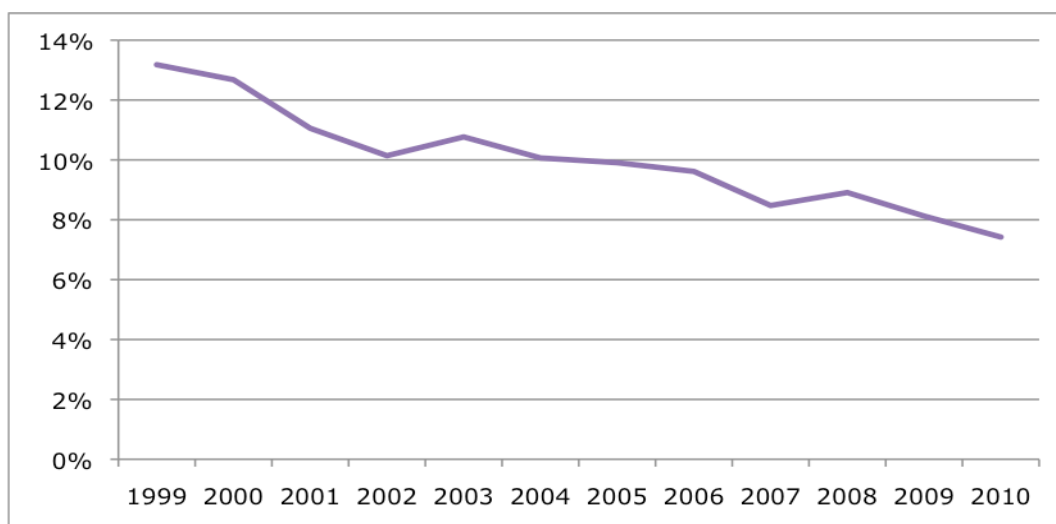
- specifieke eigen betalingen kunnen leiden tot extra vraag naar andere (zorg)diensten;
- door herverzekering<sup>25</sup> vervallen de prikkel en het gedragseffect;
- aanbodgeïnduceerde vraag doet afbreuk aan de prijsgevoeligheid en stimuleert opvulling van de ruimte die ontstaat door lagere zorgvraag;
- uitstel van noodzakelijke zorg kan vooral bij chronisch zieken leiden tot besparingsverliezen later in de tijd.

22. **Het eigen risico werpt een drempel op, maar eenmaal 'vol' is er geen remeffect meer.** Het eigen risico wordt relatief snel vol gemaakt. De hoeveelheid zorg die hier bovenuit gaat wordt niet of nauwelijks beïnvloed. Het eigen risico werkt als drempel: 'ga ik naar zorg of niet'. Als het eigen risico eenmaal vol is kan 'compensatiegedrag' ontstaan dat tot uiting komt in extra zorgvraag.

### ***Beperkte rem op de hoeveelheid zorg per cliënt in de AWBZ***

23. **De opbrengst van de eigen betalingen in de langdurige zorg blijft achter.** Figuur 2.5 laat zien dat het aandeel van de eigen betalingen in de financiering van de AWBZ is teruggelopen. In de toekomst zal deze trend zich zonder nieuw beleid blijven voordoen. Dit heeft twee redenen: 1) de kosten van de langdurige zorg stijgen harder dan de inkomens, en de AWBZ kent inkomensafhankelijke eigen bijdragen; 2) de vraag naar extramurale zorg stijgt veel sneller en hier is – in tegenstelling tot bij de intramurale zorg – geen sprake van eigen betalingen ter dekking van de hotelmatige kosten.

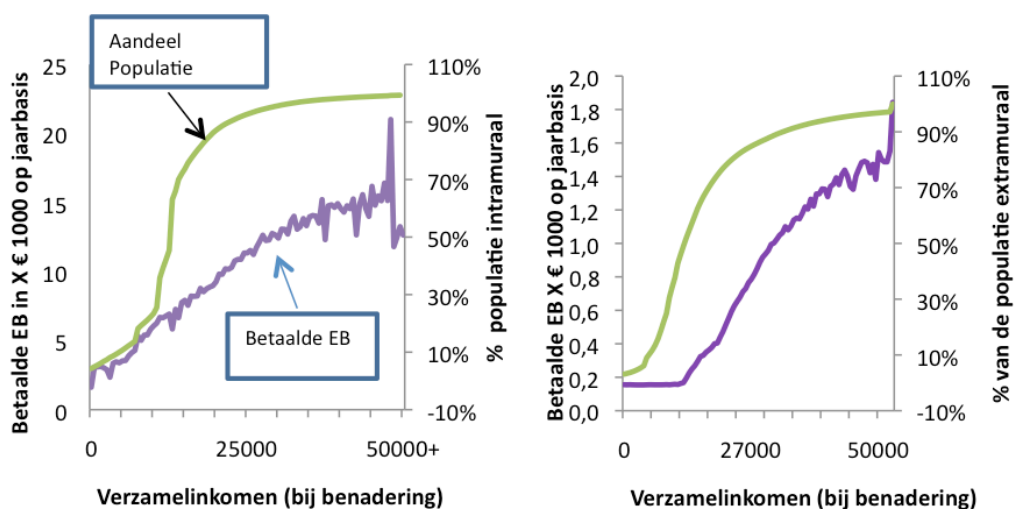
*Figuur 2.5 Aandeel eigen bijdragen in totale AWBZ-uitgaven*



<sup>25</sup> Dit komt op dit moment slechts op beperkte schaal voor, met name in de kraamzorg en bij geneesmiddelen.

24. **In de intramurale langdurige zorg zijn de eigen betalingen per patiënt hoog.** De eigen bijdrage in de intramurale AWBZ is nu al fors: lage inkomens houden net iets meer over dan zak- en kleedgeld; hogere inkomens betalen een groot deel van hun bovenminimale inkomen. De inkomensafhankelijke eigen bijdragen die deze patiënten betalen, stijgen minder hard dan de totale uitgaven per patiënt. Een gevolg van de relatief hoge inkomensafhankelijke eigen betalingen is dat de hogere inkomens maar beperkt gebruik maken van intramurale AWBZ voorzieningen. Ongeveer 90% van de intramurale cliënten heeft overigens een inkomen beneden de € 25.000 (figuur 2.6).
25. **De extramurale eigen bijdrage per patiënt is minder hoog dan intramuraal.** Alleenstaanden rond het minimum betalen voor extramurale AWBZ-zorg nu maximaal € 157 per jaar en paren € 224 ongeacht de hoeveel zorg die ze afnemen. Personen met een hoog inkomen betalen een flinke eigen bijdrage, maar deze beslaat slechts een beperkt deel van de kosten. Er lijkt bij de extramurale AWBZ dus nog een beperkte ruimte om de eigen bijdragen te verhogen. Het SCP gaat er in zijn modellen vanuit dat mensen bij een groeiend inkomen ook steeds vaker kiezen voor volledige private particuliere zorg.

Figuur 2.6 Populatie en EB naar inkomen, intramuraal (links) en extramuraal (rechts)



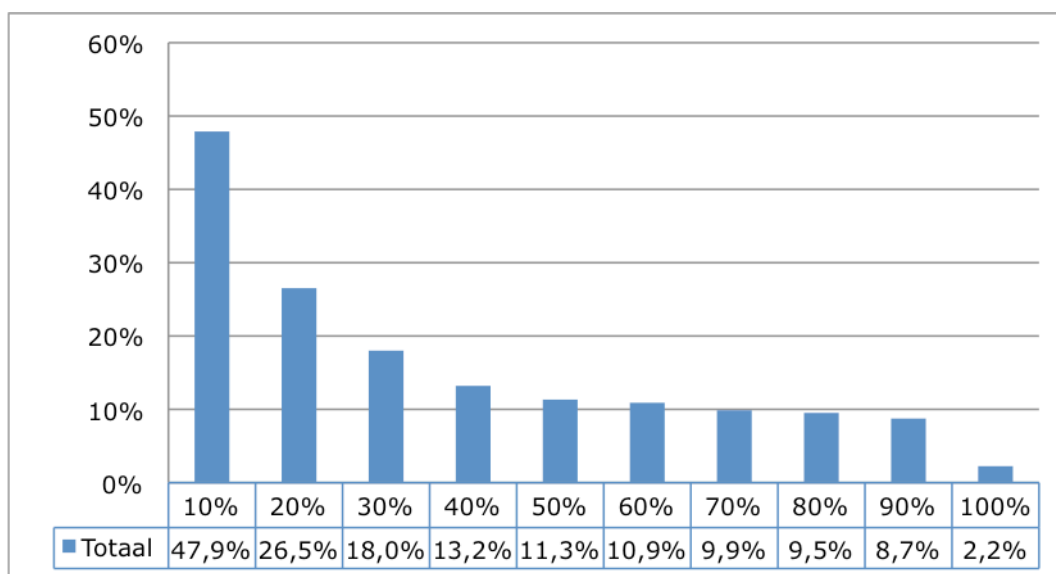
## 2.4 De aard van de zorg verandert: deze is steeds meer gericht op lichtere gevallen

26. **De zorg is in toenemende mate gericht op 'lichtere' gevallen.** Dit geldt zowel voor de curatieve als voor de langdurige zorg. Bovendien is sprake van een snellere stijging van zorg die relatief gevoelig is voor aanbodgeïndiceerde vraag en indicatieverruiming. De Taskforce heeft zich de vraag gesteld wat de invloed van dit extra volume op de ziektelast en de zorgzwaarte is geweest. De conclusie is dat de zorgzwaarte door deze snelle groei gemiddeld is afgenomen. Anders gezegd: er wordt meer lage ziektelast behandeld of verzorgd. Dit betekent niet direct dat deze zorg onnodig is, alleen dat de case-mix aan het veranderen is. Hiervoor zijn de volgende indicaties:

- De uitgaven voor 'lichtere' patiënten stijgen harder dan de totale uitgavengroei.
- Opnamekansen zijn in toenemende mate hoger voor jongere leeftijdsgroepen.
- In de AWBZ is vooral voor 'lichtere' indicaties en de persoonsgebonden budgetten (pgb) sprake van een heel snelle groei.
- Zorg gevoelig voor aanbodgeïnduceerde vraag (en praktijkvariatie) stijgt harder, een indicatie voor een toename van 'ongepast' gebruik.

27. **De uitgavengroei voor 'lichtere' patiënten is hoger dan de totale groei.** Het wegwerken van de wachtlijsten heeft geleid tot een lichtere case-mix voor de ziekenhuiszorg. Tussen 1998 en 2004 zijn de ziekenhuisuitgaven voor de vijftig procent goedkoopste patiënten bijna twee keer zo snel toegenomen als de uitgaven voor de vijftig procent duurste patiënten<sup>26</sup>. Onderzoek in opdracht van de Taskforce laat eenzelfde beeld zien voor de jaren 2006-2008 (figuur 2.7)<sup>27</sup>.

Figuur 2.7 Jaarlijkse stijging uitgaven Zvw naar kostenklasse (2006-2008)



### ***Opnamekansen in toenemende mate hoger voor jongere leeftijdsgroepen***

28. **De zorg voor relatief jongere leeftijdsgroepen is sterker gegroeid in 2006-2008.** Het RIVM concludeert in zijn meest recente 'kosten van ziekten' studie dat ouderen en jongeren over de hele periode 2000-2010 eenzelfde uitgavengroei hebben meegemaakt. Voor ouderen was deze groei geconcentreerd in de periode 2000-2005; voor jongeren juist in de periode 2006-2010. Dit beeld wordt bevestigd door de leeftijdsspecifieke stijging van de kans op een ziekenhuisopname (figuur 2.8). Voor de oudere leeftijdsgroepen zien we voorts een verschuiving van ziekenhuiszorg naar de overige prestaties.

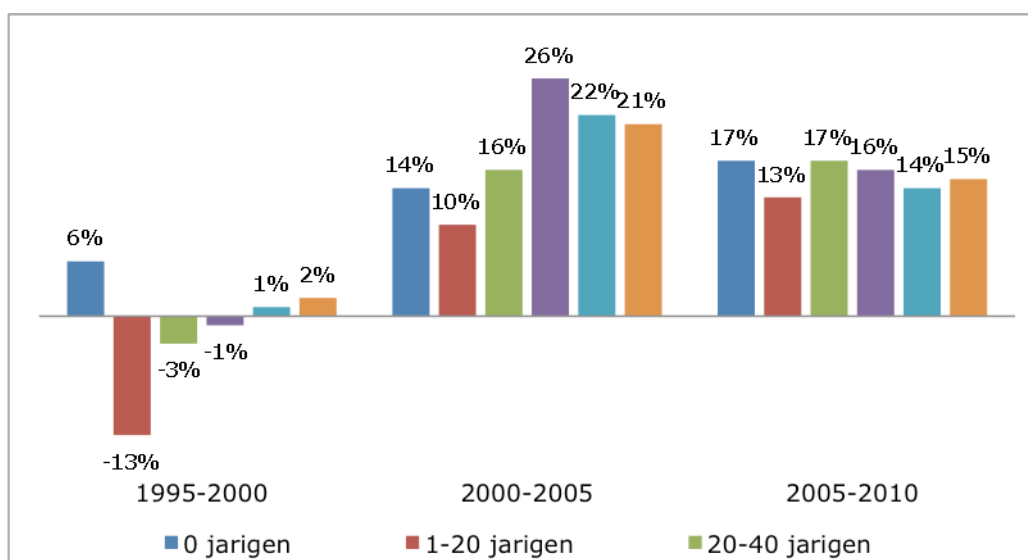
<sup>26</sup> Claudine Dölen-De Meijer, Studies of health and long-term care expenditure growth in aging populations, Proefschrift, Erasmus/iBMG, 2012.

<sup>27</sup> APE, Patiëntprofielen in de Zvw, GGZ en AWBZ, Den Haag, maart 2012.

Deze verschuiving duidt op substitutie naar de eerste lijn en lijkt per saldo kostenbesparend. Dit geldt ook voor chronisch zieken.

29. **De druk op de zorginhoudelijke prioriteitenstelling is afgenomen.** Door aanzienlijke budgetverruiming zijn de kosten een veel kleinere rol gaan spelen bij beslissing om al dan niet zorg te verlenen. De Taskforce ziet dit terugkomen in een sterke stijging van het volume.

*Figuur 2.8 Stijging leeftijdspecifieke kans op ziekenhuisopname (1995–2010)*

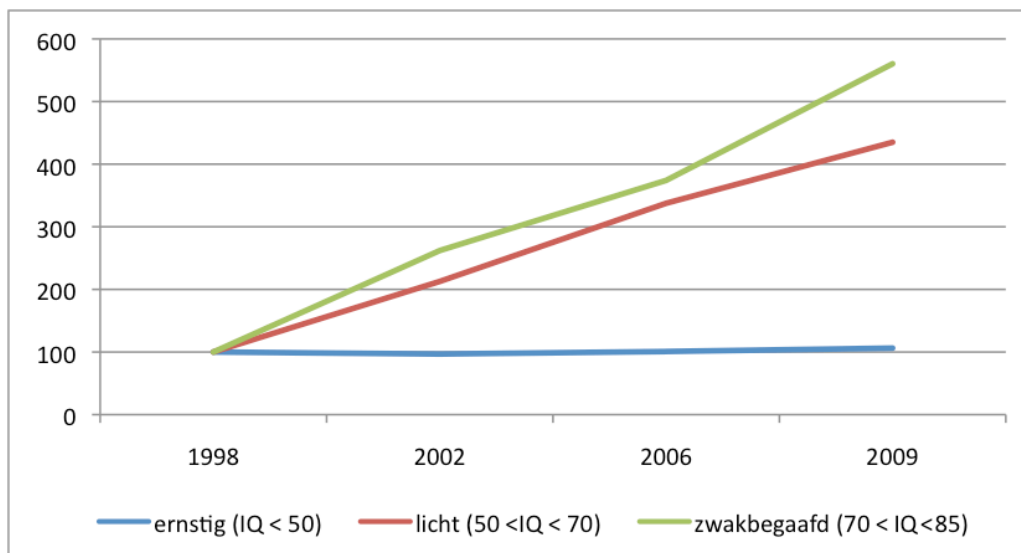


***In de AWBZ is er ook snelle groei bij de 'lichtere' indicaties***

30. **In de AWBZ is de zorg voor 'lichtere' patiëntengroepen eveneens hard gegroeid.** In de gehandicaptensector zijn de wettelijke aanspraken voor de 'lichtere' groepen sterk uitgebreid. Exemplarisch zijn de uitbreiding van zorg voor licht verstandelijk gehandicapten met een gedragsstoornis (2000) en de verbreding van de IQ-grens (2005). Figuur 2.9 illustreert hoe hard de zorg voor deze groepen is gegroeid; begeleiding (20% per jaar) en het kortdurende verblijf (19% per jaar) waren de snelste groeiers. In sommige regio's worden tot wel 500% meer positieve indicatiebesluiten voor jeugdigen afgegeven dan in andere<sup>28</sup>. Dit is opmerkelijk omdat de indicatiecriteria (IQ) hier relatief 'hard' zijn.

<sup>28</sup> KPMG Plexus, Onderzoek naar de effectiviteit van poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel 2000–2010, Breukelen, mei 2012.

*Figuur 2.9 Zorg voor 'licht' verstandelijk gehandicapten groeit sneller<sup>29</sup>*

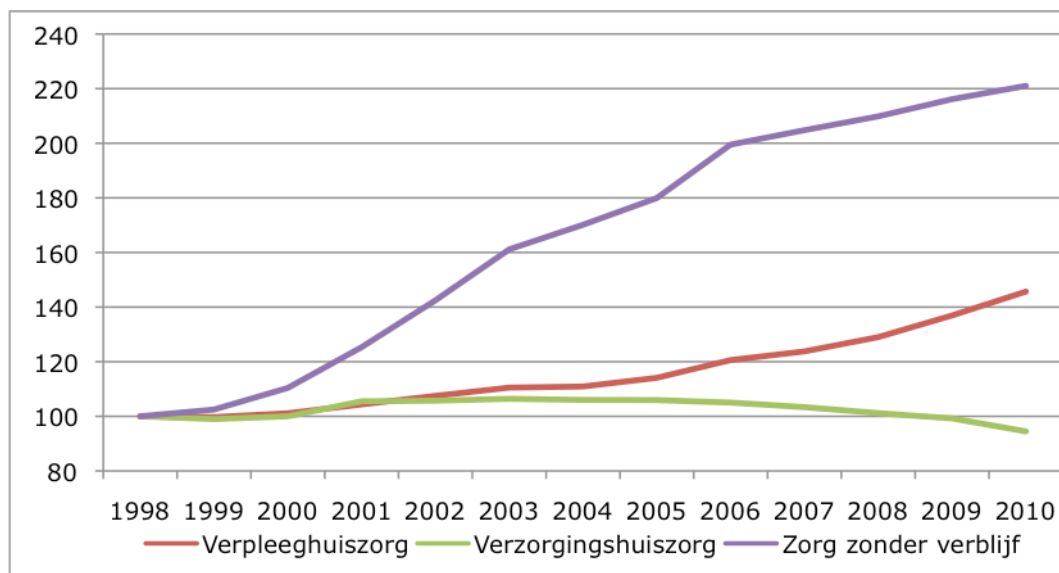


*(aantallen cliënten, index 1998=100)*

31. **In de verpleging en de verzorging zien we dat het aantal extramurale cliënten veel harder is toegenomen dan in de intramurale zorg.** Figuur 2.10 illustreert de snelle groei van de zorg zonder verblijf. Met name de groei van de pgb's en de functie begeleiding hebben zich sterk bovengemiddeld ontwikkeld. Dit duidt op een relatieve toename van lichtere patiëntgroepen. Steeds meer cliënten krijgen een indicatie voor begeleiding. Het is nu al zo dat het aantal intramurale cliënten in de verzorgingshuizen licht daalt (ondanks de demografische ontwikkeling). Dit betekent dat de gemiddelde zorgzwaarte in de intramurale ouderenzorg steeds meer toeneemt – zeker sinds de invoering van de zorgzwaartepakketten die een prikkel tot opschaling van zorg bevatten. De intramurale ouderenzorg wordt steeds meer gedomineerd door de verpleeghuiszorg.

<sup>29</sup> SCP, IQ met beperkingen, Den Haag, februari 2012.

Figuur 2.10 Volumegroei bij zorg met en zonder verblijf (index 1998=100)<sup>30</sup>



**Zorg die gevoelig is voor aanbodgeïndiceerde vraag en praktijkvariatie, stijgt harder dan zorg die dat niet is**

32. **Praktijkvariatie is niet bij elk type zorg even groot.** In de regel geldt: hoe kleiner de regionale variatie en de praktijkvariatie, hoe groter het wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit en hoe groter de noodzaak van de behandeling. Bij bijvoorbeeld heupfracturen, oncologie, traumazorg, schizofrenie of een verstandelijke handicap (IQ<50) is sprake van een relatief beperkte groei, afgezien van de oncologie waar medisch-technologische ontwikkelingen een belangrijke kostenopdrijvende invloed hebben. Het omgekeerde geldt ook. Hernia's, tonsillectomieën, stents, prostatectomieën, een licht verstandelijke handicap en knieprothesen kennen alle een grote mate van regionale variatie<sup>31</sup>. Zorg die gevoelig is voor praktijkvariatie is ook zorg die harder groeit. Een voorbeeld: de uitgaven voor heupfracturen – schoolvoorbeeld van een behandeling die weinig gevoelig is voor praktijkvariatie en budgettaire prikkels – zijn relatief weinig gestegen. Hier tegenover staat dat het aantal knieprothesen – waar praktijkvariatie een veel grotere rol speelt – per 10.000 inwoners sterk is gegroeid, van 4,6 in 2000 naar 11,2 in 2009. De helderheid van de indicatie voor een behandeling en de wijze van bekostiging spelen hier een belangrijke rol.

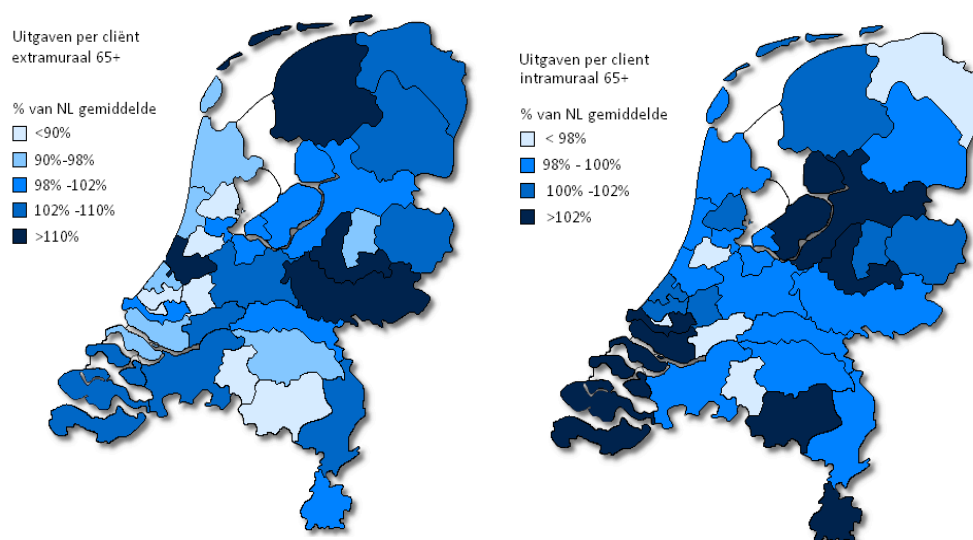
33. **Ook in de AWBZ bestaat er een aanzienlijke praktijkvariatie.** Praktijkvariatie is niet enkel voorbehouden aan de curatieve zorg. Zo is de spreiding in gecorrigeerde regionale indicaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg voor jeugdigen erg groot. Dit geldt ook voor de verstrekking van pgb's: in Flevoland wordt 30% van de AWBZ-indicaties omgezet in een pgb; in Kennemerland maar 12,5%. In algemene zin lijkt de praktijkvariatie het

<sup>30</sup> Bron: Ontwikkelingen van prijs en volume voor verpleging en verzorging, 1998-2010 (CBS, mei 2012).

<sup>31</sup> G.P. Westert, Minder zorg, meer kwaliteit. Naar minder onnodige zorg en ongepaste praktijkvariatie in de ziekenhuiszorg, IQ healthcare, Nijmegen, 2012.

grootst in de extramurale langdurige zorg. De gecorrigeerde variatie in uitgaven voor ouderen is extramuraal groter dan intramuraal (figuur 2.11).

Figuur 2.11 Variatie extramurale en intramurale uitgaven 65+



34. **Bij praktijkvariatie is het noodzakelijk om alert te zijn op ongewenste verschillen.** Gewenste praktijkvariatie ontstaat doordat patiënten verschillen. Praktijkvariatie kan ook ontstaan door koplopers die nieuwe (technologische) ontwikkelingen sneller implementeren. Dit is een gewenste vorm van praktijkvariatie. Praktijkvariatie kan echter ook een symptoom zijn van volumeoprijvende prikkels. Bij sommige zorg wordt het gebruik bepaald door de aanwezigheid van allerlei voorzieningen en infrastructuur, zoals MRI-scanners, separeerafdelingen en IC-bedden. Er lijkt sprake te zijn van een behoorlijke overcapaciteit aan bedden en sommige dure apparaten (PET-scan, DaVinci-robot). Praktijkvariatie kan ook worden veroorzaakt door prikkels in de beloning. Het CPB heeft onderzoek gedaan naar verschillen in productie tussen vrijgevestigden en specialisten in loondienst. Daaruit blijkt dat bij een zelfde 'zorgvraag', vrijgevestigden meer zorg leveren dan specialisten in loondienst. Met 1% meer vrijgevestigde specialisten neemt het aantal behandelingen met 0,4% toe; bij specialisten in loondienst betreft dit maar 0,15%<sup>32</sup>.

## 2.5 Conclusie: de zorg is het afgelopen decennium duurder geworden door ander beleid en andere instituties

35. **Drie trends – meer productiviteit, oprekking 'zorg' en meer 'lichte' zorg – hebben geleid tot een hoger groeipad van de zorguitgaven.** Dit hoofdstuk heeft laten zien dat de zorgsector productiever is geworden, maar dat dit niet heeft geresulteerd in lagere kosten. De productiviteitswinst is via hogere volumes ten goede gekomen aan de zorgvrager, vooral in de curatieve zorg. Deze volumegroei is verder gefaciliteerd door (bewuste) oprekking van

<sup>32</sup> R. Douven, R. Mocking en I. Mosca, The effects of physician fees and density differences on regional variation in hospital treatments, CPB Discussion Paper 208, 2012.



het begrip 'zorg' en door een gebrek aan remmende krachten bij de zorginkoper en de zorgvrager (beperkte eigen betalingen). De gemiddelde ziektelast en zorgzwaarte nemen af, een rechtstreeks gevolg van de hoge volumegroei bij 'lichtere' zorgvormen. Dit leidt tot een groei die hoger is dan mag worden verwacht op basis van demografische en epidemiologische trends.

36. **De intermediaire rol van beleid en instituties heeft dit hogere groeipad soms gestimuleerd en in ieder geval geacommodeerd.** Beleid en instituties zijn van grote invloed geweest op het hogere groeipad waar de zorguitgaven sinds 2001 zijn beland. Na het loslaten van de strakke aanbodbeheersing heeft het beleid zich met name gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid door het bevorderen van meer productie via een sterk productiegedreven bekostigingswijze. Dit gebeurde in zowel de curatieve zorg als de langdurige zorg. Deze productiegerichtheid aan de aanbodzijde is in het verleden maar beperkt verbonden aan extra prikkels bij zorginkopers en zorgvragers.
37. **Deze ontwikkeling is niet onomkeerbaar. De beweging terug naar een lager groeipad is mogelijk.** Juist omdat de bovenmatige uitgavenstijgingen nu worden gedomineerd door institutionele factoren en niet door een extra objectiveerbare zorgvraag vanuit de epidemiologie, moet het mogelijk zijn om weer op een lager groeipad te komen. Deze veranderingen moeten leiden tot:
- behoud van de productiviteitsstijging, maar omzetting van productiviteit in een lagere groei van de zorguitgaven;
  - meer kostenbewustzijn bij zorgvragers en zorginkopers;
  - stoppen met het accommoderen van de oprekking van het begrip 'zorg';
  - bijbuigen van de snelle groei van de volumes, zorginhoudelijke prioritering weer voorop;
  - een ander zorglandschap: meer extramuralisering en concentratie.
38. **Aanscherping van beleid en instituties vormt de sleutel voor een strategie voor lagere zorguitgaven. Alle actoren moeten een grotere bijdrage leveren aan de uitgavenbeheersing.** Met een maximale inspanning van alle actoren is het mogelijk om op een lager groeipad te komen. De rekening van de stijgende zorguitgaven hoeft niet eenzijdig bij de burger terecht te komen, als de productiviteitswinst wordt verzilverd en de volumegroei wordt beperkt. Naast de premiebetaler moeten ook de aanbieders, de zorginkopers, de bestuurlijke organen en de zorggebruikers een groter deel van de verantwoordelijkheid voor de zorguitgaven dragen. Hoofdstuk 3 schetst de samenhang in de maatregelen en maakt deze concreet op het niveau van de actoren.

## 3 Aanbevelingen: meer aandacht voor betaalbaarheid

### 3.1 Hoofdpogaven

1. De Taskforce ziet drie hoofdpogaven om de collectieve zorguitgaven te beheersen.
  - a. **'Zorg' gaat terug naar de kern**, dat wil zeggen dat alleen gepaste zorg die noodzakelijk is ten laste van het collectief komt. Het begrip 'zorg' is zowel in de langdurige als in de curatieve zorg steeds verder opgerektd. Er wordt steeds meer gedefinieerd in termen van ziekte en zorg. Op dit moment zijn er onvoldoende tegenkrachten tegen deze trend. Niet vanuit instellingen, niet vanuit professionals (maximale volumeprikkels, weinig inzicht in eigen handelen en kosten), niet vanuit cliënten (nauwelijks kostenbewustzijn, beperkte eigen betalingen en vertrouwend op behandelaar) en niet vanuit zorginkopers (zorgplicht en de mogelijkheid van reputatieschade). Dit alles stimuleert een continue indicatieverruiming die wordt gelegitimeerd door relatief open omschreven aanspraken.
  - b. **'Zorg' wordt op de juiste plaats verleend**. Veel zorg wordt geleverd op de 'verkeerde plek' – daar waar deze duurder is zonder dat deze ook beter is. Veel zorg kan goedkoper in de eerste lijn worden geleverd in plaats van in ziekenhuizen. Of extramuraal in plaats van in intramurale AWBZ-instellingen. Ook moet zelfmanagement een vanzelfsprekende rol krijgen. Zorg daar leveren waar dat goedkoop en in goede samenhang kan, moet gepaard gaan met het gericht afbouwen van capaciteit elders. Dit gebeurt nu nog onvoldoende.
  - c. **Alle actoren in de zorg gaan een grotere bijdrage leveren aan de beheersing van de zorguitgaven**. Premiebetalers, cliënten, aanbieders, inkopers, regulerende organen en overheid: ieders handelen moet nadrukkelijker in het teken staan van de beheersbaarheid van de uitgaven. Patiënten en cliënten zullen een groter deel van de zorgkosten zelf moeten dragen en hebben niet meer overal recht op. Om te voorkomen dat de rekening van de budgettaire problematiek eenzijdig bij de burger wordt gelegd moet de productiviteit en doelmatigheid binnen de zorg verder worden gestimuleerd en verzilverd. Aanbieders en inkopers kunnen dit doen door in hun contracten de huidige volumeprikkels om te zetten in een prikkels op outcome; voor gezondheidswinst of verbetering van de kwaliteit van leven. Overheid en ZBO's moeten de betaalbaarheid veel prominenter laten meewegen in hun beslissingen. Iedereen moet scherper aan de wind varen waar het gaat om betaalbaarheid van de zorg.

De uitwerking van deze opgaven verschilt per zorgdomein.

2. **De langdurige zorg vergt een striktere oriëntatie op de betaalbaarheid door een herbezinning op de aanspraken en een organisatorische herordening**. Rond 2000 is de keuze gemaakt om de wachtlijsten aan te pakken en de toegang tot zorg te verbreden, het zogenoemde "boter bij de vis"-principe. Daarna is ervoor gekozen te investeren in een betere kwaliteit van zorg (meer eenpersoonskamers, meer handen aan het bed, etc.). Om tot houdbare zorguitgaven te komen is het nu nodig maximaal in te zetten op de betaalbaarheid. Alle actoren krijgen sterkere prikkels om de zorguitgaven te

beheersen. Er zijn twee hoofddoelen: de aanspraken van de langdurige zorg aanscherpen en meer in lijn brengen met andere landen én een betere benutting van de (zorginhoudelijke) synergievoordelen. Het in lijn brengen van de aanspraken en voorzieningen met die in de ons omringende landen is nodig om tot houdbare collectieve voorzieningen te komen.

De Taskforce bouwt voor een deel voort op de analyses uit de brede heroverweging Langdurige zorg. Dat betekent dat voor de zorgvormen die nu onder de AWBZ vallen, wordt gezocht naar maatregelen om de synergie met andere domeinen (Zvw en Wmo) optimaal te benutten. Zo kan er worden bespaard zonder dat de kwaliteit van zorg hieronder hoeft te lijden. De weg die is ingeslagen met overhevelingen naar gemeenten én naar zorgverzekeraars wordt vervolgd. De zorginhoudelijke synergie en de mogelijkheid tot risicodragende uitvoering vormen de criteria om te bepalen binnen welk domein deze zorg het beste kan worden geboden.

3. **In de curatieve zorg adviseert de Taskforce in te zetten op het optimaliseren van het huidige stelsel.** OESO-onderzoek laat zien dat er niet één type stelsel is dat structureel beter presteert op doelmatigheid en kostenontwikkeling. Binnen vergelijkbare stelsels is er echter wel sprake van een grote variatie in kostenontwikkeling. Een met Nederland vergelijkbaar stelsel als de curatieve zorg in Zwitserland heeft bijvoorbeeld een veel gematigder groei gekend. Het vervolmaken van het stelsel kan volgens de Taskforce dan ook sneller de gewenste beheersing opleveren dan een fundamentele stelselwijziging. Een kostbare meerjarige transitie wordt zo voorkomen en partijen kunnen direct worden aangesproken op hun rol binnen het stelsel. De vergroting van de risicodragendheid van zorgverzekeraars, het sluiten van het hoofdlijnenakkoord voor medisch-specialistische zorg en een convenant met medisch specialisten zijn de eerste stappen die daartoe al zijn genomen. Verdere aanscherping van de verantwoordelijkheden is noodzakelijk om op een houdbaar groeipad te komen.
4. **Voor een goede werking van het zorgsysteem is een adequate informatievoorziening noodzakelijk, zowel in de langdurige als de curatieve zorg.** Informatie is nodig voor cliënten om te kiezen, voor zorgaanbieders om zich te spiegelen, voor inkopers om te contracteren, voor ZBO's om toezicht te houden, voor wetenschappelijk onderzoek en voor de overheid om beleid te maken. Adequate informatie is cruciaal gegeven de omvang van de informatieasymmetrie die kenmerkend is voor de zorgsector. Informatie ligt deels bij publieke en deels bij private organisaties. Het verkrijgen van betrouwbare informatie is door versnippering en gebrek aan afstemming tot nu toe een moeizaam proces. Alle cruciale informatie voor de sturing en de werking van het stelsel moet belangeloos en kosteloos beschikbaar worden gesteld en openbaar en om niet toegankelijk zijn. VWS neemt hierbij de regie door eisen te stellen aan de basisregistratie zodat relevante data actueel en uitwisselbaar zijn, waarbij de administratieve lasten worden beperkt door niet meer uit te vragen dan strikt noodzakelijk. Het CBS zou in dit verband een prominente rol kunnen vervullen. In de AWBZ is daar met Azoris al een begin mee gemaakt. Overigens is in de AWBZ de informatie doorgaans sneller beschikbaar dan in de curatieve zorg. De afgelopen jaren heeft VWS een aantal stappen gezet om de financiële informatievoorziening te

verbeteren<sup>33</sup>. De Taskforce doet in bijlage 4 concrete aanbevelingen om te komen tot een verdere verbetering.

De overheid borgt de publieke belangen in de zorg. Om te kunnen bepalen of de publieke doelen meer in balans komen, moet de ontwikkeling ervan worden gemonitord. Hierbij kan worden aangesloten bij de Zorgbalans die periodiek door het RIVM wordt opgesteld. Het RIVM kan dan via het CBS tijdig de benodigde informatie verkrijgen. Tijdige en juiste informatievoorziening is ook van belang voor de ramingen. Met het CPB en het CBS zijn afspraken gemaakt over de versnelde en verbeterde toelevering van gegevens die vereist zijn voor de ramingen van het CPB.

### **3.2 Langdurige zorg: aanspraken aanscherpen en zorginhoudelijke synergie verzilveren**

5. **Terug naar de kern: breng de omvang van de langdurige zorg meer in lijn met die in andere landen.** Dit eerste uitgangspunt volgt uit de constatering dat Nederlanders meer dan burgers in andere landen een beroep doen op de langdurige zorg. Nederland is samen met Zweden koploper qua uitgaven aan langdurige zorg volgens de OESO. Vergeleken met Duitsland en Zwitserland geeft Nederland collectief bijna vier keer zoveel uit aan langdurige zorg, vergeleken met Denemarken is dat ruim anderhalf keer zoveel. Met name het aandeel intramurale cliënten is in ons land hoog, hetgeen deels historisch verklaarbaar is vanuit het oude volkshuisvestingsbeleid. Daarnaast wordt in Nederland veel uitgegeven aan welzijnzorg in vergelijking met andere landen. Dit alles is extra zorgelijk wanneer we ons realiseren dat de samenleving nu nog minder vergrijsd is dan in de ons omringende landen. Uit de recente OESO-studie naar langdurige zorg blijkt dan ook dat deze zonder beleidsmatige aanpassingen in ons land veel harder zal stijgen dan in de andere landen<sup>34</sup>. Hoofdstuk 2 maakte al duidelijk dat veel van de recente groei zit in lichtere zorgvormen. Voor een ombuiging van de groei in de langdurige zorg zijn dan ook keuzen noodzakelijk over wat nog wel en wat niet meer collectief wordt vergoed. Dat betekent een herijking van aanspraken: compensatie waar mogelijk, aanspraken waar nodig en een verschuiving van intra- naar extramurale zorg.
6. **De zorg op de juiste plaats leveren: meer synergie met curatieve zorg en Wmo.** De zorg moet worden geleverd waar de synergie het grootst is. In combinatie met risicodragende uitvoering of een ander robuust beheersingsmechanisme maakt dit het mogelijk om de langdurige zorg doelmatiger te organiseren. Feitelijk betekent dit dat aanzienlijke delen van de AWBZ kunnen verschuiven naar de Zvw of de Wmo. Door de samenhang met de curatieve zorg en het gemeentelijk domein beter te benutten kan de zorg dichter in de buurt en doelmatiger worden georganiseerd. Bij de extramurale verpleging bestaan er voor beide opties (Zvw en Wmo) goede argumenten. Indien nog niet kan worden voldaan aan de randvoorwaarden voor een goede en houdbare uitvoering, blijft de zorg vooralsnog in de AWBZ.

---

<sup>33</sup> Notitie over de verbetering van de financiële informatievoorziening cure en care, brief VWS, 7 november 2011.

<sup>34</sup> OESO, Help wanted. Providing and paying for long-term care, Paris, May 2011.

### *Zorginkopers*

Betaalbaarheid van zorg begint bij een doelmatige inkoop. Een eerste belangrijke vraag is daarom welke partij hiervoor het beste is toegerust. De preferente zorginkoper hangt af van drie zaken, te weten de inhoudelijke synergie van de specifieke zorgsoort met het gemeentelijke domein of juist met de curatieve zorg, de mogelijkheid tot risicodragende uitvoering en tot slot de prikkels voor preventie.

7. **Overheveling van extramurale verzorging en optioneel verpleging naar de Wmo maakt meer maatwerk en samenhang mogelijk.** Tweederde van de cliënten met extramurale AWBZ (zowel verpleging als verzorging), maakt (op termijn) gebruik van de Wmo<sup>35</sup>. Indien gemeenten ook deze zorg gaan inkopen, zoals bij eerdere overheveling de huishoudelijke zorg, zijn voordelen te behalen. Dit kan door de afstemming met andere gemeentelijke domeinen (welzijn, wonen) te verbeteren waarbij gemeenten ook een prikkel hebben de zorg doelmatig in te richten. Daarbij kan de cliënt langer in de eigen omgeving blijven doordat de zorg thuis kan worden georganiseerd. Doordat zorggebruikers niet snel van gemeente wisselen hebben gemeenten een grotere prikkel om zorg te voorkomen<sup>36</sup> dan zorgverzekeraars. Gemeenten hebben laten zien dat zij in staat zijn een behoorlijke doelmatigheidswinst te realiseren via aanbestedingen zonder dat cliënten de kwaliteit als minder zijn gaan ervaren<sup>37</sup>. De beheersing via de Wmo is voor de huishoudelijke zorg succesvoller gebleken dan via de AWBZ. Nader moet worden bezien hoe de gemeenten kunnen worden ondersteund bij deze aanvullende taken door samenwerking tussen gemeenten te stimuleren, vooral wanneer de bestuurskracht mogelijk tekortschiet. Bij de overheveling vervalt het recht op zorg zoals in de AWBZ en wordt dit vervangen door het compensatieprincipe van de Wmo. Het verdeelmodel voor budgetten naar gemeenten dient te worden uitgebreid en verbeterd bij een verdere overheveling.
  
8. **De extramurale functie verpleging is meer curatief georiënteerd. Het is daarom ook een optie deze functie naar de Zvw over te hevelen in plaats van naar de Wmo.** Meer dan verzorging kent verpleging een zorginhoudelijke overlap met de Zvw. Net als bij de revalidatiezorg spelen hier synergie-effecten, bijvoorbeeld bij (langdurige) thuisverpleging na een ziekenhuisopname. Om die reden kan de extramurale functie verpleging worden overgeheveld naar de Zvw in plaats van naar de Wmo, ook omdat hier sprake is van voorbehouden handelingen op individueel niveau. Verpleging leent zich dan ook minder voor het compensatiebeginsel van de Wmo. Het budgettaire beslag van deze overheveling is beperkt. Wel moet de risicoverevening worden uitgebreid om risicodragende uitvoering mogelijk te maken. Ook is aandacht nodig voor een adequate afbakening met het gemeentelijke domein, omdat verpleging en verzorging nu vaak in samenhang worden geleverd.
  
9. **De langdurige GGZ heeft veel overlap met de curatieve zorg en kan worden uitgevoerd binnen de Zvw.** De overgrote meerderheid van cliënten

<sup>35</sup> De Taskforce hanteert als uitgangspunt de situatie waarin gemeenten naast huishoudelijke verzorging ook de begeleiding en de langdurige zorg voor jeugd leveren.

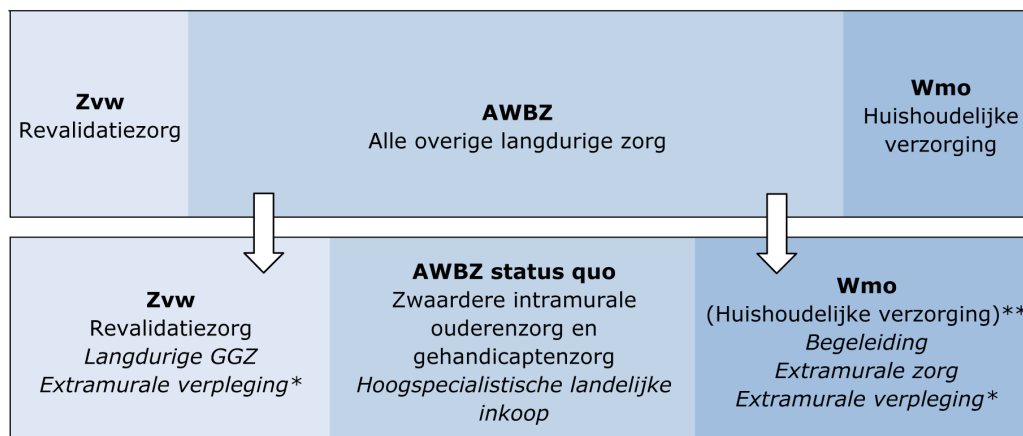
<sup>36</sup> Cliënten wonen lang in dezelfde gemeente terwijl ze elk jaar van verzekeraar kunnen veranderen. Het loont dan om te investeren in preventie. Daarbij worden gemeenten risicodragend en kunnen zij zelf keuzes maken tussen zorg en andere domeinen, zolang zij maar aan hun compensatieplicht voldoen.

<sup>37</sup> M. de Klerk, R. Gilsing en J. Timmermans (red.), Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009, SCP, Den Haag, 2010.

in de intramurale langdurige geestelijke gezondheidszorg doet een (fors) beroep op curatieve zorg. Ernstige psychiatrische problematiek gaat veelal samen met somatische aandoeningen. Deze groep doet ook in toenemende mate een beroep op psychiatrische zorg die feitelijk in de Zvw valt, de zogenaamde FACT-teams (functie assertive community treatment). Deze extramuralisering van zwaardere GGZ-zorg maakt de huidige afgrenzing tussen Zvw en AWBZ minder logisch. Binnen de AWBZ doet deze doelgroep vaker dan andere groepen een beroep op de meer curatief georiënteerde functies verpleging en behandeling en juist minder op begeleiding. De inhoudelijke synergie met de curatieve zorg is groot, vergelijkbaar met de revalidatiezorg. Nu komen cliënten na een periode van 12 maanden intramurale behandeling in de Zvw terecht in de AWBZ. De Taskforce stelt voor de GGZ in één domein onder te brengen, de Zvw. Hierdoor wordt de afwentelingproblematiek verminderd en kunnen de administratieve lasten dalen. Voorwaarde daarbij is dat deze zorg na overheveling direct risicodragend wordt uitgevoerd. Daarvoor moet het vereveningsmodel worden aangepast. De Taskforce geeft daarbij in overweging om de langdurige GGZ waarbij de overlap met het gemeentelijke domein groter is dan met de Zvw, naar de Wmo over te hevelen, bijvoorbeeld de inloopfunctie GGZ.

10. **Voor delen van de langdurige zorg is centrale of regionale inkoop wenselijk.** De Taskforce adviseert om voor die groepen cliënten met een zware en weinig voorkomende zorgvraag landelijk zorg in te kopen via een representatiemodel. Deze zorg is namelijk niet goed risicodragend uit te voeren of past niet binnen de schaal van gemeenten. Deze ordening zit dicht aan tegen het huidige uitvoeringsmodel van de AWBZ. Bij dit segment past aanvullende regulering op het gebied van investeringen, de capaciteit en de budgetten en tarieven. De volgende zorg komt bijvoorbeeld in aanmerking: zware intramurale gehandicaptenzorg en de langdurige zorg voor doven en blinden.
11. **De resterende zware intramurale zorg in de V&V en GHZ blijft (voorlopig) in de AWBZ.** Voor de resterende intramurale AWBZ-zorg is een status quo op zijn plaats. Het Begrotingsakkoord 2013 (extramuralisering van de lage zorgzwaartepakketten (ZZP) en de nadere voorstellen van de Taskforce zorgen voor ingrijpende veranderingen. Voor de resterende intramurale langdurige zorg is bovendien nog niet duidelijk of en waar de meeste synergie aanwezig is: met het gemeentelijk domein of juist met de Zvw. Door deze fundamentele keuze niet nu al te maken ontstaat de ruimte om de voordelen van elke overheveling beter te verkennen en te kwantificeren. Bij een eventuele toekomstige overheveling naar één van de twee domeinen geldt een aantal voorwaarden. Voor overheveling naar de Zvw moet de risicoverevening worden verbeterd; de meerjarige schadelast, de grote omvang van de kosten op individueel niveau, en de soms aanzienlijk interactie met kosten voor somatische aandoeningen maken dit een lastige opgave. Voor eventuele overheveling naar gemeenten is het de vraag of deze zwaardere zorg zich wel leent voor een compensatieplicht. Daarbij is een vereiste dat gemeenten voldoende schaalgrootte hebben om deze zorg in te kopen. Het verdeelmodel zal op basis van objectieve indicatoren gemeenten afdoende moeten compenseren. Gedurende de status quo behoudt de budgettaire beheersing zijn huidige vorm met de contracteerruimte inclusief de toetsing door de NZa en de indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

*Figuur 3.1 Herverkaveling langdurige zorg*



\* Kan zowel naar de Zvw als naar de Wmo.

\*\* Voor eigen rekening (met compensatie).

#### *Overheid en ZBO's*

De overheid en haar uitvoeringsorganen zijn verantwoordelijk voor een goede werking van het stelsel. Met het oog op beheersbaarheid stelt de Taskforce het volgende voor.

12. **Langdurige zorg** terug naar de kern: schrappen van de voorziening huishoudelijke verzorging uit de Wmo, verdere extramuralisering en Wmo-hulpmiddelen deels voor eigen rekening. De huishoudelijke verzorging kan in beginsel voor eigen rekening komen. Dit betekent dat het compensatiebeginsel in de Wmo wordt aangepast. Een deel van de hiermee te realiseren besparing kan worden aangewend om gemeenten de ruimte te bieden lage inkomens te compenseren. Hulpmiddelen in de Wmo komen boven een bepaalde inkomensgrens voor eigen rekening. Waar wonen niet onlosmakelijk met de zorg is verbonden vervalt de aanspraak op verblijf. Dit betreft de lichtere ZZP's waar de zorg ook extramuraal te organiseren is. Voorwaarde is wel dat het toezicht dat cliënten nodig hebben extramuraal vorm krijgt. In aanvulling op het Begrotingsakkoord 2013 stelt de Taskforce voor om naast ZZP 1-3 ook ZZP 4 V&V en de aanspraak op verblijf bij een vergelijkbare zorgzwaarte in de gehandicaptenzorg te schrappen. Het gaat om zorg waarbij niet meer dan ongeveer 2,5 uur zorg per dag wordt geleverd. Met de voorstellen van de Taskforce om verdergaand te extramuraliseren wordt tevens vorm gegeven aan het scheiden van wonen en zorg. De extramurale zorg – eventueel met uitzondering van de verpleging - gaat vervolgens over naar gemeenten. In het verlengde van het Begrotingsakkoord 2013 adviseert de Taskforce een scherpe monitoring van de volumeontwikkeling bij de resterende lage ZZP's gegeven het risico op upcoding.
13. **Onder de Wmo ontstaat geen recht op een pgb en een intramurale indicatie kan niet langer extramuraal via een pgb worden ingezet.** Voor de extramurale zorg wordt met de overgang naar de Wmo het recht op zorg omgezet in een verplichting om beperkingen te compenseren. Dit betekent ook dat gemeenten de vrijheid moeten krijgen om al dan niet te compenseren door middel van de inzet van een pgb. De gemeenten kunnen een pgb aanbieden, maar is daar niet toe gehouden. In de AWBZ geldt dat een pgb bij een

intramurale indicatie niet wenselijk is, omdat er dan vanuit de AWBZ extramurale zorg wordt geleverd die na de overheveling onder de Wmo valt. Bij het afsluiten van deze afwentelingmogelijkheid hoort een zorgvuldige weging van wat tot zorg 'binnen een instelling' behoort zodat er mogelijkheden blijven voor kleinschalige woonvormen.

14. **De indicatiestelling wordt versterkt om afwenteling vanuit de Wmo of Zvw naar de AWBZ tegen te gaan.** Objectieve indicatiestelling blijft belangrijk voor het deel van de zorg dat in de AWBZ blijft. Door de overheveling naar de Wmo kan er druk vanuit de Wmo ontstaan om zorg naar de AWBZ te verplaatsen. In de praktijk gaat het vooral om de overgang van extramurale zorg vanuit de Wmo naar intramurale zorg in de AWBZ. De indicatiestelling is cruciaal voor de stevigheid van dit scharnierpunt: de aanspraak op verblijf. Het verleggen van de indicatiestelling naar aanbieders wordt tegengegaan. Het CIZ wordt een sterkere poortwachter door de regionale vestigingen te beoordelen op hun prestaties en regionale variatie terug te dringen. Het CIZ wordt een publiekrechtelijke organisatie zodat de centrale aansturing kan worden versterkt. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) blijft pakketbeheerder voor de Zvw en de resterende onderdelen van de AWBZ<sup>38</sup> in casu de intramurale zorg. In de Wmo bepaalt VWS de reikwijdte van de compensatieplicht.
15. **De budgettaire kaders groeien in beginsel alleen met de demografische trend en een compensatie voor de achterblijvende productiviteit.** De Taskforce is van mening dat met de voorgestelde maatregelen volstaan kan worden met een groeipad van demografie plus een compensatie voor de achterblijvende productiviteit. Indien de sector productiviteitswinsten weet te realiseren, kunnen deze ten goede komen aan de cliënt. De NZa behoudt de taak die zij nu met succes uitvoert om de inkoopafspraken in de AWBZ te toetsen aan de beschikbare ruimte. De NZa legt jaarlijks verantwoording af hoe zij heeft bijgedragen aan meer betaalbaarheid van de langdurige zorg en wat dit concreet heeft opgeleverd.
16. **Op specialistische deelmarkten komt centrale regie op capaciteit, budgetten en tarieven.** Voor zware zorg die weinig voorkomt, heeft de overheid een rol in het plannen van de landelijke capaciteit en het vaststellen van de budgetten en tarieven. Wanneer zorg zeer specialistisch is, beperkt voorkomt en op enkele locaties wordt geleverd is centrale sturing gewenst. Een voorbeeld hiervan zijn de doofblindeninstituten. Hiermee worden coördinatieproblemen en over- of ondercapaciteit voorkomen.

#### *Zorgaanbieders*

De zorg dient dusdanig te worden ingericht dat de juiste zorg op de juiste plek wordt geboden.

17. **Door de compensatieplicht ontstaat meer ruimte om de extramurale zorg optimaal in te richten.** Voor de extramurale zorg die gemeenten gaan uitvoeren gaat een compensatieplicht gelden. Hierdoor ontstaat meer ruimte om te sturen op doelmatigheid. Dit betekent voor aanbieders van deze zorg dat zij scherper aan de wind zullen moeten varen bij de bestaande zorgproducten,

---

<sup>38</sup> Omdat de materiële betekenis van deze functie groter is voor de Zvw dan de AWBZ heeft de Taskforce er voor gekozen om de rol van het CVZ in paragraaf 3.3 te beschrijven.



maar ook dat zij de ruimte krijgen om nieuwe producten te ontwikkelen waarmee de beperkingen van cliënten kunnen worden gecompenseerd.

18. **Extramuraliseren betekent een verschuiving van geld voor stenen naar geld voor zorg.** De inperking van de aanspraak op verblijf betekent dat budgetten verschuiven en de langdurige zorg transformeert. De intramurale capaciteit bij instellingen zal moeten dalen. Geld dat nu in stenen zit wordt verschoven naar extramurale zorg. In andere landen zijn voorbeelden bekend van relatief snelle afbouw van intramurale capaciteit. Dit zal in samenhang moeten gebeuren met de invoeringstermijn van de normatieve huisvestingscomponent.
19. **De ruimte om te onderhandelen in de AWBZ wordt uitgebreid door invoering van vrije bekostiging.** Om volumeprikkels tegen te gaan krijgen inkopers meer ruimte bij de onderhandelingen. Door de toenemende prijsonderhandelingen zullen aanbieders gestimuleerd worden een meer onderscheidend aanbod te doen. Dit maakt het ook mogelijk om innovatie te belonen of het afbouwen van capaciteit te belonen. Het uitgangspunt is om de aanwezige ruimte in tarieven weg te nemen, bijvoorbeeld door de recente verhoging van de intramurale tarieven in de ouderenzorg terug te draaien.

#### *Cliënten in de langdurige zorg*

Ook cliënten leveren een bijdrage aan het beheersen van de collectieve zorguitgaven. Zij zullen meer dan nu een groter deel van de zorgkosten zelf moeten financieren.

20. **Cliënten regelen meer zorg zelf, in de eigen omgeving.** In vergelijking tot andere landen ligt het zwaartepunt van de langdurige zorg in Nederland meer op het professionele aanbod en minder bij de informele zorg<sup>39</sup>. Door de compensatieplicht heeft een cliënt niet langer recht op een specifiek aantal uren zorg. In plaats daarvan kan de zorgvrager in de thuissituatie in bredere zin worden gecompenseerd voor zijn beperking. De aanwezigheid van mantelzorg en de mogelijkheid particuliere hulp in te schakelen vormen een onderdeel bij de weging van de zorgbehoefte.
21. **De aanspraak verblijf wordt voor lichtere zorg aangescherpt en cliënten ontvangen zorg langer thuis.** Het intramurale karakter is met name sterk ontwikkeld in de verzorgingshuizen en in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Aanscherping van de indicatie voor intramurale zorg is mogelijk. De laagste ZZP's (1-4) worden in de toekomst extramuraal geleverd. Ook vergelijkbare ZZP's in de gehandicaptenzorg worden geëxtramuraliseerd. Het gaat om intramurale zorg waarbij niet meer dan ongeveer 2,5 uur zorg per dag wordt geleverd. Om deze extramuralisering te faciliteren dienen nieuwe vormen van toezicht, onder meer via e-health, te worden ontwikkeld.
22. **De voorziening huishoudelijke verzorging wordt geschrapt uit de Wmo, hulpmiddelen komen deels voor eigen rekening en in de Wmo kan een pgb worden verstrekt, maar er is geen recht.** De mogelijkheid om via de Wmo een beroep te doen op huishoudelijke zorg komt te vervallen. Ook dient een deel van de kosten van hulpmiddelen voor eigen rekening te komen. Alleen

---

<sup>39</sup> OECD, Help wanted, Providing and paying for long-term care, May 2011.

voor mensen die niet in staat zijn deze kosten zelf te dragen, blijft een vorm van ondersteuning gehandhaafd. Gemeenten kunnen ervoor kiezen pgb's te verschaffen. Deze vrijheid past bij de ruimte die onder de compensatieplicht aanwezig is.

23. **De financiële verantwoordelijkheid voor cliënten wordt uitgebreid door hogere extramurale eigen bijdragen.** De intramurale eigen bijdrage is op dit moment al hoog in relatie tot het inkomen van de patiënt. Desalniettemin lijkt de intramurale AWBZ gezien het grote gebruik financieel relatief aantrekkelijk voor bepaalde groepen, bijvoorbeeld voor alleenstaanden met lage inkomens. De extramurale eigen betalingen liggen lager; hier bestaat ruimte voor verhoging. Hierbij moet de extramurale zorg in financieel opzicht wel aantrekkelijker blijven dan de intramurale zorg.
24. **De financiële vermogens gaan een grotere rol spelen bij de bepaling van eigen bijdragen in de hele langdurige zorg.** Gegeven de verbeterde financiële positie van ouderen nu en in de toekomst ziet de Taskforce een nadrukkelijker rol voor het vermogen bij het bepalen van draagkracht. In het Begrotingsakkoord 2013 is reeds een verhoging van de vermogensinkomensbijtelling afgesproken tot 12% (het vermogen telt, boven een vrijstelling, voor dit percentage mee bij het inkomen waarover de eigen bijdrage wordt bepaald.) In aanvulling op dit akkoord kan verdere verhoging worden overwogen. Ook kan een vermogenstoets worden overwogen. In dat geval vervalt de aanspraak op zorg bij een vermogen boven een bepaalde grens. Een vermogenstoets is in andere domeinen gebruikelijk, bijvoorbeeld bij de aanspraak op bijstand en huurtoeslag. Dezelfde systematiek kan worden toegepast voor het bepalen van de eigen bijdrage voor de langdurige zorg. Daarbij moet er wel rekening mee worden gehouden dat er vanwege het verzekeringskarakter van de AWBZ voor eigen betalingen een maximum geldt van 90% van de kosten. Andere denkrichtingen zijn om bij de vermogensinkomensbijtelling ook andere vermogenscomponenten mee te laten tellen dan spaarrekeningen en beleggingen, zoals het vermogen in de eigen woning. Zo maakt in Ierland vermogen in de vorm van een eigen woning en grond onderdeel uit van de vermogenstoets. In de eerste 3 jaar dat iemand zorg ontvangt in een verpleeginstelling wordt onder meer 5% van het eigen vermogen als eigen bijdrage geïnd. Naarmate de potentiële aanspraak op zorg en de eigen betaling groter zijn, lokt een vermogenstoets grotere gedragseffecten uit. Vermogen kan namelijk via diverse constructies worden verlaagd.

### 3.3 Curatieve zorg: verbetering van het huidige stelsel

25. **Alle partijen in de zorg gaan een bijdrage leveren aan de beheersing van de zorguitgaven.** Met het bestuurlijke akkoord over de medisch-specialistische zorg is benadrukt dat partijen een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor uitgavenbeheersing. Niet alleen is in dit akkoord het groeikader beperkt ook zijn afspraken gemaakt over verbetering van de prikkelstructuur en over afbouw van capaciteit. De Taskforce beveelt aan de prikkelstructuur verder te versterken: eigen betalingen voor patiënten, maximale risicodragendheid voor zorgverzekeraars en volumerisico voor aanbieders. De Taskforce adviseert voorts de voorstellen in deze paragraaf te ondersteunen met bestuurlijke akkoorden om de gezamenlijke verantwoordelijkheid tot uitdrukking te brengen.
26. **Productiviteit en doelmatigheid moeten bijdragen aan een lagere groei van de zorguitgaven.** Dé uitdaging voor de curatieve zorg is het verzilveren van de productiviteitsstijging en doelmatigheid. Bij de zorginkoop dient rekening te worden gehouden met de productiviteitsstijging. Om vervolgens weglek via het volume tegen te gaan worden de prikkels voor alle actoren aangescherpt en is een herinrichting van het zorglandschap noodzakelijk: minder tweede lijn en meer eerste lijn. Een integrale benadering is daarbij van groot belang. Het ligt voor de hand met name daar aan te grijpen waar de grootste groei zich heeft voorgedaan: bij de relatief lichte cliënten. De Taskforce verwacht dat onderstaande maatregelen bijdragen aan een ombuiging van de groei richting een houdbaar pad.
27. **Alle partijen hebben een rol bij het bevorderen van gepast gebruik van zorg.** Het stimuleren van gepast gebruik en een doelmatige uitvoering van zorg moet onnodige kosten voorkomen en kwaliteitswinst opleveren. Ongepast en ondoelmatig gebruik van zorg kan alleen worden teruggedrongen als alle betrokken partijen meewerken<sup>40</sup>. Dit betekent dat zorg wordt geleverd conform de richtlijn, er een scherpe indicatie is waarnaar wordt gehandeld, de verzekeraar stimuleert en controleert en de NZa het toezicht versterkt.

#### *Overheid en ZBO's*

De overheid en de ZBO's zijn verantwoordelijk voor het vormgeven van het beleid en de instituties/condities voor een beheersbare uitgavengroei.

28. **Zorg terug naar de kern betekent uitsluitend vergoeden van gepast gebruik van verzekerde zorg.** Gepast gebruik betekent meer inzet op ontwikkeling van richtlijnen/zorgstandaarden, implementatie van de richtlijnen en controle op rechtmatigheid van de declaraties. Het op te richten Kwaliteitsinstituut krijgt een taak in het bevorderen van de totstandkoming van professionele standaarden waarin nadrukkelijker dan in bestaande richtlijnen de indicatie en doelmatigheid een plek krijgen. Het Kwaliteitsinstituut zal bijdragen aan de inzichtelijkheid van de kwaliteit van geleverde zorg. In het kader van het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012- 2014 is versterking van de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet ook als verbeterpunt benoemd. De controle door zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de

---

<sup>40</sup> Ook in de sector zelf is een groeiende aandacht voor het bevorderen van gepast gebruik, getuige ook het Convenant Gepast Gebruik dat onder meer CVZ, KNMG, NPCF, NZa, ZN en ZonMw hebben gesloten.

rechtmatige uitvoering dient te verbeteren. De implementatie van die verbeteringen moet ertoe leiden dat alleen rechtmatige declaraties een rol spelen bij de vaststelling van de risicovereveningsbijdrage. Dit vraagt allereerst om een helder en strak gedefinieerd verzekerd pakket en om een indringender en vasthoudender toezicht door de toezichthouder, de NZa. Voorwaarde hiervoor is dat de regels duidelijk en daarmee handhaafbaar zijn en alle relevante informatie beschikbaar is voor zorgverzekeraars.

29. **Heroverwegen van de collectieve aanspraken: noodzakelijkheid wordt een voorliggend criterium.** Als een behandeling (medisch) noodzakelijk is, betekent dit nog niet dat deze ook collectief moet worden verzekerd. Of men zorg zelf kan betalen wordt een voorliggend criterium. Vanuit verzekeringsperspectief horen vooral die vormen van zorg in het pakket te zitten met een lage kans en hoge kosten. Uitzondering hierop betreft zorg die een ketenfunctie heeft, bijvoorbeeld de huisartsenzorg. Hier is sprake van een hoge kans en lage kosten, maar deze zorg vervult een cruciale rol in het stelsel. De publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid kunnen, eventueel met aanvullende regulering, in sommige gevallen ook buiten het collectief pakket worden geborgd. Mocht dat echter niet goed mogelijk zijn, dan ligt het in de rede goedkope behandelingen en goedkope hulp- en geneesmiddelen meer voor eigen rekening te brengen door middel van een verdere verhoging van het eigen risico.
30. **Uitstroombesluit krijgt meer nadruk bij pakketbeslissingen van het CVZ.** De balans tussen uit- en instroom moet beter. Het CVZ voert elk jaar een taakstellende heroverweging uit met heldere adviezen: elk jaar wordt een deel van het pakket doorgelicht met een bepaald percentage uitgavenbesparing als taakstelling. Er wordt meer ingezet op voorwaardelijke toelating in combinatie met stringent pakketbeheer, waarbij het CVZ controleert op bewezen effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen, zowel wat betreft uitstroom als instroom. Het stelt een plan op hoe de uitstroom kan worden gerealiseerd. Hierbij gaat het niet alleen om uitstroom uit het wettelijk verzekerd pakket, maar ook om het inperken van de indicatie voor zorgvormen die onder het pakket vallen en de vraag hoe ongepast gebruik kan 'uitstromen'. Het CVZ zal helder omschrijven wat wel en geen gepast gebruik is van verzekerde zorg en handvatten geven voor gepast gebruik van zorg en een rechtmatige uitvoering van de Zvw. Adviezen over in- en de uitstroom vinden op één moment (uiterlijk in februari) in het jaar plaats, voorafgaand aan de voorjaarsbesluitvorming van het kabinet.
31. **Meer inzetten op voorwaardelijke toelating in combinatie met risicogericht pakketbeheer.** Op basis van risicogericht pakketbeheer kunnen bepaalde behandelingen voorwaardelijk worden toegelaten. Het CVZ controleert daarbij op bewezen (kosten)effectiviteit van behandelingen, zowel wat betreft instroom als uitstroom. Risicogericht wordt ingevuld als risico voor de zorguitgaven en/of betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Ingeval van voorwaardelijke toelating moet de sector in een periode van maximaal 4 jaar op basis van wetenschappelijk onderzoek aantonen dat een nieuwe behandeling voldoet aan de eisen van effectiviteit en/of kosteneffectiviteit en om die reden (definitief) kan worden toegelaten tot het Zvw-pakket. Het CVZ zal vooraf eisen stellen aan de registratie van de benodigde gegevens en de methode voor de bepaling van de (kosten)effectiviteit. Er geldt een zogenaamde *sunset clause*. Dat wil zeggen dat VWS expliciet beslist om de behandeling, na de

voorwaardelijke fase, tot het pakket toe te laten. Doet VWS dat niet dan wordt de betreffende zorgvorm automatisch niet langer toegelaten tot het basispakket en kan daarmee niet langer ten laste van de Zvw worden verleend. Besluitvorming vindt plaats in het kader van de jaarlijkse pakketcyclus zodat deze per 1 januari van kracht is.

32. **De overheid heeft de mogelijkheid om op deelmarkten ex-ante ordenend op te treden.** De overheid kan een aparte deelmarkt creëren voor zorg waarbij de verwachting is dat zonder aanvullende regulering de zorgmarkt niet goed zal functioneren. Voorbeelden: de topreferente- en topklinische zorg, de opleidingen, het onderzoek en geconcentreerde zorg voor zeldzame aandoeningen. De Taskforce adviseert conform of in het verlengde van de beschikbaarheidsbijdrage in de WMG nadere instrumenten te ontwikkelen voor strakkere overheidregulering voor bijvoorbeeld investeringen met een bepaalde omvang of zorg waarmee een groot deel van de nationale markt kan worden bediend. Overigens zijn er ook zorginhoudelijk aanknopingspunten om bepaalde zorg meer geconcentreerd aan te bieden. Dit vergt wel aandacht voor de effecten op de concurrentie. Specifieke monitoring van volume- en prijsontwikkelingen zorgt ervoor dat de indeling in de deelmarkten actueel blijft<sup>41</sup>.
33. **De Taskforce adviseert uit te gaan van een structurele productiviteitswinst en dit in de tarieven, budgetten en kaders in het BKZ te verwerken.** Tarieven en budgetten in het gereguleerde deel en totaalkaders in het vrije deel worden bij huidig beleid niet aangepast aan productiviteitsontwikkelingen. Met de productiviteitswinst wordt echter wel volumegroei geacommodeerd en productiviteitswinst werkt daardoor op dit moment onnodig kostenopdrijvend. Daarom adviseert de Taskforce voortaan bij het vaststellen van deze tarieven en budgetten rekening te houden met de extra zorg die kan worden geleverd door de productiviteitsstijging in de sector. Hiermee komt (een deel van) de productiviteitswinst ook aan de premiebetaler ten goede.
34. **Er dient altijd een slot op de deur te zijn om de macrokostenbeheersing van de zorguitgaven te garanderen.** De Taskforce verwacht op het voorgestelde groeipad terecht te komen door primair de prikkels en verantwoordelijkheden voor alle partijen aan te scherpen. Dit sluit ook aan bij de aanbevelingen van de commissie-Baarsma. De Taskforce is van mening dat zekerheidshalve het huidige 'slot op de deur' nodig blijft. Hiervoor is in de ziekenhuissector het macrobeheersinstrument (MBI) in het leven geroepen. Wanneer het kader wordt overschreden moeten alle aanbieders naar rato afdragen. Ten opzichte van pakket- en tariefmaatregelen slaat een generiek MBI gelijkmatiger neer. Een generiek MBI kan marktverstoringen werken voor zover het instellingen in staat stelt de prijzen te verhogen. Het generieke MBI maakt geen onderscheid naar het gedrag van aanbieders bij de bepaling van de korting wanneer zich een overschrijding voordoet. Dit kan ertoe leiden dat een aanbieder die gepaste zorg levert tegen een goede prijs evenzeer moet bijdragen aan een korting als een aanbieder die zoveel mogelijk zorg levert tegen een zo hoog mogelijke prijs. Gelet op bovenstaande is de Taskforce van mening dat een specifiek MBI in principe de voorkeur heeft, mits uitvoerbaar en

---

<sup>41</sup> Dit betekent dat dit instrument anders zal moeten functioneren dan de huidige Wbmv.

juridisch houdbaar. Zolang er geen specifiek instrument is biedt een generiek MBI het noodzakelijke 'slot op de deur'.

35. **Voor een specifiek MBI moet een onderscheid kunnen worden gemaakt tussen wenselijk en onwenselijk gedrag.** Het generieke MBI maakt geen onderscheid naar het gedrag van aanbieders bij de bepaling van de aanslag. Een definitie van wenselijk en onwenselijk gedrag moet goed meetbaar zijn en weinig ruimte bieden voor strategisch gedrag door aanbieders. Daarbij valt te denken aan het vrijwaren van aanbieders die innovatieve integrale contracten (zoals quality adjusted capitation fees) afsluiten voor zover deze contracten binnen het daarvoor beschikbare budgettaire kader blijven. Deze budgettaire kaders worden beleidsrijk vastgesteld door de overheid met het oog op bijvoorbeeld substitutie. De afspraken kunnen worden getoetst door de NZa naar analogie van de contracteerruimte in de AWBZ. Voordeel van een specifiek MBI is zo dat het integrale contracten over prijs, kwaliteit, volume en toegankelijkheid stimuleert. Integrale contracten zijn echter niet in alle gevallen mogelijk, bijvoorbeeld wanneer een verzekeraar te weinig verzekerden heeft in een regio om een verantwoorde inschatting te maken van de verwachte kosten voor een instelling. Een alternatief is dat het MBI wordt toegepast met een prijs-volumesplit, waarbij eerst de bovenproportionele prijsstijgingen per instelling worden teruggehaald en het volume dus wordt gevrijwaard. Dit kan werken als prijsstijgingen een goede indicator zijn van onwenselijk gedrag. Ook bij een specifieke invulling geldt dat resterende overschrijdingen via de generieke systematiek worden teruggehaald.

#### *Zorgaanbieders en professionals*

Zorg moet op de juiste plaats worden geleverd door aanbieders die verantwoordelijkheid dragen voor de uitkomst en voor de doelmatigheid.

36. **Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van gepaste zorg conform de richtlijnen.** Zij werken mee aan het opstellen en implementeren van de richtlijnen. Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om de zorgvraag en de uitkomsten goed vast te leggen. Dit maakt transparant wat de kwaliteit van de zorg is en de kosten.
37. **De budgettaire kaders worden beleidsrijk vastgesteld door de overheid met het oog op substitutie van zorg naar de juiste plek.** Delen van zorg, bijvoorbeeld zorg voor chronische patiënten en nazorg, kunnen in veel gevallen naar de eerste of de anderhalve lijn worden verschoven. Door substitutie wordt de zorg doelmatiger en dichter in de buurt geleverd. De uitdaging is te voorkomen dat vrijvallende capaciteit in de tweedelijns wordt ingevuld met nieuwe zorg. Zorgaanbieders kunnen zich gaan specialiseren en dan overbodig geworden capaciteit afbouwen. Financieringsstromen moeten substitutie stimuleren. Dat wil zeggen dat het budget de zorg en dus de substitutie moet volgen. Het budgettaire kader voor de ziekenhuizen wordt dan neerwaarts aangepast en de budgettaire kaders voor de eerste en anderhalve lijn kunnen dan meer zorg accommoderen. Via de zorginkoop moet de afbouw (of lagere groei) van betreffende specialismen in de tweede lijn tot stand worden gebracht. In het Hoofdlijnenakkoord zijn hierover afspraken gemaakt
38. **De huisarts is poortwachter. Deze rol is essentieel en wordt aangescherpt.** De huisarts vormt de drempel voor de toegang tot de tweede lijn en daarmee de spil bij gepast gebruik van duurdere zorg. Deze rol is

essentieel en kan worden versterkt door huisartsen te benchmarken op doorverwijsgedrag. Het is de rol van de zorgverzekeraars hierover met huisartsen afspraken te maken. Zorgverzekeraars hebben hiervoor spiegelinformatie beschikbaar. Een andere optie is een innovatieve inrichting van de bekostiging bijvoorbeeld door de huisarts te belonen voor gezondheidsuitkomsten of door zogenaamde 'shared savings'-modellen. Tegelijkertijd moeten bypasses van de huisarts, denk aan de vrije toegang naar de eerstelijns psycholoog en de toegang tot de SEH voor niet-acute zorg, worden afgesloten.

39. **Zorgaanbieders moeten volumerisico lopen, bijvoorbeeld door de inzet van aanneesommen.** De maximale volume prikkel voor aanbieders en professionals belemmert het gepast gebruik van zorg en heeft een opwaarts effect op de groei van de zorguitgaven. Aanneesommen zijn een manier om de volume prikkel te beperken. Tegelijkertijd kennen zij het risico van wachtlijsten en lagere klantgerichtheid. Slimme aanneesommen - *quality adjusted capitation fees* - zijn gebaseerd op integrale afspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder over kwaliteit, toegankelijkheid, prijs en volume. Instellingen met betere prestaties kunnen het daarop volgende jaar worden beloond door de verzekeraar via een hoger gecontracteerd volume. Vanuit de overheid wordt dit ondersteund door de ontwikkeling van richtlijnen en uitkomstmaten te bevorderen via het Kwaliteitsinstituut. Voorts legt de overheid op dat de informatie voor deze aanneesommen breed beschikbaar komt. Belangrijk hierbij is dat Dbc's op weg naar transparantie (DOT) blijft bestaan als informatiesysteem, zodat ongeacht de wijze van bekostiging objectieve informatie beschikbaar blijft.
40. **Medisch-specialistische zorg wordt gefinancierd op basis van integrale tarieven.** Invoering van integrale tarieven per 2015 is afgesproken in het convenant tussen VWS, NVZ en Orde van Medisch Specialisten. Dit betekent het afschaffen van de deelregulering bij de honoraria van medisch specialisten. Aan de hand van integrale tarieven kan door zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal, rekening houdend met taakherschikking en substitutie. Zoals afgesproken in het Begrotingsakkoord 2013 zal het kabinet een onderzoek doen naar de relatieve inkomenspositie van de medisch specialisten en zal worden geïnventariseerd welke beleidsopties er zijn om de inkomens meer in lijn te brengen met die van specialisten in andere landen.
41. **Ziekenhuisbestuurders moeten bij integrale tarieven de kosten voor medisch specialisten beheersen, net als die voor onder meer verpleegkundigen en medische hulpmiddelen.** Doordat instellingen meer volumerisico gaan lopen zullen de besturen van instellingen nog nadrukkelijker moeten sturen op de bedrijfsvoering en de professionals die werkzaam zijn in de instelling. Zij zijn ook verantwoordelijk voor het terugdringen van ongepast gebruik van zorg en het handelen conform de richtlijnen. Dit vraagt om krachtdadig bestuur; door invoering van integrale tarieven wordt de rol van raden van bestuur versterkt. Zij krijgen een grotere rol bij de bepaling van het honorarium van de specialisten dan nu het geval is; integrale tarieven brengen het belang van de professional meer in lijn met het belang van de instelling.

42. **De zorg wordt meer en meer gefinancierd op basis van gezondheidsuitkomsten.** Dit komt de kwaliteit en de doelmatigheid ten goede. Dit vraagt om een breed gedragen visie wat goede zorg is, met indicatoren die daadwerkelijk uitkomsten van de geleverde zorg meten (zie ook motie-Smilde<sup>42</sup>). De huidige ziekenhuisbesteding – op dit vlak is overigens al veel mogelijk – moet verder worden ontwikkeld naar een bekostigingssysteem waarin uitkomsten een prominentere rol innemen. Daarvoor zou enerzijds nadere ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten worden geschapen door verdere deregulering van prestatiebeschrijvingen in het vrije segment. Anderzijds zou een meer normatieve benadering kunnen worden gehanteerd waar de overheid nog wel een regulerende rol heeft. De uit zorgstandaarden en behandelrichtlijnen af te leiden geboden en verboden (indien beschikbaar) zouden kunnen worden geïntegreerd in bestaande prestatiebeschrijvingen.
43. **Het toekomstige inkomen van de arts maakt het mogelijk dat de arts zelf een grotere bijdrage levert aan de kosten van de opleiding.** Hiermee gaat de keuze om arts te worden en de afweging hoeveel te werken gepaard met een financiële afweging waarbij de opleidingskosten meespelen. De opleidende instellingen kunnen voorts worden gestimuleerd doelmatiger te werken door inkorting van de opleiding tot de Europese richtlijn en door harmonisatie van de opleidingstarieven.
44. **In de opleiding van medische professionals komt meer aandacht voor het leveren van gepaste zorg en kosteneffectiviteit.** Goede zorg betekent ook de juiste zorg leveren op het juiste moment aan de juiste persoon. Het Kwaliteitsinstituut krijgt als taak te bevorderen dat in professionele standaarden wordt vastgesteld wat wordt verstaan onder gepaste zorg. Gepaste zorg is ook het samen met de patiënt bespreken van de mogelijkheden. Richtlijnen zijn maatgevend, hierin is het stepped care principe opgenomen. Dit vraagt om een cultuurverandering zowel bij de zorgaanbieders als de patiënten. Een goed voorbeeld van een cultuurverandering is het door de KNMG gestarte debat over het doorbehandelen in de laatste levensfase<sup>43</sup>.
45. **Zorgaanbieders moeten declaraties beter controleren.** Door zorgaanbieders op de juiste wijze te prikkelen om declaraties beter te controleren wordt de controle verlegd naar het begin van de declaratieketen en worden zorgaanbieders gestimuleerd 'te staan' voor de rechtmatigheid van hun declaraties. Hiermee wordt een einde gemaakt aan perverse prikkels die het systeem nu kent; de zorgaanbieder heeft nu geen prikkel om declaraties te controleren, zorgverzekeraars verzorgen feitelijk 'kosteloos' de controle voor zorgaanbieders; en bij onrechtmatigheden wordt geen boete gegeven. Deze situatie moet worden opgelost door bijvoorbeeld een bonus/malusregeling of boetes in te voeren.

#### *Zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in de beheersing van het volume en de kosten van zorg.

---

<sup>42</sup> TK 2011-2012, 33 000 XVI, nr. 45.

<sup>43</sup> Medisch Contact, 1 juni 2012, nr. 22.



46. **De verzekeraar is maximaal risicodragend.** In 2015 zijn alle ex post compensaties in de risicoverevening afgebouwd. Dit gaat in verantwoorde stappen. In de visie van de Taskforce moeten zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn voor zoveel mogelijk zorg, ook voor de GGZ en de revalidatiezorg. Transitieperioden met beperkt risico moeten zo kort mogelijk zijn. Bij maximale risicodragendheid horen ook voldoende instrumenten om de inkooprol waar te kunnen maken. De Taskforce adviseert om artikel 13 Zvw aan te passen zodat zorgverzekeraars de zorg die verzekerden met een naturapolis afnemen bij niet-gecontracteerde zorgverleners niet langer hoeven te vergoeden. Zorgverzekeraars kunnen dan daadwerkelijk gaan sturen. De goedkopere naturapolissen kunnen nog goedkoper worden aangeboden. Dit leidt tot grotere prijsverschillen tussen natura- en restitutiepolissen en de concurrentie op de verzekeringsmarkt neemt toe. De verzekerde blijft de keuze behouden tussen een natura- en een restitutiepolis.
47. **De zorgtoeslag kan worden gebaseerd op de prijs van naturapolissen.** In het verlengde van bovengenoemde grotere prijsverschillen tussen natura- en restitutiepolissen kan de zorgtoeslag worden gebaseerd op de gemiddelde prijs van de naturapolis. Dit gemiddelde kan worden gehanteerd bij de koopkrachtberekeningen van het kabinet. Voor deze premie kan immers een complete basisverzekering worden afgesloten.
48. **Het sturingsinstrument van het eigen risico wordt versterkt.** Op dit moment kunnen zorgverzekeraars het eigen risico van een behandeling kwijtschelden als patiënten naar een preferente aanbieder gaan. Als ze echter ook andere vormen van zorg gebruiken, wordt het eigen risico toch vol gemaakt. Dit beperkt de effectiviteit van het sturingsinstrument. Door zorgverzekeraars voorts de mogelijkheid te geven het eigen risico geheel of gedeeltelijk kwijt te schelden voor preferente aanbieders krijgt de verzekeraar een sterker instrument in handen om zijn verzekerden te sturen. Hiermee wordt het duidelijker dat de verzekeraar meer verantwoordelijkheid heeft voor de beheersing van de zorgkosten.
49. **Zorgverzekeraars dringen ongepast gebruik van zorg terug.** De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht, de verzekerde heeft recht op zorg. Deze zorg mag echter alleen in aangewezen situaties worden vergoed; dit is gepast gebruik<sup>44</sup>. De verzekeraar heeft de taak om ongewenste praktijkvariatie terug te dringen door sterker toe te zien op gepast gebruik. Onderdeel van deze opdracht is het aanleveren van adequate spiegelinformatie aan alle actoren in de zorg. Om de praktijkvariatie terug te dringen moeten de richtlijnen door de beroepsgroep worden aangescherpt en door het Kwaliteitsinstituut worden vastgesteld. Hiermee wordt voorkomen dat patiënten zorg krijgen die in hun situatie niet gepast is, dit is kwaliteitswinst voor de patiënt en bespaart kosten. Het CVZ geeft een strakkere en helderder formulering van de inhoud van het pakket. Dit ondersteunt de verzekeraar bij de onderhandelingen met de aanbieders.

---

<sup>44</sup> Gepast gebruik houdt in dat zorg (die wordt gedeclareerd) voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Zorg waarvan de effectiviteit niet is bewezen is geen verzekerde zorg. Verder betekent dit dat zorgaanbieders richtlijnconform handelen en pas naar zwaarder, ingrijpender of duurdere middelen overgaan als een minder zwaar, ingrijpend of goedkoper middel geen effect heeft. Gedeclareerde zorg voldoet aan de indicatievoorwaarden, zoals gesteld in de Zvw.

### Box 3.1 Terugvalscenario's

De Taskforce verwacht dat met de implementatie van de voorstellen in dit rapport de groei van de zorguitgaven zal afnemen tot een houdbaar structureel groeipad. In de curatieve zorg is daarbij het verbeteren van het huidige stelsel de meest begaanbare weg naar een doelmatig werkend zorgstelsel. Partijen krijgen ruimte waar dat kan en de overheid krijgt een rol waar nodig. In het licht van de snel oplopende uitgaven aan zorg is het aan de verschillende partijen om nu snel te laten zien dat zij hun rol op het terrein van de betaalbaarheid oppakken.

Mocht echter onverhoopt blijken dat het onmogelijk is om in het model van geregleerde marktwerking de uitgavengroei te beperken tot het gewenste niveau, dan zijn alternatieve modellen op termijn onafwendbaar. Budgettering komt dan nadrukkelijker in beeld, waarbij het de uitdaging is om niet alle verworvenheden van geregleerde marktwerking (kwaliteit en toegankelijkheid) te verliezen. Budgettering staat op gespannen voet met het ongeclausuleerd recht op zorg en privaatrechtelijke zorgverzekeraars, en mogelijk zijn aanpassingen in het stelsel noodzakelijk.

Er kan op verschillende manieren worden gebudgetteerd: op het niveau van de verzekerde, de aanbieder of de verzekeraar. De uitwerking bij de drie aangrijpingspunten is verschillend:

1. Het budgetteren van verzekerden kan via een sommenverzekering. De aanspraak bestaat dan uit een maximum te besteden bedrag bij een gegeven aandoening. Een nadeel hiervan is dat de prikkel voor de verzekeraar om de kosten boven het maximum te beperken afneemt. Het risico boven de maximumvergoeding ligt immers bij de verzekerden en niet bij zorgverzekeraars. Hierbij loopt de verzekerde individueel risico wanneer de prijzen uitstijgen boven de maximumvergoeding. Individuele verzekerden hebben minder inkoopmacht waardoor de druk op de prijzen vanuit de vraagkant bij een sommenverzekering zal afnemen. Juist onverwachte en hoge uitgaven lenen zich voor verzekeren; een sommenverzekering dekt het opwaartse risico hierbij niet af, waardoor voor dat deel de risicodeling verdwijnt.
2. Aanbieders op individueel niveau budgetteren, betekent dat de overheid een verdeelplan van de zorgvraag over Nederland moet hebben. Dit wringt met de gewenste concurrentie tussen aanbieders. Er wordt immers vooraf vastgesteld wie welke zorg mag leveren zonder dat lopende het jaar verschuivingen makkelijk zijn te accommoderen. Dit stelt hoge eisen aan het inzicht van de overheid in de zorgvraag per instelling. Door aan te besteden zijn prikkels in te bouwen om instellingen te concurreren. Dat zit echter dicht aan tegen het budgetteren van de vraag via de zorgverzekeraars.
3. Budgetteren van zorgverzekeraars is een derde mogelijkheid. De concurrentie tussen aanbieders kan worden gehandhaafd om zo doelmatigheidsprikkel en dynamische efficiency zoveel mogelijk te borgen, en zorgverzekeraars kunnen hun inkoopmacht in blijven zetten ten bate van de verzekerde. Budgetteren kan via een maximering van de nominale premie die zorgverzekeraars in rekening mogen brengen. Wanneer zorgverzekeraars op deze maximumpremies terecht komen dan kunnen zij concurreren op kwaliteit en toegankelijkheid. De grote uitdaging is dan om de zorgverzekeraars de juiste prikkels te geven. Een systeem met meer gebudgetteerde zorginkopers maakt spiegelinformatie mogelijk waarmee prikkels kunnen worden gegeven om scherp in te kopen (maatstafconcurrentie). De risicoverevening wordt dan omgebouwd naar een verdeelmodel voor budgetten. Zorgverzekeraars kunnen een regiobudget krijgen conform de huidige AWBZ of landelijk blijven opereren met een landelijk budget. Hierbij moeten de voordelen van landelijke inkoop voor geconcentreerde en gespecialiseerde zorg die niet in iedere regio wordt aangeboden worden afgewogen tegen de voordelen van een regionaal opererende verzekeraar die dicht op de verzekerde zit en meer aandacht aan een integrale populatieaanpak inclusief preventiebeleid kan geven.

Een en ander lukt niet zonder dat het privaatrechtelijke karakter van de Zvw ter discussie staat. Er zijn vooral precedents voor een overgang van een publieke naar een private markt. De route van privaat naar publiek is echter op voorhand niet geheel afgesloten. Niettemin is evident dat dit wettelijke aanpassingen vereist met juridische hobbels en een meerjarig transitietraject met transitiekosten. De Taskforce adviseert daarom vooralsnog vol in te zetten op de verbetering van het huidige model van geregleerde marktwerking.

*Patiënten in de curatieve zorg*

Ook richting patiënten zijn maatregelen nodig om het kostenbewustzijn te bevorderen.

50. **De eigen bijdragen richten zich op de grote groeiers.** De Taskforce adviseert een aanpassing van de systematiek voor eigen betalingen, waarbij de eenvoud van het eigen risico en de gedragseffecten van specifieke eigen betalingen worden gecombineerd. Concreet adviseert de Taskforce een systeem met een eigen risico aan de voet, vergelijkbaar met het huidige eigen risico. Aanvullend betaalt de patiënt een procentuele eigen bijdrage (10%). Voor deze procentuele bijdrage geldt een plafond. Het totaal aan eigen betalingen is daarmee aan een maximum gebonden. Denkbaar is een eigen risico van € 350 aan de voet en een procentuele eigen bijdrage van maximaal € 150. In dit systeem is er sprake van een drempelwerking (via het eigen risico aan de voet) en van een lange remweg (via de procentuele eigen bijdrage). Circa driekwart van de mensen blijft gedurende het hele jaar een remweg ervaren. De sterke groei bij de lichtere ziekenhuispatiënten (die het eigen risico al vol maken) kan worden omgebogen door de introductie van de procentuele eigen bijdrage van 10%. Om te stimuleren dat patiënten vooraf goed nadenken of een bezoek aan de huisarts noodzakelijk is, wordt de huisarts onder het eigen risico gebracht<sup>45</sup>. Eigen bijdragen voor gebruik van de huisartsenpost en de SEH stimuleren de patiënt om zoveel mogelijk overdag naar de eigen huisarts te gaan. Ook is het noodzakelijk de zelfzorg te versterken om te voorkomen dat mensen te snel naar de huisarts gaan, zeker wanneer die voormalige taken uit de tweedelijns overneemt. Uitstel van noodzakelijke zorg voor chronisch zieken kan worden vermeden door het maximum aan eigen betalingen (het eigen risico en de procentuele eigen bijdrage) zo te stellen dat deze groep het maximum voorspelbaar volmaakt. Hogere en slimmere eigen betalingen kunnen het draagvlak voor de risicosolidariteit in het huidige stelsel vergroten: nettobetalers zullen eerder aannemen dat het premiegeld goed wordt besteed, als zorggebruikers zelf 10% meebetalen. Deze maatregel draagt daarmee bij aan houdbare solidariteit in de Zvw. Andere belangrijke voordelen van deze vormgeving zijn dat substitutie naar andere sectoren wordt voorkomen omdat het een generiek instrument betreft en dat de uitvoeringskosten beperkt lijken te zijn, aangezien de uitvoering nauw aansluit bij het huidige eigen risico.
51. **De burger draagt als eerste de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid, zodat onnodig gebruik van zorg wordt voorkomen.** Door in te zetten op zelfredzaamheid, zelfmanagement en therapietrouw, kunnen zorguitgaven worden voorkomen. De belangrijkste baten van dit type preventieve strategieën zit dus in meer gezondheidswinst, niet in lagere kosten. Op die manier draagt preventie bij aan extra draagvlak voor financiering: we leven langer in goede gezondheid en betalen in die periode extra premie. Bovendien verandert de aard van de geleverde zorg: minder zorg voor vermijdbare chronische ziekten door gezond gedrag betekent meer ruimte voor zorg voor acuut bedreigende ziekten. Het maatschappelijk draagvlak voor die laatste zorgvorm is waarschijnlijk groter. Volgens de OESO is preventie via (hogere) accijnzen per saldo kostenbesparend en zorgt dit voor

---

<sup>45</sup> In de eerste lijn gaan veel mensen vaker naar de huisarts voor lichtere kwalen waarvoor zelfzorg een alternatief vormt. Door de huisarts onder het eigen risico te brengen wordt zelfzorg gestimuleerd.

gezondheidswinst<sup>46</sup>. De Taskforce adviseert te kijken naar hogere accijnzen als stimulans voor gezond gedrag. In dit kader is de in het Begrotingsakkoord 2013 aangekondigde verhoging van de alcohol- en tabaksaccijns en het afzien van afschaffing van de frisdrankbelasting relevant. Ook afspraken over het aanbieden en promoten van gezondere voeding, bijvoorbeeld met supermarkten, moeten worden gestimuleerd.

52. **Bij collectieve gefinancierde zorg krijgen patiënten de verantwoordelijkheid voor therapietrouw.** Patiënten hebben door therapietrouw invloed op uitkomst van de behandeling, en daarmee ook op de kosten. De Taskforce beveelt aan om te starten bij integrale zorg (de keten DBC's). Als een patiënt deelneemt aan een keten wordt therapietrouw in het zorgplan opgenomen, indien een patiënt onvoldoende meewerkt aan de therapie draagt integrale zorg niet bij aan betere kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars kunnen dit stimuleren door de mogelijkheid te creëren om het eigen risico deels kwijt te schelden. Zorgverzekeraars moeten stevig blijven inzetten op financiering van *e-health*, belonen van *shared decision-making* en transparantie, zodat de patiënt zijn rol kan oppakken.
53. **Het kostenbewustzijn bij patiënten wordt gestimuleerd.** Zorgverzekeraars geven inzicht in de gebruikte zorg. Door regelmatig (bijvoorbeeld ieder kwartaal) een overzicht te geven van de zorg krijgt de patiënt inzicht in de kosten. Door de verhoging van het eigen risico is de patiënt er ook meer bij gebaat de declaraties te controleren.

---

<sup>46</sup> OECD, Fit not Fat, Obesity and the Economics of Prevention, Parijs 2010.

### **Box 3.2 Zorgsparen: geen alternatief voor stijgende premies**

De zorguitgaven worden grotendeels collectief gefinancierd via een omslagstelsel. Er wordt niet, zoals bij pensioen, kapitaal opgebouwd voor toekomstige uitgaven aan zorg. Zorgsparen zou hierin verandering kunnen brengen. Behalve aan (extra) sparen voor toekomstige zorgkosten kan worden gedacht aan het flexibeler benutten van pensioenvermogen of de waarde van de eigen woning. Hoe reëel is dit perspectief?

#### *Vrijwillig of verplicht individueel zorgsparen*

Er zijn verschillende vormen van zorgsparen. Het sparen kan vrijwillig zijn. De keuze om te sparen is dan aan de mensen zelf en ook de aanspraken zijn individueel. Het sparen kan ook verplicht worden opgelegd aan ieder individu, mogelijk met betrokkenheid van sociale partners. Iedereen bouwt dan een individueel spaarpotje op voor kosten van onverzekerde zorg of voor zorg waarvoor een eigen risico geldt. In beide gevallen maakt dat het mogelijk dat mensen een groter deel van de zorgkosten zelf gaan betalen. Individueel zorgsparen is met name geschikt voor zorg met een hoge kans en lage kosten. Dat zijn zorgkosten waar de meeste mensen mee te maken krijgt, al is het moment onzeker. Voor dergelijke kosten is zorgsparen een alternatief. Er hoeft dan minder zorg collectief te worden verzekerd. Bovendien wordt meer maatwerk mogelijk en vermindert door de eigen betalingen het *moral hazard*. Wel neemt de solidariteit af en wanneer het sparen vrijwillig is, is het niet zeker of mensen ook daadwerkelijk zullen gaan sparen.

#### *Verplicht collectief zorgsparen*

Een nog verdergaande vorm is verplicht collectief zorgsparen. De ingelegde bedragen gaan dan op een grote hoop, worden belegd en in de toekomst gebruikt om verzekerde AWBZ-zorg te financieren. Het voordeel is dat de AWBZ-premie in de toekomst minder hoeft te stijgen vanwege het opgebouwde kapitaal. Wel is tijdelijk sprake van dubbele collectieve lasten voor zowel het omslagstelsel als kapitaaldekking.

#### *Aanwenden van vermogen uit de eigen woning of uit het pensioen*

Sparen voor toekomstige zorgkosten kan ook door de inzet van bestaande spaarvoorzieningen. Er zijn nu al potjes beschikbaar voor pensioen, voor een eigen woning en voor andere doelen. Door het 'verbinden van wonen, zorg en pensioen' zou bestaand vermogen flexibel kunnen worden aangewend. Een deel van het opgebouwde pensioen of van het vermogen in de eigen woning zou dan kunnen worden benut voor hoge investeringen ineens in aanpassingen van de woning zodat men langer thuis kan blijven wonen, voor welzijn of voor zorgkosten. Veel mensen hebben die bereidheid. Het flexibel aanwenden van pensioenvermogen stelt de (intergenerationele) solidariteit echter op de proef vanwege adverse selectie. Bovendien verhoogt het de uitvoeringskosten van pensioenfondsen. Een voortijdige pensioenuitkering in de vorm van een eenmalig bedrag kan daarom hooguit in beperkte mate. Verzilveren van vermogen in de eigen woning is in theorie nu al wel mogelijk, maar in de praktijk liggen er behoorlijke hobbels die kunnen worden geslecht zodat het vermogen inzetbaar is voor zorg.

#### *Biedt zorgsparen een alternatief voor stijgende zorgpremies?*

De Taskforce ziet zorgsparen niet als een oplossing voor de groei van de collectieve uitgaven. Collectief verplicht zorgsparen vergt een ingrijpende wijziging van de financiering van het zorgstelsel en leidt bovendien tot tijdelijk dubbele lasten en is om die reden niet aantrekkelijk. Sparen op individueel niveau is primair een aanvulling op het collectieve stelsel, omdat het gaat om zorg die niet collectief verzekerd is.

### 3.4 Naar een houdbaar groeipad op de (middel)lange termijn

54. **De Taskforce is van oordeel dat de collectieve zorguitgaven in Nederland onnodig en onverantwoord hard groeien.** Hoewel de productiviteit in de zorg is toegenomen, vertaalt zich dat niet in lagere collectieve zorguitgaven. De budgetten groeien alsof er geen productiviteitsstijging is. Daardoor lekken productiviteitswinsten gemakkelijk weg in een hoger zorgvolume. Ten tweede wordt het begrip 'zorg' steeds meer opgerekt, wat leidt tot het verlenen van meer en duurdere zorg aan relatief lichtere patiënten. Dit doet kostenbesparingen door lagere tarieven meer dan teniet. Ten derde verandert de aard van de zorg en wordt relatief steeds meer 'lichte' zorg geleverd. Vooral zorg die relatief gevoelig is voor aanbodgeïndiceerde vraag en indicatieverruiming groeit hard. Bovengenoemde ontwikkelingen zijn door het gevoerde beleid versterkt. Er valt steeds meer onder de collectieve verzekering, de uitstroom uit het pakket is beperkt. In de bekostiging zijn de prikkels om veel volume te genereren groot. Het gevolg is dat het kostenbewustzijn over de hele linie onvoldoende is en er onvoldoende prikkels zijn tot doelmatigheid.
55. **De weg naar houdbare zorguitgaven vereist een integrale strategie.** Dat betekent én de doelmatigheid van het stelsel verbeteren én het pakket tegen het licht houden én de eigen betalingen verhogen. Vergrijzing rechtvaardigt dat de zorguitgaven iets harder groeien dan andere collectieve uitgaven. Een reëel groeipad gelijk aan welvaarts groei plus demografie dient voldoende te zijn om de zorgvraag te accommoderen. Naar de huidige inzichten betekent dit dat de groei van de zorguitgaven ruim 1½%-punt lager moet liggen dan het huidige groeipad. Hiermee wordt een eerste grote stap gezet naar houdbare zorguitgaven. Om dit te bereiken moeten op vele fronten maatregelen worden genomen. Aan beheersbare en houdbare zorguitgaven moeten én de aanbieders én de inkopers én de cliënten én de overheid een bijdrage leveren.
56. **Bijbuigen van uitgavengroei naar een houdbaar pad is mogelijk, maar vergt wel een samenhangend pakket van maatregelen.** Een lager groeipad is alleen haalbaar als alle maatregelen in samenhang worden genomen: bekostiging, eigen betalingen en pakketmaatregelen versterken elkaar in de richting van meer gepast gebruik. De samenhang van maatregelen waarborgt dat weglek wordt tegengegaan. Alle partijen (verzekeraar, aanbieder, patiënt, overheid en ZBO's) worden expliciet op betaalbaarheid en kostenbeheersing aangesproken, ook om verdergaande ingrepen te voorkomen. Als slechts een deel van de maatregelen wordt getroffen, zal het groeipad niet worden bijgebogen. Concreet:
- Versnelde afbouw resterende ex-post mechanismen. AWBZ-zorg die naar de Zvw gaat wordt direct risicodragend. Budgetten, tarieven en kaders in het vrije deel van het BKZ worden (gedeeltelijk) aangepast aan productiviteitsontwikkelingen. Inkopers krijgen maximale vrijheid om op een slimme manier in te kopen.
  - Contractpartijen krijgen mogelijkheden tot kostenbeheersing middels *quality adjusted capitation fees*. Zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders maken dan afspraken over én kwaliteit, én toegankelijkheid én betaalbaarheid.

- c. Patiënten en cliënten krijgen te maken met hogere eigen betalingen en met minder aanspraken en zij krijgen prikkels bewust te kiezen tussen aanbieders.
  - d. ZBO's (NZa, CVZ en CIZ etc.) hebben een groot deel van het beheersingsinstrumentarium in handen. ZBO's opereren meer binnen de randvoorwaarde van een door de politiek vastgesteld financieel kader voor de zorg.
57. **Ook een houdbaar pad dient niet te worden overschreden. Daarvoor zijn verschillende instrumenten beschikbaar.** Op de eerste plaats geldt dat nog steeds een aanzienlijk deel van de zorg op de een of andere manier aan een budgettaire norm is verbonden: het groeipad van de Wmo, de contracteerruimte in de AWBZ, het A-segment van de ziekenhuizen, het abonnementstarief van de huisartsen etc. Hiernaast zijn er (steeds grotere) delen van de zorg met vrije tarieven en vrije bekostiging waar de budgettaire uitkomst niet van tevoren vaststaat. Partijen kunnen zich committeren aan een beperkt groeipad door het afsluiten van bestuurlijke afspraken. Overschrijdingen moeten zoveel mogelijk worden voorkomen en waar dit niet lukt, is het MBI - generiek dan wel specifiek – het slot op de deur. Om het risico op overschrijdingen te verkleinen is een goede en tijdige informatievoorziening een noodzakelijke voorwaarde.
58. **De Taskforce adviseert voor eventuele resterende financiële problematiek een sluitregel vast te leggen.** Wanneer ondanks de brede inzet en uitbreiding van het genoemde instrumentarium toch nog budgetproblematiek resteert, dan is het voorstel deze volgens een sluitregel op te lossen. De sluitregel luidt dat dan nog resterende problematiek door een verhoging van de eigen betalingen dient te worden opgelost zodat de zorguitgaven (intertemporeel) binnen het BKZ blijven. De sluitregel vermijdt afwenteling van de budgettaire restproblematiek naar andere beleidsdomeinen.
59. **Tijdige en adequate informatie is nodig ter ondersteuning van de budgettaire beheersing.** Deze informatie moet ook inzicht geven in de oorzaak van overschrijdingen. De Taskforce adviseert fors te investeren om de informatievoorziening verder te verbeteren. De overheid is probleemeigenaar. Het gaat om het voorkomen van overschrijdingen, het tijdig signaleren van overschrijdingen als die zich onverhoopt voordoen en tot slot het terughalen van overschrijdingen.
60. **Houdbare zorg, blijvende kwaliteit.** Met de geschetste aanpak beweegt de zorg richting een houdbaar groeipad en kan de burger ook in de toekomst een beroep blijven doen op een kwalitatief goede zorg, geleverd conform de richtlijnen, waar mogelijk dicht bij huis en waar noodzakelijk in de tweedelijnszorg of een instelling.

De opbrengsten van de aanbevelingen staan in tabel 3.1.

<b>Tabel 3.1 Opbrengsten aanbevelingen (in miljarden euro)</b>	<b>jaar</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Langdurige zorg</b>	<b>2017</b>	<b>Verlaging groei 2013-2017 (gemiddeld)</b>	<b>Verlaging groei lange termijn (indicatief)</b>
<b>Zorg op de juiste plek</b>	<b>1,1</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,4%</b>
Overheveling naar Wmo en Zvw*	0,7		
<i>wv. Overheveling begeleiding</i>	0,4		
<i>wv. Overheveling persoonlijke verzorging</i>	0,3		
Overheveling GGZ naar de Zvw	0,0		
Geconcentreerde inkoop hoge ZZP's*, aanscherpen poortwachter	0,2		
Extramuraliseren lichte ZZP's	0,1		
<b>Zorg terug naar de kern</b>	<b>0,9</b>	<b>0,8%</b>	
Afschaffen HV (met mogelijkheid voor 50% compensatie)	0,7		
Verhogen extramurale eigen bijdrage	0,0		
Vermogenstoets (boven de grenzen betaalt men 90% van alle zorgkosten)	0,2		
<b>Totaal langdurige zorg</b>	<b>2,0</b>	<b>1,7%</b>	<b>1,4%</b>
* Het gaat om alle intramurale zorg die niet is geëxtramuraliseerd, zowel de hoogspecialistische zorg als de V&V ZZP 5 en hoger.			
<b>Curatieve Zorg</b>	<b>2017</b>	<b>Verlaging groei 2013-2017 (gemiddeld)</b>	<b>Verlaging groei lange termijn (indicatief)</b>
<b>Structurele doorwerking hoofdlijnenakkoord(en)**</b>	<b>0,6</b>	<b>0,4%</b>	<b>1,6%</b>
<i>Nieuw(e) hoofdlijnenakkoord(en)</i>			
<i>Volledige doorwerking afschaffing ex post compensaties vanaf 2015 en integrale tarieven</i>			
<i>Meer ruimte voor zorgverzekeraars (aanpassen art. 13 Zvw)</i>			
<i>Macrobeheersinstrument (MBI)</i>			
<b>Zorg op de juiste plek</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,5%</b>
<i>Zorgverzekeraars: vrije bekostiging, DOT wordt informatiesysteem, versterking sturingsinstrument ER</i>			
<i>ZBO's: taakopdracht binnen BKZ, betere informatievoorziening</i>			
<i>Aanbieders: integrale aanneemsommen, meer taakherschikking, aanpassen opleidingsduur en profijtbeginnsel</i>			
<i>Overheid: beleidsrijke vaststelling budgettaire kaders (herinrichting zorglandschap), zorgtoeslag, ex ante ordening deelmarkten, MBI</i>			
<b>Zorg terug naar de kern</b>	<b>1,4</b>	<b>0,8%</b>	<b>0,3%</b>
<i>Stringent pakketbeheer, voorwaardelijke toelating, actief uitstroombesleid, versterking toezicht</i>	0,2	0,1%	
<i>Huisarts onder het eigen risico (financieringseffect)</i>	0,1	0,1%	
<i>10% eigen bijdrage bovenop ER tot een maximum van € 150 (financieringseffect)</i>	0,7	0,4%	
<i>Gedragseffecten inclusief huisarts onder eigen risico</i>	0,4	0,2%	
<b>Totaal curatieve zorg</b>	<b>2,6</b>	<b>1,5%</b>	<b>2,5%</b>
** Op de middellange termijn wordt rekening gehouden met 2,5% groei in de ziekenhuizen. En op de lange termijn met 2,3% voor alle sectoren, behalve de geneesmiddelen. Voor de geneesmiddelen wordt, op basis van de ramingen voor geneesmiddelen van het CVZ, een lager groeipad voorzien van 2,3% ten opzichte van de inschatting van het CPB. Er wordt geleidelijk een korting op de tarieven en budgettaire kaders toegepast van 0,5%. Structureel wordt een korting voorzien van 0,8%. De maatregelen onder zorg op de juiste plek en zorg terug naar de kern, in combinatie met het MBI, zijn nodig om een weglek van deze tarief-/kaderkorting naar een hoger volume te voorkomen. Voor zover deze weglek wel plaatsvindt biedt een verhoging van het eigen risico via de sluitregel uitkomst. Voorgestelde maatregelen onder zorg op de juiste plek en zorg terug naar de kern hebben een aanvullend effect op het volume/budgettaire kader. Bij (een) nieuw af te sluiten hoofdlijnenakkoord(en) dient hiermee rekening gehouden te worden.			
<b>Totaal langdurige en curatieve zorg</b>	<b>4,6</b>	<b>1,6%</b>	<b>2,1%</b>

Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.



## Bijlage 1 Taakopdracht

### **Instellen Taskforce Beheersing Zorguitgaven**

#### **Inleiding**

De minister en staatssecretaris van VWS en de minister van Financiën hebben besloten tot de instelling per 1 december 2010 van een Taskforce Beheersing Zorguitgaven. De zorg is de grootste collectieve uitgavenpost en groeit fors. Zonder ingrepen groeien de reële zorguitgaven met circa 4 procent per jaar, bijna drie keer zoveel als de geraamde groei van de totale economie. Een dergelijke groei soupeert nagenoeg alle collectieve groeiruimte op en is zowel op de middellange als de lange termijn onhoudbaar. De Taskforce wordt verzocht uiterlijk 1 juli 2012 voorstellen te doen, die de beheersing op middellange termijn kunnen vergroten en tevens te komen met aanbevelingen die de houdbaarheid op langere termijn bevorderen cq. die leiden tot een lager groeipad van de collectieve zorguitgaven. In aanloop naar deze voorstellen beziet de Taskforce op korte termijn de mogelijkheden om de informatievoorziening op het terrein van de zorg te verbeteren, de uitwerking van de beleidskeuzes in het Regeer- en Gedoogakkoord ten aanzien van de curatieve en langdurige zorg en enkele concrete onderwerpen waarover tussen bewindspersonen afspraken zijn gemaakt.

#### **Taakopdracht (t/m voorjaar 2011)**

1. Welke (aanvullende) mogelijkheden zijn er om te komen tot een betere informatievoorziening opdat eerder en beter zicht ontstaat op de werkelijke ontwikkelingen in de zorguitgaven evenals op oorzaken van eventuele afwijkingen ten opzichte van de ramingen. Dit zowel met het oogmerk van een betere raming (ex ante), een verbetering van de monitoring gedurende het uitvoeringsjaar en een betere verantwoording (ex post) als aangrijpingspunt voor gerichte en tijdige maatregelen, indien de ontwikkeling van de uitgaven afwijkt van de raming.
2. Adviseren over de samenhang, tijdigheid en robuustheid van de transitieplanning en verdere uitwerking van de beleidskeuzes in het Regeer- en Gedoogakkoord ten aanzien van de curatieve en langdurige zorg.
3. Uitwerking geven aan de concrete onderwerpen waarover tussen bewindspersonen afspraken zijn gemaakt (bijvoorbeeld ontwikkelen maatregelen beheersbaarheid PGB-budget).

#### **Taakopdracht (rapportage 1/7/2012)**

4. Welke (aanvullende) mogelijkheden zijn er om enerzijds de jaarlijkse ramingen en realisaties in het budgettaire proces te verbeteren en anderzijds het CPB in staat te stellen in de voorbereiding op de komende MLT beter onderbouwde / toegelichte zorgraming af te geven (en daarbij de aansluiting tussen raming en het BKZ te verbeteren).
5. Welke (aanvullende) mogelijkheden zijn er om te komen tot een betere beheersing van de zorguitgaven. Bijvoorbeeld door het verder ontwikkelen van sturingsprincipes, bekostigingsarrangementen en pakketbeheer, en nadere voorstellen te doen ten aanzien van eigen betalingen en eigen risico. Hierbij worden de gevolgen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg in beeld gebracht.

## **Toelichting**

### **Uit te voeren activiteiten**

De Taskforce neemt de beleidskeuzes in het Regeer- en Gedoogakkoord ten aanzien van de curatieve en langdurige zorg als uitgangspunt. Voor de curatieve zorg betekent dit: doorgaan op het pad van de gereguleerde marktwerking. Voor de langdurige zorg: uitvoering van de AWBZ door risicodragende zorgverzekeraars. Ter uitwerking van deze beleidskeuzes brengt de Taskforce (aanvullende) mogelijkheden voor betere beheersing in kaart, waarbij kan worden gesteund op de diverse studies op dit gebied waaronder de rapporten uit de Brede Heroverwegingen van dit voorjaar.

In de conclusies en aanbevelingen van de eindrapportage dient helder gemaakt te worden welke stappen op middellange en langere termijn mogelijk zijn om de verbetering van beheersing van de zorguitgaven en de verbetering van de informatievoorziening te bereiken en welk transitietraject passend is. Tevens wordt aangegeven of en welke eventuele wijzigingen in wet- en regelgeving nodig zijn. De wijzigingen zullen worden voorzien van een inschatting van de duur van het implementatietraject en van de eventueel noodzakelijk veronderstelde transitiestappen. Ten aanzien van de informatievoorziening kan mede gebruik gemaakt worden van acties die daarover binnen VWS in gang zijn gezet.

In de bijlage van de eindrapportage in ieder geval opgenomen:

- Een overzicht van sturingsprincipes naar beleidsterrein (incl. beoogde ontwikkeling) en beoordeling naar de mate deze bijdragen aan beheersing;
- Een overzicht van bekostigingsarrangementen naar beleidsterrein (incl. beoogde ontwikkeling) en beoordeling naar de mate deze bijdragen aan beheersing;
- Een overzicht van bestaande wet- en regelgeving naar beleidsterrein (incl. wetgeving in ontwikkeling).

### **Projectinrichting**

De Taskforce Beheersing Zorguitgaven bestaat uit de volgende leden: DGLZ (voorzitter) en DGCZ van VWS; de DGRB en IRF/HSectorie VWS namens Financiën en een raadsadviseur van AZ; DFEZ van VWS is secretaris. De Taskforce komt circa vier keer bijeen.

De secretaris van de Taskforce is verantwoordelijk voor de voorbereiding van de vergaderingen van de Taskforce. Hiertoe wordt onder zijn voorzitterschap een Werkgroep Beheersing Zorguitgaven ingesteld, waarin de directies FEZ, MEVA, CZ, LZ en Z (allen VWS) en IRF, AFEP (Financiën) zitting hebben. Voor het onderdeel ramingen worden ook BZ/BBL en het CPB betrokken. Het secretariaat wordt gevormd door een of twee medewerkers van VWS en een medewerker van Financiën.

Daarnaast vinden nog nader in te vullen klankbordbijeenkomsten plaats.

### **Financiering**

Er is een budget beschikbaar voor eventueel aanvullend onderzoek.

### **Tijdpad**

Doelstelling is bewindspersonen uiterlijk 1 juli 2011 een tussenrapportage en uiterlijk 1 juli 2012 de eindrapportage te sturen.

## Bijlage 2 Samenstelling Taskforce Beheersing Zorguitgaven

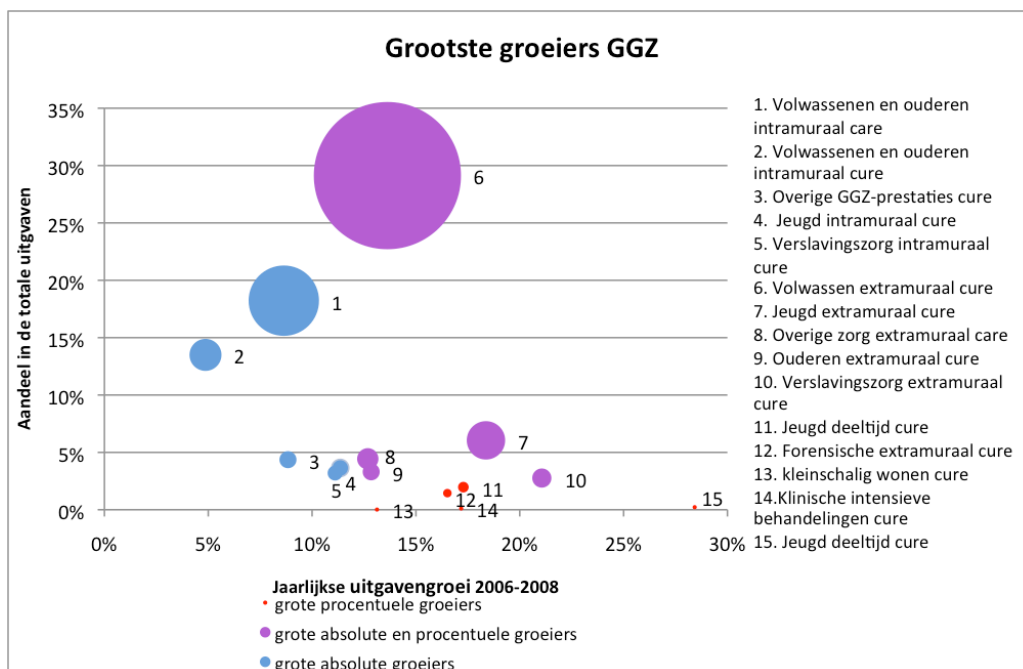
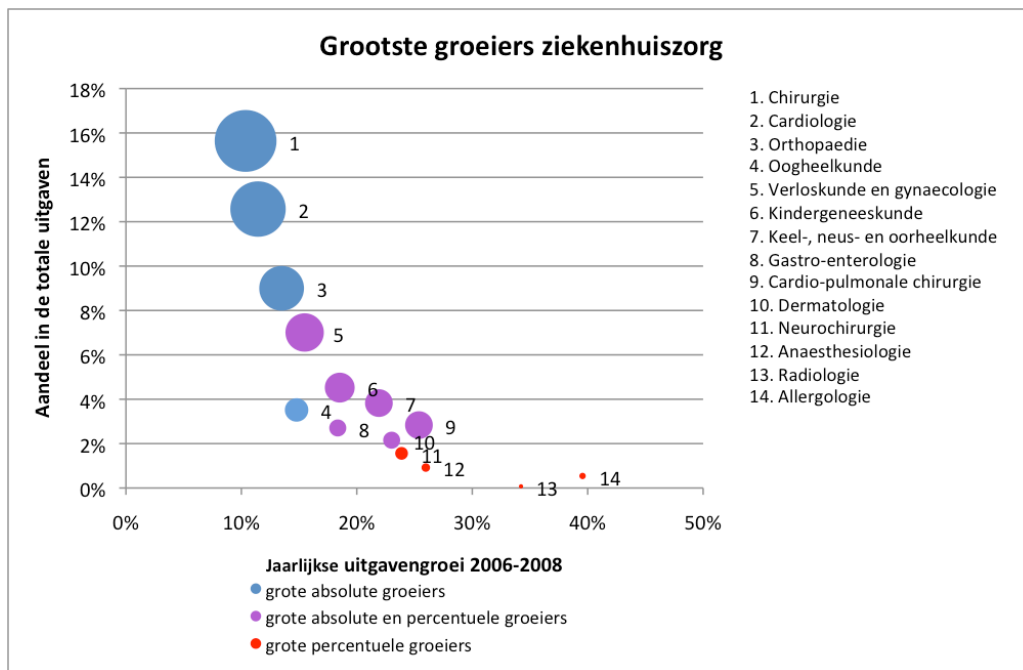
### **Taskforce Beheersing Zorguitgaven**

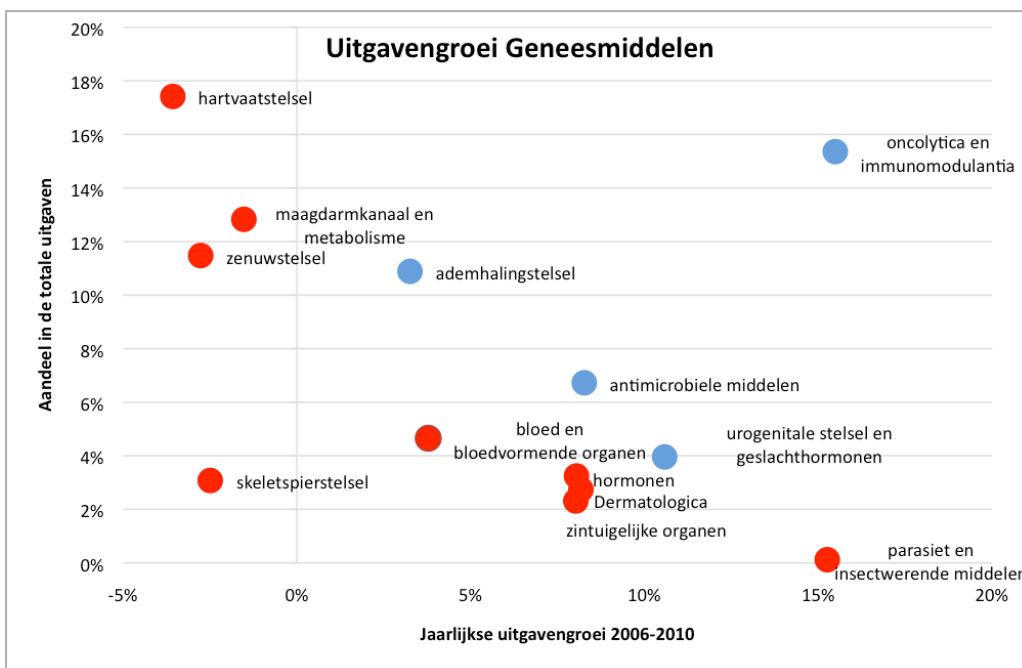
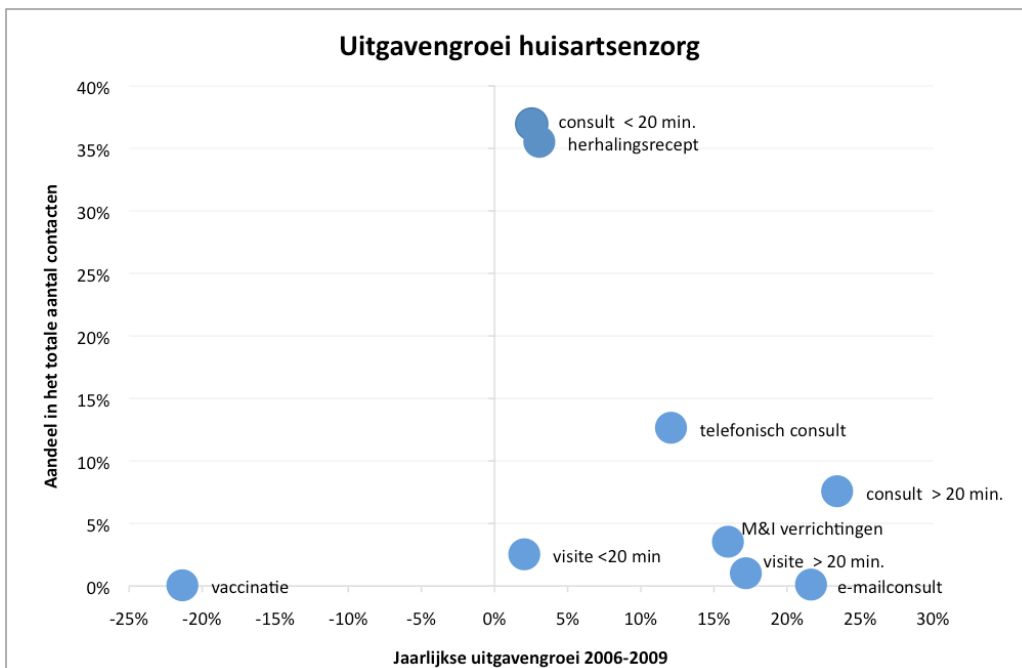
Voorzitter:	Marcelis Boereboom	Ministerie van VWS
Leden:	Léon van Halder	Ministerie van VWS
	Laura van Geest	Ministerie van Financiën
	Johan van den Berg	Ministerie van Financiën
	Marjolein Voslamber	Ministerie van AZ
Secretaris:	Theo van Uum	Ministerie van VWS
Secretariaat:	Margriet Germing	Ministerie van VWS
	Patrick Jeurissen	Ministerie van VWS
	Joost Trienekens	Ministerie van VWS
	Joost Clerx	Ministerie van Financiën
	<i>(tot 01-01-2012)</i>	
	Gijs van der Vlugt	Ministerie van Financiën
	<i>(vanaf 01-01-2012)</i>	

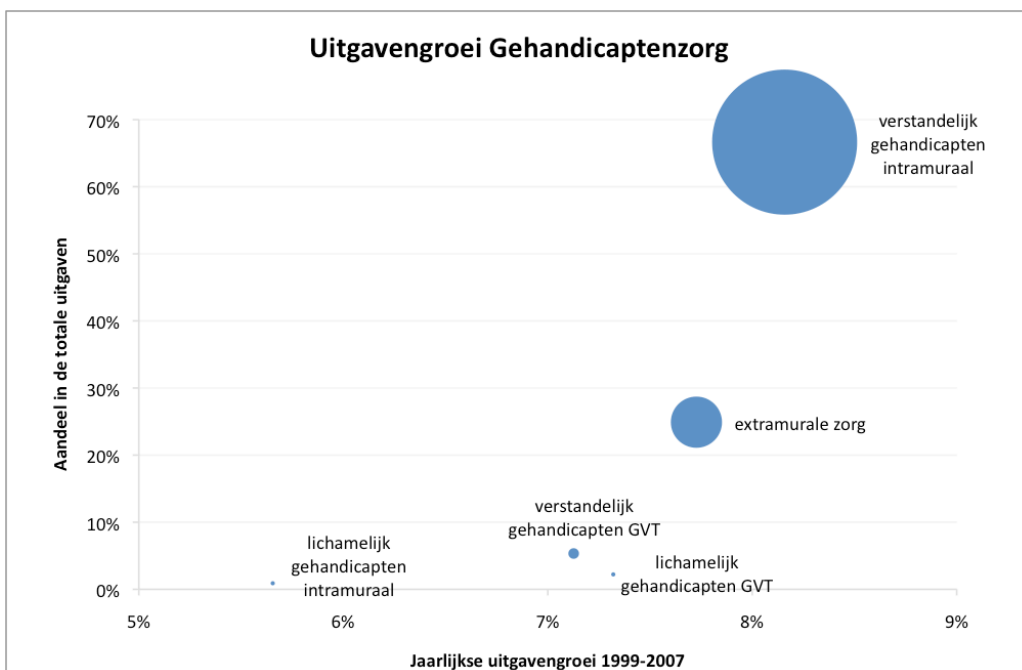
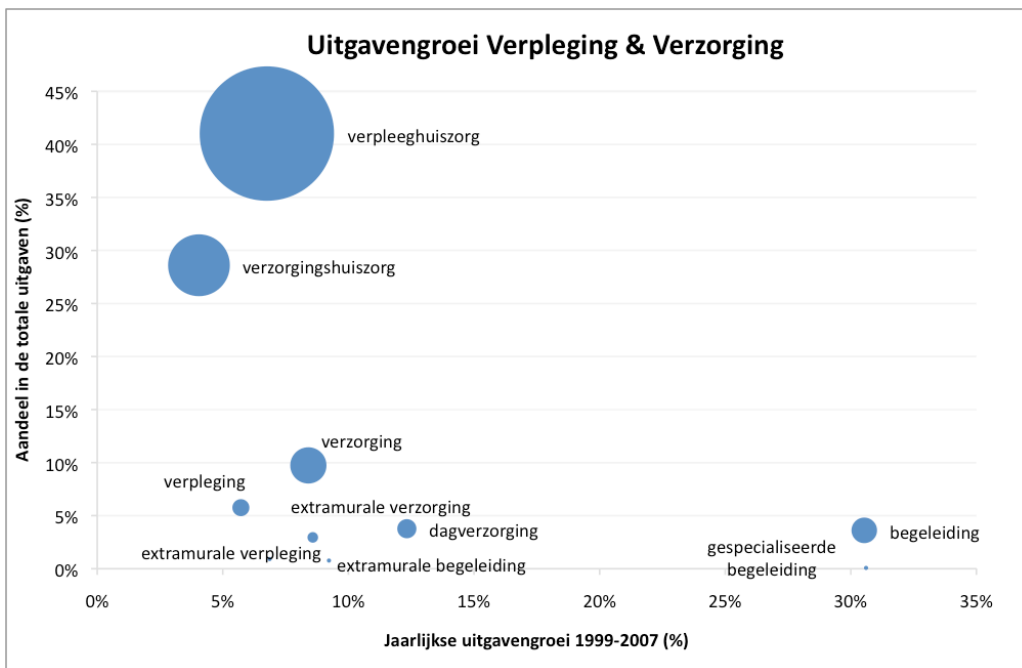
### **Dankwoord**

De Taskforce en het secretariaat willen de vele medewerkers van VWS, Financiën en Algemene Zaken die hebben bijgedragen aan dit rapport, hartelijk danken voor hun inzet. Ook de geraadpleegde externe deskundigen worden vriendelijk bedankt.

## Bijlage 3 Samenstelling Taskforce Beheersing Zorguitgaven







## Bijlage 4 Verbetering informatievoorziening zorguitgaven

De opdracht aan de Taskforce is aan te geven welke (aanvullende) mogelijkheden er zijn om te komen tot een betere informatievoorziening opdat eerder en beter zicht ontstaat op de werkelijke ontwikkelingen in de zorguitgaven evenals op oorzaken van eventuele afwijkingen ten opzichte van de ramingen. Dit met het oogmerk van een betere raming (ex ante), een verbetering van de monitoring gedurende het uitvoeringsjaar en een betere verantwoording (ex post) als aangrijpingspunt voor gerichte en tijdige maatregelen, indien de ontwikkeling van de uitgaven afwijkt van de raming.

### **De informatievoorziening in het zorgstelsel is complex.**

De complexiteit van informatievoorziening in de zorg is een direct gevolg van de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel. Veel partijen binnen het stelsel verrichten de feitelijke uitgaven. Daardoor moet de informatie over de uitgaven bij veel partijen worden ingewonnen. Dat de uitgaven door meerdere partijen worden verricht, komt vooral door de institutionele inrichting en de wijze van bekostiging. Het stelsel is zo ingericht dat verzekeraars en zorgkantoren zorg inkopen bij de aanbieders. De patiënt/cliënt vraagt zorg bij de aanbieders, de aanbieder levert de zorg en declareert deze vervolgens bij zorgverzekeraars en zorgkantoren. Die controleren vervolgens de declaraties, betalen en pas daarna komt informatie over de zorguitgaven bij VWS beschikbaar. Dat is dus een wezenlijk ander (keten)proces dan bijvoorbeeld een subsidiebetaling die rechtstreeks vanaf de begroting aan een instelling wordt betaald en VWS met één druk op de knop over de gewenste informatie beschikt.

De aanbevelingen van de Taskforce ten aanzien van de informatievoorziening hebben betrekking op drie deelonderwerpen:

1. Versnellen informatievoorziening over de zorguitgaven;
2. Verbeteren monitoring zorguitgaven gedurende het jaar: 'early warning';
3. Verbeteren beleidsinformatie.

### **1. Versnellen informatievoorziening over de zorguitgaven.**

Hoewel de actuele financiële informatie over veel sectoren tijdig beschikbaar komt, is dat voor een aantal belangrijke sectoren niet het geval. Het gaat daarbij vooral om de medisch-specialistische zorg en de curatieve GGZ. Doordat er tussen het openen van een DBC door een zorgaanbieder, het declareren van die DBC bij een verzekeraar en de uiteindelijke goedkeuring en betaling van die declaratie veel tijd kan verstrijken, kan de definitieve realisatie van de zorguitgaven in een bepaald jaar pas jaren later definitief worden vastgesteld. Een snellere beschikbaarheid van deze informatie is noodzakelijk.

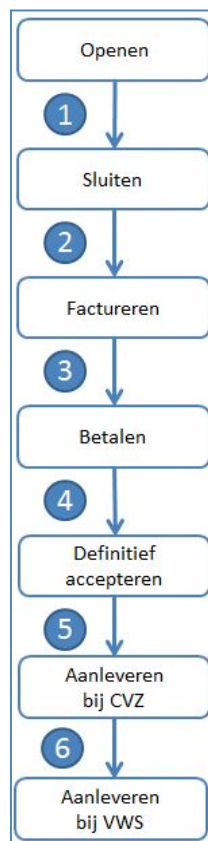
In dat kader heeft de Taskforce onderzocht of het mogelijk is om de uitgaven aan DBC's in de toekomst niet langer toe te rekenen aan het jaar van openen, maar aan het jaar van sluiten van de DBC. Dit zou een forse versnelling kunnen opleveren in de definitieve vaststelling van de uitgaven over een bepaald jaar. Er kan immers relatief snel na afloop van het jaar worden bepaald hoeveel DBC's er in het voorgaande jaar zijn gesloten en welke kosten daarmee gemoeid waren. De Taskforce heeft twee onderzoeksbureaus gevraagd om uit te rekenen wat het effect van een dergelijke definitiewijziging zou zijn op het huidige niveau van de

zorguitgaven in het Budgettair Kader Zorg. De uitkomsten hiervan zijn gedeeld met ZN en de NVZ. Hoewel het budgettaire effect op het BKZ beperkt bleek te zijn is geconcludeerd dat een dergelijke wijziging op korte termijn als te ingrijpend moet worden beschouwd. Een wijziging in de definitie kan een goede uitvoering van het onlangs gesloten Hoofdlijnenakkoord in de medisch-specialistische sector belemmeren, in het bijzonder de gewenste sturing door de zorgverzekeraars op de beheersing via de zorginkoop op beheersing van de uitgaven.

Ook zijn er binnen de huidige systematiek nog voldoende mogelijkheden die perspectief bieden op een forse versnelling in de informatievoorziening. De Taskforce beveelt aan eerst die mogelijkheden uit te werken en te implementeren. Het uiteindelijke doel van de versnelling is dat de uitgaven over het voorgaande jaar op een zodanig tijdstip bekend zijn, dat die inzichten een rol kunnen spelen in de voorjaarsbesluitvorming voor de komende begroting. Anders geformuleerd, de uitgaven over jaar t in de medisch-specialistische sector dienen in maart t+1 voor minimaal 90% bekend te zijn.

Het proces dat de schade van een DBC-zorgproduct doorloopt, laat zich in verschillende fases onderscheiden. *In onderstaand schema staan deze stappen weergegeven vanaf het openen van een DBC totdat deze DBC door het CVZ aan VWS wordt aangeleverd als 'geaccepteerde schade'.* Per fase wordt vervolgens aangegeven waar nog mogelijkheden tot versnelling liggen en welke initiatieven worden ontplooid om die versnelling te realiseren.

Figuur 1 Proces DBC-zorgproduct





### *Fase 1 openen tot sluiten*

Voor het sluiten van het initiële subtraject gelden vaste regels. Een klinisch subtraject moet 42 dagen na ontslag worden afgesloten; een niet-klinisch traject na 90 dagen. De overige trajecten staan een jaar open. Door deze laatste termijn van een jaar terug te brengen wordt sneller inzicht geboden in de "ontvangen en geaccepteerde" schade. De Taskforce beveelt aan zo spoedig mogelijk, bij voorkeur nog in de zomer van 2012, te bezien in hoeverre die termijn van een jaar is terug te brengen. Het streven daarbij is een verkorting tot 180 dagen, maar ook een verdere verkorting van de doorlooptijd naar bijvoorbeeld 90 dagen behoort tot de mogelijkheden. Bij het sluiten van contracten over 2013 door verzekeraars met de aanbieders zou dan al rekening kunnen worden gehouden met de verkorting van de duur van het vervolgtraject tot zes maanden.

### *Fase 2 sluiten tot factureren*

Feitelijk gaat het hierbij om het declaratieproces van de aanbieder bij de verzekeraar. Ook op dit gebied zijn forse versnellingen te realiseren. Op grond van het Burgerlijk Wetboek heeft de aanbieder de mogelijkheid om vijf jaren na sluiten van het subtraject te declareren bij de verzekeraar. Daarvan kan overigens bij overeenkomst worden afgeweken. De wenselijke doorlooptijd tussen sluiten en declareren bedraagt één maand. Tussen aanbieders en verzekeraars zijn verschillende afspraken gemaakt om deze versnelling te realiseren. De Taskforce ondersteunt deze initiatieven van aanbieders en verzekeraars.

In de eerste plaats is eind 2011 tussen NFU, NVZ en ZN het convenant ketenprocessen gesloten. Uitgangspunt daarbij is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor het efficiënt en effectief inrichten van de (operationele) administratieve processen zoals het declaratieproces, controleproces en het machtigingenproces. In het convenant zijn specifieke afspraken opgenomen over het declaratieproces. Zo is het volgende voor 2012 opgenomen:

- De zorgaanbieder streeft ernaar om de doorlooptijd tussen de eind- of prestatiedatum van DBC's, DBC-zorgproducten en overige zorgproducten en het moment van declareren zo kort mogelijk te houden;
- De zorgaanbieder declareert binnen een termijn van zes maanden ten opzichte van de einddatum van de DBC's, het DBC-zorgproduct of (behandel)datum van de overige zorgproducten (zorg die niet via een DBC-zorgproduct gedeclareerd wordt);
- Vanwege de overgang naar DOT in 2012 gaan zorgverzekeraars de termijn van zes maanden minder strikt hanteren. Indien door de overgang naar DOT of door andere problemen de termijn van zes maanden niet gerealiseerd kan worden, neemt de zorgaanbieder hierover contact op met de zorgverzekeraar. Voor 2013 wordt echter gestreefd naar een vaste termijn van maximaal zes maanden;
- Bij digitale declaraties hanteren zorgverzekeraars voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van maximaal 30 kalenderdagen.

ZN, NVZ en NFU hebben afgesproken in het najaar van 2012 te kijken naar een actualisering van het convenant voor 2013 met als wens een sneller declaratie- en betaalproces.

In de tweede plaats is afgesproken dat de zorgaanbieders alleen nog worden bevoorschot voor het onderhanden werk en niet meer voor DBC's die wel zijn gesloten, maar nog niet zijn gefactureerd. Daarmee is er een prikkel voor zorgaanbieders om sneller te declareren.

Tot slot kan ook de versnelling van het inkoopproces leiden tot een versnelling van het declaratieproces. Om te kunnen declareren moet er immers duidelijkheid zijn over de te hanteren prijzen. Partijen streven ernaar het inkoopproces voor de start van het nieuwe jaar af te ronden. Zorgverzekeraars hebben voorgesteld de zorginkoop voor 2013 uiterlijk af te ronden per 1 december 2012. Over de haalbaarheid van die datum wordt nog overlegd met partijen met wie het Hoofdlijnenakkoord is gesloten.

#### *Fase 3 factureren tot betalen*

De doorlooptijd van deze fase wordt bepaald door de controle bij de zorgverzekeraar. De doorlooptijd tussen factureren en betalen is op dit moment gemiddeld binnen één maand. Een versnelling van deze termijn wordt deels gerealiseerd door voorafgaand aan de declaratie alle declaraties te laten controleren door een technische controlemodule bij VECOZO. Daarmee wordt voorkomen dat een declaratie moet worden afgekeurd omdat deze technisch niet correct of incompleet is. Daarnaast wordt door verzekeraars een controlemodule ontwikkeld voor de controles achteraf, waarbij wordt gecontroleerd of de NZa-regelgeving correct is toegepast. Door de inbouw van deze controlemodule bij de zorgaanbieder wordt het mogelijk voortaan een vooraf gecontroleerde declaratie te versturen naar de zorgverzekeraar. ZN stelt een dergelijke module al in 2012 ter beschikking aan de zorgaanbieders. De werking is afhankelijk van de snelheid waarmee zorgaanbieders deze module in hun eigen systemen kunnen inpassen. Beide controlemodules dragen ertoe bij dat een goede declaratie wordt verstuurd naar de zorgverzekeraar en daarmee sneller inzicht wordt verkregen in de uiteindelijke schade.

#### *Fase 4 definitief accepteren*

De doorlooptijd van deze fase wordt bepaald door de materiële controle door de zorgverzekeraar. Deze controle vindt plaats na het betalen van de factuur. Wanneer een declaratie alsnog wordt afgewezen volgt een terugvordering. De meeste controles vindt plaats in t+1, een deel nog in t+2. Wanneer de maximale doorlooptijd – zoals voorgesteld bij fase 1 – wordt verkort, zal het mogelijk zijn de materiële controle in t+1 af te ronden. De wijzigingen over het jaar t als gevolg van de nacontrole in t+2 worden nog toegerekend aan het uitgavenbeeld over het jaar t. Deze correcties zijn pas in juni t+3 voor VWS beschikbaar. Daardoor duurt het lang voordat de realisatie van zorguitgaven in oude jaren definitief vaststaat. Onlangs heeft het CVZ voorgesteld de wijzigingen die voortvloeien uit de nacontrole in het jaar t+2 niet langer toe te rekenen aan het jaar t, maar aan het jaar t+1. Met deze wijziging staat de realisatie van de uitgaven over het jaar t een jaar eerder vast dan in de huidige situatie. De Taskforce ondersteunt dit voorstel<sup>47</sup>.

#### *Fase 5 aanleveren verzekeraar bij CVZ*

In de huidige situatie dient de verzekeraar zes weken na het sluiten van het kwartaal de gegevens aan te leveren bij het CVZ. ZN zal op verzoek van de Taskforce bezien of deze aanlevertermijn voor het aanleveren van de vier kwartalen

---

<sup>47</sup> Deze wijziging kan in het jaar van invoering leiden tot een geringe neerwaartse bijstelling van de uitgaven.

van jaar t (maartlevering) en de jaarstaat over jaar t (junilevering) kan worden verkort met circa 2 weken. De inschatting van de Taskforce is dat een dergelijke versnelling zal bijdragen aan een betere aansluiting van de informatievoorziening op de begrotingscyclus van het Rijk. De vraag is of het onderhanden werk ook versneld kan worden aangeleverd. De zorgaanbieder moet dat een maand na afloop van het kwartaal aan de zorgverzekeraar leveren. Overwogen kan worden om het onderhanden werk in een afzonderlijke opgave van de zorgverzekeraar aan het CVZ te doen. Het CVZ kan het onderhanden werk dan wel in één geïntegreerde opgave aanleveren aan VWS.

*Fase 6 aanleveren door het CVZ bij VWS*

Met het CVZ zijn al afspraken gemaakt over een versnelling met minimaal één week van de gegevenslevering van het CVZ aan VWS voor de eerste twee kwartalen (oktober) en de drie kwartalen van jaar t (december).

*Figuur 2 Overzicht mogelijkheden tot versnelling*

	Huidig	Voorstel
<b>Fase 1</b>	1 jaar	Maximaal 180 dagen
<b>Fase 2</b>	5 jaar	1- 6 maanden
<b>Fase 3</b>	1 maand	2 weken
<b>Fase 4</b>	3 jaar	2 jaar
<b>Fase 5</b>	6 weken	4 weken
<b>Fase 6</b>	6 weken	4 tot 5 weken

Met deze voorstellen is een aanzienlijke versnelling van de financiële informatievoorziening te realiseren. Zo zal 90% van de uitgaven over het jaar t (naar verwachting over het jaar 2013) bekend zijn in maart t+1 (maart 2014). Het definitieve beeld over het jaar t zal uiterlijk bekend zijn in juni t+2 in plaats van juni t+3 in de huidige situatie.

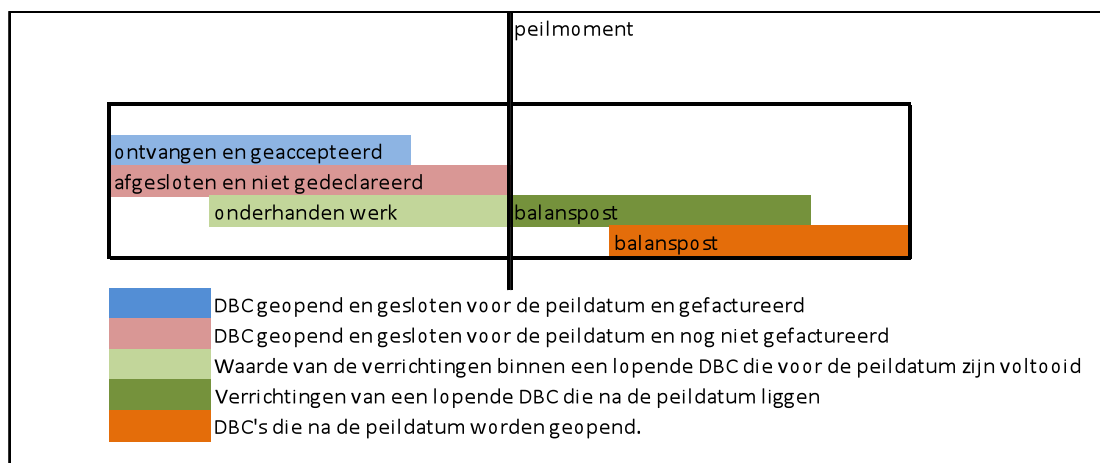
## 2. De monitoring van de zorguitgaven gedurende het jaar moet worden verbeterd.

Om effectief te kunnen sturen is het niet alleen noodzakelijk om sneller informatie beschikbaar te hebben over de realisatie van de zorguitgaven in het voorgaande jaar, maar moet ook de monitoring van de zorguitgaven gedurende het jaar worden verbeterd.

De financiële informatie over de ziekenhuisuitgaven en de curatieve GGZ die door zorgverzekeraars aan het CVZ wordt geleverd en die het CVZ op macroniveau aan VWS stuurt bestaat uit de volgende onderdelen:

- De door de verzekeraar ontvangen en geaccepteerde declaraties. Hierbij gaat het om de kosten van gesloten DBC's die bij zorgverzekeraars zijn gedeclareerd en die door de verzekeraar zijn goedgekeurd. Alle kosten van de betreffende DBC's zijn dus bekend.
- Gesloten en nog niet gefactureerde DBC's.
- Het onderhanden werk. Het onderhanden werk is de kapitalisatie van alle verrichtingen die vanaf het moment waarop een DBC wordt geopend tot aan het moment van rapportage zijn verricht. Het onderhanden werk bestaat dus uit DBC's die nog niet zijn gesloten en waar in de loop van het jaar nog kosten bij zullen komen.
- De balanspost. De balanspost is de inschatting van de verzekeraar van alle uitgaven aan DBC's die nog in het rapportagejaar moeten worden verricht. Dat kunnen de resterende uitgaven zijn van de DBC's waarvan het onderhanden werk al is opgegeven, maar ook alle DBC's die dat jaar nog moeten worden geopend. De balanspost is daarmee het resultaat van het verschil tussen enerzijds de meest actuele schatting door de verzekeraar van de uitgaven over jaar t en anderzijds de al feitelijk verrichte uitgaven over jaar t.

Figuur 3 Overzicht onderdelen financiële informatie DBC-zorgproduct



Hoe groter en actueler de ontvangen en geaccepteerde DBC's en het onderhanden werk zijn, hoe lager de schatting van de balanspost is en daarmee hoe kleiner de onzekerheid is over de te verwachten uitgaven. De nadruk om de financiële informatie te verbeteren zal dus liggen op de elementen "ontvangen en geaccepteerd" en het onderhanden werk.

In het vorig jaar afgesloten hoofdlijnenakkoord zijn afspraken gemaakt om al in de loop van 2012 veel meer en sneller inzicht te krijgen in de uitgaven van ziekenhuizen om zodoende te kunnen monitoren of de zorguitgaven binnen het afgesproken kader blijven. De zorgaanbieders zullen vooralsnog een maand na afloop van een kwartaal informatie verstrekken over de gefactureerde DBC's, de gesloten, maar nog niet gefactureerde DBC's en het onderhanden werk. Voorheen behoorde ook het onderhanden werk tot de balanspost (de inschatting) van de verzekeraar. Nu wordt de waarde van het onderhanden werk bepaald door een speciaal daartoe gebouwde 'grouper'. Daarmee neemt het deel van de zorguitgaven dat door de zorgverzekeraars wordt bijgeschat fors af. De waarde van deze informatie als 'early warning' neemt daarmee toe. Bij een verkorting van de doorlooptijd tot 180 dagen – zoals bij fase 1 gemeld – zou het zo zijn dat de laatste DBC uit jaar t op 29/6 t+1 wordt gesloten. De opgaven van het ziekenhuis 1 maand na het 2<sup>e</sup> kwartaal van t+1 zorgt ervoor dat de onzekerheid in de onderdelen b en c zijn beperkt tot een inschatting van het effect van de nog uit te voeren materiële controle.

De Taskforce beveelt aan om te bezien of een uitbreiding naar levering van het onderhanden werk eens per maand mogelijk is.

### **3. Om beter inzicht te krijgen in de oorzaken van overschrijdingen moet meer en betere beleidsinformatie beschikbaar komen.**

Zowel VWS, de Tweede Kamer als de Algemene Rekenkamer heeft behoefte aan een betere analyse van mee- en tegenvallers in de zorguitgaven. Er is te weinig verklarende informatie beschikbaar. Inzicht in de oorzaken van de ontwikkeling van de zorguitgaven is nodig om te kunnen sturen en effectief beleid te voeren. Dit geldt voor alle partijen in het zorgstelsel. Iedere partij in het zorgstelsel heeft de beschikking over informatie die van belang kan zijn voor een goede analyse van de zorguitgaven. Er is dus veel (gefragmenteerde) informatie aanwezig bij verschillende partijen. Er worden echter geen eenduidige definities gehanteerd en partijen hebben er niet altijd belang bij om informatie te delen. De beschikbare informatie is daardoor slecht toegankelijk en slecht vergelijkbaar. Het beschikbaar krijgen van bruikbare informatie over de zorguitgaven is een langdurig en kostbaar proces.

De Taskforce beveelt aan dat VWS een rol van regisseur op afstand op zich neemt om de al beschikbare informatie te ontsluiten. Daarbij wordt het veld nadrukkelijk betrokken en worden de verantwoordelijkheden gelaten daar waar ze horen. De veldpartijen blijven primair verantwoordelijk voor de eigen te ondernemen acties, waarbij VWS toeziet op een goede invulling binnen de gestelde randvoorwaarden. Wanneer die eigen verantwoordelijkheid niet wordt genomen, zal VWS zonodig afdwingen dat organisaties die met publieke middelen gefinancierd worden hun informatie tijdig en accuraat zullen delen.

Als eerste stap zal worden onderzocht of en zo ja, op welke wijze de informatie in het DBC Informatie Systeem (DIS) op korte termijn beter toegankelijk kan worden gemaakt. DBC-onderhoud is ook gevraagd om te onderzoeken of waardevolle informatie voor patiënten beschikbaar kan komen.

De Taskforce adviseert VWS om met de NZa en DBC-onderhoud afspraken te maken over het beschikbaar stellen van informatie op instellingsniveau. Voor een inhoudelijke verbetering van verklarende informatie wordt de medische diagnose verplicht geregistreerd volgens de internationale ICD10-classificatie en wordt deze gekoppeld aan de bekostiging. Registratie volgens de internationale ICD-10-

classificatie is ook noodzakelijk om zorguitgaven te kunnen relateren aan (internationaal afgesproken) kwaliteitsindicatoren.

### *Zorgprisma*

De periodieke overzichten van CVZ en NZa geven uitsluitend inzicht in de macrocijfers. Om de overschrijdingen en onderschrijdingen ten opzichte van het kader te kunnen duiden is ook informatie nodig over de achterliggende aantallen. Om die reden is VWS met ZN in overleg getreden met Vektis om het mogelijk te maken die informatie via Zorgprisma beschikbaar te stellen. Daarmee wordt het voor VWS niet alleen mogelijk om fluctuaties in uitgaven te verklaren, maar door de ontwikkeling van de aantallen in de loop van een jaar te volgen per specialisme of zorgmarkt, wordt het voor VWS na verloop van tijd ook mogelijk om stijgingen in een vroeg stadium te onderkennen. Op basis van die ontwikkelingen kunnen dan eventueel al compenserende maatregelen worden voorbereid die beter aansluiten bij de oorzaak van de stijging.

### *Azoris*

Afgelopen jaar heeft het CBS in opdracht van VWS de pilot Azoris uitgevoerd. In de pilot heeft het CBS een prototype van een AWBZ-monitor ontwikkeld.

De redenen voor de pilot waren:

1. De beschikbare beleidsinformatie is versnipperd en er zijn verschillen in de gegevens;
2. Er is onvoldoende managementinformatie voor VWS beschikbaar (deze is ook versnipperd);
3. Er is transparantie gevraagd door de Tweede Kamer.

Het doel van Azoris is om informatie te verschaffen over de aanspraken, gebruik, productie en kosten van de langdurige zorg die voor een reeks van gebruikers nuttig is voor het verkrijgen van inzicht in de keten van de langdurige zorg. Azoris moet dé bron (autoriteit) worden op het gebied van gegevens over de langdurige zorg.

De meerwaarde van een systeem als Azoris is dat gegevens uit de AWBZ-keten bij elkaar staan en gemakkelijk toegankelijk zijn. Bovendien zijn de gegevens over aanspraak en gebruik op cliëntniveau aan elkaar gekoppeld en in relatie gebracht tot demografische gegevens. De gegevens hebben betrekking op de verschillende onderdelen van de beleidsketen. Binnen de keten worden diverse thema's onderscheiden die onderling met elkaar samenhangen:  
bevolking – aanspraak – gebruik – productievolume – uitgaven/opbrengsten

In de monitor staan kerncijfers over de langdurige zorg, zoals het aantal personen dat een specifieke aanspraak heeft en het aantal personen dat gebruik maakt van extramurale of intramurale zorg. Deze aantallen kunnen worden gespecificeerd naar leeftijd, geslacht en regio.

In de monitor worden drie lagen onderscheiden. De bovenste laag bestaat uit gegevens op een hoog aggregatieniveau. De middelste laag bestaat uit flexibele tabellen waarbij de gebruiker zelf een tabel kan samenstellen, terwijl de onderste laag gegevens op cliëntniveau bevat die niet openbaar zijn.

Met het prototype is een goede eerste stap gezet in de richting van een uiteindelijke monitor. Het CBS zal gevraagd worden de monitor structureel vorm te geven en toegankelijk te maken.

Het CBS publiceert al langere tijd statistieken over de zorg, onder andere over het gebruik van eigenbijdrage-plichtige extramurale en intramurale langdurige zorg. Het CBS is verplicht om statistieken openbaar te maken onder meer via de website StatLine.

## Bijlage 5 Overzicht bekostiging en sturingsprincipes per sector

<b>Sector</b>	<b>Huisartsen</b>
Omvang begroting 2012	2105 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	Geen
Bekostiging	<p>De meeste tarieven van huisartsen zijn maximumtarieven. De zogenaamde M&amp;I-tarieven (modernisering en innovatie) zijn vrij onderhandelbaar tussen de huisarts en de zorgverzekeraar. Deze verrichtingen mogen alleen in rekening worden gebracht wanneer de huisarts een overeenkomst heeft met de desbetreffende zorgverzekeraar.</p> <p>De huisarts wordt bekostigd via een inschrijftarief per ingeschreven patiënt en tarieven voor consulten en M&amp;I-verrichtingen.</p> <p>Bij de consulten wordt onderscheid gemaakt tussen lange (&gt;20 minuten) en korte consulten, korte en lange visites, vaccinaties, telefonische consulten en consulten per email. Voor de avond-, nacht- en weekenddiensten gelden aparte tarieven, de tarieven voor een consult of visite zijn onafhankelijk van de duur. Daarnaast zijn er nog aparte tarieven voor de POH-GGZ en POH-S en gelden er toeslagen voor het werken in achterstandswijken.</p>
Sturingsprincipes	<p>Poortwachtersfunctie</p> <p>Gereguleerde tarieven</p> <p>Vrije tarieven voor modernisering en innovatie</p> <p>Direct toegankelijk</p> <p>Geen eigen betalingen</p>

<b>Sector</b>	<b>Keten DBC's</b>
Omvang begroting 2012	231 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	Geen
Bekostiging	<p>De hoofdcontractant/zorggroep van een keten krijgt een tarief per patiënt per kwartaal. Dit tarief wordt via onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder vastgesteld. Om ketenzorg te declareren moet er een contract zijn tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.</p> <p>Op dit moment zijn er ketens voor COPD, Diabetes en CVRM.</p>
Sturingsprincipes	<p>Toegang via verwijzing</p> <p>Vrije prijzen</p> <p>Integrale bekostiging</p> <p>Alle zorg in basispakket</p>



<b>Sector</b>	<b>Tandartsen</b>
Omvang begroting 2012	788 mln.
Financiering vanuit	Zvw/AWBZ
Eigen betalingen	Slechts een klein deel van de tandartszorg wordt vanuit de AWBZ/Zvw gefinancierd (kinderen tot 18 jaar, bijzondere tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg). De rest wordt via een aanvullende verzekering vergoed of zelf betaald door de patiënt. De verzekerde zorg in het basispakket valt onder het eigen risico.
Bekostiging	Voor de reguliere tandartszorg is er per verrichting een vrij tarief bepaald. Voor tandartszorg in AWBZ-instellingen gelden uurtarieven, voor centra voor bijzondere tandheelkunde gelden vijf minutentarieven of stoeluurtarieven. De specialistische zorg tandheelkunde wordt bekostigd via de declaratie van zorgproducten volgens een tarieflijst van de NZa.
Sturingsprincipes	Direct toegankelijk Gereguleerde en vrije tarieven

<b>Sector</b>	<b>Fysiotherapeuten</b>
Omvang begroting 2012	490 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	Valt onder het eigen risico. Het overgrote deel van deze zorg wordt via de aanvullende verzekering of direct door de patiënt betaald.
Bekostiging	Er gelden vrije prijzen voor fysiotherapie. Fysiotherapeuten worden per zitting betaald.
Sturingsprincipes	Direct toegankelijk Vrije markt

<b>Sector</b>	<b>Logopedisten</b>
Omvang begroting 2012	96 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	Logopedie valt onder het eigen risico.
Bekostiging	Logopedisten worden betaald per behandeling, waarvoor door de NZa maximumtarieven worden vastgesteld.
Sturingsprincipes	Toegankelijk via verwijzing huisarts/specialist Gereguleerde tarieven

<b>Sector</b>	<b>Verloskunde</b>
Omvang begroting 2012	201 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	Geen
Bekostiging	Er gelden maximumtarieven voor de verschillende prestaties. Er wordt onderscheid gemaakt tussen prenatale, natale en postnatale zorg. Ook zijn er tarieven voor enkele minder standaardverrichtingen en voor het geval van doorverwijzingen en het stopzetten van de zorg.
Sturingsprincipes	Direct toegankelijk Gereguleerde tarieven (in toekomst vrije tarieven) Geen eigen betalingen

<b>Sector</b>	<b>Kraamzorg</b>
Omvang begroting 2012	301 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	Er geldt een eigen bijdrage per uur (€ 4 per uur). Kraamzorg valt niet onder het eigen risico.
Bekostiging	Er gelden maximumtarieven voor de verschillende prestaties. Er geldt een uurtarief voor kraamzorg en partusassistentie, daarnaast is er tarief per inschrijving en intake.
Sturingsprincipes	Direct toegankelijk Gereguleerde tarieven

<b>Sector</b>	<b>Instellingen voor medisch-specialistische zorg (Algemene, categorale en academische Ziekenhuizen)</b>
Omvang begroting 2012	16.704 mln.
Financiering vanuit	Zvw (klein deel AWBZ)
Eigen betalingen	Ziekenhuiszorg valt onder het eigen risico en per verpleegdag wordt per 2013 een eigen bijdrage ingevoerd.
Bekostiging	Ziekenhuiszorg wordt met ingang van 2012 bekostigd op basis van DOT-zorgproducten, maar voor het deel van de zorg dat t/m 2011 onder het functioneel budget viel (A-segment) loopt in de overgangsjaren 2012 en 2013 een deel van de bekostiging via een schaduw- of transitiebudget. Voor ongeveer 70% van de zorg is sprake van vrije tarieven en voor 30% is sprake van maximumtarieven. Daarnaast is er een beschikbaarheidsbijdrage (vaste segment). Hieronder valt bijvoorbeeld de academische component, een deel van de acute zorg en brandwondenzorg.
Sturingsprincipes	Gereguleerde segment: gereguleerde maximum tarieven Vrije segment: prestatiebekostiging/vrije tarieven Toegankelijk via verwijzing huisarts Macrobeheersinstrument Versterkte positie RVB t.o.v. medisch-specialisten

<b>Sector</b>	<b>Vrijgevestigde medisch specialisten</b>
---------------	--

Omvang begroting 2012	1.979 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	De zorg die medisch specialisten leveren, vallen onder het eigen risico.
Bekostiging	<p>Het honorarium voor de medisch specialisten wordt grotendeels via de DOT-zorgproducten-systematiek gedeclareerd. Een zorgproduct bestaat uit een deel honorarium en een deel ziekenhuiskosten. Het honorariumdeel gaat naar de specialist/maatschap. Daarnaast vindt ook bekostiging plaats uit het vaste segment (zoals de academische component). Voor de periode 2012-2014 is sprake van een beheersmodel waarbinnen de totale honorariumkosten zijn geplafoneerd.</p> <p>Voor de periode 2012-2014 zijn er afspraken gemaakt over de maximale volumegroei en een beheersmodel. De medisch-specialistische zorg mag niet meer dan 2,5% per jaar groeien.</p>
Sturingsprincipes	Zie Instellingen voor medisch-specialistische zorg

<b>Sector</b>	<b>Vrijgevestigde medisch specialisten</b> (voorheen ZBC's)
Omvang begroting 2012	Zie Vrijgevestigde medisch specialisten
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	Eigen risico
Bekostiging	<p>Zie instellingen voor medisch-specialistische zorg en vrijgevestigde medisch specialisten</p> <p>Ook ZBC's vallen over de akkoorden in de medisch-specialistische zorg t.a.v. beheerste budgettaire groei.</p>
Sturingsprincipes	Zie Instellingen voor medisch-specialistische zorg

<b>Sector</b>	<b>Overige curatieve zorg</b> (o.a. Huisartsenlaboratoria en Centra voor erfelijkheidsonderzoek)
Omvang begroting 2012	245,7 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	Eigen risico
Bekostiging	<p>De instellingen die onder de overige curatieve zorg vallen worden betaald per verrichting. De tarieven voor deze verrichtingen worden vastgesteld door de NZa.</p> <p>Een deel van deze sector valt vanaf 2012 onder het kader instellingen voor medisch-specialistische zorg en zijn onderdeel van het hoofdlijnenakkoord waarin een beheerste budgettaire groei uitgangspunt is.</p>
Sturingsprincipes	Gereguleerde tarieven Indirect toegankelijk

<b>Sector</b>	<b>Ambulance/ziekenvervoer</b>
Omvang begroting 2012	583 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	Eigen risico
Bekostiging	<p>De uitgaven van de ambulancediensten zijn vooralsnog gebudgetteerd. Voorafgaand aan het jaar worden productieafspraken gemaakt rekening houdend met de tarieven die zijn vastgesteld door de NZa. Op dit budget vindt wel nacalculatie plaats waardoor het budget meebeweegt met de productie.</p> <p>De ambulancedienst declareert voor een rit een vast bedrag per rit en een bedrag per kilometer bij de verzekeraar van betreffende patiënt. Het bedrag per rit is inclusief het meldingstarief voor de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA), die de ambulancedienst afdraagt aan de CPA.</p>
Sturingsprincipes	Budgettering Gereguleerde tarieven Gereguleerd aanbod

<b>Sector</b>	<b>Farmaceutische hulp</b>
Omvang begroting 2012	5.391 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	Eigen risico en voor sommige geneesmiddelen een bijbetaling.
Bekostiging	<p>Per 2012 zijn de apothekerstarieven vrijgegeven en zijn nieuwe prestatiebeschrijvingen vastgesteld. Tarieven komen tot stand in onderhandelingen tussen verzekeraar en apotheker.</p> <p>Daarnaast ontvangt de apotheker een vergoeding voor de inkoop van het verstrekte geneesmiddel.</p> <p>Welk geneesmiddel wordt vergoed staat in het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS). Als geneesmiddelen als therapeutisch onderling vervangbaar worden beschouwd, dan worden de geneesmiddelen geclusterd. Per cluster wordt een vergoedingslimiet bepaald. Als een patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de prijs hoger is dan de vergoedingslimiet, dan moet er worden bijbetaald. Als geneesmiddelen niet clusterbaar zijn, bestaat er geen vergoedingslimiet in het GVS.</p> <p>De apothekersinkooprijzen worden begrensd door de Wet geneesmiddelen prijzen. De WGP verplicht de leveranciers om hun geneesmiddelen niet boven het gemiddelde niveau van dat in vier ons omringende landen (België, Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië) te prijzen.</p>
Sturingsprincipes	Toegang via voorschrift arts Vrije tarieven Prestatiebekostiging

<b>Sector</b>	<b>Hulpmiddelen</b>
Omvang begroting 2012	1.535 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	Afhankelijk van het soort hulpmiddel kan er sprake zijn van een eigen bijdrage of een maximumvergoeding. Hulpmiddelen vallen onder het eigen risico als het hulpmiddel eigendom wordt van de patiënt, bij bruikleen vallen de kosten niet onder het eigen risico.
Bekostiging	De verzekeraar vergoedt de kosten of een deel van de kosten van het hulpmiddel die door de leverancier (in geval van restitutiepolis: verzekerde) in rekening worden gebracht.
Sturingsprincipes	Toegang via toestemming verzekeraar Vrije prijzen

<b>Sector</b>	<b>Geneeskundige GGZ</b>
Omvang begroting 2012	3.827 mln.
Financiering vanuit	Zvw
Eigen betalingen	De zorg valt onder het eigen risico. Voor de eerstelijns zorg (maximaal 5 consulten in het pakket) geldt een eigen bijdrage van € 20 per consult. Sinds 1 januari 2012 geldt een eigen bijdrage voor behandeling in de tweedelijnszorg van € 200 (voor kortdurende DBC's tot 100 minuten geldt een eigen bijdrage van € 100. Voor verblijf geldt vanaf 1 januari 2012 een eigen bijdrage van € 145 per maand.
Bekostiging	De eerstelijns (geneeskundige) GGZ kent een tarief per consult. De eerste vijf behandelingen worden vergoed binnen het basispakket.  De tweedelijnszorg wordt gefinancierd met DBC's. Hiervoor gelden maximumtarieven die worden vastgesteld door de NZa. De instellingen die voor 2008 actief waren kennen een budget, dat gevuld wordt met DBC's. Instellingen die na 2008 zijn begonnen kennen geen budget. De vrijgevestigde zorgaanbieders worden ook op basis van DBC's bekostigd, deze groep kent geen budgetten.
Sturingsprincipes	Budgettering/prestatiebekostiging Maximumtarieven Vrije toegang/toegang via verwijzing

<b>Sector</b>	<b>AWBZ</b>
Omvang begroting 2012 ZZP's GGZ ZZP's GHZ ZZP's V&V Extramurale zorgprestaties Dagbesteding en vervoer Kapitaallasten Overige zorg in natura Persoonsgebonden budgetten Bovenbudgettaire vergoedingen Beheerskosten Onverdeeld	1.281 mln. 4.437 mln. 7.637 mln. 3.380 mln.  1.181 mln. 2.627 mln. 680 mln. 2.465 mln.  130 mln.  207 mln. 1.657 mln.
Financiering vanuit	AWBZ
Eigen betalingen	<p>Voor de intramurale en de extramurale zorg gelden eigen bijdragen.</p> <p>De extramurale zorg kent een eigen bijdrage van € 13 per uur. Indien het inkomen niet hoog genoeg is om dit te dragen, wordt er een inkomensafhankelijke bijdrage vastgesteld.</p> <p>De intramurale zorg kent een eigen bijdrage van maximaal € 2.000 per maand. Indien het inkomen niet hoog genoeg is om dit te dragen, is dit bedrag lager afhankelijk van de hoogte van het inkomen.</p>
Bekostiging	<p>Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bepaalt in hoeverre de situatie van cliënt recht geeft op AWBZ zorg. Op grond van de beleidsregels indicatiestelling van VWS geeft het CIZ een indicatiebesluit af aan de cliënt. Hierop kan een zorgkantoor een pgb verstrekken of bemiddelen bij zorg in natura.</p> <p>De pgb's worden betaald uit een subsidieregeling.</p> <p>Voor de zorg in natura geldt een contracteerruimte, dit is het financiële kader waarbinnen zorgkantoren de AWBZ-zorg contracteren. De kapitaallasten worden geleidelijk binnen de contracteerruimte gebracht en worden onderdeel van een integraal (ZZP-)tarief. Elk zorgkantoor krijgt voor de zorg in natura een budget toegewezen, waarvoor zij zorg kunnen inkopen. Binnen de zorg in natura kan onderscheid gemaakt worden tussen intramurale en extramurale zorg.</p> <p>De intramurale AWBZ-zorg wordt bekostigd via zorgzwaartepakketten (ZZP's). Over het tarief voor een ZZP kan binnen een bandbreedte onderhandeld worden tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor.</p>

<b>Sector</b>	<b>AWBZ</b>
	Voor extramurale zorg gelden uurtarieven per functie (zoals verpleging, begeleiding en persoonlijke verzorging).
Sturingsprincipes	Centrale indicatiestelling Macrobudgettering Zorgzwaartebekostiging Gereguleerde tarieven (onderhandelbaar)

<b>Sector</b>	<b>Wmo</b>
Omvang begroting 2012	1.442 mln.
Financiering vanuit	Gemeentefonds
Eigen betalingen	Er geldt een eigen bijdrage voor de Wmo-zorg, deze is afhankelijk van huishoudensamenstelling, leeftijd, inkomen en te betalen AWBZ-bijdragen.
Bekostiging	Het deel van de Wmo dat binnen het BKZ valt, betreft voornamelijk huishoudelijke verzorging. Er is een macrobudget dat op basis van een verdeelmodel over de gemeenten wordt verdeeld. Hiervan moeten zij de Wmo-zorg bekostigen. De invulling hiervan kan verschillen per gemeente.
Sturingsprincipes	Macrobudgettering Beleidsvrijheid gemeenten

## Bijlage 6 Overzicht van relevante wetgeving voor uitgavenbeheersing

### **Algemeen**

In deze bijlage wordt een kort overzicht gegeven van de hoofdregels in de belangrijkste wetten die van belang zijn voor de financiering van de zorg. Sommige voorstellen van de Taskforce vergen wijziging van wetten in formele zin. Hiermee is, vanaf het moment waarop volstrekt duidelijk is wat gewijzigd moet worden, ten gevolge van de achtereenvolgens te volgen procedures (adviesaanvragen, ministerraadsprocedure, advies van Raad van State, behandeling in de Tweede Kamer en daarna in de Eerste Kamer) al snel twee jaar gemoed. Andere voorstellen vergen wijziging van algemene maatregelen van bestuur (amvb's) of ministeriële regelingen. Wijziging van amvb's duurt doorgaans zo'n zeven tot acht maanden, terwijl voor een gemiddelde ministeriële regeling meestal een maand of drie nodig zal zijn.

### **Zorgverzekeringswet (Zvw)**

De Zvw verplicht ingezetenen om zich te verzekeren voor de in (artikel 10 van) die wet geregelde risico's (d.w.z. het risico dat men behoefte zal hebben aan een achttal soorten zorg).

De privaatrechtelijke zorgverzekeraars – die met elkaar moeten concurreren om de gunst van de verzekerden tegen in verhouding tot de geboden service zo laag mogelijke premie (en dus geacht worden aldus te zorgen voor kostenbeheersing) – zijn verplicht iedereen die zich voor die risico's bij hen meldt, te accepteren.

De verzekering moet dekking bieden voor de zorgvormen die (op grond van artikel 11) bij of krachtens amvb zijn omschreven (naar inhoud en omvang) en eventueel tegen betaling van daarbij voorgeschreven eigen bijdragen; de verzekeraar heeft daarbij mogelijkheden tot sturing. De amvb zelf moet de inhoud en omvang van de prestaties regelen waarop ingevolge de zorgverzekering recht bestaat, alsmede voor welke zorg een eigen bijdrage geldt (die naar de huidige inzichten niet inkomensafhankelijk kunnen zijn). Bij ministeriële regeling kunnen, voor zover de amvb dat bepaalt, zorgvormen van de aanspraak worden uitgesloten, de aanspraken op geneeskundige zorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg nader worden geregeld en de eigen bijdragen nader worden geregeld. Het niveau van de ministeriële regeling is in deze opzet slechts in zeer beperkte mate beschikbaar om betekenisvolle wijzigingen door te voeren.

Indien overtuigend kan worden beargumenteerd dat dit noodzakelijk is om het algemeen belang te beschermen, kan bij amvb worden bepaald dat voor sommige aanspraken verplicht een naturasysteem geldt, alsmede dat voor dergelijke zorg een contracteerplicht geldt (artikel 12).

Verder kan de verzekeraar bepalen dat verzekerden met een naturapolis niet alles betaald krijgen als zij hun zorg halen bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder (artikel 13). De Zvw regelt dat de vraag of iemand zorg nodig heeft uitsluitend aan de hand van zorginhoudelijke criteria wordt beoordeeld (artikel 14).

Zorgverzekeringen voor verzekerden jonger dan 18 jaar zijn premievrij (artikel 16), terwijl de zorgverzekeraars verder voor iedere verzekerde die voor een zelfde polis heeft gekozen, een zelfde premie dient te berekenen (verbod van premiedifferentiatie; artikel 17). Wel mag op de premie een collectiviteitskorting van



maximaal 10% worden gegeven, alsmede een korting indien voor een vrijwillig eigen risico wordt gekozen. Verzekerden van 18 jaar of ouder hebben (op grond van artikel 19) een verplicht eigen risico van, in 2013, € 350. Bij amvb is bepaald welke kosten buiten het verplichte eigen risico vallen (artikel en 2.17 en 2.18 van het Besluit zorgverzekering), zoals de huisarts.

Iedere zorgverzekeraar ontvangt voorafgaande aan het verzekeringsjaar (d.w.z. ex ante) een vereveningsbijdrage (artikel 32), die na het vereveningsjaar (d.w.z. ex post) aan de hand van het werkelijke aantal verzekerden en hun kenmerken in het vereveningsjaar wordt herberekend en herverdeeld (artikel 34). Beoogd wordt om elementen in de ex post (her)berekening die ertoe leiden dat verzekeraars over bepaalde vormen van zorg onvolledig risico lopen, zo snel mogelijk af te schaffen. Enkele elementen zijn in de wet geregeld. Bij amvb is geregeld hoe de bijdrage wordt berekend. Bij ministeriële regeling worden ieder jaar nadere regels gesteld.

Iedere verzekeringsplichtige is een inkomensafhankelijke bijdrage (iab) verschuldigd (artikel 41 Zvw). Verzekeringplichtigen met een werkgever krijgen deze vervolgens van die werkgever vergoed (artikel 46), waarbij zij dan wel weer wel loon- en inkomstenbelasting over de vergoeding betalen. Met ingang van 1 januari 2013 zal dit zo worden gewijzigd, dat voor verzekeringsplichtigen met een werkgever de werkgever de iab verschuldigd zal worden. De iab wordt tegelijk met de loon- en inkomstenbelasting en de premies voor de overige sociale verzekeringen geheven en geïnd, waarna de iab in het Zorgverzekeringsfonds (artikel 39) wordt gestort. Uit het Zorgverzekeringsfonds worden de vereveningsbijdragen betaald. Op grond van de zogenoemde '50/50-regel' (artikel 45) geldt dat het totaalbedrag aan iab (ongeveer) over een jaar gelijk is aan het totaalbedrag dat de verzekeraars aan nominale premie in rekening hebben gebracht.

### **Wet op de zorgtoeslag (Wzt)**

Een verzekerde heeft op basis van de Wzt (artikel 2) recht op zorgtoeslag ter hoogte van het bedrag tussen de standaardpremie en de voor hem geldende normpremie. Voor een verzekerde met een partner wordt tweemaal de standaardpremie in aanmerking genomen. Er bestaat met ingang van 1 januari 2013 ingevolge de Wzt (artikel 2a) geen recht meer op zorgtoeslag indien het vermogen voor box 3 van de inkomstenbelasting, verminderd met het heffingvrije vermogen van die heffing, meer bedraagt dan € 80.000.

De standaardpremie is de gemiddelde nominale premie voor de zorgverzekering vermeerderd met het gemiddeld bedrag dat een verzekerde in verband met het verplicht eigen risico betaalt (artikel 4 van de Wzt). De voor een belanghebbende geldende normpremie is de som van een percentage van het drempelinkomen en een percentage van het toetsingsinkomen voor zover dat boven het drempelinkomen uitgaat. Indien de normpremie overeenkomt met de standaardpremie of hoger is dan de standaardpremie is het bedrag van de zorgtoeslag nihil. De percentages voor de berekening van de normpremie zijn neergelegd in de onder de Wzt hangende amvb.

### **Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)**

Op grond van de AWBZ zijn alle ingezetenen van rechtswege verzekerd. De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden,

alsmede maatschappelijke dienstverlening (artikel 6). Bij amvb zijn deze zeer ruim geformuleerde aanspraken zodanig ingeperkt, dat zorg die op grond van een zorgverzekering verzekerd dient te zijn niet onder de dekking van de AWBZ vallen. Hetzelfde geldt voor werkgerichte voorzieningen voor gehandicapten, aangezien SZW daar eerstverantwoordelijk voor is. Voorts zijn de afgelopen jaren meer op leefomstandigheden en maatschappelijke dienstverlening gerichte omstandigheden ondergebracht in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bij en krachtens amvb zijn voor AWBZ-zorg inkomensafhankelijke bijdragen geregeld, die door het CAK geheven en geïnd worden. Bij de Tweede Kamer ligt een wetsvoorstel dat het mogelijk moet maken om de eigen bijdragen ook (meer) vermogensafhankelijk te laten zijn.

De AWBZ regelt dat aanspraak op zorg slechts bestaat als door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is bepaald dat de verzekerde daarop is aangewezen (artikel 9a). Bij amvb kunnen regels worden gesteld over de werkwijze van het CIZ en de geldingsduur van besluiten. In beleidsregels zijn regels neergelegd over hoe het CIZ de zorgbehoefte van verzekerden vaststelt.

De AWBZ kent in beginsel uitsluitend een naturastelsel: een verzekerde heeft recht op de langdurige zorg die hij nodig heeft, en niet op vergoeding daarvan. Verzekerden kunnen in plaats van zorg in natura echter in de vorm van geld ontvangen om daarmee zelf zorg in te kopen. Dit wordt het 'persoonsgebonden budget' (pgb) genoemd. Formeel wordt onderscheid gemaakt tussen een pgb en een vergoeding voor persoonlijke zorg, maar het verschil tussen beide is hier niet van belang. Het pgb is op dit moment subsidie, waarvoor een verzekerde in aanmerking komt indien hij zijn aanspraak op naturazorg laat varen. Het pgb (of de vergoeding voor persoonlijke zorg) behoort dus op dit moment niet tot het pakket verzekerde AWBZ-zorg. Het voornemen bestaat echter te komen tot een wettelijke regeling van een aanspraak op een pgb.

De AWBZ wordt gefinancierd door middel van een inkomensafhankelijke premie (artikelen 1, 6 en 11 Wet financiering sociale verzekeringen) die tegelijk met de loon- en inkomstenbelasting, de premies voor de overige sociale verzekeringen en de iab geheven en geïnd wordt. De AWBZ kent thans feitelijk geen nominale premie voor de verzekerde. In artikel 17 is wel de mogelijkheid opgenomen van een centraal vast te stellen, voor alle verzekerden gelijke nominale premie.

De zorgverzekeraars hebben op dit moment de taak om de AWBZ (risicoloos) uit te voeren. De werkelijke uitvoering wordt echter verricht door zogenoemde (regionale) 'zorgkantoren', waaraan de zorgverzekeraars hun werk hebben opgedragen.

### **Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)**

De Wmo legt bij de gemeenten de verantwoordelijkheid voor maatschappelijke participatie van burgers; gemeenten moeten lokaal en met betrokkenheid van de burgers beleid ontwikkelen voor maatschappelijke ondersteuning (beleidsplannen), zowel wat betreft het aanbod van collectieve voorzieningen als wat betreft aan te bieden individuele voorzieningen; in een verordening moet de gemeente regelen op welke wijze burgers voor individuele voorzieningen geïndiceerd kunnen raken en daarop aanspraak kunnen krijgen (in natura of met behulp van een pgb); de gemeente bepaalt waarvoor men een eigen bijdrage verschuldigd is; in een amvb is geregeld hoe hoog de inkomensafhankelijke eigen bijdragen mogen zijn en dat deze niet onbeperkt cumuleren met eigen bijdragen in de AWBZ.

Het kenmerk van de Wmo is dat gemeenten een grote mate van beleidsvrijheid hebben om zelf te bepalen hoe zij het beoogde doel zo goed mogelijk realiseren; de wet kent echter de zogenoemde compensatieplicht, die inhoudt dat er situaties zijn waarin er voor de gemeente een verplichting bestaat om zodanige voorzieningen te bieden dat het resultaat is dat mensen in staat zijn maatschappelijk te participeren. De Wmo is de 'landingsplaats' van enkele voorzieningen waarop voorheen op grond van de AWBZ aanspraak bestond; de gedachte is dat de beleidsruimte in de Wmo de gemeenten niet alleen in staat stelt beter bij de concrete problematiek aansluitende maatregelen te treffen dan bij het leveren van AWBZ-zorg het geval is, maar ook dat dat daardoor veel goedkoper kan.

### **Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg)**

De Wtcg (artikel 2) voorziet in een tegemoetkoming voor bij amvb aangewezen groepen van chronisch zieken en gehandicapten die gebruik maken van hulpmiddelenzorg, farmaceutische zorg, fysiotherapie en oefentherapie en medische zorg. De Wtcg voorziet ook in een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten met een indicatie voor AWBZ-zorg van het CIZ of van de Bureaus Jeugdzorg voor de AWBZ-zorg. De rolstoelgebruikers in het kader van de Wmo kunnen ook in aanmerking komen voor een tegemoetkoming. De hoogte van de tegemoetkoming bedraagt over het jaar 2011 afhankelijk van de leeftijd van betrokkene en zijn zorggebruik € 154, € 308, € 360 of € 514 (artikel 2 Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten). Vanaf de tegemoetkoming over 2012 zal gelden dat een belanghebbende bij een inkomen van meer € 24.570 en een belanghebbende met een partner bij een inkomen van meer dan € 35.100, geen recht heeft op de tegemoetkoming (artikel 2a).

### **Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)**

Een zorgaanbieder mag op grond van de Wmg (artikel 35) voor Zvw-zorg of AWBZ-zorg slechts een tarief in rekening brengen indien de NZa daarvoor een prestatiebeschrijving (bijv. DBC of ZZP) heeft vastgesteld. Het door de zorgaanbieder gedeclareerde tarief moet voldoen aan de tariefregulering door de NZa. Zij kan op basis van de Wmg (artikel 50, eerste lid) bepalen dat er voor de prestatie een vrij tarief, vast tarief, bandbreedtetarief of een maximumtarief geldt. De NZa kan op basis van de Wmg (artikel 1 en artikel 50, eerste lid) een tarief voor een geheel van prestaties van de zorgaanbieder (budget) vaststellen. Een tarief voor een geheel van prestaties wordt bijvoorbeeld toegepast bij aanbieders voor AWBZ-zorg waar sprake is van gereguleerde tarieven.

De NZa kan op basis van de Wmg (artikel 50, tweede lid) een grens vaststellen voor de som van de tarieven die een zorgaanbieder in rekening mag brengen. Dit instrument maakt begrenzing mogelijk van de omzet van zorg waarvoor vrije tarieven gelden. Er gelden voor 70% van de omzet van medisch-specialistische zorg vrije tarieven. De NZa kan in het geval van omzet boven het budget ingevolge de Wmg een negatief tarief voor een geheel van prestaties (artikel 35, een negatief sluittarief) of een vereffeningsbedrag (artikel 56b) vaststellen. De zorgaanbieder krijgt met een negatief sluittarief een korting op de tariefopbrengsten in een volgend jaar. De zorgaanbieder moet in het geval van een vereffeningsbedrag dat bedrag rechtstreeks aan de zorgverzekeraar respectievelijk de AWBZ-verzekeraar betalen. De NZa kan op basis van de Wmg (artikel 76) bij overschrijding van een vastgestelde grens voor de som van de tarieven een aanwijzing aan de zorgaanbieder geven om die overschrijding ongedaan maken. De NZa kan bij die aanwijzing een bedrag van ten hoogste de overschrijding vaststellen dat de aanbieder van medisch-specialistische zorg aan het Zorgverzekeringsfonds moet

afdragen. De tariefregulering en de vaststelling van grenzen voor de som van tarieven vereist een aanwijzing van de Minister van VWS, gevolg door beleidsregels en beschikkingen van de NZa. Maatregelen op het gebied van tariefregulering en begrenzing kunnen via aanwijzing van de Minister van VWS aan de NZa en beleidsregels en beschikkingen van de NZa gerealiseerd worden.

De NZa kan ingevolge de Wmg (artikel 56a) voor de beschikbaarheid van algemene maatregel van bestuur genoemde vormen van AWBZ-zorg of Zvw-zorg een beschikbaarheidsbijdrage toekennen. Het moet gaan om zorg waarvan bekostiging door middel van tarieven niet mogelijk is of leidt tot marktverstoring. De toegekende beschikbaarheidsbijdragen komen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. De toekenning van de beschikbaarheidsbijdrage vereist één of meer aanwijzingen van de Minister van VWS aan de NZa en beleidsregels van de NZa. Een beperking van het aantal vormen van zorg waarvoor de NZa een beschikbaarheidsbijdrage kan toekennen vereist een algemene maatregel van bestuur.

### **Wet toelating zorginstellingen (WTzi)**

De Wtzi kent twee toelatingsregimes voor collectief gefinancierde zorg (zorg waarop aanspraak bestaat) voor zover de toepasselijkheid van de wet niet bij amvb is uitgesloten. Het ene toelatingsregime betreft de vaststelling of een zorginstelling voldoet aan bij amvb gestelde eisen omtrent de bestuursstructuur, alsmede omtrent waarborgen voor een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering en ministeriële beleidsregels. De andere toelating is de vergunning voor bouw, waarvoor dezelfde bij amvb gestelde eisen gelden inzake eisen omtrent de bestuursstructuur, alsmede omtrent waarborgen voor een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering, terwijl daarnaast van belang is of de bouw binnen een financieel kader blijft. De eerste soort toelating is in casu niet relevant. De tweede soort toelating is de facto buiten werking gesteld. Een daarvoor noodzakelijke wetwijziging is nog niet tot stand gebracht.

### **Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv)**

De Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) kent twee sturingsvormen:

1. Regulering door verboden van specifieke medische verrichtingen door:
  - a. vergunningensysteem (artikel 2);
  - b. (tijdelijk) totaalverbod (artikelen 3 en 6a);
2. Regulering door financiële ondersteuning, door aanwijzing van bijzondere aspecten van medische verrichtingen (artikel 8).

Met de invoering van prestatiebekostiging heeft het instrument dat gericht is op **financiële stimulering** (artikel 8) in de praktijk aan betekenis verloren. Bovendien is dit instrument niet relevant voor de doelstelling uitgavenbeheersing in de zorg. Gedurende de afgelopen jaren zijn deze instrumenten niet meer ingezet voor nieuwe verrichtingen en worden de bestaande gevallen langzaam maar zeker afgebouwd dan wel ondergebracht onder de beschikbaarheidsvergoeding op grond van de WMG.

Een **(tijdelijk) totaalverbod** op een bepaalde verrichting (in te voeren bij amvb) moet binnen twee jaar overgenomen worden in een voorstel tot wijziging van een wet (artikelen 3 en 6a). Een dergelijk totaalverbod is in feite alleen denkbaar bij een ethisch ontoelaatbaar te achten verrichting. Het is tot dusverre alleen toegepast voor het verbod op xenotransplantatie (het transplanteren van cellen van dierlijke herkomst in een menselijk foetus, embryo of lichaam).

Met het **vergunningensysteem** (artikel 2) kan het aanbod van zorg in een beperkt aantal centra worden geconcentreerd. Het vergunningensysteem is momenteel van

toepassing op een tiental bijzondere medische verrichtingen, aangewezen in het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen 2007. Overigens waren deze verrichtingen daarvoor ook al vergunningplichtig, middels artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. De vergunningstelsels zien soms overigens op deelterreinen van de aangewezen verrichtingen. Het vergunningensysteem van artikel 2 is gekoppeld aan een planningsregime dat in artikel 5 van de Wbmv is neergelegd. De minister wordt hierdoor verplicht bij ministeriële regeling (doorgaans een planningsbesluit genoemd) vast te leggen wat het maximumaantal instellingen is dat de betreffende verrichting mag uitvoeren. Daarnaast bevatten de planningsbesluiten de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om een vergunning te krijgen en aan welke voorwaarden de vergunninghouders moeten blijven voldoen. Ook worden vaak in planningsbesluiten de instellingen bij name genoemd die voor een vergunning in aanmerking komen. De redenen voor het instellen van een vergunningplicht kunnen uiteenlopen (het wettelijk criterium luidt "indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven"), maar uit de toelichtende stukken blijkt dat macrokostenbeheersing sec daar niet onder valt. Doelmatigheid kan wel een grondslag vormen.

## Bijlage 7 Samenvatting van onderzoek in opdracht van de Taskforce

De volgende onderzoeken zijn in opdracht van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven uitgevoerd:

1. KPMG Plexus, Onderzoek naar de effectiviteit van poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel 2000–2010, april 2012
2. KPMG Plexus, Onderzoek *Excess growth*, mei 2012
3. Prismant, Productiviteitswinst in de Zorg. Who gets what, when en how?, 2012
4. IQ healthcare, Minder zorg, meer kwaliteit. Naar minder onnodige zorg en ongepaste praktijkvariatie in de ziekenhuiszorg, 2012

De eindrapporten van deze onderzoeken staan op de website van VWS:  
<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws>

### **1. KPMG Plexus**, Onderzoek naar de effectiviteit van poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel 2000–2010

Hoe kan de effectiviteit van huidige poortwachters worden verbeterd? Gekeken is naar de huisarts als poortwachter van de medisch-specialistische zorg (ook de GGZ), de huisartsenpost (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH) als bewakers van de acute zorgvoorzieningen en het CIZ als indicatieorgaan voor de AWBZ.

- De poortwachter heeft drie functies:
- Toegankelijkheid: een poortwachter is beschikbaar als eerste aanspreekpunt voor inwoners met een zorgvraag.
- Indicatiestelling: de poortwachter beoordeelt de zorgvraag en bepaalt de zorgbehoefte van de patiënt.
- Behandeling/verwijzing: de poortwachter kan gericht de patiënt doorverwijzen naar de juiste behandelaar voor de zorgbehoefte of zelf de eerste behandeling uitvoeren.

*Huisarts: de huisarts speelt een effectieve rol, maar het kan veel beter*

De huisarts kan besluiten dat gespecialiseerde zorg nodig is en een patiënt verwijzen. De afgelopen jaren is de poortwachterrol van de huisarts door de aanwezigheid van diverse bypasses in het systeem aan erosie onderhevig. Zo steeg de groeivoet van het aantal personen dat aanspraak maakt op fysiotherapie na de invoer van directe toegang in 2006. Ook belanden patiënten steeds vaker zonder tussenkomst van de huisarts bij de medisch-specialistische zorg, mogelijk als gevolg van nieuwe polisprekuren en het ontbreken van controle op aanwezigheid van verwijsbrieven door de zorgverzekeraar.

Een effectieve invulling door huisartsen van de poortwachterrol wordt door de huidige bekostiging niet beloond (of zelfs negatief 'beloond'). De prikkels van een abonnementsysteem of een budget maken het economisch aantrekkelijk om juist zo snel mogelijk de zorgvraag door te sturen naar de vervolgstap: niets doen levert immers evenveel op als wel wat doen. Bij de *fee for service* en productbekostiging is geen sprake van bekostiging op resultaat: inspanningen (zoals het consult) worden beloond, zonder aandacht voor de resultaten daarvan.

*HAP en SEH: een dubbele infrastructuur is verwarrend en leidt tot onnodig hoge kosten*

De huisartsenpost vervult de poortwachterrol van de huisarts in de avond, nacht en het weekend. Patiënten met een acute zorgvraag kunnen behalve bij een HAP ook terecht bij de SEH. In principe hoort de acute zorgvraag van laagcomplexiteit aard thuis bij de HAP en die van een meer complexe, medisch-specialistische aard bij de SEH. Echter, voor patiënten is de urgentie en complexiteit van de eigen zorgvraag veelal niet goed in te schatten. De vrije toegang tot zowel HAP als SEH heeft als gevolg dat tussen de 50% en 80% van de patiënten op een SEH een zorgvraag heeft die ook op de HAP kan worden behandeld. Zolang de toegang tot de SEH vrij is voor zelfverwijzers en er twee parallelle bekostigingssystemen bestaan voor de laagcomplexiteit acute zorgvraag zal het voor de HAP niet mogelijk zijn om een krachtige rol als poortwachter op te pakken. Het parallel bestaan van de HAP en SEH is voor patiënten verwarrend, en is in feite een dubbele '24/7 acute zorg'-infrastructuur die beide suboptimaal worden benut.

*De spoedeisende hulp is toegangspoort, geen poortwachter.  
De SEH is onderdeel van de vervolgzorg.*

De SEH wordt vanuit de DBC-systematiek bekostigd en maakt financieel gezien integraal deel uit van het ziekenhuis en de medisch-specialistische honoraria. De verplechting van spoedeisende hulp en ziekenhuis maakt dat de SEH zelf onderdeel is van de vervolgzorg en derhalve eerder als 'toegangspoort' dan als 'poortwachter' functioneert. In de bekostigingssystematiek is de SEH namelijk niet te onderscheiden van het achterliggende ziekenhuis: beide worden betaald op basis van geproduceerde DBC's. Er is daarmee geen 'poortwachterprikkel', integendeel. Hoe meer productie, hoe meer opnames, hoe hoger de inkomsten.

*In de AWBZ ontbreekt een eenduidige poortwachter*

Het CIZ vervult in het poortwachtermodel enkel de functie van (vaak achteraf) de indicatiestelling. Binnen de AWBZ worden de andere twee functies (toegankelijkheid en behandeling/verwijzing) door zorgaanbieders zelf ingevuld. Het CIZ kan daarmee feitelijk niet als poortwachter worden gezien. Een eenduidige poortwachter, zoals in de Zvw, ontbreekt binnen het model van de AWBZ. Er worden bovendien steeds meer taken van het CIZ aan andere partijen gedelegeerd of overgedragen. Ten slotte lijkt de functie van 'uniforme indicatiestelling' (één van de redenen om naar een landelijk CIZ te gaan) in de praktijk op dit moment niet te worden gerealiseerd: het aantal positieve indicatiebesluiten per hoofd van de bevolking verschilt per regio (op zorgkantoor- niveau).

*Verbetering van de effectiviteit van de poortwachters is mogelijk door:*

- Resultaatgericht bekostigen om de effectiviteit en intrinsieke motivatie van huisartsen als poortwachter te verstevigen.
- Eén poortwachter voor de basis acute zorgvraag. Eén poortwachter voorkomt behandeling van laagcomplexiteit patiënten met hoogcomplexiteit (dure) middelen. Noodzakelijke randvoorwaarden zijn het benoemen van duidelijke uitkomstmaten voor de poortwachter en het verder stimuleren van HAP/SEH-integratie.
- Een eenduidige poortwachter voor de AWBZ: huisarts in samenwerking met wijkverpleging. Vul de missende poortwachter in de AWBZ in.

## 2. KPMG Plexus, Onderzoek *Excess growth*

De groei van de zorguitgaven is over de periode 2000-2010 zo'n 6,5% per jaar gemiddeld, bijna de hoogste groei binnen de Westerse OECD-landen en een vol procentpunt hoger dan de VS. De loonontwikkeling verklaart bijna de helft van de jaarlijkse groei. Demografie is verantwoordelijk voor 1,2% en 1,4% in respectievelijk de ZFW/Zvw en AWBZ.

Zowel in de ZFW/Zvw als de AWBZ is de *excess growth* – de kostengroei die niet verklaard kan worden uit demografische ontwikkeling of de loonontwikkeling – zo'n 2¾% gemiddeld per jaar over de periode 2000-2010. De hoogste *excess growth* in de AWBZ ligt in 2001 en 2002 (twee jaren met meer dan 10% groei). De ZFW/Zvw kent eenzelfde piek in 2001-2002, en kent een volgende zeer hoge piek samenhangend met de stelselwijziging in 2006 (>16%). Ook in 2008 is een piek zichtbaar (>8%), gerelateerd aan de ziekenhuizen en de overheveling GGZ.

De *excess growth* blijkt in de meeste sectoren vrijwel geheel samen te vallen met groei- en remimpulsen vanuit het beleid. Opvallend is echter dat in de sectoren verantwoordelijk voor de hoogste uitgaven (ziekenhuiszorg, geneesmiddelen, GGZ en gehandicaptenzorg) er bovenop de directe effecten van beleid nog een belangrijk aandeel onverklaarde *excess growth* te zien is.

Door een gebrek aan (toegankelijke) data is het niet mogelijk aan te geven waar (in de zin van bij welke groep mensen) de groei 'neerslaat' en is het moeilijk om een generieke uitspraak te doen of kostengroei vooral veroorzaakt wordt door meer mensen in zorg of meer zorg aan dezelfde mensen.

De groei van de zorgaanspraak, en ook de doorwerking van technologische ontwikkeling, onttrekt zich voor een belangrijk deel aan expliciete politieke besluitvorming. Beslissingen hierover worden gemaakt binnen de beroepsgroep. Vergroten van het aandeel van de zorg waarover expliciete besluitvorming plaatsvindt, vergt dus het verkleinen van de ruimte van de beroepsgroep om zelfstandig aanspraken uit te breiden of technologische vernieuwingen toe te passen. Om expliciete besluitvorming over *excess growth* mogelijk te maken is inzicht vereist in waar de kostengroei plaatsvindt. Dit kan alleen op een betekenisvolle manier langs de benadering van de zorgvraag in plaats van de sectorbenadering, omdat anders effecten zoals technologie, demografie, epidemiologie, operationele efficiëntie niet of nauwelijks inzichtelijk te maken zijn.

Met de sector-benadering is het moeizaam om zicht te krijgen op de mogelijke rol van epidemiologische, technologische en sociaal-culturele factoren die ook bijdragen aan de groei. Ook de demografische ontwikkelingen kunnen slechts op een heel globaal en weinig nauwkeurige wijze worden meegewogen (denk aan de AWBZ waar de ouderenzorg een andere dynamiek kent dan de langdurige GGZ of de gehandicaptenzorg). Dit geldt ook voor de duurste sector: de ziekenhuiszorg. Dit betekent ook dat vanuit de sector-benadering het moeilijk inzichtelijk te maken is bij welke patiëntengroepen (leeftijd, sociaaleconomische status, etc.) de volumegroei 'neerslaat', omdat de dynamiek per zorgvraag anders is. Bovendien kan met de sector-benadering nauwelijks worden gekeken naar de samenhang aan ontwikkelingen binnen bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg, de huisartsenzorg en de ouderenzorg. Vanuit het oogpunt van 'toegevoegde waarde van zorg' is een analyse vanuit sectoren derhalve een *mission impossible*.



Door te analyseren vanuit het perspectief van het type zorgvraag (in plaats van per sector) wordt het inzicht in de onderliggende oorzaken van de kostengroei groter. Zo kunnen ook zorgvraag- en aanbod beter worden voorspeld. Daarnaast leidt een benadering vanuit de zorgvraag tot betere prikkels, omdat de prikkels langs de lijn van de zorginhoud kunnen worden georganiseerd in plaats van langs institutionele of instellingslijnen. Voor partijen die budgetten moeten beheersen (zorgverzekeraars) is het ook eenvoudiger als budgetten langs dezelfde lijnen worden bepaald als waarlangs de kostenontwikkeling in feite plaatsvindt. Tot slot ontstaat een helder zicht op toegevoegde waarde, als de begrippen van kwaliteit en van kosten langs dezelfde as worden bekeken.

Kanteling van de begroting van sectorbenadering naar een benadering vanuit de zorgvraag is wenselijk. Op korte termijn in ieder geval voor het prognostiseren van de groeiruimte; op langere termijn is dit de enige weg om betekenisvol aan uitgavenbeheersing te kunnen doen.

De benodigde data voor adequate monitoring zijn wel aanwezig, maar de data worden gefragmenteerd beheerd en een eenduidige regie op het databeheer ontbreekt en de toegang ertoe is beperkt. Tijdige ontsluiting van de verschillende registraties maakt budgettaire beheersing beter mogelijk.

### **3. Prismant, Productiviteitswinst in de Zorg. Who gets what, when en how?**

#### *Twee bekostigingsmodellen*

In de praktijk worden voor de gezondheidszorg ideaaltypisch twee financieringsmodellen gehanteerd: budgetfinanciering en prestatiebekostiging.

- Budgetfinanciering houdt in principe in dat de centrale overheid het budget voor de gezondheidszorg vaststelt en verdeelt over lagere organisatorische eenheden. Dat kunnen regio's zijn (die hun budgetten dan weer nader verdelen) of zorgvoorzieningen zoals ziekenhuizen. De budgetverdeling wordt bepaald aan de hand van budgetparameters, zoals omvang en samenstelling van de bevolking, historische productiegegevens en (centraal vastgestelde) prijzen. Budgetfinanciering past in de traditie van een planeconomie, waarin de overheid een grote rol speelt bij de allocatie van (collectieve) middelen.
- Prestatiebekostiging houdt in dat de financiering van de zorg gekoppeld is aan de geleverde prestaties. Het past in de traditie van een markteconomie. Niet de overheid bepaalt de verdeling van de (collectieve) middelen, maar de markt van vraag en aanbod, zoals de markt ook verantwoordelijk is voor de totstandkoming van de prijzen van de geleverde prestaties.

Welk van beide modellen is het meest geschikt om in Nederland een optimale maatschappelijke doelmatigheid c.q. een optimaal beheerste ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg te bereiken? Er zijn in het onderzoek twee benaderingen gebruikt: een empirische en een meer principiële.

#### *Empirie*

In de periode 1972-1983 bedroeg de gemiddelde jaarlijkse groei van de ziekenhuiszorg bijna 12%. Het aandeel van de ziekenhuiszorg in het BBP steeg in die periode van 1,55% naar 2,02%. In die periode werden ziekenhuizen bekostigd op basis van de ontwikkeling van de productie, een vorm van prestatiebekostiging.

In de periode 1983-2000 daalde vervolgens het aandeel BBP van 2,02% naar 1,82%. De ziekenhuisuitgaven stegen in deze periode met gemiddeld 3,6% per jaar. In deze periode gold de (functiegerichte) budgettering als het overheersende bekostigingssysteem.

In de periode 2000-2010 steeg het aandeel BBP van 1,82% naar 2,24%. De ziekenhuisuitgaven stegen in die periode met gemiddeld 6,7% per jaar. Deze periode begon met de invoering van het zogeheten 'boter bij de vis'-beleid. In het kader van het wegwerken van de wachtlijsten die aan het eind van de jaren negentig waren ontstaan, werden financiële prikkels ingevoerd die een rechtsreeks verband legden tussen productie en betaling. In de jaren 2001-2004 was sprake van een groei van gemiddeld ruim 7% per jaar. De invoering van prestatiebekostiging met Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) leidde opnieuw tot een sterke stijging van het zorgvolume.

#### *Een meer principiële benadering*

In theorie leiden een perfect werkende markteconomie en een perfect werkende planeconomie tot dezelfde maatschappelijke uitkomst. Dezelfde allocatie van goederen en diensten en tegen dezelfde prijzen. Als dat het geval is, is de beleidsmatig interessante discussie dus niet welk van beide systemen tot het beste resultaat zal leiden, maar welk van beide systemen het beste past bij de in Nederland geldende maatschappelijke randvoorwaarden.

Aan veel voorwaarden voor een optimale marktwerking is in de medisch-specialistische zorg in Nederland niet voldaan. Zo is er geen markt waarin vele elkaar beconcurrerende vragers en aanbieders functioneren. Het probleem van de informatieasymmetrie (patiënten kunnen prijs, inhoud en kwaliteit van het zorgaanbod niet beoordelen) is nog steeds niet opgelost. Er is geen sprake van homogene producten.

Voor een planeconomische benadering zijn twee voorwaarden van belang: enerzijds optimale informatie over de behoeften van de burgers en over het productieproces, anderzijds een centrale autoriteit die in staat is langs hiërarchische lijnen middelen te verdelen. Aan deze twee voorwaarden wordt in Nederland in redelijke mate voldaan. Mede dankzij de invoering van de prestatiebekostiging (DBC's) beschikken we over een enorme hoeveelheid informatie over zowel de zorgvraag als de zorgproductie. Informatie die goed kan worden gebruikt om middelen te verdelen. Daarnaast is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een organisatie die – op geleide van het ministerie van VWS – in principe in staat is om iedere toedeling in de vorm van beleidsrichtlijnen dwingend op te leggen. De sterke punten van budgetbekostiging zouden moeten worden gecombineerd met die van prestatiebekostiging.

#### **4. IQ healthcare, Minder zorg, meer kwaliteit. Naar minder onnodige zorg en ongepaste praktijkvariatie in de ziekenhuiszorg**

Ziekenhuiszorg is in te delen in drie categorieën:

- Effectieve zorg is zorg waarvoor een bewijs is gevonden middels wetenschappelijke evaluatie (RCT, cohort-onderzoek).
  - Preferentie-sensitieve zorg gaat over ziekten waarvoor meer medisch acceptabele behandelopties bestaan met vergelijkbare uitkomsten (voorbeeld: borstkanker).
  - Aanbod-sensitieve zorg vormt de omvangrijkste categorie. Het zorggebruik in deze categorie wordt in belangrijke mate bepaald door de aanwezigheid en beschikbaarheid van aanbod en lokaal gegroeide normen over het gebruik van dit aanbod (zoals consultatie van en periodieke controles door (tand)artsen bij chronische aandoeningen, diagnostische testen, ziekenhuisligduur, IC-faciliteiten).
- Deze drie categorieën verschillen drastisch bij de zoektocht naar een referentiepunt voor de vraag wat goede zorg is, de *benchmark*. De genoemde drie vormen van

zorg vragen om een andere aanpak als het gaat om verbetering van kwaliteit c.q. reductie van onnodige zorg. De huidige financiële *incentives* in de Nederlandse ziekenhuiszorg stimuleren kwantiteit en hinderen de kwaliteit c.q. de reductie van onnodige zorg.

Bij de verschillende categorieën zorg horen verschillende bekostigingssystemen:

- In de categorie effectieve zorg geldt “meer is beter”; betaling per verrichting is hier een uitstekende prikkel. Effectieve behandelingen worden ineffectief of minder effectief bij een onjuiste indicatiestelling. De *incentive* moet gericht zijn op maximale toegang voor allen die voldoen aan strenge en evidence based inclusiecriteria. Dus in principe per verrichting een betaling. Een regressief tarief kan bij te hoog volume overgebruik afvlakken. Excessieve groei kan ontstaan door indicatieverruiming. Verbeter daarom de indicatiestelling.
- Bij preferentie-sensitieve zorg valt er iets te kiezen, maar *shared decision making* is nog een noviteit in Nederland; patiënten delegeren, gewild of ongewild, de beslissing over diagnostiek of behandeling vaak aan de behandelend arts. Zorg daarom dat patiënten volledig betrokken zijn bij besluitvorming. De financiering is in principe per tijdseenheid een betaling (*minutes with the doctor*) in combinatie met ziektespecifieke integrale betaling (DOT) of loondienst, met een bonus voor kwaliteit op basis resultaat en de mate waarin de patiënt zich betrokken voelde bij de geleverde zorg. Op die manier voorziet de *incentive* in ‘tijd voor de patiënt’ om behandelopties te bespreken en er ontstaat geen derving van inkomsten als een bepaalde behandeloptie wordt gekozen (voorbeeld: *watchfull waiting*).
- Geografische analyse van verschillen in kosten en gebruik van aanbodsensitieve zorg, geeft een eerste aanwijzing voor het bestaan van overgebruik. Bij deze zorg passen artsen in loondienst, met een bonus voor kwaliteit op basis van resultaatmeting: alleen meer zorg als het aantoonbaar beter is. De eerste lijn – en niet de zorgverzekeraar – zou idealiter tweedelijnszorg moeten inkopen, zodat financiële ontschotting plaatsvindt (Engelse model).

Om onnodige zorg te reduceren moet worden ingezet op het systematisch meten van het resultaat van geleverde zorg en publicatie hiervan in het publieke domein, bijvoorbeeld door de verschillen in kosten, zorggebruik en uitkomsten van zorg tussen regio’s beter zichtbaar te maken en te tonen in een nationale zorgatlas.



Aangeboden aan de voorzitters van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport mede namens de Minister van Financiën en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

**Meer informatie**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
[www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws](http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws)

Juni 2012