



Rijksoverheid

Naar een toekomstbestendig zorgstelsel

Brede maatschappelijke heroverweging

Datum 20 april 2020
Status Definitief

Colofon

Titel Naar een toekomstbestendig zorgstelsel

Bijlage(n) 8

Inlichtingen **Inspectie der Rijksfinanciën**
BMH-secretariaat
BMH@minfin.nl

Inhoud

Woord vooraf—4

Samenvatting en varianten—5

1 Inleiding—14

2 De zorg in vogelvlucht: trends en ontwikkelingen—16

- 2.1 Inrichting van de zorgstelsels—16
 - 2.1.1 Curatieve zorg—16
 - 2.1.2 Langdurige zorg en ondersteuning—16
 - 2.1.3 Wet maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg—17
- 2.2 Uitkomsten van het stelsel op basis van het zorgtrilemma—18
- 2.3 Maatschappelijke ontwikkelingen en uitdagingen—20
- 2.4 Budgettaire ontwikkelingen—21

3 Analyse en beoordeling van beleid—24

- 3.1 Knelpunten in het huidige stelsel—24
 - 3.1.1 Voorkomen van zorg: preventie—25
 - 3.1.2 Gepaste zorg in het pakket: in- en uitstroom van (kosten)effectieve zorg—25
 - 3.1.3 Doelmatige curatieve zorg—27
 - 3.1.4 Doelmatige langdurige zorg—30
 - 3.1.5 Randvoorwaarden: informatie en toezicht—32
 - 3.1.6 Definitie van collectieve zorg—32

4 Beleidsopties en -varianten—35

- 4.1 Voorkomen van zorg: preventie—35
- 4.2 Effectief basispakket—36
 - 4.2.1 Inzicht in instroom en in (kosten)effectiviteit van nieuwe en bestaande zorg—37
 - 4.2.2 Pakkettoelating: toetsing van (kosten)effectiviteit en implementatie richtlijnen—38
 - 4.2.3 Versterking van de sturing op en handhaving van gepast gebruik van zorg—39
- 4.3 Doelmatige curatieve zorg—39
 - 4.3.1 Versterking prikkels en instrumenten van verzekeraars—39
 - 4.3.2 Versterken regulering en toezicht: meer publieke sturing op een doelmatige zorg—42
- 4.4 Doelmatige langdurige zorg—43
 - 4.4.1 Versterken prikkels en instrumenten van de zorginkoper—44
 - 4.4.2 Versterken samenwerking en regulering—45
- 4.5 Randvoorwaarden: informatie en toezicht—46
- 4.6 Definitie van collectieve zorg—48
 - 4.6.1 Versterken macrobeheersbaarheid zorg—48
 - 4.6.2 Reikwijdte collectieve zorg—49
 - 4.6.3 Vergroten kostenbewustzijn door eigen betalingen—50
- 4.7 Beleidsvarianten voor het beter positioneren van stelselpartijen—50
 - 4.7.1 Variant 1: Versterking gereguleerde concurrentie—51
 - 4.7.2 Variant 2: Versterking gereguleerde samenwerking—52
 - 4.7.3 Meer eigen verantwoordelijkheid—55

5 Bijlagen—59

Woord vooraf

Voor u ligt het rapport '*Naar een toekomstbestendig zorgstelsel*' van de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen. In totaal zijn zestien rapporten opgesteld naar aanleiding van de motie Sneller c.s. Deze motie heeft het kabinet gevraagd om ter voorbereiding op een volgende neergaande conjunctuur of economische crisis effectieve beleidsopties en hervormingen, bestaand uit zowel plussen als minnen, in kaart te brengen. Met de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen heeft het kabinet invulling gegeven aan de motie.

Over de volle breedte van de collectieve sector zijn zestien maatschappelijke opgaven geïdentificeerd. Voor deze onderwerpen zijn ambtelijke werkgroepen onder leiding van een onafhankelijke voorzitter opgesteld en deze zijn ondersteund door een onafhankelijk secretariaat. Daarbij is externe expertise zoveel mogelijk betrokken. De leden van de werkgroep hebben zitting genomen zonder last of ruggespraak. De opties betreffen zowel investeringen en intensiveringen als hervormingen en besparingen. Het uiteindelijke doel is om in de toekomst onderbouwde keuzes mogelijk te maken door inzicht te verschaffen in effectieve beleids- en uitvoeringsopties en de mogelijke gevolgen daarvan, zonder oordeel over de wenselijkheid.

Aanvullend zijn vijf dwarsdoorsnijdende thema's geïdentificeerd. Het gaat om maatschappelijke samenhang, brede determinanten van zorggebruik, productiviteit, digitalisering en de stabiliserende functie van de overheid in de economie. Deze dwarsdoorsnijdende thema's zijn waar relevant meegenomen in de verschillende rapporten. In dit rapport zijn de dwarsdoorsnijdende thema's productiviteit en digitalisering meegenomen bij beleidsopties ten aanzien van de informatie-uitwisseling en doelmatige organisatie van de zorg. De thema's brede maatschappelijke determinanten van gezondheid en maatschappelijke samenhang zijn meegenomen bij beleidsopties over preventie.

Er bestaat mogelijk wisselwerking tussen de opgestelde maatregelen. Ook kunnen varianten zijn opgenomen die elkaar uitsluiten of tegenwerken. De gevolgen (o.a. maatschappelijk, economisch, juridisch, fiscaal, uitvoering en budgettair) zijn zo goed mogelijk beschreven per variant. De gevolgen van maatregelen moeten vanwege mogelijke wisselwerking en opstapeling van de gevolgen altijd in een totaalpakket aan maatregelen worden gezien. Dit geldt in het bijzonder voor de gevolgen voor de uitvoering en medeoverheden.

Bij de maatregelen is uitgegaan van een besluit op 1 september 2021 gevolgd door een implementatieproces (bv. een wetgevingsproces). Het precieze tijdpad is afhankelijk van de maatregel. Als er één jaar later wordt besloten tot een maatregel (1 september 2022), dan schuiven bij de meeste maatregelen de bedragen één jaar op.

Samenvatting en varianten

De kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg in Nederland is over het algemeen hoog. Uit onderzoek blijkt dat Nederlanders gezondheid het belangrijkste vinden voor een goed leven. Nederlanders zijn gemiddeld gezien relatief gezond en hebben een hogere levensverwachting dan de meeste Europeanen. De kwaliteit en toegankelijkheid van de medische zorg is in Nederland over het algemeen beter of van een vergelijkbaar niveau ten opzichte van andere landen. Een indicatie van de goede kwaliteit van de zorg is bijvoorbeeld dat de te vermijden sterfte laag is.

De uitgaven aan zorg zijn in internationaal perspectief hoger dan gemiddeld en kostenbeheersing van de collectief verzekerde zorg heeft permanent de aandacht nodig. De uitgaven aan curatieve zorg in Nederland zijn in verhouding tot andere, vergelijkbare landen gemiddeld. Na een periode van sterke groei is de uitgavengroei in de curatieve zorg in de afgelopen acht jaar geremd. De uitgaven aan langdurige zorg en ondersteuning zijn in Nederland daarentegen zeer hoog. Dit komt onder meer doordat de zorg en ondersteuning voor mensen met een langdurige zorgbehoefte in Nederland in vergelijking met andere landen in grote mate is geformaliseerd.

Grote uitdagingen voor de gezondheidszorg in Nederland

De toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel staan onder druk. De huidige organisatie van de zorg is zowel qua beroep op de arbeidsmarkt als overheidsfinanciën niet houdbaar.

Bij ongewijzigd beleid is de voorspelling dat in 2040 één op de vier mensen in de zorg moet werken om in de toenemende zorgvraag te voorzien. In Nederland werken ten opzichte van andere landen nu al relatief veel mensen in de zorg. De prognose is dat de komende jaren jaarlijks 40.000 extra zorgprofessionals nodig zijn om in de stijgende zorgbehoefte te voorzien. Nu al is er toenemend sprake van krapte door de stijgende zorgvraag, die de toegankelijkheid in delen van de zorg vermindert. Mensen worden steeds ouder én het aantal ouderen neemt toe. De levensverwachting neemt naar verwachting toe naar bijna 86 jaar in 2040, mede door de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het aantal 80-plussers zal in de periode tussen 2020-2040 bijna verdubbelen. Ziektes die voorheen levensbedreigend waren worden chronische aandoeningen door innovaties in de zorg. Veel mensen leven hierdoor langer, in zowel goede als slechtere gezondheid. De vergrijzing verhoogt de druk op formele en informele zorg en ondersteuning.

De zorguitgaven blijven naar verwachting sterk groeien. Het RIVM verwacht in 2040 bijna een verdubbeling van het huidige uitgavniveau tot 174 miljard euro, oftewel zo'n 16,4% van het bbp. De collectieve zorguitgaven lopen op van 9,1% als percentage van het bbp in 2018 naar 9,8% in 2021. Tussen 2021 en 2025 nemen de totale zorguitgaven naar verwachting verder toe tot 10,4% van het bbp, een toename van €16 miljard in lopende prijzen. Bij ongewijzigd beleid zullen de zorguitgaven de komende jaren sterker stijgen dan de economische groei, waardoor andere overheidsuitgaven worden verdrongen. In de afgelopen kabinetsperiode ging driekwart van de stijging van de overheidsuitgaven op aan de zorg.

Er zijn nog altijd grote verschillen in gezondheidsuitkomsten tussen bevolkingsgroepen. Leefstijl en leefomgeving hebben een sterke invloed op de gezondheid. Mensen met een lagere sociaaleconomische status hebben vaker een ongezonde leefstijl. Multiproblematiek en de samenhang met het sociale domein speelt hier onmiskenbaar een grote rol. Ook wordt het juiste loket niet altijd gevonden vanwege schotten binnen het zorgdomein én tussen het zorgdomein en het sociale domein, waardoor mensen niet zelden tussen wal en schip vallen. Dit vermindert de toegankelijkheid van zorg.

Diverse knelpunten staan de toekomstbestendigheid van het zorgstelsel in de weg

In het licht van de grote uitdagingen waar de zorg voor staat is er urgentie om te bezien hoe het zorgstelsel toekomstbestendig kan worden vormgegeven. De werkgroep heeft een aantal knelpunten geïdentificeerd die doelmatige organisatie van zorg momenteel in de weg staan. De gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg heeft haar belofte van doelmatigheid tot op heden maar ten dele ingelost en ook in de langdurige zorg is doelmatigheidswinst te behalen.

Een aantal essentiële randvoorwaarden voor het functioneren van het zorgstelsel zijn momenteel niet op orde. Het gaat dan om voldoende inzicht in de kwaliteit en uitkomsten van zorg, adequaat toezicht en het waarborgen van een goede informatie-uitwisseling, zonder onevenredige administratieve belasting voor zorgverleners. De verantwoordelijkheid over en de beschikbaarheid van informatie, data en gegevens over zorg zijn in het Nederlandse stelsel, in vergelijking met andere landen (gefragmenteerd) bij verschillende partijen belegd.

Er wordt onvoldoende geïnvesteerd in het voorkomen van zorg door preventie. Het verbeteren van de gezondheid en het voorkomen van zorg begint bij preventie. Leefstijlaanpassing kan gezondheidswinst opleveren. Met preventie kan worden voorkomen dat mensen meer of zwaardere zorg nodig hebben. Momenteel ondervinden stelselpartijen (zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders) te weinig stimulans voor preventie, omdat baten vaak pas later worden gerealiseerd en niet altijd ten deel vallen aan de partij die ook opdraait voor de kosten, en vanwege schotten tussen zorgdomeinen. Daar komt bij dat de oorsprong van een deel van de zorgvraag voor een deel van de bevolking niet, of slechts ten dele, medisch van aard is, maar voortvloeit uit of mede samenhangt met een complex aan sociaaleconomische factoren en levensomstandigheden. De nadruk ligt nog te vaak op medische behandeling. Niet op elke behoefte van mensen past een medisch antwoord en de beste zorg wordt niet per definitie met medicijnen of in het ziekenhuis gegeven.

Van veel behandelingen die het pakket instromen of al deel uitmaken van het pakket is nog onvoldoende bekend in hoeverre ze meerwaarde voor de patiënt hebben. Dit geldt voor bijna de helft van de zorg die collectief wordt vergoed. Het open basispakket heeft tot gevolg dat (nog) niet bewezen (kosten)effectieve zorg op grote schaal wordt geleverd en collectief wordt vergoed. Zorgverzekeraars bepalen welke behandelingen worden vergoed en toetsen hierop, al hebben zij door het open basispakket beperkte handvatten om te bepalen of zorg voldoet aan de wettelijke vergoedingsregels, omdat deze in de praktijk worden gesteld door de beroepsgroepen. Bevindingen over de meerwaarde van zorg worden bovendien onvoldoende vertaald naar de praktijk, waarbij niet altijd de patiënt centraal staat, en waardoor sprake is van onnodige praktijkvariatie.

Volumeprikkels in de curatieve zorg leiden tot aanbodgedreven zorg, waardoor de zorg soms duurder is dan nodig. Verzekeraars zijn momenteel om diverse redenen niet in staat om tegenwicht te bieden aan aanbodprikkels en aanbieders via selectieve inkoop te bewegen tot doelmatige zorg. De noodzakelijke verplaatsing van zorg en investeringen in nieuwe leveringsvormen komen nog zeer beperkt tot stand. Zorg vindt niet altijd plaats op de plek waar deze het meest doelmatig geleverd kan worden. Sommige zorg kan zonder kwaliteitsverlies doelmatiger thuis of in de eerste lijn worden geleverd.

De huidige vormgeving van de langdurige zorg geeft te weinig prikkels voor doelmatige organisatie van zorg en het huidige niveau van zorg is in de toekomst niet te handhaven. Zorgkantoren en zorgaanbieders hebben onvoldoende prikkels en instrumenten voor doelmatige inkoop en organisatie van de langdurige zorg. Mede hierdoor komen belangrijke investeringen in arbeidsbesparende technologie voor zorgverleners en het vergroten van de zelfredzaamheid van kwetsbare thuiswonende ouderen, onvoldoende van de grond. De uitgaven aan langdurige zorg zijn in internationaal perspectief hoog. Daardoor wordt er een breed pallet aan zorg en ondersteuning geleverd. Dit heeft ook een keerzijde: de toenemende zorgvraag als gevolg van de vergrijzing zet de toegankelijkheid onder druk, zowel op het gebied van overheidsfinanciën als personele capaciteit. De langdurige zorg kampt momenteel al met arbeidsmarktcrisissen en het huidige niveau van zorg zal in de toekomst niet te handhaven zijn, tenzij de zorg anders wordt georganiseerd.

De overheid heeft beperkt grip op de macrobeheersing van de zorguitgaven. De inhoudelijke reikwijdte van het collectieve zorgdomein kan op een andere manier worden gedefinieerd. Binnen de Nederlandse context heeft de politiek gekozen voor 'open-einde- aanspraken' en een wettelijk recht op zorg. De overheid heeft daarmee beperkt grip op de macrobeheersing van de zorguitgaven. De geraamde uitgavenontwikkeling is gebaseerd op de van toepassing zijnde wetgeving: in de curatieve en langdurige zorg is geregeld dat mensen recht hebben op de zorg waaraan behoefte is en de zorg waarop iemand is aangewezen. In de meerjarige zorgverzekering zijn daarom, gezien het voorgaande, volumestijgingen en kwaliteitsverbeteringen verwerkt zonder dat er een expliciete politieke afweging heeft plaatsgevonden over de wenselijkheid ervan. De zorgsector is hierin uniek, omdat in afwijking van andere sectoren, naast de demografische ontwikkeling en sociaal-culturele trends ook kwaliteitsverbeteringen meelopen in de basisraming. De raming van het CPB voorziet tussen 2021 en 2025 in een stijging van 3,2 miljard euro, bovenop de groei als gevolg van demografische ontwikkelingen en de stijging van lonen en prijzen. De stijgende zorguitgaven vertalen zich via hogere zorgpremies weer in stijgende collectieve lasten. Hierdoor ervaren burgers een steeds hogere lastendruk. In de wetenschap dat de huidige collectieve arrangementen in de ogen van het CPB niet houdbaar zijn, leiden stijgende zorguitgaven tot verdringing van andere belangrijke collectieve uitgaven. Los daarvan dekken de huidige collectieve zorgverzekeringen niet alleen zorguitgaven die medisch gezien noodzakelijk zijn om collectief te verzekeren, maar ook uitgaven die niet direct aan zorg gerelateerd zijn.

Het ideaaltypische zorgstelsel bestaat niet

Het aanpakken van de knelpunten is urgent, omdat het huidige stelsel niet houdbaar is, noch budgettair noch qua beroep op de arbeidsmarkt.

Maatregelen zijn nodig om ook bij de toenemende zorgbehoefte, de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te blijven borgen. Dit vergt scherpere afwegingen over welke zorg effectief, gepast en doelmatig is.

De traditionele tegenstelling in het debat tussen een volledig door de overheid gestuurd versus een volledig marktgericht stelsel staat een vruchtbaar debat in de weg en biedt onvoldoende aanknopingspunten voor kansrijke oplossingsrichtingen. Het is niet de vraag *of* de overheid en private partijen een rol spelen in het zorgstelsel, maar *hoe* de interactie tussen (semi)publieke en private spelers tot een doelmatig zorgstelsel leidt.

Een aantal maatregelen is kansrijk, onafhankelijk van de door de werkgroep onderscheiden beleidsvarianten

Onafhankelijk van hoe het stelsel is vormgegeven is het aan de Rijksoverheid om te waarborgen dat randvoorwaarden op orde zijn. Betere beschikbaarheid en gebruik van zorginformatie leidt tot betere kwaliteit van zorg en mogelijk tot lagere zorguitgaven. Dit vereist een verbetering van gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders, een versterking van de informatiepositie van patiënten, inkopers en aanbieders, en betere uitkomstinformatie over de kwaliteit van zorg. Adequaat toezicht is te allen tijde nodig om goede en doelmatige zorg te waarborgen. Om dit te bereiken zijn per thema verschillende beleidsopties uitgewerkt.

Een heldere systematiek van pakketbeheer is noodzakelijk om beter te waarborgen dat patiënten zorg krijgen die effectief is en de beheersbaarheid van zorguitgaven te vergroten. Het is van groot belang toe te werken naar een goed onderbouwd basispakket en gepast(er) gebruik van zorg. Daarvoor is op grotere schaal onderzoek nodig naar welke behandelingen, geneesmiddelen en technologieën wel of geen meerwaarde hebben voor de patiënt en tegen welke kosten. Daarnaast helpt het als Zorginstituut Nederland op grote schaal het pakket doorlicht en toetst welke behandelingen (nieuw en bestaand) en medische technologie (kosten)effectief zijn. Inzichten in en uitspraken over de meerwaarde van zorg moeten sneller landen in zowel de richtlijnen als de praktijk. Het door het Zorginstituut inzichtelijk maken van gepaste behandelvolumes voor specifieke behandelingen kan worden gebruikt door zorgverzekeraars voor spiegelinformatie en stelt hen in staat op te treden tegen onwenselijke variatie in behandelvolumen. De overheid kan extra waarborgen creëren door verzekeraars op te roepen spiegelinformatie te publiceren en het toezicht van de NZa en de IGJ op gepast gebruik aan te scherpen.

		Maatregel	Transitie/ investering	Structureel effect
Rand-voorwaarden	Informatie en eenvoud	Betere informatie zorguitkomsten, inclusief centrale vindplaats patiënten voor kwaliteitsvergelijking aanbieders (1)	-	-
		Betere informatiedeling zorgverleners en betere informatie voor patiënten (2)	+395	+35
		Centraal loket voor hulpmiddelen (3)	-	-
	Toezicht	Versterken rol toezichthouders (memo 1)	-	-
		Subtotaal	+395	+35
Pakketbeheer*		Investering in onderzoek en evaluatie naar (kosten)effectiviteit van zorg (4)	-	+90
		Horizonscan/meldplicht voor nieuwe zorg en sluis voor medische technologie (5)	-	-
		Versterken toetsing van zorg op (kosten)effectiviteit (6)	-	-470 tot -600
		Sturing/handhaving van gepast gebruik (7)	-	-450
		Subtotaal	-	-810 tot -960
		Totaal	+395	-775 tot -925
* Effect is cumulatief (zie fiches).				
- Deze optie is niet gekwantificeerd (zie fiches).				

Aanvullingen met opties voor de macrobeheersing van zorguitgaven zijn ook in alle varianten mogelijk. Handvatten van macrobeheersing kunnen versterkt worden om de grip van de overheid op de zorguitgaven te versterken. De werkgroep ziet drie beleidsopties die bij kunnen dragen aan de macrobeheersbaarheid van de zorguitgaven. Ten eerste kan het uitgavenplafond zorg ten opzichte van het 'basispad zorg' worden verlaagd met kostenbesparende maatregelen. Ten tweede is het mogelijk om opnieuw in te zetten op het afsluiten van hoofdlijnenakkoorden met kostenbesparende maatregelen met het veld. Bij beide opties dient een macrobeheersingsinstrument (MBI) als stok achter de deur om de macrobeheersing te borgen. Daarnaast is er nog een optie uitgewerkt om een MBI per zorgverzekeraar in te zetten in plaats van een generiek MBI. De budgettaire opbrengst van deze maatregelen is afhankelijk van het gewenste uitgavniveau.

	Maatregel	Effect
Macrobeheersing	Budgettaire afspraak verlaging UPZ met macrobeheersinstrument (30)	Vergt invulling
	Hoofdlijnenakkoorden met macrobeheersinstrument (31)	Vergt invulling
	Macrobeheersinstrument per zorgverzekeraar (32)	Vergt invulling

Twee beleidsvarianten voor het beter positioneren van de stelselpartijen

Naast bovengenoemde randvoorwaardelijke beleidsopties zijn aanvullende maatregelen nodig om te komen tot een toekomstbestendig zorgstelsel. Er zijn verschillende kansrijke varianten die de stelselpartijen beter in staat stellen een structurele verbetering van de doelmatigheid van de zorg tot stand te brengen. De werkgroep heeft twee illustratieve varianten uitgewerkt, die vanuit deze verschillende sturingsfilosofieën uitwerking geven aan de in de analyse onderscheiden knelpunten en opgaven. Voor enkele individuele maatregelen geldt dat die goed mogelijk zijn in beide varianten; voor andere maatregelen geldt juist dat zij elkaar (logischerwijs) uitsluiten.

De eerste variant zet sterker in op “gereguleerde concurrentie”, waarbij zorginkopers sturen op betere kwaliteit en doelmatige zorgverlening door zorgaanbieders. Dit vraagt om het uitbreiden en versterken van verantwoordelijkheden, prikkels en instrumenten van zorginkopers en aanbieders. De overheid treedt in deze variant op als kaderstellende marktmeester die bewaakt dat concurrentie voldoende bijdraagt aan de publieke doelen.

De tweede variant zet sterker in op “gereguleerde samenwerking”, waarbij zorginkopers en zorgaanbieders hun inzet op elkaar afstemmen en samenwerken aan de juiste zorg op de juiste plek. De rijksoverheid treedt hierbij meer sturend op als regisseur op nationaal, regionaal of lokaal niveau en de rijksoverheid zal waar nodig ook regulerend optreden om de samenhang en doelmatigheid van de zorg te borgen.

Variant A: “Versterken gereguleerde concurrentie”

Deze variant heeft als vertrekpunt dat zorginkopers via de inkoop sterk sturen op doelmatige en innovatieve zorgverlening. Zorginkopers en zorgaanbieders zijn in staat om de beoogde afwegingen te maken ten aanzien van preventie, gepast gebruik en een meer doelmatige inrichting van zorg als zij scherper met elkaar kunnen concurreren en zich hierop kunnen profileren ten opzichte van concurrenten. De onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorginkopers spelen daarbij een centrale rol. Zorginkopers kunnen via de contractering per zorgaanbieder de juiste prikkels afspreken en gerichte afspraken maken over verbeteringen van de doelmatigheid.

De overheid treedt op als marktmeester die kaders stelt, ervoor zorgt dat prikkels voor zorginkopers goed staan en waarborgt dat zij over voldoende instrumenten beschikken om doelmatig in te kopen en uitvoering te geven aan hun zorgplicht. Voorwaarde hiervoor is een evenwichtige marktontwikkeling, waaronder voldoende concurrentie.

	Maatregel	Transitie/ investering	Structureel effect
Preventie	Afschaffen opzeggerecht meerjarige polissen (8)	-	-
	Betere prikkels voor preventie via verbetering risicoverevening (9)	-	-
	Prijzmaatregelen/regulering/campagnes (Memo 2)	-	-
	Financiële prikkel gemeenten om instroom in Wlz te voorkomen (10)	-	-
	Subtotaal	-	-
Curatieve zorg	Afschaffen hinderpaalcriterium (13)	-	-265
	Versterken mededingingstoezicht op aanbieders met marktmacht (14)	-	-
	Raamwerk ordelijk faillissement (memo 3)	-	-
	Maatwerk in de bekostiging (memo 4)	-	-
	Subtotaal	-	-265
Langdurige zorg	Objectief verdeelmodel Wlz (21)	-	-150 tot -290
	Opheffen pakketverschillen behandeling Wlz (22)	-	-165
	Risicodragende uitvoering (extramuraal) ouderenzorg zorgverzekeraars (23)	-	-
	Wijzigen bezettingsnorm ter stimulering arbeidsbesparende innovaties (24)	-	-
	Stimuleren toetreding nieuwe aanbieders intramuraal zorg (25)	-	-
	Subtotaal	-	-315 tot -455
	Totaal		-580 tot -720

* Effect is cumulatief. De besparing van maatregel 7 komt alleen volledig in beeld als ook maatregelen 4, 5 en 6 worden uitgevoerd (zie fiches)
 - Deze optie is niet gekwantificeerd (zie fiches).

Variant B: "Versterken gereguleerde samenwerking"

Deze variant heeft als vertrekpunt dat – naast prikkels voor zorginkopers en zorgaanbieders – de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg kan worden verbeterd door meer samenwerking tussen inkopers, aanbieders en lokale, regionale en nationale overheden. De overheid treedt hierbij op als regisseur en zal regulerend optreden om de samenhang en de doelmatigheid van de zorg te versterken.

De meest doelmatige euro is niet altijd een zorgeuro. De zorg die aan burgers wordt verleend vindt grotendeels plaats in de eigen regio waarbij gezondheidsklachten niet zelden samenhangen met bredere sociaaleconomische problematiek. Deze variant speelt hierop in door middel van samenwerking op lokaal en regionaal niveau waar het kan, in samenhang met het sociale domein, en regulering op nationaal niveau waar het moet. Interventies vanuit het gemeentelijk beleid zoals schuldhulpverlening, het vergroten van het beweegaanbod in de wijk of het begeleiden naar een baan, kunnen een belangrijke bijdrage vervullen aan het verminderen van structurele gezondheidsachterstanden. De decentrale overheid kan zodoende ook inspelen op lokale en regionale knelpunten en behoeften en de zorg doelmatiger organiseren worden door het in samenhang met het sociale domein te bezien.

	Maatregel	Transitie/ investering	Structureel effect
Preventie	Nationale preventiefaciliteit (11)	-	-
	Verankeren wettelijke taak gemeente voor preventie (12)	-	-
	Subtotaal	-	-
Curatieve zorg	Verbreden markttoezicht (15)	-	-
	Uitbreiding samenwerking (16)	-	-
	Allocatieve normstelling (17)	-	-100 tot -200
	Tariefregulering en benchmarken (18)	-	-140
	Medisch specialisten in loondienst (19)	+2310	-490
	Uitbreiden zorgplicht zorgverzekeraars en zorgaanbieders (20)	-	-
	Subtotaal	+2310	-730 tot -830
Langdurige zorg	Individuele tariefstelling op basis van best presterende zorgaanbieders (26)		PM tot -290
	Zorgzwaartepakket VV04/VG3 naar Wmo (27)***		-360
	Meewegen sociale context indicatiestelling Wlz of Wlz als voorziening (28)***		-75 tot -410
	Risicodragende uitvoering ouderenzorg door gemeenten (23)**	+120	-360
	Maatwerk PGB (29)		-100
	Subtotaal	+120	-825 tot - 1160
	Totaal	+2430	-1555 tot -1990

** Deze beleids optie kan niet opgeteld worden bij de andere opties in deze variant, en is daarom niet in het subtotaal meegenomen.

*** Deze beleids optie intracteert gedeeltelijk met een andere beleids optie in deze variant. Dit staat omschreven in het fiche. Indien beide opties gecombineerd worden is nadere doorrekening gewenst.

- Deze optie is niet gekwantificeerd (zie fiches).

Aanvullende variant: "Meer eigen verantwoordelijkheid"

Aanvullend op bovenstaande varianten is het mogelijk om minder zorg en ondersteuning collectief te verzekeren. Ook bij de twee bovengenoemde beleidsvarianten nemen de zorguitgaven meer toe dan de economische groei. Om verdere besparingen te verwezenlijken zijn additionele ombuigingen nodig. In deze aanvullende beleidsvariant heeft de burger zelf meer eigen verantwoordelijkheid voor de ondersteuning die hij/zij nodig heeft, waarbij partner, kinderen en de sociale omgeving meer betrokken moeten worden. De definitie van collectief gefinancierde zorg wordt aanzienlijk aangescherpt voor uitgaven die nu tot het zorgdomein worden gerekend. De eigen betalingen, die in Nederland momenteel laag zijn in internationaal perspectief, liggen aanzienlijk hoger dan nu het geval is. Dit heeft een remmend effect op de zorgvraag. Deze maatregelen leiden in combinatie met bovengenoemde varianten bovendien tot een verlaging van de zorguitgaven met bijna 14%.

	Maatregel	Transitie/ investering	Structureel effect
Eigen verantwoordelijkheid	Afschaffen abonnementstarief/verhogen VIB (33)	-	-350 tot -780
	Verhogen van het eigen risico in de Zvw (34)	-	-890 tot -3970
	Invoeren eigen betaling voor wijkverpleging, hulpmiddelen, extramurale geneesmiddelen en huisartsenpost (35)***	-	-880
	Vervangen eigen risico door eigen bijdrage per verrichting (36)**	-	-510
	Hulpmiddelen uit basispakket (37)	-	-600
	Private financiering van wonen en maaltijden in de langdurige zorg (38)	-	-150
	Schrappen aanspraak dagbesteding in Wlz (39)	-	-605
	Private financiering huishoudhulp (40)	-	-730
	Totaal		-4205 tot -7715
<p>** Deze beleids optie kan niet opgeteld worden bij de andere opties in deze variant, en is daarom niet in het subtotaal meegenomen. *** Deze beleids optie intracteert gedeeltelijk met een andere beleids optie in deze variant. Dit staat omschreven in het fiche. Indien beide opties gecombineerd worden is nadere doorrekening gewenst. - Deze optie is niet gekwantificeerd (zie fiches).</p>			

Bovenstaande beleidsvarianten zijn in een beperkte tijd opgesteld. Daarom is de budgettaire, juridische en uitvoeringstoets van beleidsopties beperkt geweest. Voor een deel van de beleidsopties is daarom nader onderzoek nodig om dit beter in beeld te brengen. Er geldt dus een voorbehoud bij de genoemde bedragen. Ook is het mogelijk dat de onderbouwingen en de ramingen van beleidsopties worden herzien in andere trajecten. Zo zal een groot deel van de beleidsopties terugkomen in Zorgkeuzes in Kaart (verwachte publicatie juli 2020). Daarbij kunnen maatregelen alsnog van andere opbrengsten worden voorzien. De werkgroep beveelt daarom aan om bij het overwegen van specifieke beleidsopties na te gaan of er in andere trajecten een bijstelling of herziening heeft plaatsgevonden.

1 Inleiding

Nederlanders vinden gezondheid het belangrijkste voor een goed en gelukkig leven. Ze zijn gemiddeld gezien relatief gezond en hebben een hogere levensverwachting dan de meeste Europeanen.¹ De gezondheidszorg levert daaraan een grote bijdrage. De Nederlandse gezondheidszorg is van een hoog niveau en dat willen we in de toekomst graag zo houden. Dat gaat niet vanzelf, zeker niet gezien de snel vergrijzende bevolking en de tekorten op de arbeidsmarkt. Het rapport gaat in op wat de rijksoverheid kan doen c.q. welke maatregelen ze kan nemen om de zorg toekomstbestendig te maken. Hierdoor lijkt het rapport op onderdelen een economische en stelselmatige insteek te hebben, de werkgroep benadrukt echter dat de maatschappelijke betekenis van gezondheid voorop staat.

Het rapport bevat richtinggevende beleidsvarianten die in een beperkte tijd zijn opgesteld. Daarom is de budgettaire, juridische en uitvoeringstoets van beleidsopties beperkt geweest. Voor een deel van de beleidsopties is daarom nader onderzoek nodig om dit beter in beeld te brengen. Er geldt dus een voorbehoud bij de genoemde bedragen. Ook is het mogelijk dat de onderbouwingen en de ramingen van beleidsopties worden herzien in andere trajecten. Zo zal een groot deel van de beleidsopties terugkomen in Zorgkeuzes in Kaart (verwachte publicatie juli 2020). Daarbij kunnen maatregelen alsnog van andere opbrengsten worden voorzien. De werkgroep beveelt daarom aan om bij het overwegen van specifieke beleidsopties na te gaan of er in andere trajecten een bijstelling of herziening heeft plaatsgevonden.

De kwaliteit en toegankelijkheid van de curatieve medische zorg is in Nederland over het algemeen beter dan of van een vergelijkbaar niveau als die in andere landen.² De te vermijden sterfte is laag.³ Over de kwaliteit en toegankelijkheid van de langdurige zorg is minder bekend. De betaalbaarheid van de zorg laat een minder positief beeld zien. In uitgaven aan curatieve zorg is Nederland binnen de OESO gemiddeld; de uitgaven aan langdurige zorg en ondersteuning zijn internationaal gezien hoog.

Punt van zorg is dat er forse sociaal economische gezondheidsverschillen zijn.⁴ Goede zorg valt of staat niet alleen met de kwaliteit van de zorg, maar ook met de toegankelijkheid.

In de toekomst staat het Nederlandse zorgstelsel voor grote uitdagingen, die de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg onder druk zetten. De vraag naar zorg zal door de vergrijzing verder stijgen. Dat leidt steeds vaker tot personeelstekorten. Aan de andere kant zien we dat het aantal mantelzorgers door de vergrijzing verder afneemt. Daarnaast blijven bij ongewijzigd beleid de zorguitgaven de komende jaren sterker stijgen dan de economische groei, waardoor andere overheidsuitgaven worden verdrongen.⁵ Er is daarmee urgentie om te bezien hoe het zorgstelsel meer toekomstbestendig kan worden vormgegeven.

¹ OESO (2019), *Database*

² RIVM (2018), *Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in internationaal perspectief*

³ OESO (2018), *Health at a Glance 2019: OECD indicators*.

⁴ RIVM (2018), *VTV*

⁵ CPB (2019), *Middellangetermijnverkenning 2022-2025*

In deze heroverweging worden beleids- en uitvoeringsopties in kaart gebracht die een bijdrage leveren aan een toekomstbestendig zorgstelsel.

Daarbij worden in de analyse alle zorgdomeinen (Zvw, Wlz, Wmo en Jeugd) in samenhang gezien. In de beleidsvarianten ligt de focus op de eerste drie domeinen, waarbij bij domein-overstijgende problematiek ook het jeugddomein wordt meegenomen. In opdracht van het ministerie van VWS wordt nader onderzocht welke maatregelen nodig zijn voor doelmatige en doeltreffende uitvoering van de jeugdwet.⁶ Maatregelen die specifiek op dit terrein zien, zijn daarom geen onderdeel van dit rapport. De focus ligt in dit rapport op de verbetering van de doelmatigheid van de zorg. Inhoudelijk richt de heroverweging zich op:

- De randvoorwaarden voor een doelmatig stelsel
- Het voorkomen van zorgvraag door preventie
- Het waarborgen van zinnige zorg door een (kosten)effectief pakket
- Doelmatige organisatie van zorg
- Macrobeheersing en de definitie van collectieve zorg

Daarnaast neemt de werkgroep waar relevant de vijf dwarsdoorsnijdende thema's van de BMH⁷ mee in de analyse en beleidsopties. De thema's productiviteit en digitalisering worden meegenomen bij beleidsopties ten aanzien van de informatie-uitwisseling (randvoorwaarde) en doelmatige organisatie van de zorg. De thema's brede maatschappelijke determinanten van gezondheid en maatschappelijke samenhang worden meegenomen bij beleidsopties over preventie.

In hoofdstuk 2 wordt beknopt toegelicht hoe het zorgstelsel is ingericht, en wat de belangrijkste maatschappelijke en budgettaire ontwikkelingen zijn in het zorgstelsel. In hoofdstuk 3 volgt een analyse van de belangrijkste knelpunten om tot doelmatigere zorg te komen. Hoofdstuk 4 presenteert beleidsopties en -varianten die aansluiten bij de analyse uit hoofdstuk 3.

⁶ Kamerstukken II, 2018-2019, 31839, nr. 657

⁷ Minister van Financiën (2019), *Brede maatschappelijke heroverwegingen*

2 De zorg in vogelvlucht: trends en ontwikkelingen

2.1 Inrichting van de zorgstelsels

2.1.1 *Curatieve zorg*

De Zorgverzekeringswet (Zvw) betreft op genezing gerichte zorg. Alle Nederlanders zijn verplicht zich te verzekeren en hebben recht op zorg uit een breed basispakket, tegen – in internationale perspectief – relatief lage betalingen. In het basispakket zit onder meer huisartsenzorg, verloskundigenzorg, de meeste medisch-specialistische zorg, genees- en hulpmiddelen, tandheelkundige zorg voor kinderen tot achttien jaar en de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen.

Met de introductie van de Zvw in 2006 is de scheiding tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeringen opgeheven. Het idee was dat overheid en de markt elkaar in een stelsel van gereguleerde concurrentie konden versterken om de publieke doelen te realiseren. De markt zou goed kunnen sturen op doelmatigheid en innovatie, de overheid zou meer sturen op toegankelijkheid en het voorkomen van marktimperfecties.

Het Zvw-stelsel kent een aantal belangrijke onderliggende pijlers. Ten eerste is sprake van risicosolidariteit: iedereen is verplicht verzekerd en er geldt een acceptatieplicht en zorgplicht voor verzekeraars. Daarnaast zijn verzekeraars risicodragend: indien het totaal aan vergoedingen van een verzekeraar niet kan worden gedekt door de (premie)inkomsten, zal een verzekeraar moeten interen op het eigen vermogen.

De curatieve zorg kent in feite drie verschillende markten, met elk een eigen dynamiek en prikkels:

- In de zorgverzekeringsmarkt hebben burgers de keuze uit verschillende verzekeraars en polissen en concurreren verzekeraars met elkaar om de verzekerden op basis van kwaliteit en prijs.
- In de zorgleveringsmarkt concurreren zorgaanbieders om de gunst van de patiënt.
- In de zorginkoopmarkt worden contractafspraken gemaakt tussen verzekeraars en aanbieders.

Het uitgangspunt van de Zvw is dat risicodragende verzekeraars en aanbieders gezamenlijk tot een doelmatige zorguitkomst komen en de drie publieke doelen realiseren. De overheid is stelselverantwoordelijk en moet waarborgen dat het stelsel zo is vormgegeven dat de publieke doelen behaald worden. Sinds 2012 heeft de overheid ingezet op inhoudelijke afspraken en een uitgavenplafond per sector door het sluiten van verschillende hoofdlijnenakkoorden.

2.1.2 *Langdurige zorg en ondersteuning*

De Wet langdurige zorg (Wlz) is een volksverzekering, waarbij iedere ingezetene van rechtswege is verzekerd. De Wlz regelt zware, intensieve zorg voor de meest kwetsbare mensen, zoals ouderen met vergevorderde dementie of ernstige somatische problematiek en mensen met ernstige verstandelijke of lichamelijke beperkingen of langdurige psychiatrische aandoeningen. De zware en

intensieve zorg die burgers uit de Wlz kunnen krijgen is vastgelegd in breed gedefinieerde functies. De meest voorkomende functies zijn een verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging en begeleiding, verpleging, geneeskundige zorg en behandeling, huishoudelijke hulp en vervoer. In de Wlz gelden eigen bijdragen die afhankelijk zijn van de leveringsvorm, het inkomen en vermogen

De Wlz kent drie deelsectoren: ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Zorg vanuit de Wlz kan worden georganiseerd in een instelling, zoals een verpleeghuis, verzorgingshuis of woonvorm voor gehandicapten, ook wel intramurale zorg genoemd, of thuis, ook wel extramurale zorg genoemd. Dit is afhankelijk van de zorgbehoefte van een cliënt. Zorg kan worden geleverd in natura of via een persoonsgebonden budget, waarmee een cliënt zelf zorg inkoop of iemand aanwijst die de zorg voor de cliënt inkoop.

Ook in de Wlz is de overheid ervoor verantwoordelijk dat het stelsel goed functioneert. De overheid hanteert een Wlz-kader op macroniveau, dat de NZa op basis van een verdeelmodel over de regio's verdeelt.

Langdurige zorg wordt regionaal ingekocht door zorgkantoren. Iedere regio in Nederland heeft één zorgkantoor dat de zorg inkoop. Het zorgkantoor is nauw verbonden aan de grootste zorgverzekeraar in die regio, maar werkt zelfstandig en is niet risicodragend. Het zorgkantoor sluit contracten met zorgaanbieders van Wlz-zorg af, heeft een zorgplicht, toetst indien gewenst of Wlz-zorg thuis of persoonsgebonden budget (pgb) mogelijk is en stelt pgb's via de SVB beschikbaar. Het onafhankelijke Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ) bepaalt of iemand recht heeft op zorg en geeft daarvoor indicaties af.

De langdurige zorg is in 2015 grondig hervormd. De voormalige AWBZ is vervangen door de meer persoonsgerichte Wet langdurige zorg (Wlz). Het uitgangspunt van de hervorming is de wens van mensen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Die wens loopt parallel met de noodzaak de houdbaarheid van de zorguitgaven te borgen. Sommige AWBZ-taken zijn overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

2.1.3 *Wet maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg*

Gemeenten bieden op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) ondersteuning aan mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking. Doel van de ondersteuning is om mensen mee te laten doen in de maatschappij en in staat te stellen thuis te blijven wonen. Daarnaast is er de Jeugdwet, waarin is vastgelegd dat gemeenten ondersteuning, hulp en zorg bieden voor minderjarigen en hun families bij onder andere opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen en stoornissen. Het doel is kinderen veilig en gezond op te laten groeien en te ondersteunen bij het zelfstandig meedraaien in de maatschappij.

In 2015 is de verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg overgeheveld van het Rijk naar het gemeentelijk niveau. De sturingsfilosofie van de Wmo is maatwerk en een individuele aanpak, die in samenspraak tussen burger en gemeente wordt bepaald. Daarnaast zijn er ook algemene voorzieningen, zoals een boodschappenbus of maaltijdservice. Vormen van ondersteuning in de Wmo zijn begeleiding en dagbesteding, huishoudelijke hulp, maatschappelijke opvang,

mantelzorgondersteuning en het bieden van beschermde woonomgeving voor mensen met een langdurige psychische stoornis. Bij jeugdzorg variëren de zorgvormen van preventie tot gedwongen opvang in gespecialiseerde jeugdzorg. Gemeenten hebben beleidsvrijheid bij de uitvoering van de Wmo en de jeugdzorg en zijn vrij in de besteding van de middelen. Ze leggen verantwoording af aan de gemeenteraad. Gemeenten kopen zelf zorg in bij zorgaanbieders en werken hierbij soms samen met andere gemeenten, bijvoorbeeld waar het meer gespecialiseerde zorg betreft.

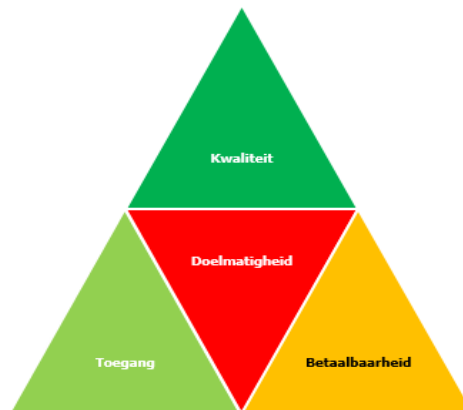
2.2

Uitkomsten van het stelsel op basis van het zorgtrilemma

De prestaties van het zorgstelsel kunnen afgezet worden tegen de drie publieke waarden van de organisatie van zorg: de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid.

De verhouding tussen deze drie waarden laat zich beschrijven als een trilemma: een dilemma dat uit drie delen bestaat. Voor veel beleid geldt immers dat het vaak wel bijdraagt aan een of twee stelseldoelstellingen van beleid, maar ten koste gaat van de andere doelstellingen. Het is uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de overheid om ervoor te zorgen dat er een juiste balans tussen deze drie wordt gevonden. Oplossingen die de doelmatigheid van de zorg vergroten kunnen bijdragen aan de verbetering van alle drie de stelseldoelen.

Figuur 1: Trilemma zorg



In internationale vergelijkingen scoort Nederland goed op veel gangbare kwaliteitsindicatoren.⁸ Dit geldt zowel voor de curatieve als de langdurige zorg, met de kanttekening dat er weinig goed vergelijkbare gegevens voorhanden zijn over de kwaliteit van de langdurige zorg. In de curatieve zorg kunnen Nederlanders door het 'open pakket' relatief vlot gebruik maken van nieuwe behandelmethoden en nieuwe geneesmiddelen. Tegelijkertijd hebben patiënten maar weinig toegang tot informatie over de kwaliteit en uitkomsten van zorg. Van veel zorg in het basispakket is bovendien de effectiviteit niet aangetoond. Binnen de langdurige zorg beoordelen veel Nederlanders de kwaliteit van de formele zorg en ondersteuning overwegend als positief.⁹ Er zijn echter duidelijke verschillen in kwaliteit tussen aanbieders. Ook voor de maatschappelijke ondersteuning geldt dat sprake is van duidelijke kwaliteitsverschillen tussen gemeentenen dat er beperkt zicht is op kwaliteit.

⁸ OECD (2018), *Health at a Glance 2019: OECD indicators*

⁹ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2020), *Verpleeghuiszorg in beeld*

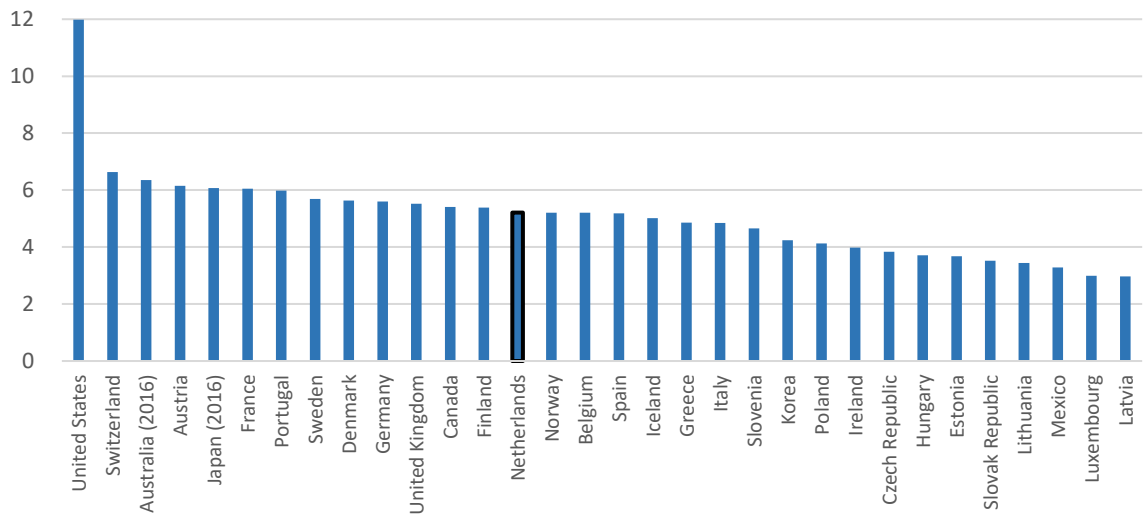
In internationale vergelijkingen scoort Nederland goed op het gebied van de toegankelijkheid van de zorg.

Door de acceptatieplicht en de inzet van risicoverevening voor verzekeraars heeft iedereen in Nederland toegang tot een zorgverzekering met een brede dekking. De toegankelijkheid wordt verder versterkt door de lage eigen betalingen en de sterke positie van de huisarts. In sommige delen van de zorg, zoals de verpleeghuiszorg, geldt dat er sprake is van een krappe arbeidsmarkt en van olopende wachtlijsten. De zorg en ondersteuning voor mensen met een langdurige zorgbehoefte is in Nederland in vergelijking met andere landen sterk geformaliseerd. Het zorgpakket waarop Nederlanders een beroep kunnen doen, op basis van de Wlz en de Wmo, is in vergelijking met andere landen van een vergelijkbaar welvaartsniveau behoorlijk ruim. De toegankelijkheid van zowel de curatieve als de langdurige zorg is dus groot, maar staat onder druk door de toenemende zorgvraag. Een ander probleem is dat sommige zorggebruikers, met name uit groepen met lage gezondheidsvaardigheden en (meerdere) complexe aandoeningen, niet altijd de weg weten te vinden naar de juiste zorgverlener.

De uitgaven aan zorg zijn in internationaal perspectief hoger dan gemiddeld.

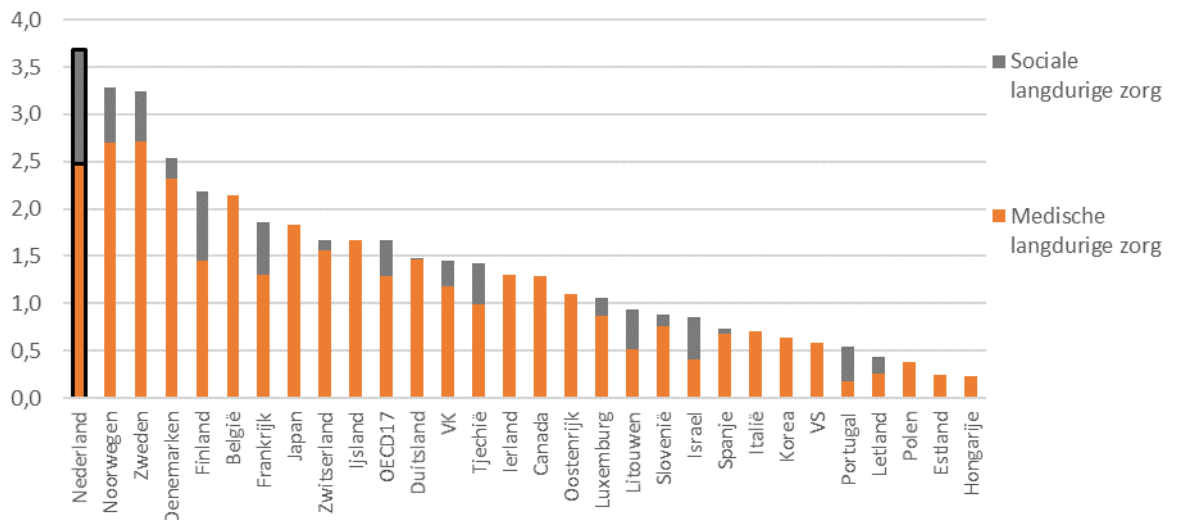
Het niveau van uitgaven aan curatieve zorg in Nederland is gemiddeld; de uitgaven aan langdurige zorg zijn in internationaal perspectief zeer hoog.¹⁰ Door dubbele vergrijzing, de toename van het aantal chronisch zieken en nieuwe behandelmogelijkheden zal de zorgvraag de komende jaren verder toenemen. De uitgaven aan de zorg zullen dus een steeds groter beslag leggen op de collectieve uitgaven.

Figuur 2a: Uitgaven curatieve zorg¹¹ in internationaal perspectief (2017, % bbp)



¹⁰ OESO (2019), *Database*

¹¹ In deze cijfers zit ook revalidatiezorg.

Figuur 2b: Uitgaven langdurige zorg in internationaal perspectief (2017, % bbp)

2.3

Maatschappelijke ontwikkelingen en uitdagingen

Mensen worden steeds ouder en het aantal ouderen neemt toe. De levensverwachting neemt naar verwachting toe van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040, mede door de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ziektes die voorheen levensbedreigend waren worden chronische aandoeningen. Veel mensen leven hierdoor langer – deels in goede, maar ook deels in slechtere gezondheid. De Nederlandse bevolkingsopbouw is op dit moment nog relatief jong, maar het aantal 80-plussers zal in de periode tussen 2020-2040 bijna verdubbelen. Alleen in Canada, Nieuw-Zeeland, Australië en Noorwegen is de verwachte relatieve toename groter.¹² De vergrijzing verhoogt de druk op formele en informele langdurige zorg en ondersteuning.

Door nieuwe technologie en behandelingen verbetert onze gezondheid.

Innovaties in de zorg dragen bij aan onze gezondheid en de kwaliteit van leven. Zo kunnen steeds meer vormen van hart- en vaatziekten en kanker worden behandeld. Innovatie heeft echter ook een prijskaartje. Nieuwe behandelingen zijn vaak duurder dan de bestaande. Zo verwacht het RIVM dat de uitgaven aan de behandeling van kanker in 2040 ruim vier keer zo hoog zullen zijn als in 2015.

Goede gezondheidszorg heeft ook brede indirecte maatschappelijke baten.

Naast de directe baten van goede gezondheidszorg, in de vorm van gezondheidswinst en stijgende levensverwachting, heeft zorg ook indirecte baten. Gezonde mensen zijn productiever, verzuimen minder en kunnen tot op hogere leeftijd doorwerken. Zo leveren zij, door de zorgpremies en belastingen die zij betalen, een grotere bijdrage aan de collectieve voorzieningen.¹³

Er zijn grote verschillen in gezondheidsuitkomsten tussen

bevolkingsgroepen. Mensen met een lagere sociaaleconomische status hebben vaker een ongezonde leefstijl. Ook hebben zij vaker beperktere gezondheidsvaardigheden¹⁴ en wordt het juiste loket niet altijd gevonden. Het RIVM

¹² OESO (2019, *Database*)

¹³ CPB (2013) *Gezondheid loont, tussen keuze en solidariteit*

¹⁴ Een op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit betekent dat zij moeite hebben om informatie over gezondheid te verkrijgen, begrijpen en toe te passen.

verwacht dat in de toekomst minder mensen zullen roken, maar het percentage rokers daalt minder snel bij mensen met een lage sociaaleconomische status. De groep volwassenen met overgewicht zal verder toenemen tot 62% in 2040¹⁵, maar ernstig overgewicht stijgt harder bij mensen met een lage sociaaleconomische status. Leefstijl en leefomgeving hebben onmiskenbaar invloed op de gezondheid en daarmee ook op de zorguitgaven.

Er is sprake van toenemende krapte op de arbeidsmarkt voor de zorg. De zorg is een arbeidsintensieve sector die kampt met een toenemend gebrek aan arbeidskrachten door de stijgende zorgvraag. Tegelijkertijd zijn de administratieve lasten in de zorg hoog en dat legt een fors beslag op de capaciteit van het beschikbare personeel. Vijftien procent van de beroepsbevolking in Nederland werkt nu in de zorg en dat is ruim hoger dan het OESO-gemiddelde van 10%. De prognose is dat de komende jaren jaarlijks 40.000 extra personeelsleden in de zorg nodig zijn om aan de stijgende zorgbehoefte te voldoen.¹⁶ De meeste personeelstekorten zullen zich voordoen in de verpleging en verzorging. Daar komt bij dat het aantal mogelijke mantelzorgers (aantal 50-74-jarigen per 85-plusser) daalt. Het CPB verwacht dat de werkgelegenheid in de zorg in de periode 2021-2025 jaarlijks toeneemt met 2,1%. De sterke vraag naar personeel in de zorg absorbeert de groei van het arbeidsaanbod volledig, waardoor de werkgelegenheid in de marktsector niet meer kan groeien.¹ Alle mensen die de arbeidsmarkt betreden zijn dan nodig in de zorg. Bij ongewijzigd beleid is de voorspelling dat in 2040 één op de vier mensen in de zorg moet werken om in de toenemende zorgvraag te voorzien.

2.4 Budgettaire ontwikkelingen

De zorguitgaven blijven naar verwachting sterk groeien. De collectieve zorguitgaven lopen in een beleidsarm scenario op van 9,1% van het bbp in 2018 naar 9,8% in 2021 en 10,4% in 2025.¹⁷ Dit komt neer op een stijging van de uitgaven van €85 mld. naar €100 miljard in de komende vijf jaar. Ook voor de langere termijn is de verwachting dat de zorguitgaven blijven groeien. Het RIVM verwacht in 2040 bijna een verdubbeling van de huidige uitgaven tot 174 miljard euro, oftewel zo'n 16,4% van het bbp.¹⁸ De trend van stijgende zorguitgaven is overigens internationaal zichtbaar. De ontwikkeling van de zorguitgaven in Nederland wijkt niet af van het OESO-gemiddelde.¹⁹

Er zijn verschillende oorzaken voor de stijging van de zorguitgaven.

Demografische ontwikkelingen, in het bijzonder de vergrijzing, verklaren iets minder dan de helft van de toename. Daarnaast is de verwachting dat de uitgaven aan lonen en prijzen in de zorg sterker zullen toenemen dan de algemene inflatie. Dit verhoogt de zorguitgaven jaarlijks met 0,5%. Tenslotte zullen de zorguitgaven jaarlijks met 1,0% stijgen als gevolg van inkomensgroei en overige groei. Daarbij spelen een toename van de hoeveelheid zorg per persoon, hogere eisen aan de kwaliteit van de zorg en nieuwe technologie en behandelingen een rol.²⁰

¹⁵ RIVM (2018), *VTV*

¹⁶ CPB (2019), *Middellangetermijnverkenning 2022-2025*

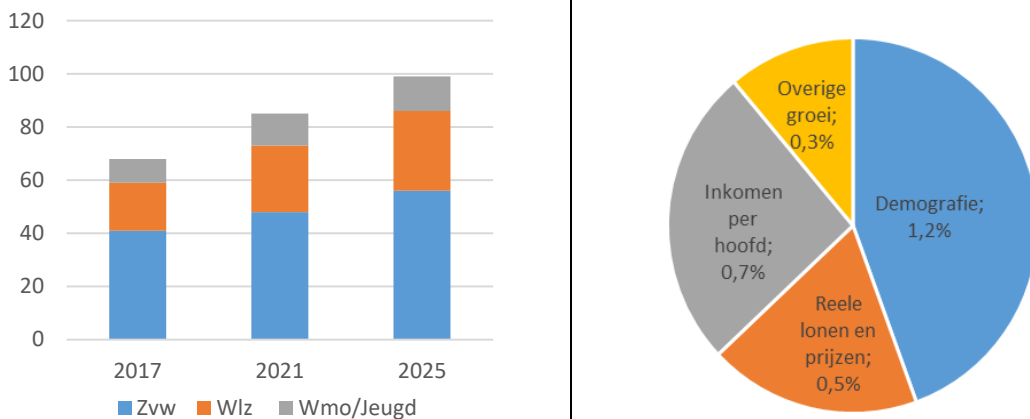
¹⁷ CPB (2019) *Middellange termijn verkenning 2019*.

¹⁸ RIVM (2018), *VTV*

¹⁹ OESO (2019), *Database*

²⁰ De bijdrage van deze ontwikkelingen is door het CPB bepaald op basis van de historische langetermijnontwikkeling

Figuur 3: Zorguitgaven overheid (miljard euro, lopende prijzen) (links) en jaarlijkse toename reële zorguitgaven (% bbp) 2022-2025 naar component (rechts)



Met name de uitgaven aan langdurige zorg groeien sterk. De gemiddelde jaarlijkse reële groei van de zorguitgaven in de komende kabinetsperiode bedraagt naar verwachting 2,7% en daarbinnen is de groei in de langdurige zorg met 3,6% het hoogst. Dat komt omdat de uitgaven per individuele oudere stijgen, in combinatie met het feit dat het aantal ouderen sterk toeneemt. In de curatieve zorg en de zorg die door gemeenten wordt geleverd (Wmo en jeugdzorg) bedraagt de reële groei respectievelijk 2,3% en 2,5%. De uitgaven in deze domeinen groeien niet zo sterk als die bij de langdurige zorg doordat ze minder sterk beïnvloed worden door de demografische ontwikkelingen.

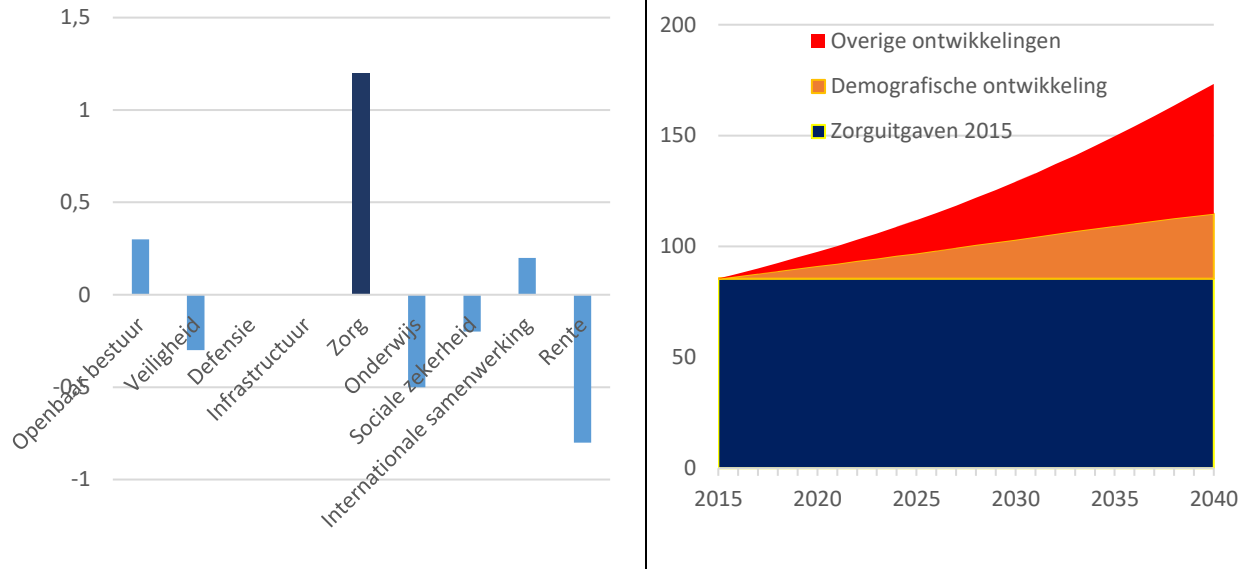
De toename van de collectieve zorguitgaven legt een beslag op de ruimte voor de groei van de collectieve uitgaven in andere domeinen. In de afgelopen decennia zien we dat de collectieve zorgkosten harder stijgen dan de uitgaven aan bijvoorbeeld onderwijs en sociale zekerheid. In de afgelopen kabinetsperiode ging 75% van de stijging van de overheidsuitgaven op aan de zorg.²¹ Het CPB verwacht dat ook in de periode 2022-2025 de zorguitgaven als aandeel van het bbp blijven toenemen. Bij ongewijzigd beleid zal de stijging van de zorguitgaven andere collectieve uitgaven zoals die voor onderwijs, sociale zekerheid en veiligheid verdringen.²² Het CPB verwacht dat als de trendmatige groei van de collectieve zorguitgaven, die in het verleden 3% bedroeg, wordt voortgezet in de periode 2026-2060, dit leidt tot een verslechtering van het houdbaarheidssaldo met 4,4% ten opzichte van het basispad waarin wordt uitgegaan van constante arrangementen.²³

²¹ Jeurissen (2018), *Betaalbare zorg*

²² CPB (2019), *Middellangetermijnverkenning 2022-2025*.

²³ CPB (2019), *Vergrijzingsstudie. Zorgen om morgen*

Figuur 4: mutatie collectieve uitgaven naar sector als percentage bbp, 2017-2025 (links); zorguitgaven in miljard tot 2040 (RIVM) (rechts)



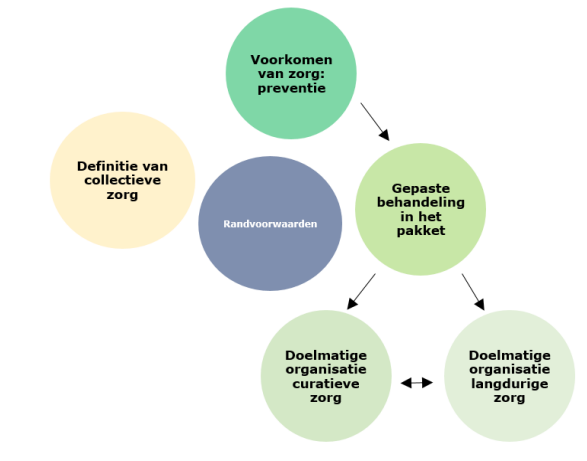
3 Analyse en beoordeling van beleid

3.1 Knelpunten in het huidige stelsel

De gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg heeft haar belofte van doelmatigheid tot op heden maar ten dele ingelost en ook in de langdurige zorg is doelmatigheidswinst te behalen. In de toekomst kunnen uitdagingen rondom de organisatie van zorg de prestaties van het stelsel onder druk zetten, op het gebied van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Hier liggen diverse knelpunten aan ten grondslag.

- **Het voorkomen van zorg door preventie komt onvoldoende van de grond.** Het verbeteren van de gezondheid en het voorkomen van zorg begint bij preventie. Leefstijlaanpassing kan gezondheidswinst opleveren. Met preventie kan worden voorkomen dat mensen (zwaardere) zorg nodig hebben. Momenteel ondervinden stelselpartijen te weinig prikkels voor (samenwerking op) preventie vanwege schotten tussen stelselpartijen en zorgdomeinen en doordat voor een deel van de maatregelen geldt dat de effectiviteit onvoldoende bekend is.
- Het open basispakket heeft tot gevolg dat (nog) niet bewezen (kosten)effectieve zorg toch wordt geleverd en collectief wordt vergoed. Patiënten moeten effectieve zorg krijgen. Van veel behandelingen is onvoldoende bekend wat de meerwaarde is en bevindingen over of en welke zorg meerwaarde heeft worden onvoldoende vertaald in de praktijk.
- **Volumeprikkels in de curatieve zorg leiden tot aanbodgedreven zorg, waardoor de zorg duurder is dan nodig.** In sommige sectoren worden zorgaanbieders onbedoeld gestimuleerd om meer ingrepen te verrichten – want meer ingrepen betekent: meer geld. Ook dat is niet in het belang van de patiënt. Verzekeraars zijn nog onvoldoende in staat gebleken om tegenwicht te bieden en aanbieders via selectieve inkoop te bewegen tot doelmatige zorg.
- **De huidige vormgeving van de langdurige zorg leidt nog te weinig tot een doelmatige organisatie.** In vergelijking met andere landen geven we in Nederland veel geld uit aan langdurige zorg. Zeker gezien de verdere vergrijzing is dat zorgwekkend: er zijn grenzen aan wat we met elkaar kunnen financieren. Zowel de inkoop als de organisatie van de langdurige zorg zijn nog onvoldoende doelmatig.
- **De overheid heeft beperkt grip op de macrobeheersing van de zorguitgaven.** Binnen de Nederlandse context heeft de politiek gekozen voor ‘open-einde- aanspraken’ en een wettelijk recht op zorg. De overheid heeft daarmee beperkt grip op de macrobeheersing van de zorguitgaven. Daarnaast kan de inhoudelijke reikwijdte van het collectieve zorgdomein op een andere manier worden gedefinieerd.
- **Een aantal essentiële randvoorwaarden voor het functioneren van het zorgstelsel is momenteel niet op orde.** Er is onvoldoende inzicht in de kwaliteit en uitkomsten van zorg, informatie-uitwisseling vindt te beperkt plaats en er is onvoldoende adequaat toezicht. Beperkte informatie over kwaliteit en uitkomsten stelt inkopers en zorgverleners onvoldoende in staat om kwalitatieve en doelmatige zorg voor de patiënt te realiseren.

Figuur 5: Thema's collectieve zorg



3.1.1 *Voorkomen van zorg: preventie*

De huidige vormgeving van het stelsel stimuleert zorginkopers te weinig om te investeren in een preventieve inzet van zorg. Veel kansen voor het voorkomen van ziekte zijn nog onbenut. Het RIVM heeft berekend dat ongezond gedrag in 2015 verantwoordelijk is voor bijna 20 procent van de ziektelast, 35.700 doden per jaar en 8,6 miljard euro aan zorguitgaven.²⁴ Het loont dus werkelijk om preventie goed in te zetten. Tegelijkertijd geldt in algemene zin dat de meest ingrijpende leefstijlinterventies het meest effectief de publieke gezondheid bevorderen. Het bewijs voor de effectiviteit van andere instrumenten is minder sterk. Soms zijn die instrumenten inderdaad minder effectief, maar soms is de effectiviteit nog niet, of beperkt, onderzocht.²⁵ Een bekend problematisch aspect van preventie is verder dat er sprake is van een coördinatieprobleem tussen actoren, ook wel het *'wrong pocket problem'* genoemd. Dat houdt in dat de partij die investeert in preventie niet of onvoldoende profiteert van de baten. Zo slaan de baten veelal neer buiten het zorgdomein, bijvoorbeeld in de arbeidsmarkt of het sociale domein, of in een ander domein van de zorg. Ook geldt bij preventie dat de kosten nu gemaakt moeten worden, terwijl pas later blijkt in welke mate het gezondheidswinst of kostenbesparing oplevert.

Wrong pocket problematiek bij de Gecombineerde Leefstijlinterventie
 Het inzetten van deze leefstijlinterventie was al in het huidige stelsel mogelijk, maar dit gebeurde in beperkte mate, omdat er binnen het stelsel geen tarieven en prestaties voor bestonden. Dat geldt zowel voor de gemeente als voor de zorgverzekeraar, waardoor deze interventie slecht van de grond kwam. Sinds 2020 bestaan er in de Zvw tarieven en prestaties voor de GLI en heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht.

3.1.2 *Gepaste zorg in het pakket: in- en uitstroom van (kosten)effectieve zorg*

Door het grotendeels open pakketsysteem is er beperkt grip op de effectiviteit en doelmatigheid van het basispakket: de meeste nieuwe behandelingen of medische technologieën worden automatisch opgenomen in het pakket. Het begrip 'gepaste

²⁴ RIVM (2018), *VTV*

²⁵ Ministerie van Financiën (2016), *IBO Gezonde Leefstijl*

zorg' heeft een medisch-inhoudelijke en een economische kant.²⁶ Maar noch de ene noch de andere kant wordt nu voldoende in ogenschouw genomen bij de introductie van nieuwe zorg. De rol van de overheid bij het toetsen van zorg op (kosten)effectiviteit is nu beperkt. Zorgverzekeraars bepalen welke behandeling wordt vergoed en toetsen hierop. Het open basispakket beperkt hen echter in de mogelijkheden om te bepalen of zorg voldoet aan de wettelijke vergoedingsregels. Zorgverzekeraars zijn hiervoor wettelijk afhankelijk van de beroepsgroepen: (1) het moet gaan om zorg zoals professionals die 'plegen te bieden' (2) de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en de praktijk' en (3) een verzekerde moet er redelijkerwijs op zijn aangewezen. Het Zorginstituut toetst nieuwe zorg alleen als professionals of verzekeraars er onderling niet uitkomen. Het Zorginstituut baseert zich op de principes van *evidence based medicine*, maar de richtlijnen van zorgverleners doen meestal geen uitspraken over de effectiviteit van een behandeling. Voor een groot deel van de zorg die collectief wordt vergoed kunnen vraagtekens gezet worden bij de meerwaarde. In het Verenigd Koninkrijk is in 2017 een groot onderzoek gedaan naar de effectiviteit van drieduizend behandelingen, diagnostiek en medische technologieën.²⁷ Van 51% was de meerwaarde onbekend, bij 41% was de effectiviteit redelijk aangetoond en van 8% is aangetoond dat deze geen meerwaarde heeft. In Nederland is dit niet precies onderzocht, maar Nederlandse artsverenigingen- en koepels onderschrijven dat deze percentages voor Nederland vergelijkbaar zijn.²⁸

Röntgenfoto bij acute buikpijn niet nodig

Onderzoek naar meerdere veel uitgevoerde medische ingrepen heeft aangetoond dat in sommige gevallen afwachtend beleid of minder inzet van diagnostiek tot betere uitkomsten van de patiënt kan leiden. Een voorbeeld is de dat bij acute buikpijn een röntgenfoto om een diagnose te stellen niet nodig is. Waar voorheen zowel een echo, een CT-scan als een röntgenfoto werd gemaakt bij patiënten die zich met acute buikpijn op de eerste hulp melden, is aangetoond dat een röntgenfoto voor het stellen van de diagnose niet noodzakelijk is. Hiermee wordt voorkomen dat de patiënt onnodige röntgenstraling krijgt, er kan sneller een diagnose worden gesteld en wordt jaarlijks circa €10 miljoen bespaard.

Verouderde zorg wordt niet automatisch uit het basispakket verwijderd. Als nieuwe behandelmethoden in het pakket worden opgenomen zouden in theorie de oude niet meer kunnen worden ingezet.²⁹ Verzekeraars zouden hierop toe moeten zien, maar zij doen dat niet. Zo worden verouderde en ondoelmatige behandelingen nog steeds uitgevoerd. Dat kost jaarlijks 3 miljard euro – en nog erger het kost ook 5.500 gewonnen levensjaren, zo blijkt uit een evaluatie uit 2018 van tien jaar *Doelmatigheidsonderzoek* door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw).³⁰ De overheid heeft maar beperkte mogelijkheden om – als behandelingen eenmaal in het basispakket zitten – afspraken over de juiste mate van gebruik (juridisch) af te dwingen. Binaire pakketingrepen, waarbij een behandeling in zijn geheel niet of wel wordt vergoed, zijn hierbij een van de weinige opties. Die liggen echter gevoelig, omdat zo'n behandeling voor bepaalde kleine groepen wél meerwaarde heeft. Maar helaas in de andere gevallen juist tot overbehandeling kan leiden. Een analyse uit 2010 naar praktijkvariatie bij behandelingen voor goedaardige prostaatvergroting, staar, rughernia en keel- en neusamandelen liet zien hoe veel dit kan schelen. Als alleen

²⁶ Talma Instituut Vrije Universiteit (2016), *Samen kiezen voor gepaste zorg*

²⁷ Clinical Evidence website (2007), *How much of orthodox medicine is evidence based?*

²⁸ Federatie Medisch Specialisten, (2016), *Adviesrapport Zorgevaluatie. Van project naar proces*

²⁹ Onder de aanname dat de nieuwe behandeling in alle gevallen beter is dan de oude.

³⁰ ZonMw (2018), *Externe evaluatie ZonMw programma DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017*

nog 'gepaste' behandelingen vergoed zouden worden, kan dat een besparing opleveren van 5 tot 7 procent op het totaalbudget van de ziekenhuiszorg.³¹ De oorzaak ligt aan de ene kant bij beroepsbeoefenaars die in de praktijk vaak afwijken van medische richtlijnen. Medische richtlijnen zijn vaak verouderd. Om de paar jaar vindt actualisatie plaats en richtlijnen worden vaak ingehaald door ontwikkelingen in de zorg. Naast actualisatie van richtlijnen is richtlijnimplementatie en naleving van deze richtlijnen ook een knelpunt. Implementatie blijft vaak jaren achter door tegengestelde belangen, verouderde werkwijzen en een kennisinfrastructuur die nog verbeterd kan worden. Tot slot hebben verzekeraars onvoldoende inzicht, capaciteit en expertise om bij elke patiënt te toetsen of een behandeling (kosten)effectief is.

Artsen nog onvoldoende terughoudend in verwijderen van neusamandelen

Traditioneel worden bij kinderen met terugkomende of chronische bovenste luchtweginfecties de amandelen geknipt. Uit onderzoek blijkt dat een afwachtend beleid gelijke gezondheidsuitkomsten heeft als een ingreep. Daarmee kan jaarlijks circa €3 miljoen worden bespaard. De richtlijn schrijft een afwachtend beleid voor bij terugkomende bovenste luchtweginfecties. Ondanks dat dit inzicht al jarenlang bekend is, komt het verwijderen van neusamandelen in de Nederlandse praktijk toch nog aanzienlijk vaker voor bij kinderen dan op basis van de onderzoeksresultaten verwacht zou mogen worden. Mogelijke redenen zijn onder meer cultureel van aard: enerzijds spelen verwachtingen van ouders van kinderen een rol. Ook verwijzen huisartsen patiënten nog vaak door, omdat niet opereren tot extra behandeling in de eerste lijn leidt.

3.1.3 *Doelmatige curatieve zorg*

De huidige vormgeving van bekostiging in het stelsel van gereguleerde marktwerking leidt niet altijd tot de meeste doelmatige uitkomst. Een van de overwegingen bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel van vraaggestuurde, gereguleerde marktwerking was het bevorderen van doelmatigheid in de zorg en het voorkomen van wachtlijsten. Nu, bijna 15 jaar later, blijkt dat de huidige opzet toch nog te weinig waarborgen biedt tegen aanbod gedreven zorg. Ten eerste slagen verzekeraars er om diverse redenen nog niet in om de doelmatigheid van zorg te versterken via selectieve inkoop. Ten tweede staan ook volumeprikkels bij aanbieders doelmatigheid in de weg. Zo blijkt dat de bekostiging op basis van DBC's leidt tot volumeprikkels. Zonder tussenkomst van actief inkoopbeleid door zorgverzekeraars, kan dit aanleiding geven tot aanbod gedreven zorg. Zo heeft het CPB in 2013 geschat dat vraagfactoren iets meer dan zeventig procent van de variatie in zorggebruik tussen regio's verklaren – de overige dertig procent werd dus verklaard door (regionale) aanbodfactoren.³²

Verzekeraars zijn onvoldoende in staat om doelmatigheidswinst bij aanbieders te realiseren. Het was het uitgangspunt van het huidige stelsel: verzekeraars kunnen door goed inkoopbeleid de kwaliteit en doelmatigheid van zorg waarborgen. De praktijk leert inmiddels dat zij daar, om diverse redenen, niet volledig in slagen:

- **Ten eerste hebben zorgaanbieders met marktmacht in sommige deelsectoren een sterke onderhandelingspositie ten opzichte van de verzekeraar.** Als er sprake is van regionale schaarste van zorgaanbod en er

³¹ E. van Beek, K. Lemmens, G. van Schooten en E. Vlieger (2010), *Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling*

³² CPB (2016), *Regionale verschillen in zorguitgaven. Wat zijn mogelijke verklaringen?*

geen mogelijkheid is tot doorverwijzen, dan heeft de zorgverzekeraar door zijn (terechte) zorgplicht weinig opties. Een algemeen economisch uitgangspunt is dat marktpartijen met een aanmerkelijke machtspositie een efficiënte marktuitsluiting in de weg kunnen staan. Zorgaanbieders met marktmacht kunnen zich in belangrijke mate onafhankelijk gedragen van concurrenten, de zorgverzekeraar of de consument. Zij kunnen een prijs vragen die boven de kostprijs ligt en afbouw of concentratie van zorg blokkeren.³³ De ACM constateerde in 2018 dat met name voor verweven niet-complexe zorg en complexe zorg met een laag volume de inkoopmacht van verzekeraars beperkt is.³⁴ Dat is niet in het belang van de patiënt. Waar zorgaanbieders belang hebben bij meer verrichtingen kan dat immers niet alleen de kosten opdrijven, maar ook de kwaliteit van de zorg verminderen, bijvoorbeeld als dit leidt tot overbehandeling of onnodige diagnostiek.

- **Ten tweede kan het wettelijke "hinderpaalcriterium", dat verzekeraars verplicht tot het vergoeden van een groot gedeelte van ongecontracteerde zorg, selectieve zorginkoop beperken.** Het feit dat verzekeraars te allen tijde zorg moeten vergoeden ondergraaft hun onderhandelingspositie. Bovendien is ongecontracteerde zorg in een aantal sectoren, zoals de GGZ en de wijkverpleging, onmiskenbaar duurder dan gecontracteerde zorg.
- **Ten derde hebben verzekeraars een informatieachterstand ten opzichte van aanbieders.** Bij de invoering van het zorgstelsel was afgesproken dat zorgverzekeraars en aanbieders zouden onderhandelen op basis van de DBC-systematiek. Dit zou concurrentie tussen zorgaanbieders bevorderen. Maar daarvoor is wel nodig dat duidelijk is wat de prijs van een behandeling precies is; anders kun je geen goede vergelijking maken. De prijstransparantie die nodig is voor concurrentie op behandelniveau is echter onvoldoende van de grond gekomen. In de praktijk blijkt dat verzekeraars vaak 'omzetplafonds' vaststellen. Als gevolg hiervan reflecteren DBC-prijzen niet altijd de onderliggende kosten. Zo blijkt uit onderzoek van het CPB dat er een grote verscheidenheid is aan DBC-prijzen tussen ziekenhuizen; dit duidt er volgens het CPB op dat ziekenhuizen forse 'kruissubsidies' toepassen tussen de verschillende DBC's. Dat is ongewenst. Kruissubsidies doorbreken de relatie tussen de contractprijs en de kostprijs van een DBC. Ze kunnen leiden tot inefficiënte marktuitsluitingen en bemoeilijken het toezicht. Bovendien kunnen ze ertoe leiden dat consumenten die dezelfde behandeling ondergaan in het ene ziekenhuis meer eigen bijdragen moeten betalen dan in het andere.³⁵ De NZa adviseert dan ook om af te stappen van een bekostigingssysteem dat voornamelijk geënt is op het uitvoeren van verrichtingen.³⁶ Een eerder initiatief om het aantal DBC's terug te dringen ("DBC's op weg naar transparantie", DOT's) heeft de onderliggende problemen niet opgelost. De gezamenlijke inspanning van overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aandoeningen te voorzien van uitkomstindicatoren³⁷ heeft nog beperkt geleid tot uitkomstenbekostiging.
- **Ten vierde staan coördinatieproblemen tussen zorgverzekeraars onderling doelmatigheid in de weg.** Investerings van één verzekeraar leveren ook profijt op voor de andere verzekeraars. Dit werkt belemmerend in de verdere ontwikkeling van een doelmatige organisatie van zorg.

³³ Er zijn voorbeelden van plekken waar wordt geëxperimenteerd met kostenbeheersing via meerjarige contracten. Deze experimenten vinden echter vooral plaats als sprake is van juiste marktomstandigheden en/of randvoorwaarden.

³⁴ Heida et al. (2018) Mededingingsprobleem geldt niet voor elk type ziekenhuiszorg.

³⁵ CPB (2018), *Grote prijsverschillen ziekenhuis zorg ondanks concurrentie*

³⁶ NZa (2018), *Advies bekostiging medisch-specialistische zorg "Belonen van zorg die waarde toevoegt"*

³⁷ Kamerstukken 1371415-178499-PZO

- **Tot slot vergroten drempels voor ordelijke markttitriding de marktmacht van aanbieders, zeker in de wetenschap dat (terecht) wettelijk is verankerd dat verzekeraars een zorgplicht hebben.** Het zorglandschap is in beweging. In de toekomst zal de aanbiedersmarkt veranderen. Dit is wenselijk, gezien de doelmatigheidswinsten die kunnen worden gerealiseerd door zorg anders te organiseren. Daarnaast spelen ook demografische ontwikkelingen een rol, zoals bijvoorbeeld bevolkingskrimp in regio's als Zeeland, Drenthe en Zuidoost-Groningen. Recente ervaringen leren dat faillissementen van ziekenhuizen complex zijn en grote uitdagingen met zich meebrengen. Bij het uitgangspunt van geregleerde marktwerking past in algemene zin ook dat ondoelmatige aanbieders, die niet in staat zijn de gewenste kwaliteit voor de patiënt te leveren, geen bestaansrecht hebben.

Volumeprikkels doen zich binnen ziekenhuizen op twee niveaus voor: op het niveau van het ziekenhuis én op het niveau van het medisch specialistisch bedrijf (msb). In veel (algemene) ziekenhuizen zijn medisch specialisten als aandeelhouders verenigd in een medisch specialistisch bedrijf (msb's). Op dit moment is ongeveer de helft van de medisch specialisten vrijgevestigd en verenigd in een msb. De belangen van het msb hoeven niet te rijmen met de belangen van het ziekenhuisbestuur. Vooropstaat dat artsen intrinsiek gemotiveerd zijn om zorg te leveren die leidt tot de beste gezondheidsuitkomst voor de patiënt. Maar de werkelijkheid is ook dat het inkomen van vrijgevestigd medisch specialisten niet zelden afhankelijk is van de prijs en het volume van behandelingen. Uit internationale literatuur blijkt dat er een sterke link is tussen financiële prikkels en het aantal verrichtingen.³⁸ Het CPB concludeerde in 2012 dat er sterke indicaties zijn dat de hervorming van de bekostiging in de ziekenhuissector heeft geleid tot prikkels voor aanbod gedreven zorg voor instellingen en artsen. Artsen die betaald worden per verrichting zijn nu eenmaal gevoeliger voor 'overbehandeling'.³⁹ Waar zorgverzekeraars op ziekenhuisniveau afspraken maken over doelmatigheid en beheersbaarheid, kunnen productieprikkels onverminderd doorwerken in de vergoeding die medisch specialisten ontvangen.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders slagen er onvoldoende in de allocatieve doelmatigheid van de zorg te vergroten. Hierdoor blijft de zorg functioneel gefragmenteerd en worden dure zorgvoorzieningen niet optimaal ingezet. Zorgverzekeraars en -aanbieders slagen er echter onvoldoende in deze verschuiving te realiseren. Dat komt onder andere door de beperkte organisatorische capaciteit in de eerste lijn en de beperkte medewerking vanuit ziekenhuizen. Indien deze verschuiving van ziekenhuis naar eerste lijn wel plaatsvindt, vullen ziekenhuizen de vrijgekomen capaciteit niet zelden op met andere zorg. Ziekenhuizen willen immers niet dat zo'n verschuiving leidt tot minder omzet - en dus minder inkomsten. Het Zorginstituut heeft in opdracht van de werkgroep Toekomstbestendige Zorg op basis van 25 praktijkvoorbeelden een actuele inschatting gemaakt van het besparingspotentieel van het verplaatsen van zorg.⁴⁰ Op basis van extrapolatie van de in kaart gebrachte initiatieven, komt het Zorginstituut tot de schatting dat het maximale potentieel van de verplaatsing van zorg in 2022 tussen de 616 en 986 miljoen euro ligt. De analyse van ZinNL betreft daarbij een deelgebied van het Zvw domein. Er kan dus sprake zijn van een groter

³⁸ M. Lagarde en D. Blaauw (2017), *Physicians' responses to financial and social incentives: A medically framed real effort experiment* J. Clemens en J. Gottlieb (2014), *Do Physicians' Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health*; CPB 2012, *The effect of physician fees and density differences on regional variation in hospital treatment*; A. Mitchell et al (2018), *Association Between Reimbursement Incentives and Physician Practice in Oncology*

³⁹ CPB (2012), *The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments*

⁴⁰ Bijlage I.

besparingspotentieel in de gehele Zvw, met name in het overige deel van de licht complexe, ambulante zorg. In 2017 was 5,6 miljard euro van de kosten aan te merken als licht ambulant.

Voorbeeld van afspraken over verplaatsing van zorg

Zorgverzekeraar VGZ en thuiszorgorganisatie Omring hebben een meerjarencontract afgesloten voor de zorgverlening aan ouderen en chronisch zieken in het noorden van Noord-Holland. Zij zoeken ook samenwerking met ziekenhuizen en huisartsen in de regio. De gezamenlijke ambitie is om mensen langer en veilig thuis te laten wonen en om steeds meer complexe zorg thuis of dichtbij huis aan te bieden, ook daar waar een multidisciplinaire aanpak en inzet van hoogwaardige technologie nodig zijn. Omring en VGZ willen met de ziekenhuizen kijken hoe ziekenhuisopnames kunnen worden voorkomen en de ligduur kan worden verkort. Dat geldt ook voor mensen met een acute zorgvraag die op de SEH komen.

3.1.4 *Doelmatige langdurige zorg*

De huidige organisatie van de langdurige zorg stimuleert onvoldoende tot doelmatige zorginkoop en –levering. Aanbieders worden door marktmacht en het ontbreken van selectieve inkoop niet geprikkeld om te concurreren op basis van kwaliteit en doelmatigheid. Aanbieders van langdurige zorg hebben regionaal een sterke positie. In de praktijk worden alle aanbieders gecontracteerd, mede doordat alle capaciteit nodig is. Zo is van selectieve inkoop dus geen sprake. Zorgkantoren maken in contracten afspraken met zorgaanbieders over de tarieven, de maximale productie en over aanvullende prestaties. Daar is uiteraard wel toezicht op. De NZa voert als toezichthouder geregeld onderzoek uit naar de werkelijke kostprijzen in de langdurige zorg en op basis hiervan stelt de NZa voor de meeste prestaties maximumtarieven vast. Maar het landelijk maximumtarief is een tamelijk grof instrument; het houdt geen rekening met verschillen tussen instellingen en populaties.

Een analyse van de NZa uit 2017 laat zien dat er in de verpleeghuiszorg grote verschillen bestaan tussen instellingen ten aanzien van de productiviteit.⁴¹ Zorgmedewerkers besteden gemiddeld 76% van hun tijd aan cliëntgebonden taken, maar in de praktijk varieert dat tussen 67 en 81%. Als alle verpleeghuizen gaan werken volgens *best practices* en daardoor efficiënter gaan werken dan kan dat, zo heeft het CPB doorgerekend, een besparing opleveren van circa €560 miljoen, oftewel 5% van het totaalbudget voor ouderenzorg.⁴² Het is aannemelijk dat in de overige sectoren van de langdurige zorg, de gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ ook verbetering mogelijk is, zeker gezien de vergelijkbare omvang van de *overhead*.

De manier waarop aanbieders in de langdurige zorg sturen op het verhogen van kwaliteit belemmert innovatie. Zorgaanbieders definiëren de kwaliteit van hun werk volgens bepaalde normen. Die normen worden vastgelegd door het Zorginstituut Nederland, maar dat instituut toetst die normen niet inhoudelijk. Sinds kort bestaat er wel een zogenoemde 'noodremprocedure', waarin nieuwe kwaliteitsnormen worden getoetst op de financiële gevolgen. De overheid heeft echter geen mogelijkheid om de definitie van kwaliteit te beïnvloeden. Bij de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt gestuurd op het verhogen van het aantal zorgverleners per cliënt. Hoewel voldoende handen aan het bed ontegenzeggelijk belangrijk is voor goede zorg, is kwaliteit daarmee wel beperkt

⁴¹ NZa (2017), *Impactanalyse verpleeghuiszorg 2017*

⁴² CPB (2017), *Macro Economische Verkenning 2018*

gedefinieerd op basis van input, en niet op basis van uitkomsten. Bovendien kan deze definitie van kwaliteit het (verder) invoeren van doelmatige, arbeidsbesparende innovaties, bijvoorbeeld domotica en e-health, in de toekomst belemmeren.

Voorbeeld arbeidsbesparende innovatie: gebruik van slim incontinentiemateriaal

Incontinentie komt veel voor in de langdurige zorg. Inzet van slimme luiers die meten wanneer verschoning nodig is en hiervoor een signaal afgeven, is een arbeidsbesparende interventie die ook de kwaliteit van leven verhoogt. Bij een zorginstelling nam het aantal natte bedden met 76% af en zorgde inzet van de slimme luier voor een aanzienlijke werkdrukverlichting (30% minder verschoningen). Op jaarbasis werd bij deze instelling een netto kostenbesparing van € 46.000 en een tijdsbesparing van 1.609 uur aan incontinentiezorg gemeten.

De zorgkantoren hebben geen financiële prikkels om doelmatig in te kopen en ze hebben onvoldoende instrumenten om kosteneffectiviteit van aanbieders af te dwingen. Zorgkantoren zijn regionale monopolisten bij de inkoop van langdurige zorg en ze zijn niet risicodragend. De overheid stelt elk jaar de contracteerruimte bij op voorstel van de Nza, bijvoorbeeld wanneer er meer indicaties zijn of als er wachtlijsten dreigen te ontstaan. Dat betekent dat zorgkantoren geen financieel risico lopen bij ondoelmatig inkoop. De landelijke contracteerruimte wordt over de zorgkantoorregio's verdeeld op basis van de gegevens van de voorgaande jaren. Deze verdeling is echter niet bepaald doelmatig, omdat objectieve en normatieve elementen in het verdeelmodel ontbreken - zo houdt de verdeling geen rekening met demografische ontwikkelingen.

De indicatie van langdurige zorg biedt weinig ruimte voor maatwerk bij cliënten. Als het CIZ een cliënt een indicatie geeft, dan wijst het daarmee ook een zorgzwaartepakket toe. Aan dat pakket is een afgebakend recht op zorg gekoppeld. Daarbij is weinig ruimte voor individuele omstandigheden, waardoor het niet altijd past bij de zorgvraag. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat een cliënt die thuis Wlz-zorg ontvangt aan bepaalde zorg geen behoefte heeft, omdat een partner daarin voorziet. Dan blijkt het nog niet makkelijk om die zorg niet af te nemen. Ook in de gehandicaptenzorg doen zich dergelijke problemen voor. We zien dat de groei van de gehandicaptenzorg fors boven de demografische groei ligt. Belangrijke reden hiervoor lijkt te liggen in de steeds complexer wordende maatschappij: meer mensen kunnen die complexiteit niet aan en doen dus een beroep op de gehandicaptenzorg. Doorstroming naar hogere zorgprofielen kan worden tegengaan door ondersteuning voor mensen met een lichte verstandelijke beperking meer integraal vorm te geven in het sociaal domein.⁴³

Er bestaan prikkels voor afwenteling tussen de Wlz enerzijds en de Zvw en Wmo anderzijds. Zo hebben gemeenten en verzekeraars geen prikkel om instroom in de Wlz te beperken door preventie. Gemeenten en verzekeraars die voorkomen dat mensen instromen in de Wlz zijn immers meer geld kwijt aan Wmo en Zvw (wijkverpleging). Voor vermogende zorgvragers geldt dat ze een prikkel ervaren om zo lang mogelijk thuis te wonen, doordat de eigen bijdrage in de Wmo niet meer inkomens- of vermogensafhankelijk is - en voor wijkverpleging geldt alleen het wettelijk eigen risico.

⁴³ IBO (2019), *Mensen met een licht verstandelijke beperking*

3.1.5 *Randvoorwaarden: informatie en toezicht*

Voor het goed functioneren van het stelsel zijn een aantal randvoorwaarden van belang. Een van deze randvoorwaarden is dat zorgverleners zoveel mogelijk bezig zijn met zorg en niet met administratie. Administratie is noodzakelijk voor zover het gaat om handelingen die bijdragen aan en voordelig zijn voor het leveren van goede zorg - bijvoorbeeld bij coördinatie tussen zorgverleners. Maar onnodige administratieve lasten moeten zoveel mogelijk worden vermeden. Nu besteden zorgprofessionals gemiddeld 60% van hun werkdag aan directe zorgtaken en 40% aan administratieve taken, zo blijkt uit onderzoek van de denktank *(Ont)Regel de Zorg*.⁴⁴

Ondanks de hoge administratieve lastendruk die zorgverleners ervaren is er weinig informatie over de kwaliteit en kosteneffectiviteit van individuele aanbieders.

Zowel in de curatieve als de langdurige zorg hebben patiënten en zorginkopers maar beperkt zicht op kwaliteit en doelmatigheid van aanbieders. Voor patiënten is er geen centrale vindplaats waar ze kwaliteitsinformatie over aanbieders kunnen vinden. Zij willen gedetailleerde informatie op het moment dat ze een zorgaanbieder nodig hebben, maar een gedetailleerd overzicht van kwaliteitsindicatoren per zorgaanbieder en behandeling ontbreekt veelal.⁴⁵

Het delen van informatie komt niet van de grond. Daardoor ontstaan coördinatieproblemen tussen aanbieders, maar ook intern binnen instellingen. De meeste zorgprofessionals beschikken niet over een gedeeld elektronisch patiëntendossier of over een informatie-infrastructuur om zorg effectief te coördineren. Dat heeft te maken met privacy, maar ook met botsende belangen en met technische belemmeringen, zoals ICT-systemen die niet goed op elkaar aansluiten. Het komt voor dat aanbieders van acute zorg maar beperkt toegang hebben tot de medische achtergrond van een patiënt, wat adequate zorg niet altijd ten goede komt.

De omvang van de gezondheidssector en het belang van goede, kwalitatieve zorg vergt adequate toezichthouders, met meer handhavingsinstrumenten. Het huidige toezicht op doelmatigheid van de zorg(markt) ligt in handen van verschillende instanties, zoals het Zorginstituut, de NZa, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Bij de uitvoering van bepaalde taken zijn toezichthouders van elkaar afhankelijk. Maar doordat iedere toezichthouder een eigen relatie met het veld heeft wordt die wederzijdse afhankelijkheid soms een complexe zaak waardoor de effectiviteit van het toezicht kan afnemen. Gedeelde verantwoordelijkheid leidt niet altijd tot de beste uitkomst. In de langdurige zorg is het Zorginstituut betrokken bij het vaststellen van kwaliteitsnormen, houdt de NZa zich bezig met tariefregulering en houdt de IGJ toezicht op de kwaliteit van zorgaanbieders. Daarnaast is bijvoorbeeld de afbakening tussen de zorginhoudelijke fusietoets van de NZa en de mededingingsrechtelijke toets door de ACM niet evident.

3.1.6 *Definitie van collectieve zorg*

Het niveau van de collectieve zorguitgaven neemt in het basispad toe zonder dat daar een expliciet politiek besluit voor nodig is. Daardoor lijkt de

⁴⁴ (Ont)Regel de Zorg (2017), *Nationale Regelmanitor*

⁴⁵ Kantar Public (2019), *Onderzoek informatiebehoefte*

afweging tussen zorguitgaven en andere overheidsuitgaven soms maar beperkt te worden gemaakt. In de beleidsarme middellange-termijnraming (MLT) van het CPB, die het vertrekpunt vormt bij de discussie over het niveau van zorguitgaven, worden demografische ontwikkelingen, prijsontwikkelingen, inkomensgroei, technologische ontwikkelingen en kwaliteitsverbeteringen meegenomen (op basis van de historische ontwikkeling).⁴⁶ Dit hangt samen met de wijze waarop het stelsel is vormgegeven met 'open aanspraken'. In de curatieve en langdurige zorg is geregeld dat mensen recht hebben op zorg waaraan behoefte is en de zorg waarop iemand is aangewezen. In de meerjarige zorgraming zijn daarom, volumestijgingen en kwaliteitsverbeteringen verwerkt zonder dat er een expliciete politieke afweging heeft plaatsgevonden over de wenselijkheid ervan. Doordat de uitgavengroei in de zorg hoger ligt dan in andere domeinen is het lastig om een integrale afweging te maken en de collectieve zorguitgaven te beheersen.

Om macrobeheersing in de curatieve zorg af te dwingen is de overheid momenteel aangewezen op hoofdlijnaakkoorden en budgetmaatregelen op sectorniveau, in de vorm van het macrobeheersingsinstrument (MBI). Op dit moment is de overheid aangewezen op budgetafspraken per sector die voortvloeien uit hoofdlijnaakkoorden. Die afspraken zijn echter niet fijnmazig. Hierin worden namelijk afspraken gemaakt over beperking van uitgavengroei voor een hele deelsector en die aanpak biedt geen oplossing voor structurele weeffouten of ondoelmatigheid bij individuele aanbieders. Zo is een risico van de hoofdlijnaakkoorden dat wel kosten worden bespaard, maar juist niet waar dat het meest nodig is. De Rekenkamer concludeert dat de hoofdlijnaakkoorden de afgelopen jaren een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan het beperken van de groei van de uitgaven, maar dat het onwaarschijnlijk is dat de inhoudelijke afspraken in de zorgakkoorden daaraan wezenlijk hebben bijgedragen.⁴⁷ Het is daarnaast onzeker of er ook in de toekomst draagvlak is voor het afsluiten van akkoorden.

De collectieve zorg omvat ook zorguitgaven die niet noodzakelijk zijn om collectief te verzekeren. Het economische uitgangspunt van een verzekering is dat deze vooral toegevoegde waarde heeft bij onvoorzienbare grote uitgaven. De huidige collectieve verzekering voor langdurige zorg dekt echter ook uitgaven die wel degelijk voorzienbaar en betaalbaar zijn en uitgaven die niet tot de zorg behoren, zoals kosten voor wonen, dagbesteding, huishouden en maaltijden. Ook de persoonsgebonden budgetten worden niet altijd gebruikt voor uitgaven waar ze voor bedoeld zijn. Het komt steeds vaker voor dat ook anderen dan de budgethouder ervan profiteren, zoals naasten en bemiddelaars. En dat komt weer doordat veel budgethouders niet in staat zijn zelf hun pgb te beheren.⁴⁸ Bij het uitblijven van doelmatigheidswinst bestaat het risico dat verdergaande (pakket)ingrepen noodzakelijk zijn.

Tot slot leiden de relatief lage eigen betalingen in beperkte mate tot een remeffect. Het niveau van eigen betalingen in Nederland is in internationaal perspectief laag. In de curatieve zorg vormt het eigen risico een drempel, maar wanneer de zorgkosten het eigen risico overschrijden is er geen belemmering meer om in de rest van het jaar additionele behandelingen te ondergaan. Het omzetten van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in Wmo naar een uniform abonnementstarief heeft geleid tot een groter beroep op de Wmo.⁴⁹ Verschillen in

⁴⁶ Deze systematiek heeft zowel op de curatieve als de langdurige zorg betrekking.

⁴⁷ Algemene Rekenkamer (2016), *Zorgakkoorden. Uitgavenbeheersing in de zorg, deel 4*

⁴⁸ Technische werkgroep beheersing zorguitgaven (2017), *Zorgen voor gezonde groei*

⁴⁹ CPB (2018), *Herberekening budgettaire effecten abonnementstarief in de Wmo*

eigen betalingen tussen sectoren kunnen strategisch gedrag in de hand werken. Wie in alle sectoren aanspraak kan maken op zorg zal dat regime kiezen dat financieel het meest gunstig is.

4 Beleidsopties en -varianten

Dit hoofdstuk beschrijft op hoofdlijnen verschillende beleidsopties en – varianten die aansluiten bij de knelpunten. Deze beleidsopties zijn in de bijlage in fiches nader uitgewerkt.

4.1 Voorkomen van zorg: preventie

In deze paragraaf zijn beleidsrichtingen uitgewerkt die de prikkels en verantwoordelijkheden voor preventie versterken. Het ontbreken hiervan zorgt ervoor dat de potentiële gezondheidswinsten en kostenbesparingen niet gerealiseerd worden. Om het potentieel van preventie meer te verwezenlijken ziet de werkgroep verschillende beleidsrichtingen:

- Het versterken van de (domein-overstijgende) prikkels voor preventie.
- De opschaling van preventie door gemeenten en zorgverzekeraars meer faciliteren.
- Het duidelijker verankeren van bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
- Preventie maatregelen vanuit de Rijksoverheid (regulering, prijsmaatregelen en campagnes).

Het recht op het opzeggen van meerjarige polissen wordt afgeschaft.

Momenteel hebben verzekerden het recht om jaarlijks hun verzekering op te zeggen. Daarmee kunnen zorgverzekeraars geen polisaanbod doen dat verzekerden langer dan een jaar committeert. Dit geeft enerzijds gezonde verzekerden een prikkel om de goedkoopste polis te kiezen, zonder rekening te houden met een potentiële zorgvraag op de lange termijn. Anderzijds moeten verzekeraars bij de zorginkoop rekening houden met onzekerheid over het aantal verzekerden. De overheid zou het jaarlijkse opzegrecht kunnen versoepelen, om zo verzekeraars de ruimte te geven naast eenjarige ook drie of vijfjarige polissen aan te bieden. Een langere contractduur biedt zorgverzekeraars sterkere prikkels om te investeren in de gezondheid van verzekerden, omdat de kans dat de baten neerslaan bij een concurrent kleiner worden. (Fiche 8)

Verbetering prikkels preventie voor zorgverzekeraars via volledige ex-post vergoeding risicoverevening. Het is van belang dat zorgverzekeraars ook voldoende financiële stimulans ondervinden om te investeren in de opschaling van in het pakket opgenomen preventieactiviteiten en ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen binnen de doelgroep ook daadwerkelijk deelnemen. Verzekeraars worden gecompenseerd voor geïndiceerde preventieactiviteiten die in het basispakket zitten, zoals de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Verzekeraars krijgen daarbij de kosten die ze maken achteraf volledig vergoed via de risicoverevening. (Fiche 9)

Een nationale preventiefaciliteit ter opschaling van selectieve preventie gericht op gezondheidsbevordering. Een nationale preventiefaciliteit wordt ingericht waaruit de totstandkoming van selectieve preventie gericht op gezondheidsbevordering door middel van cofinanciering bekostigd kan worden. Dit kan enerzijds zien op coördinatiekosten van verzekeraars, gemeenten, zorgkantoren, zorgaanbieders en werkgevers om vormen van selectieve preventie tot stand te laten komen en anderzijds op uitvoeringskosten van selectieve preventieve interventies die nog niet structureel bekostigd kunnen worden vanuit de verschillende stelselwetten. Het is daarbij van belang dat alle betrokken partijen bijdragen om maximaal commitment te waarborgen. (Fiche 11)

Invoeren van een financiële prikkel voor gemeenten om doorstroom naar de ouderenzorg (en Zvw) te beperken. Door te investeren in een goede ondersteuning van thuiswonende kwetsbare ouderen, waaronder respijtzorg, woningaanpassingen, maaltijdvoorzieningen en de beschikbaarheid van spoedzorg kunnen gemeenten bijdragen aan een lagere instroom in de Wlz. Door te investeren in vroegsignalering en valpreventie kunnen gemeenten bovendien voorkomen dat toenemende kwetsbaarheid bij ouderen leidt tot incidenten en onhoudbare situaties thuis. Gemeenten hebben er echter belang bij dat kwetsbare mensen (zo snel mogelijk) uit de Wlz worden bekostigd, omdat dit wordt bekostigd vanuit zorgkantoren in plaats van uit het gemeentebudget. Gevolg hiervan is dat er geen prikkel is op het voorkomen van Wlz-zorg. De kosten van investeringen in de zelfredzaamheid van ouderen ligt bij gemeenten, maar de baten slaan neer in het Wlz domein. Om deze onwenselijke dynamiek te adresseren krijgen gemeenten additionele (minder) middelen als er minder (meer) mensen in de Wlz terecht komen. (Fiche 10)

Verankeren wettelijke taak preventie bij gemeenten. Gemeenten krijgen een centrale rol bij de totstandkoming van geïndiceerde preventie, aangezien veel kosteneffectieve interventies (deels) liggen op het terrein van de leefomgeving en het sociaal domein. Voor specifieke preventieactiviteiten die inzet van gemeenten verlangen, bijvoorbeeld het organiseren van het beweegaanbod ten behoeve van de gecombineerde leefstijl interventie en het aanbod van valpreventie cursussen, worden de taken van gemeenten expliciet opgenomen in de Wet publieke gezondheid. (Fiche 12)

Door een ongezonde leefstijl onaantrekkelijker te maken, kunnen mensen gestimuleerd worden om hun leefstijl te verbeteren. Regulering, prijsmaatregelen en sommige campagnes zijn kostenbesparende en kosteneffectieve vormen van preventie. Dat kan bijvoorbeeld komen doordat er sprake is van lage uitvoeringskosten of omdat de gehele bevolking met deze maatregelen bereikt kan worden. Het RIVM heeft voor de werkgroep in kaart gebracht wat potentieel kostenbesparende maatregelen zijn en hoeveel gezondheidswinst er te behalen valt per maatregel. (Memo 2) Daarbij is van belang dat voedselkeuzes vaak onbewust gemaakt worden en vaak in grote mate bepaald worden door de omgeving. In dit verband kunnen naast bovengenoemde oplossingsrichtingen ook maatregelen ingezet worden die gebaseerd zijn op gedragsinzichten (Bijlage 6).

4.2

Effectief basispakket

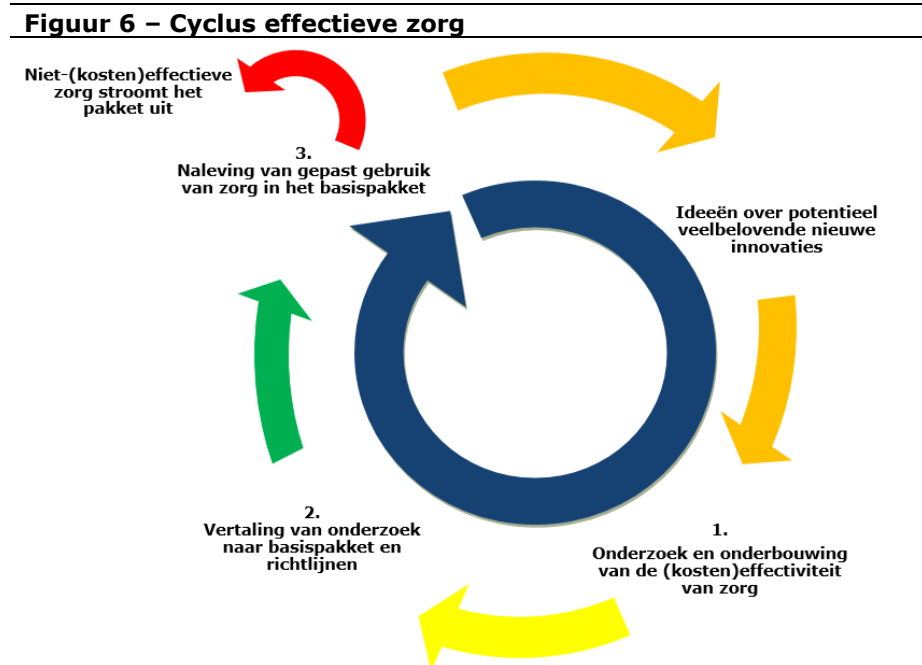
Vooropstaat dat een effectief basispakket enkel gaat werken als bestaande systeemprikkels die zijn gericht op het leveren van productie en volume worden aangepast. Meerdere systeemprikkels belemmeren momenteel goede gezamenlijke regie van zorgprofessionals, -bestuurders en -inkopers op het bereiken van een effectief basispakket en gepast gebruik. Te denken valt aan volumeprikkels, informatie-asymmetrie en andere belemmeringen voor zorginkopers om op kwaliteit en doelmatigheid in te kopen. Beleidsopties hiertoe worden in de paragrafen over doelmatige zorg toegelicht.

De volgende drie stappen kunnen worden onderscheiden voor beleidsrichtingen:

- Inzicht in toekomstige instroom en in (kosten)effectiviteit van nieuwe en bestaande zorg
- Pakkettoelating: toetsing van (kosten)effectiviteit en implementatie in richtlijnen

- Versterking sturing op en handhaving van gepast gebruik van zorg in het basispakket.

Bovenstaande stappen dienen idealiter in samenhang te worden gezien. Effectieve zorgverlening start bij het vaststellen van de meerwaarde van zorg door middel van onderzoek. (Kosten)effectieve zorg komt in aanmerking voor toelating tot het basispakket en landt in kwaliteitsrichtlijnen en -standaarden. Inzichten uit onderzoek worden geïmplementeerd in de praktijk: zorg van bewezen waarde wordt verleend en zorg waarvan is vastgesteld dat er geen toegevoegde waarde is stroomt het pakket niet in of stroomt uit na evaluatie. Dit moet worden gehandhaafd: behandelingen die niet effectief zijn worden niet vergoed en niet verklaarbare en niet wenselijke praktijkvariatie wordt tegengegaan. Onderstaande figuur geeft deze stappen schematisch weer.



4.2.1 *Inzicht in instroom en in (kosten)effectiviteit van nieuwe en bestaande zorg*

Om te voorkomen dat zorg zonder meerwaarde het pakket instroom zal meer zicht moeten komen op welke innovaties eraan komen. Daarnaast is onderzoek nodig om de (kosten)effectiviteit van zowel innovaties als bestaande zorg in kaart te brengen.

Het is van belang dat de (kosten)effectiviteit van nieuwe en bestaande zorg in het pakket op grotere schaal wordt onderzocht. Omdat van het grootste deel van de zorg nog niet bekend is of deze (kosten)effectief is, is het van belang dat de zorgsector op grotere schaal gaat onderzoeken welke behandelingen, geneesmiddelen en technologie wel of niet van nut zijn voor de patiënt (=effectiviteit) en tegen welke kosten (=kosteneffectiviteit). Dit vergt een structurele investering van jaarlijks 90 miljoen euro. Doel van grootschalige evaluatie is het leveren van een bijdrage aan de kwaliteit van zorg en het voorkomen van onnodige zorguitgaven. Zorg en onderzoek kunnen samen gebracht worden, bijvoorbeeld door herstructurering van onderzoeksmiddelen. Het Zorginstituut kan de regie krijgen over het proces om, in samenspraak met het veld,

te bepalen welk onderzoek noodzakelijk is voor effectief beheer van het basispakket. Een verdergaande optie is om aanvullend een onderzoekplicht als criterium voor pakkettoelating te introduceren: nieuwe zorg waarvan de meerwaarde nog niet is aangetoond kan alleen vergoed worden indien onderzoek naar de meerwaarde van deze zorg loopt. (Fiche 4)

Een horizonscan of meldplicht voor alle nieuwe zorg bij het Zorginstituut.

Bij introductie van geneesmiddelen is in de regel zicht op wat er de komende jaren aan nieuwe ontwikkelingen aankomt, inclusief onderbouwing. Voor medische behandeling en technologie geldt dit veel minder en is het ontwikkelproces van product naar pakkettoelating minder eenduidig. Het is van belang dat in een vroeger stadium een beeld ontstaat welke innovaties op het pakket afkomen en wat van deze innovaties de verwachte meerwaarde en risico's voor kosten en kwaliteit zijn. Het Zorginstituut kan, net zoals bij geneesmiddelen het geval is, expliciet mandaat, middelen en capaciteit krijgen om toekomstige innovaties in kaart te brengen. Een verdergaand alternatief is dat alle nieuwe medische behandelingen en technologieën door zorgaanbieders en leveranciers verplicht moeten worden aangemeld bij het Zorginstituut. (Fiche 5)

4.2.2

Pakkettoelating: toetsing van (kosten)effectiviteit en implementatie richtlijnen

Het inzicht in de (kosten)effectiviteit van nieuwe zorg door onderzoek dat is beschreven in fase 1 maakt het mogelijk om expliciet te toetsen op pakketinstroom. Het is immers niet de bedoeling dat de patiënt zorg ontvangt die niet (kosten)effectief is.

Het versterken van de (risicogerichte) toetsing van nieuwe en bestaande zorg op (kosten)effectiviteit door het Zorginstituut.

Er zijn verschillende gradaties mogelijk voor versterking van de pakkettoets: er kan voor worden gekozen om zorg in het basispakket op grotere schaal risicogericht te gaan toetsen (door het aantal pakketuitspraken te verbreden), bijvoorbeeld op interventies met kwaliteitsrisico's en met een hoger macro-budgettair beslag. Ook kan ervoor worden gekozen om – via een ingroeimodel – toe te werken naar een volledige pakkettoets bij alle nieuwe zorg. Er kan worden getoetst op effectiviteit, noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid of kosteneffectiviteit. Hier zijn verschillende maten van striktheid mogelijk, variërend van kosteneffectiviteit als indicatief criterium tot wettelijke verankering van een harde norm voor kosten per QALY.⁵⁰ Door middel van toetsing wordt duidelijk wat wel en niet tot verzekerde zorg behoort en collectief wordt vergoed. Op basis van deze toetsing worden richtlijnen aangepast, zodat de patiënt enkel zorg met bewezen meerwaarde ontvangt. Zorgverzekeraars kopen zorg die geen meerwaarde heeft voor de patiënt niet in, waardoor bewezen niet-effectieve zorg niet wordt vergoed. Tevens kan ervoor worden gekozen het Zorginstituut de nieuwe en bestaande richtlijnen en kwaliteitsstandaarden te laten toetsen. Deze worden nu in de praktijk vooral door het veld opgesteld. (Fiche 6)

De toets op (kosten)effectiviteit kan ook de basis vormen voor een sluisprocedure voor nieuwe medische technologie. De minister van VWS kan dan prijsonderhandelingen aangaan met leveranciers. Illustratief is dat er aan intramurale technologie jaarlijks meer wordt uitgegeven dan aan dure geneesmiddelen. De hoge uitgaven zouden het instellen van een sluis kunnen legitimeren. In aanvulling op kosteffectiviteit zou ook het macro-budgettair beslag

een doorslaggevend criterium kunnen zijn, omdat voor veel behandelingen geldt dat de prijs laag is, maar het volume hoog. (Fiche 5)

Het bevorderen van snelle actualisatie, implementatie en naleving van richtlijnen en protocollen. Zodra vragen over (kosten)effectiviteit van nieuwe of bestaande zorg zijn beantwoord, is de volgende stap dat deze nieuwe kennis via richtlijnen naar de praktijk wordt vertaald. Richtlijnen zijn vaak verouderd en worden beperkt nageleefd. Bevordering en versnelling van richtlijnactualisatie en implementatie kan worden bereikt door een gecombineerde aanpak van meer stimulering en handhaving door het Zorginstituut en ZonMw of via hoofdlijnakoorden. (Fiche 6)

4.2.3 *Versterking van de sturing op en handhaving van gepast gebruik van zorg*

Ongeacht de mate waarin het pakket via toetsing verder wordt begrensd, is sturing en handhaving op gepast gebruik noodzakelijk. Dit heeft betrekking op het voorkomen dat behandelingen die niet worden vergoed toch worden uitgevoerd, het verbeteren van de uitstroom van verouderde en niet-(kosten)effectieve zorg en het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie en indicatieverruiming.

Instrumenten voor versterken sturing op en handhaving van gepast gebruik van zorg in het basispakket. In het Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik werken overheid, aanbieders en verzekeraars samen om tot een beter instrumentarium voor de sturing op gepast gebruik van zorg in het basispakket te komen. Bij de afdwingbaarheid kunnen echter vraagtekens worden gesteld en het is twijfelachtig of dit volledige waarborgen biedt tegen ongepast gebruik van zorg. Een beleidsoptie is om het Zorginstituut, in samenwerking met verzekeraars en de NZa, aan de hand van redelijke behandelvolumes bij bepaalde indicaties de zorg te benchmarken op praktijkvariatie, met inachtneming van populatiekenmerken. Deze informatie kan ook worden gepubliceerd, om transparant te maken waar sprake is van over- en onderbehandeling. Verzekeraars kunnen hierdoor beter inkopen op effectieve zorg. Behandelingen boven de gestelde volumebenchmark bij de betreffende aanbieders worden in dat geval niet ingekocht door de verzekeraar. De NZa ziet hierop toe voor verzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg handhaaft dit voor aanbieders. (Fiche 7)

4.3 **Doelmatige curatieve zorg** **Er kunnen grofweg twee categorieën van beleidsrichtingen worden onderscheiden voor het versterken van doelmatige zorgverlening in de curatieve zorg:**

1. Versterken prikkels en instrumenten van de verzekeraars
2. Versterken regulering en toezicht: meer publieke sturing op doelmatige zorg

4.3.1 *Versterking prikkels en instrumenten van verzekeraars*

Een belangrijk knelpunt voor doelmatige organisatie van curatieve zorg binnen het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking is aanmerkelijke marktmacht bij aanbieders. Er kunnen drie richtingen met beleidsopties worden onderscheiden die het risico dat marktmacht bij aanbieders leidt tot een ondoelmatige zorguitkomst beperken. Ten eerste kan doelmatigheid worden versterkt door concurrentie tussen aanbieders te bevorderen, bijvoorbeeld door mededingingsinstrumenten te versterken en of toe- en uittredingsdrempels te verlagen. Ten tweede kunnen verzekeraars meer in stelling worden gebracht om

aanbieders via gerichte inkoop tot doelmatige zorgverlening te bewegen. Een derde beleidsrichting om doelmatigheid te versterken binnen het stelsel van gereguleerde marktwerking is om de prikkels bij verzekeraars te versterken.

Adresseren marktmacht

Bevorderen concurrentie aanbieders

Om het markttoezicht te versterken kan het aanmerkelijke marktmachtinstrument worden versterkt, door de bewijslast te verlagen en door in de wet te expliciteren voor welke casuïstiek het instrument van aanmerkelijke marktmacht kan worden ingezet. Onwenselijke marktmacht kan worden tegengegaan door mededinging(instrumenten) te versterken. Markttoezicht is momenteel gefragmenteerd belegd bij de NZa en de ACM. De NZa houdt zorginhoudelijk toezicht. Zij stelt bijvoorbeeld voor een aantal behandelingen maximumtarieven vast, ziet toe erop toe dat verzekeraars zich aan hun zorgplicht houden, en is belast met een zorginhoudelijke fusietoets en het toezicht op aanmerkelijke marktmacht. De ACM houdt toezicht op de mededinging in de zorg. De ACM ziet onder meer toe op eerlijke concurrentie, door te fungeren als waakhond op tegen kartelvorming en prijsafspraken, en is belast met een mededingingsrechtelijke fusietoets. De ACM kan optreden tegen zorgaanbieders die misbruik maken van een economische machtpositie. In 2016 is een wetsvoorstel ingediend om deze zorgspecifieke toezichttaken over te hevelen naar de ACM. De NZa kan aanbieders die door gebruik van hun marktmacht een gezonde marktontwikkeling in de weg staan een contracteerplicht opleggen (instrument van aanmerkelijke marktmacht, AMM). Dit instrument kan worden ingezet tegen aanbieders die door hun marktmacht een gezonde marktontwikkeling in de weg staan. Het huidige AMM-instrumentarium kent verschillende beperkingen en is daardoor te weinig slagvaardig, te arbeidsintensief en te complex om voortvarend te kunnen optreden bij een disbalans in de zorgmarkten. Zo is het AMM-instrument de afgelopen jaren, ondanks de toegenomen concentratie, slechts twee keer toegepast.

Het verlagen van de bewijslast voor de inzet van het AMM-instrument stelt de NZa in staat om sneller en vaker op te treden en op die manier de marktwerking beter te waarborgen. (Fiche 14) In aanvulling daarop zou ook het toepassingsgebied en het instrumentarium verder uitgebreid kunnen worden. Dit zou de toezichthouder in staat stellen om een actievere rol te vervullen bij het oplossen van complexe marktknelpunten en bijvoorbeeld ook op te treden bij aanbieders die door het onthouden van hun medewerking een doelmatige implementatie van afspraken frustreren, waarover sectorbreed instemming bestaat. (Fiche 15)

Een raamwerk of afwikkelingsmechanisme voor ordelijke markttuitreding van aanbieders kan de dynamiek op de aanbiedersmarkt vergroten.

Drempels voor ordelijke markttuitreding vergroten de marktmacht van een aanbieder, zeker in de wetenschap dat (terecht) wettelijk is verankerd dat verzekeraars een zorgplicht hebben. Een raamwerk voor ordelijke markttuitreding, op basis van een waarschuwingssysteem, inclusief afspraken over herallocatie van cruciale zorgtaken kan de dynamiek op de aanbiedersmarkt faciliteren. De NZa kan aanbieders die in financiële problemen dreigen te raken verplichten een plan op te stellen met het overhevelen van cruciale zorgtaken, om de continuïteit van zorg voor patiënten te garanderen. (Memo 3)

Versterken instrument verzekeraar

Een oplossingsrichting om zorgverzekeraars beter in staat te stellen om via selectieve inkoop de doelmatigheid van de zorg te vergroten is om het hinderpaalcriterium aan te passen. Dit hinderpaalcriterium, zoals vastgelegd in artikel 13 van de zorgverzekeringswet, verplicht artsen om 75% te vergoeden van zorg die wordt geleverd door ongecontracteerde aanbieders. Verzekeraars zijn derhalve verplicht om ook zorg te vergoeden waarvan zij vraagtekens zetten bij de kwaliteit en doelmatigheid. Aanpassing van het hinderpaalcriterium vergroot de onderhandelingsmacht van verzekeraars doordat het instrument van selectieve inkoop wordt versterkt. Er zijn verschillende varianten denkbaar. Zo kan het recht op vergoeding van ongecontracteerde zorg voor de gehele zorgsector worden teruggebracht of afgeschaft of enkel voor bepaalde deelsectoren. Bij de vormgeving moet worden voorkomen dat additionele toetredingsdrempels ontstaan, omdat nieuwe aanbieders de eerste jaren geen zicht hebben op contractering door verzekeraars. Het is namelijk niet de bedoeling dat via deze weg marktmacht van aanbieders tegelijkertijd wordt vergroot. Een voorstel om het hinderpaalcriterium is eerder gestrand in de Eerste Kamer, omdat de "vrije artsenkeuze" voor restitutiepolishouders hiermee in het geding zou zijn. (Fiche 13)

Prikkels bij verzekeraar

De mogelijkheden en prikkels voor verzekeraars om samen te werken kunnen worden vergroot. Samenwerking in de inkoop maakt het mogelijk voor verzekeraars om complexe zorg te contracteren, met veel zorgaanbieders en coördinatieproblemen, en afspraken te maken over investeringen in bijvoorbeeld betere kwaliteit, integrale zorgnetwerken en infrastructurele voorzieningen. De mededingingswet en de Zvw bieden beperkt ruimte voor samenwerking, wanneer aangetoond kan worden dat patiënten en verzekerden hier baat bij hebben en het de kwaliteit ten goede komt. Een oplossingsrichting is om verdergaande samenwerking in de inkoop mogelijk maken door in de Zvw uitzonderingen te maken voor specifieke onderdelen en specifieke aspecten van de van de organisatie van de zorg (zie beleids optie vergroten mogelijkheden tot afstemming inkoopbeleid zorgverzekeraars). (Fiche 16) Daarnaast kan de zorgplicht van zorgverzekeraars voor een goede samenhang en doelmatige inrichting van de zorg worden versterkt. Dit biedt verzekeraars een inspanningsverplichting en een publiek mandaat om in onderlinge samenwerking maatregelen te nemen waarvoor verzekeraars individueel grote afbreukrisico's zouden lopen. De NZa kan hierop toezien. Langs dezelfde lijn kan de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor de continuïteit van de zorgverlening en een goede informatie-uitwisseling met andere zorgaanbieders verankerd worden in de wet. Dit stelt de toezichthouder in staat om in te grijpen wanneer zorgaanbieders onvoldoende doen om risico's voor de continuïteit van zorg weg te nemen. (Fiche 20)

De overheid zou de doelmatigheidsprikkels bij zorgverzekeraars kunnen versterken door de verevening verder te verbeteren. Zorgverzekeraars zijn gebonden aan een verbod op premiedifferentiatie: iedere verzekerde betaalt dezelfde premie, onafhankelijk van zijn of haar gezondheid. Om een perverse prikkel weg te nemen voor verzekeraars om alleen gezonde mensen te contracteren, vindt er risicoverevening tussen verzekeraars via het Zorgfonds plaats. Uit onderzoek blijkt dat het vereveningsmodel nog leidt tot een onvoldoende compensatie van verzekeraars voor het verlies dat zij maken op chronisch zieken.⁵¹ Het is niet de bedoeling dat verzekeraars sturen op risicoselectie in plaats van doelmatigheid bij inkopers. Dit leidt tot een neerwaartse druk op de kwaliteit van zorg voor chronisch

⁵¹ Van de Ven, W. (2019), *Compenseer zorgverzekeraar beter voor verlies op chronisch zieken*

zieken. Verdere verbetering van het vereveningsmodel biedt betere waarborgen voor speelveld.

4.3.2 *Versterken regulering en toezicht: meer publieke sturing op een doelmatige zorg*

Door de handelingsruimte van zorgaanbieders in te perken kan voorkomen worden dat de verkeerde zorg op de verkeerde plek geleverd wordt. De overheid kan sturen op het verplaatsen van zorg, door voor de verrichtingen waarvoor duidelijk is dat deze doelmatiger op een andere plek geleverd kunnen, normerend op te treden en de handelingsruimte voor zorgaanbieders inperken. Hier zijn verschillende varianten mogelijk. Een optie is dat het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht inzet om ervoor te zorgen dat in de kwaliteitsrichtlijnen normen ten aanzien van de allocatie van zorg en integrale kwaliteit worden opgenomen. Een voorbeeld is dat een richtlijn expliciet stelt door welk type behandelaar een behandeling moet worden uitgevoerd. De NZa kan erop toezien dat zorgverzekeraars invulling geven aan deze richtlijnen in de zorginkoop. De IGJ waarborgt dat zorgaanbieders deze richtlijnen toepassen in de doorverwijzing en overdracht. Een andere optie is dat de NZa voor DBC-zorgproducten waarvoor geldt dat alle of een deel van de verrichtingen doelmatiger in de eerste lijn of als zorg thuis geleverd kunnen, normerende elementen opnemen in de beleidsregels. Op deze manier kunnen kan de NZa erop sturen dat bijvoorbeeld alleen aanbieders van eerstelijnszorg of zorg thuis deze zorg mogen declareren. Ook kan een zorgprestatie gesplitst worden in een deel dat alleen door eerstelijnszorgaanbieders, of aanbieders van zorg thuis aangeboden kan worden en een deel dat ook in de tweede lijn aangeboden mag worden, onder voorwaarde dat er samenwerkingsafspraken zijn met de eerste lijn over doelmatige allocatie van zorg. (Fiche 17)

Wanneer inzichtelijk gemaakt kan worden dat zorgverzekeraars een te hoge prijs betalen voor bepaalde zorg, kan de overheid tariefregulering toepassen om een verantwoord prijsniveau te handhaven. De NZa kan voor specifieke 'prestaties (DBC's of andere bekostigingsvormen; zie later in dit hoofdstuk) een maximumtarief instellen op het niveau van de meest doelmatige leveringsvorm. De NZa doet dit op dit moment voor ongeveer 30% van de uitgaven in de curatieve zorg. Een goed inzicht in de daadwerkelijke kosten is hiervoor randvoorwaardelijk. De NZa kan dit inzicht verkrijgen op basis van kostenonderzoek. Belangrijke nadelen van tariefregulering zijn dat het tarief vastgesteld moet worden op een niveau dat voor alle regio's kostendekkend is en dat geen rekening gehouden kan worden met verschillen tussen regio's en tussen aanbieders. Daarnaast wordt met tariefregulering voor goed presterende zorgaanbieders een prikkel weggenomen om doelmatiger te gaan werken. Dit kan deels opgevangen worden door de tarieven te reguleren op basis van benchmarking. Dit vergt een nog beter inzicht de kosten van de betreffende zorg. (Fiche 18)

Door als overheid meer te sturen op een goede aansluiting tussen vraag en aanbod van dure specialistische zorgvoorzieningen zoals protonenbunkers en dure zorgrobots, kan mogelijk een meer doelmatige spreiding gerealiseerd worden. Capaciteitsplanning kan onderdeel zijn van een aanpak waarin de overheid stuurt op een goede aansluiting en samenwerking tussen verschillende zorgonderdelen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een bredere en meer gestructureerde inzet van de al bestaande vergunningsplicht op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen, om daarmee te sturen op een meer beheerste introductie van dure innovatieve zorgvoorzieningen. Het vastleggen

van een bepaalde inrichting kan ook leiden tot een afname van de concurrentie en op de langere termijn tot hogere prijzen.

Door loondienst voor medisch specialisten aantrekkelijker te maken of te verplichten wordt de gelijkgerichtheid binnen ziekenhuizen vergroot en wordt voorkomen dat volumeprikkels doorwerken in de behandelkamer. De overheid kan onderaannemerschap door medisch specialistische bedrijven verbieden of aan voorwaarden verbinden. Deze maatregel gaat gepaard met hoge transitiekosten, doordat de overheid vrijgevestigde artsen geheel of gedeeltelijk moet compenseren voor verlies van de opgebouwde goodwill. Alternatief kan vrije vestiging van artsen geleidelijk uitgefaseerd worden, door nieuwe artsen te stimuleren of te verplichten om in loondienst te treden. Het vergroten van het aandeel artsen in loondienst kan leiden tot een afname van ongepaste zorg, voor zover verzekeraars erin slagen de productieprikkels voor ziekenhuizen weg te nemen. Daarnaast neemt hierdoor de bestuurbaarheid en het vermogen om integrale zorgpaden te realiseren binnen ziekenhuizen toe. (Fiche 19)

Door aanpassingen in de bekostiging kan de overheid direct ingrijpen in de prikkels voor aanbieders. Veranderingen in de bekostiging gaan gepaard met sterke gedragseffecten voor zowel verzekeraars als aanbieders. De effectiviteit van sturing via de bekostiging is afhankelijk van de mate waarin de marktautoriteit deze gedragseffecten goed kan richten. Sturing op de doelmatigheid via de bekostiging kan de handelingsruimte voor verzekeraars om via de inkoop de meest doelmatige financieringsvorm te hanteren beperken. Er zijn verschillende opties mogelijk. Ieder bekostigingsmodel heeft voor- en nadelen en pakt voor het ene type zorg beter uit dan voor het andere. Onderstaand worden een aantal opties genoemd, waarvan de voor- en nadelen in het achterliggende memo 4 nader worden toegelicht.

- Afschaffen van de DBC's en bekostiging inrichten op basis van verrichtingen. Dit komt ten goede aan de transparantie van producten en prijzen. Daarmee blijft de productieprikkel bestaan en is het aan verzekeraars om via de contractering de juiste prikkels te geven voor doelmatigheid.
- Afschaffen van DBC's en bekostiging inrichten op basis van uitkomsten (gedefinieerd via uitkomstindicatoren door de Nza). De uitvoerbaarheid hiervan is afhankelijk van de ontwikkeling van voldoende fijnmazige uitkomstindicatoren. Dit is in de praktijk notoir ingewikkeld.
- Introduceren van bundels van samenhangende DBC's, waarin de inzet van verschillende zorgaanbieders (bijvoorbeeld rondom een diabetespatiënt) als één pakket kan wordt gedeclareerd. Dit biedt prikkels voor betere samenwerking en doelmatige afwegingen binnen afgebakende zorgketens. Dit kan echter wel leiden tot een vermindering van de concurrentie.
- Populatie gebaseerde bekostiging, waarbij alle zorg voor een afgebakende populatie (bijvoorbeeld in een wijk of een regio) wordt bekostigd als één pakket. Dit biedt prikkels voor integrale kwaliteit, een hogere allocatieve doelmatigheid en preventie. Risico is dat zorgaanbieders beknibbelen op de kwaliteit.
- Bekostiging per zorgsoort, waarbij iedere zorgsoort passend wordt bekostigd:
 - a. SEH-zorg wordt ingekocht op basis van beschikbare capaciteit.
 - b. Planbare zorg kan worden bekostigd per verrichting.
 - c. Voor chronische zorg en GGZ kan populatiebekostiging gelden.

4.4

Doelmatige langdurige zorg

De huidige organisatie van de langdurige zorg stimuleert onvoldoende tot doelmatige zorginkoop en –levering. De verdeling van middelen over zorgregio's vindt plaats op basis van historisch zorgaanbod. Dit kan in relatief ruim bedeelde

regio's ertoe leiden dat de zorgvraag op een andere manier wordt ingevuld dan de regio's waar de contracteerruimte krappert en tot ondoelmatige inkoop. Zorginkopers (zorgkantoren) hebben geen prikkels om doelmatig in te kopen en missen instrumenten om kosteneffectiviteit van aanbieders af te dwingen. Ook zien zorginkopers het betrekken van kosteneffectiviteit in hun inkoop nog onvoldoende als hun rol. Zorgaanbieders worden door hun marktmacht en het ontbreken van selectieve inkoop niet geprikkeld om te concurreren op basis van kwaliteit en doelmatigheid. De indicatie van langdurige zorg via zorgzwaartepakketten biedt beperkt ruimte om rekening te houden met individuele omstandigheden of om maatwerk te bieden.

Er zijn verschillende beleidsrichtingen voor een meer doelmatige organisatie van de langdurige zorg. Een meer doelmatige organisatie van de langdurige zorg vereist een beleidskeuze ten aanzien van de partij die stuurt op doelmatige zorgverlening.

- Versterken prikkels en instrumenten van de zorginkoper: waardoor deze via de inkoop op doelmatigheid gaat sturen.
- Versterken samenwerking en regulering: publieke sturing op een doelmatig zorgaanbod.

Binnen deze beleidsrichtingen zijn meer en minder vergaande beleidsopties mogelijk.

4.4.1 *Versterken prikkels en instrumenten van de zorginkoper*

Zorginkopers worden geprikkeld om beter in te kopen op kwaliteit en doelmatigheid. Op dit moment ontbreekt een dergelijke prikkel bij de zorginkoop in de langdurige zorg. Ook het overhevelen van de inkoop van delen van de langdurige zorg naar de Zorgverzekeringswet of Wet Maatschappelijke Ondersteuning kan bijdragen aan meer doelmatigheid, doordat de zorginkoper in deze domeinen een sterkere prikkel heeft om doelmatig in te kopen.

Het stimuleren van actieve zorginkoop door de middelen over de regio's te verdelen op basis van een objectief verdeelmodel. De regionale contracteerruimte wordt niet langer op basis van historisch zorgaanbod verdeeld, maar op basis van objectieve criteria. Dit waarborgt dat de toegang tot langdurige zorg in alle zorgregio's gelijk is.

Zorgkantoren worden gestimuleerd om vraag en aanbod scherper op elkaar af te stemmen en regionale variatie tegen te gaan. Na invoering van het objectief verdeelmodel wordt herverdeling tussen zorgkantoren beperkt, om zorgkantoren te prikkelen om doelmatiger in te kopen. Zorgkantoren krijgen een korting op het macrobudget die is gebaseerd op de afwijking tussen de huidige en de door het nieuwe model toegestane uitgaven van bijvoorbeeld de op 25% en 50% slechtst presterende regio's. (Fiche 21)

Integraal uitvoeren van de ouderenzorg in één domein; dit versterkt de doelmatigheid en samenhang. Door de ouderenzorg over te hevelen naar de Zvw kunnen zorginkopers doelmatigheid en samenhang van zorg versterken. Er zijn drie subvarianten. Ten eerste is het mogelijk om algemene medische behandeling (waaronder medische generalistische zorg, farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg) te leveren vanuit de Zvw voor alle Wlz-instellingen (Fiche 22). Bij circa de helft van de instellingen wordt deze zorg momenteel vanuit de Wlz-geleverd. Deze beleids optie versterkt de rechtsgelijkheid en leidt tot meer doelmatigheid. Ten

tweede is het mogelijk om alle extramurale ouderenzorg van de Wlz naar de Zvw over te hevelen, zodat de extramurale zorg in samenhang met de wijkverpleging georganiseerd kan worden. De Wlz kan worden vereenvoudigd tot een intramurale instellingswet. Ten slotte is het mogelijk om alle ouderenzorg naar de Zvw over te hevelen, zodat er binnen de ouderenzorg geen financieringsschotten meer zijn. Zorgverzekeraars gaan deze zorg risicodragend inkopen. De risicoverevening wordt hierop aangepast. (Fiche 23)

Het stimuleren van arbeidsbesparende innovaties door aanpassing van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Het benutten van arbeidsbesparende innovaties in de langdurige zorg kan de betaalbaarheid van de langdurige zorg vergroten en het draagt bij aan het opvangen van de verwachte krapte op de arbeidsmarkt. Een optie is om het veld te verzoeken om het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg hierop aan te passen. Het is dan bijvoorbeeld mogelijk om kwaliteit te definiëren op basis van uitkomstindicatoren of om de personeelsnorm te verlagen. Dit biedt ruimte voor het benutten van kwaliteitsmiddelen voor arbeidsbesparende innovaties. Ook is het van belang in het stelsel de doelmatigheidsprikkel voor aanbieders en inkopers te versterken zodat zij een prikkel hebben om te investeren in innovatie (Fiche 24).

Stimuleren toetreding nieuwe aanbieders intramurale zorg. Zorgaanbieders in de langdurige zorg hebben regionaal relatief sterke posities en door de schaarste op de arbeidsmarkt wordt door zorgkantoren in de regel alle mogelijke capaciteit gecontracteerd. Om enerzijds zorgaanbieders te prikkelen om sterker op doelmatigheid met elkaar te concurreren en om anderzijds te stimuleren dat meer vernieuwende zorgaanbieders (meer aanbod van kleinschalige woonzorgvormen, meer inzet van digitale zorg) op de markt komen, is het mogelijk om toetreding van nieuwe aanbieders te stimuleren. Dit kan gestimuleerd worden door investeerders toe te staan rendement te maken op hun investering, waardoor zorgaanbieders meer financiële prikkels hebben om te investeren in innovatie en doelmatige instellingen (Fiche 25).

4.4.2 *Versterken samenwerking en regulering*

Om te zorgen voor een meer doelmatig aanbod van langdurige zorg gaat de overheid actiever sturen op een doelmatige organisatie van het aanbod van langdurige zorg via tariefstelling en regulering. De mogelijkheden voor maatwerk worden vergroot door (gedeeltelijke) overheveling van de ouderenzorg naar gemeenten, of door aanpassing van de indicatiestelling.

Individuele tariefstelling van zorgaanbieders door de NZa op basis van de best presterende instellingen. De NZa stelt niet langer één landelijk maximumtarief vast, maar bepaalt op basis van een integrale vergelijking van instellingen per instelling een individueel (bandbreedte)tarief. Dit tarief is gebaseerd op een vergelijking van een instelling met de best presterende *peers*. Daarbij wordt gecorrigeerd voor kostenverschillen die voortvloeien uit niet-beïnvloedbare factoren. Op deze wijze worden aanbieders geprikkeld om kwalitatieve zorg te leveren tegen de laagste kosten. De NZa werkt voor de verpleeghuiszorg reeds een integrale vergelijk uit, waarbij het de bedoeling is dat deze vanaf 2022 geleidelijk gaat inwerken op de tarieven. Deze beleids optie beoogt deze systematiek ook toe te passen op de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz (Fiche 26).

Meer maatwerk door (gedeeltelijke) overheveling van langdurige zorg naar gemeentes. Het uitgangspunt bij deze optie is dat gekeken wordt naar de daadwerkelijke behoefte aan zorg. De zorg wordt niet meer verleend vanuit de Wlz voor een gedeelte van de cliënten in de VV-sector, maar zij ontvangen voortaan zorg op maat vanuit de Zvw en Wmo. Dit geldt voor cliënten met een behoefte aan beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging (VV04) en mensen met een verstandelijke handicap met een behoefte aan wonen met begeleiding en enige verzorging (VG3). De Wlz blijft openstaan voor zwaardere doelgroepen (Fiche 27).

Een verdergaande mogelijkheid is om de aanspraak op ouderenzorg binnen de Wlz te laten vervallen en integraal over te hevelen naar de Wmo. Gemeenten gaan de ouderenzorg risicodragend uitvoeren. Zo kunnen gemeenten lokaal een geïntegreerd, domeinoverstijgend ouderenbeleid voeren. Zij worden het centrale aanspreekpunt voor de zorg en ondersteuning van zowel thuis- als in een instelling wonende ouderen (Fiche 23).

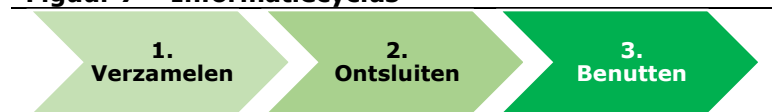
Meer maatwerk bij indicatiestelling langdurige zorg. Ook binnen de bestaande structuur van de Wlz, is het mogelijk om bij de levering van zorg meer uit te gaan van de daadwerkelijke behoefte. Dit is een alternatief op overheveling van de langdurige zorg naar gemeentes. Het is mogelijk om bij de indicatiestelling van de Wlz-zorg, net als bij de Wmo, rekening te houden met de sociale context en mantelzorg. Dit heeft voor de mogelijke mantelzorgers een vrijwillig karakter. De cliënt krijgt dan de keuze tussen een integraal pakket of zorg op maat en kan hierin vrijwillig een keuze maken. Een verdergaande variant is het omzetten van het verzekerde recht op zorg binnen de Wlz in een voorziening waarbij de cliënt zorg op maat krijgt en rekening wordt gehouden met het sociale netwerk en mantelzorg. Zorgvormen die vanuit het sociaal netwerk kunnen worden geleverd zoals dagbesteding, persoonlijke begeleiding en huishoudelijke hulp worden dan, als die mantelzorg beschikbaar is, niet vanuit de Wlz geleverd (Fiche 28).

4.5

Randvoorwaarden: informatie en toezicht

Ongeacht de beleidskeuzes voor de vormgeving van het zorgstelsel is een aantal randvoorwaarden cruciaal voor goede zorg. Aan deze randvoorwaarden wordt momenteel niet geheel voldaan. Zo is er weinig informatie over de kwaliteit en uitkomsten van zorg. Beperkte informatie-uitwisseling leidt tot coördinatieproblemen tussen zorgaanbieders. Bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren is het van belang vast te stellen welke registraties niet noodzakelijk zijn, en tot hoge administratieve lasten leiden. Zo is het mogelijk om afspraken te maken over het gelijktijdig verminderen van de administratieve lastendruk, en het vergroten van beschikbare relevante informatie. Beleidsopties kunnen op verschillende punten aangrijpen om de knelpunten die het gevolg zijn van deze informatieasymmetrie te verhelpen: (1) het genereren en verzamelen van uitkomstinformatie, (2) het ontsluiten van de gewenste kwaliteits- en uitkomstinformatie en (3) het benutten van kwaliteitsinformatie door de stelselpartijen.

Figuur 7 – Informatiecyclus



De transparantie van kwaliteit kan worden vergroot door breed gedragen kwaliteitsindicatoren op te stellen, gericht op de zorguitkomst. Het belang

van betere toegang tot uitkomstinformatie ligt op meerdere vlakken. Uitkomstinformatie kan worden gebruikt door zorgverleners om voortdurend te leren van de eigen resultaten, om kennis toe te passen, om het gesprek tussen patiënt en zorgverlener te kunnen voeren om te komen tot de beste behandelkeuze voor die individuele patiënt en om de zorg te kunnen organiseren en belonen op basis van de beschikbare uitkomstinformatie. Toegang tot informatie moet op orde zijn om maatwerk te kunnen leveren aan patiënten. De inzet van het *Programma Uitkomstgerichte Zorg* ten aanzien van de verzameling en beschikbaarstelling van uitkomstinformatie kan hiertoe worden verbreed binnen en buiten de tweede lijn en naar de langdurige zorg. Door op deze manier meer publiek inzicht beschikbaar te stellen in kwaliteitsinformatie en zorguitkomsten, bijvoorbeeld via een landelijke zorgatlas, kunnen patiënten de kwaliteit van aanbieders vergelijken en betere behandelkeuzes maken en kunnen zorginkopers de beste zorgaanbieders kiezen voor hun polissen. Dit stimuleert zorgaanbieders om meer patiënten aan te trekken door betere zorg te leveren. Daarnaast is het wenselijk meer te weten van de uitkomsten van die zorgdomeinen waarvoor de gemeenten verantwoordelijk zijn, zoals de jeugdzorg. Dit stelt gemeenten maar ook de rijksoverheid in staat om beter inzicht te krijgen in ontwikkelingen en knelpunten. (Fiche 1)

Betere informatiedeling tussen zorgverleners en betere informatie voor patiënten. Zorgverleners zijn veel tijd met het verkrijgen van de juiste informatie om de juiste zorg te leveren. Dat komt deels door juridische voorwaarden en deels door technische beperkingen. De maatregel is tweeledig. Enerzijds wordt een landelijke verplichting doorgevoerd voor zorgaanbieders een landelijke ICT-infrastructuur voor gegevensuitwisseling toe te passen. Het maken van afspraken over standaardisatie, eenheid van taal en dergelijke zijn nodig om gegevens betekenisvol te kunnen uitwisselen. Anderzijds behelst deze maatregel het ontsluiten van alle beschikbare gezondheidsinformatie via Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO's). Zo krijgen patiënten de mogelijkheid om meer inzicht te krijgen in hun gegevens. Daarnaast zal de kwaliteit van zorg voor deze patiënten groter zijn, omdat zorgverleners over de noodzakelijke informatie over hun medische achtergrond beschikken om adequate zorg te verlenen. Verbeterde beschikbaarheid van medische gegevens leidt tot betere kwaliteit van zorg (bijv. in kritieke hulpverleningssituaties), stelt de patiënt beter in staat om juiste behandelkeuzes te maken en verschaft de patiënt goed inzicht in gezondheidsuitkomsten. Deze maatregel draagt daarom bij aan het terugdringen van vermijdbare gezondheidsschade en sterfte. (Fiche 2) Deze maatregel kan versterkt worden met aanvullende gedragsinterventies bijvoorbeeld gericht op therapietrouw en het keuzegedrag van zorgaanbieders (bijlage 6).

Het toezicht op de zorg kan worden versterkt. Het huidige toezicht op doelmatigheid van de zorg(markt) is belegd bij onder meer het Zorginstituut, de NZa, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Bij de uitvoering van bepaalde taken zijn toezichthouders van elkaar afhankelijk. Doordat iedere toezichthouder een eigen samenspel met het veld heeft kan dit leiden tot complexiteit en vermindering van de effectiviteit van toezicht. Gedeelde verantwoordelijkheid leidt niet altijd tot de beste uitkomst. Het versterken van het toezicht nodig is. Verschillende beleidsopties uit het BMH-rapport vergen een grotere rol en of meer capaciteit bij de toezichthouders. Dit kan tevens een kans bieden om het toezicht te herijken. Er kan onderzoek worden gedaan naar de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende toezichthouders in de zorg. Het versterken van toezichttaken kan de slagkracht van toezichthouders vergroten en kennisdeling bevorderen. (Memo 1)

4.6 Definitie van collectieve zorg

De inhoudelijke reikwijdte van het collectieve zorgdomein kan op een andere manier worden gedefinieerd. Allereerst heeft het Rijk in de huidige vormgeving van het stelsel beperkt grip op de macrobeheersing van de zorg. Ten tweede dekt de huidige collectieve zorgverzekering niet alleen zorguitgaven die noodzakelijk zijn om collectief te verzekeren, maar ook voorzienbare uitgaven die niet direct aan zorg gerelateerd zijn. Tot slot wordt (onnodige) zorgvraag in het huidige stelsel maar beperkt geremd door de in internationaal perspectief relatief lage eigen betalingen.

Er zijn verschillende beleidsrichtingen voor een politieke afweging over de definitie en reikwijdte van collectieve zorg. De politiek kan in aanvulling op de eerder geschetste beleidsopties ten aanzien van het pakketbeheer, alternatieve keuzes maken ten aanzien van de reikwijdte van collectief gefinancierde zorg:

1. Versterken macrobeheersbaarheid zorg
2. Aanpassen reikwijdte collectief gefinancierde zorg.
3. Vergroten kostenbewustzijn door aanpassen eigen betalingen.

4.6.1 *Versterken macrobeheersbaarheid zorg*

De Rijksoverheid heeft weinig handvatten om de zorguitgaven op macroniveau bij te sturen. Uit hoofdstuk 2 blijkt dat de zorguitgaven de komende decennia bij onveranderd beleid aanzienlijk toenemen. In de curatieve en langdurige zorg is geregeld dat mensen recht hebben op de zorg waaraan behoefte is en de zorg waarop iemand is aangewezen. Dit leidt ertoe dat nieuwe behandelingen en vormen van kwaliteitsverbetering automatisch – zonder dat er een expliciete politieke keuze aan ten grondslag ligt – worden verwerkt in de (beleidsarme) middellange termijnraming zorg (MLT-zorg) van het CPB. Aan de hand van deze raming en eventueel nieuw beleid wordt het Uitgavenplafond Zorg vastgesteld. De Rijksoverheid kan via twee routes inzetten op het versterken van de macrobeheersbaarheid:

- Het sluiten van hoofdlijnakkoorden met het veld over kostenbesparende maatregelen.
- De overheid neemt zelf kostenbesparende maatregelen om het Uitgavenplafond Zorg te verlagen.

Bij beide opties dient een macrobeheersingsinstrument (MBI) als stok achter de deur om de macrobeheersing te borgen.

Verlagen uitgavenplafond zorg (UPZ) door maatregelen in het

regeerakkoord. Er wordt een budgettaire afspraak gemaakt in het regeerakkoord om het uitgavenplafond zorg (UPZ) lager vast te stellen dan de MLT-raming van het CPB (het basispad-zorg). In principe kunnen verschillende opties voor een verlaging van het UPZ ten opzichte van de MLT-zorg worden gekozen. Bij de uitwerking van deze optie zijn twee mogelijke varianten in beeld gebracht. In de eerste optie is ervoor gekozen om het UPZ te verlagen tot het niveau waarbij rekening wordt gehouden met de demografie, inflatie en de stijging van de reële lonen en prijzen uit de MLT-zorg. Dit is vergelijkbaar met hoe het CPB de zorg meeneemt in de houdbaarheidsstudie en leidt tot een groeipad dat vergelijkbaarder is met het pad bij andere beleidsterreinen. Deze budgettaire afspraak leidt tot een substantieel lager UPZ (-3,2 miljard euro in 2025). Bij de tweede optie is ervoor gekozen om het UPZ zo te verlagen dat de zorguitgaven als percentage van het bbp gelijk blijven (-

5,5 miljard euro in 2025). Bij beide opties dient deze besparing gerealiseerd te worden door maatregelen af te spreken in het regeerakkoord die optellen tot dit bedrag. Daarvoor kunnen de maatregelen in dit rapport en in Zorgkeuzes in Kaart benut worden (Fiche 30).

Afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden en continueren

macrobeheersingsinstrument. Er worden nieuwe hoofdlijnenakkoorden afgesloten voor de periode 2022-2025 met verschillende sectoren in de zorg. In de akkoorden wordt door de Rijksoverheid en de veldpartijen ingezet op concrete maatregelen ter verhoging van de doelmatigheid en kwaliteit van zorg. In de akkoorden kan onder meer afgesproken worden een doelmatigheidskorting in te zetten. Ook is het mogelijk om afspraken te maken over het verplaatsen van zorg. Onderzoek door het Zorginstituut laat zien dat het mogelijk is om tussen de 616 en 986 miljoen euro in 2022 te besparen door het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek (Fiche 31). Het generiek macrobeheersingsinstrument (MBI) wordt gehandhaafd om eventuele overschrijdingen van de uitgavenplafonds op basis van de afspraken in de akkoorden terug te halen met een korting. Via de hoofdlijnenakkoorden wordt een besparing gerealiseerd op de groei van de zorguitgaven, waarbij het MBI dient als stok achter de deur. Daarnaast is het mogelijk om een MBI per zorgverzekeraar in te zetten in plaats van een generiek MBI dat aangrijpt bij zorgaanbieders (Fiche 32).

4.6.2 *Reikwijdte collectieve zorg*

Het is mogelijk om de reikwijdte van de collectieve zorgverzekeringen te herbezien. Er is inmiddels sprake van een maatschappelijke discussie over de vraag hoe we de zorg in de toekomst organiseerbaar houden.⁵² Vanuit economische perspectief is de vraag of het voor alle zorguitgaven noodzakelijk is deze collectief te verzekeren. Het economische uitgangspunt van een verzekering is dat deze bovenal van toegevoegde waarde is bij grote uitgaven, die onvoorzienbaar zijn. De huidige collectieve verzekering voor langdurige zorg dekt ook voorzienbare uitgaven en uitgaven die buiten het zorgdomein vallen, zoals kosten voor wonen, dagbesteding, huishouden en maaltijden. Daarnaast kan worden gezien in hoeverre Persoonsgerichte Budgetten (pgb) gepast en doelmatig wordt ingezet.

De definitie van collectief gefinancierde zorg wordt aangescherpt voor uitgaven die nu tot het zorgdomein worden gerekend. Er zijn diverse mogelijkheden in de Wlz en Zvw om uitgaven niet meer te financieren vanuit de collectieve verzekering. Allereerst is het mogelijk om in de Wlz wonen, huishoudelijke hulp en maaltijden niet langer collectief te vergoeden (Fiche 38). Cliënten in een verpleeghuis gaan een marktconform huurtarief betalen, waarbij inkomensondersteuning kan worden geboden aan mensen die dit niet kunnen. Het is ook mogelijk de aanspraak op dagbesteding te laten vervallen (Fiche 39). In de Wmo kan worden besloten om de huishoudelijke hulp niet langer collectief te financieren (Fiche 40). Mensen worden zelf verantwoordelijk voor het inhuren van een huishoudelijke hulp. In de Zvw is het mogelijk om bepaalde hulpmiddelen (bijvoorbeeld hoortoestellen) uit te sluiten vanuit het basispakket, in de wetenschap dat deze betaalbaar en voorzienbaar zijn (Fiche 37).

Persoonsgerichte budgetten op maat voor extramurale Wlz-zorg. Nu ontvangen budgethouders een standaard maximumbudget om zelf Wlz-zorg in te

⁵² Actiz (2020), *Ouderenzorg moet anders*

kopen. Door PGB's op maat vast te stellen wordt de zorgvraag leidend. Het budget wordt daarop gebaseerd. Dit vergroot de doelmatigheid (Fiche 29).

4.6.3 *Vergroten kostenbewustzijn door eigen betalingen*

(Onnodige) zorgvraag wordt in het huidige stelsel maar beperkt geremd. Het niveau van eigen betalingen in Nederland is internationaal perspectief laag.

Verhogen van de eigen betalingen in de curatieve zorg. Er zijn diverse mogelijkheden om het remeffect te vergroten door eigen betalingen in de curatieve zorg te verhogen. Allereerst is het mogelijk om het eigen risico te verhogen (Fiche 34). Gedacht kan worden aan opties waarbij het eigen risico verhoogd wordt binnen de bestaande systematiek (tot aan het huidige maximale eigen risico). Daarnaast is het mogelijk om onnodig zorggebruik af te remmen door het eigen risico om te zetten in een eigen bijdrage per behandeling, variërend van een vast bedrag per behandeling tot een procentuele bijdrage met een maximum (Fiche 36). Daarmee wordt de remweg verlengd. Ten slotte zijn er mogelijkheden om voor specifieke behandelingen eigen betalingen in te voeren, bijvoorbeeld voor hulp- en geneesmiddelen, huisartsenpost en wijkverpleging (Fiche 35). Het ontbreken van een eigen bijdrage voor wijkverpleging zorgt momenteel voor een (soms aanzienlijke) verhoging van de eigen betalingen als iemand overgaat van de Zvw/Wmo naar de Wlz.

Verhogen eigen betalingen in de Wmo en de Wlz. Het is mogelijk om het abonnementstarief in de Wmo af te schaffen om het remeffect van de eigen betalingen te vergroten. De eigen bijdrage wordt daarmee weer afhankelijk van inkomen en vermogen. Daarbij is het mogelijk om in zowel de Wlz als de Wmo van hetzelfde percentage aan vermogensinkomensbijtelling (VIB) uit te gaan. Er wordt gekeken naar verschillende percentages voor de hoge en lage bijdrage gekeken (Fiche 33).

4.7 **Beleidsvarianten voor het beter positioneren van stelselpartijen**

In de vorige paragrafen van hoofdstuk 4 is beschreven welke maatregelen de overheid kan nemen om te komen tot doelmatigere en effectievere zorg. In deze paragraaf worden twee beleidsvarianten gepresenteerd die voortbouwen op deze maatregelen, maar verschillende accenten leggen ten aanzien van de rol en verantwoordelijkheid van stelselpartijen. Los van deze accenten zijn de hiervoor benoemde beleidsopties op het gebied van randvoorwaarden, pakketbeheer en macrobeheersing in beide varianten mogelijk.

De traditionele tegenstelling tussen een volledig overheidsgestuurd versus een marktgericht stelsel staat een vruchtbaar debat over een doelmatig zorgstelsel in de weg en biedt onvoldoende aanknopingspunten voor kansrijke oplossingsrichtingen. Het is niet de vraag *of* de overheid en private partijen een rol spelen in het zorgstelsel, maar *hoe* ze dat doen. Internationale vergelijkingen laten zien dat geen enkel type zorgstelsel systematisch beter presteert dan een ander.⁵³

⁵³ Jeurissen (2018), *Betaalbare Zorg*

Het is daarom belangrijk om stelselpartijen beter in staat stellen een structurele verbetering van de doelmatigheid van de zorg tot stand te brengen. Daarvoor zijn verschillende kansrijke varianten:

- De eerste variant zet sterker in op gereguleerde concurrentie. Zorginkopers moeten dan sterker sturen op betere kwaliteit en doelmatige zorgverlening door zorgaanbieders. Dit vraagt om het uitbreiden en versterken van de verantwoordelijkheden, prikkels en instrumenten van zowel zorginkopers als aanbieders. De overheid treedt in deze variant vooral *kaderstellend* op, als 'marktmeester' die bewaakt dat de concurrentie voldoende bijdraagt aan de publieke doelen.
- De tweede variant zet sterker in op gereguleerde samenwerking, waarbij zorginkopers en zorgaanbieders hun inzet beter op elkaar afstemmen, samenwerken aan de juiste zorg op de juiste plek en (afdwingbare) afspraken maken om dat ook echt voor elkaar te krijgen. De decentrale overheid treedt hierbij *sturend* op, als 'regisseur'. Waar nodig kan de Rijksoverheid regulerend optreden om de samenhang en doelmatigheid van de zorg te borgen.

Beide varianten zijn illustratief uitgewerkt en kunnen, elk vanuit de eigen sturingsfilosofie oplossingen bieden voor de in de analyse onderscheiden knelpunten en opgaven. Sommige concrete maatregelen passen in beide varianten; voor andere maatregelen geldt juist dat zij elkaar (logischerwijs) uitsluiten.⁵⁴ De bijlage bevat een memo over de randvoorwaarden die gelden bij het afwegen van de gevolgen en uitvoerbaarheid van beleidsopties waarbij sprake is van overheveling van nieuwe taken naar gemeenten, of aanpassing van bestaande gemeentelijke taken (Bijlage 7).

4.7.1 *Variant 1: Versterking gereguleerde concurrentie*

Deze variant heeft als vertrekpunt dat zorginkopers via de inkoop sturen op doelmatige en innovatieve zorgverlening. In deze variant is het uitgangspunt dat zorginkopers en zorgaanbieders beter in staat zijn om de gewenste afwegingen te maken ten aanzien van preventie, gepast gebruik en een meer doelmatige inrichting van zorg als zij scherper met elkaar kunnen concurreren en als zij zich op deze gebieden kunnen profileren ten opzichte van hun concurrenten. De onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorginkopers spelen in deze variant een centrale rol. Zorginkopers kunnen bij het contracteren van de zorgaanbieder afspraken maken over verbeteringen van de doelmatigheid en over hoe de aanbieder daartoe het best kan worden gestimuleerd.

De overheid treedt op als marktmeester die kaders stelt. Ze zorgt ervoor dat zorginkopers op de juiste manier worden geprikkeld om goed te presteren en dat ze over de instrumenten beschikken om doelmatig in te kopen en uitvoering te geven aan hun zorgplicht. Voorwaarde hiervoor is een evenwichtige marktontwikkeling en voldoende concurrentie. Om dat te waarborgen is een sterke marktautoriteit nodig.

Preventie

Preventie komt in de huidige situatie onvoldoende tot stand. Dat komt doordat zowel zorgaanbieders als zorginkopers onvoldoende belang hebben bij het voorkomen van zorg en het bevorderen van gezondheid. In deze variant worden zorginkopers meer geprikkeld om te investeren in preventie door meerjarige polissen en compensatie via de risicoverevening. De overheid heeft in deze variant tot taak de gezondheid

⁵⁴ In de beleidsfiches zijn eventuele interactie-effecten tussen maatregelen benoemd.

van de burgers te verbeteren door middel van inzet op (kosten)effectieve vormen van preventie, prijsmaatregelen en regulering (bv. verboden).

Curatieve zorg

Om de doelmatigheid van de curatieve zorg te vergroten is het nodig dat zorgverzekeraars daar via zorgcontracten met aanbieders actief op kunnen sturen. Zo kunnen zij zorgen voor efficiënte zorgverlening, voor 'de juiste zorg op de juiste plek' en voor het tegengaan van onnodige, aanbod gedreven zorg. In deze variant wordt het 'hinderpaalcriterium' afgeschaft. Daardoor krijgen zorgverzekeraars meer mogelijkheden om scherper in te kopen op kwaliteit en een doelmatige organisatie van zorg. Ook wordt het toezicht op marktmacht aangescherpt, door het instrument voor 'aanmerkelijke marktmacht' te versterken. Daarmee kan de overheid voorkomen dat zorgaanbieders of zorgverzekeraars met veel marktmacht gewenste veranderingen kunnen frustreren. Daarnaast kunnen regels worden gesteld voor ordelijke marktuitreding van zorgaanbieders. Die regels zorgen ervoor dat bij ingrijpende marktverschuivingen de continuïteit van zorg gewaarborgd is. De concurrentie kan ook nog worden versterkt door bij planbare zorg te laten betalen per verrichting. Bij acute of hoogcomplexe zorg kan dat niet; daar is het wenselijk te kiezen voor bekostigingsvormen die minder gericht zijn op het aantal behandelingen.

Langdurige zorg

In deze variant wordt de ouderenzorg op termijn ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. De gedachte daarachter is dat verzekeraars beter in staat zijn om te sturen op kwaliteit, innovatie en doelmatigheid. Bijkomend voordeel is dat de financiële en organisatorische schotten tussen de Zvw en de Wlz worden geslecht. De eerste stap is dat zorgverzekeraars verantwoordelijk worden voor de inkoop van algemeen medische zorg en het extramurale deel van de ouderenzorg. Risicodragendheid wordt geleidelijk geïntroduceerd. Verevening vindt vervolgens plaats op basis van een combinatie van karakteristieken van de verzekerde populatie en objectieve indicatiestelling. De schotten tussen intra- en extramurale ouderenzorg worden geslecht, waardoor de samenwerking tussen wijkverpleging en verpleeghuizen zal verbeteren. Zorgkantoren blijven verantwoordelijk voor de gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ. Wel zullen zij door een aanpassing van het verdeelmodel steviger worden geprikkeld om in deze sectoren doelmatig in te kopen. Ook winstuitkering zal worden toegestaan. Dat stimuleert de toetreding van nieuwe aanbieders van intramurale zorg - een belangrijke factor omdat door de vergrijzing het aantal ouderen zal toenemen. Via het Gemeentefonds worden gemeenten (financieel) geprikkeld om zich ervoor in te zetten dat hun inwoners langer thuis kunnen blijven wonen en niet onnodig gebruik maken van verpleeghuiszorg. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt zo aangepast dat kwaliteit bepaald wordt op basis van uitkomstinformatie en niet op basis van een personeelsnorm. Dat verbetert de organiseerbaarheid van de ouderenzorg en biedt ruimte voor innovaties.

4.7.2 *Variant 2: Versterking gereguleerde samenwerking*

Deze variant bouwt voort op het huidige stelsel en heeft als vertrekpunt dat bij specifieke knelpunten de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verbeterd kan worden door *meer samenwerking tussen inkopers, aanbieders en de nationale en regionale overheden*. In het kader van die samenwerking kunnen zij de inzet waar nodig op elkaar afstemmen en (bindende) afspraken maken over de juiste zorg op de juiste plek. De overheid (nationaal of

lokaal) treedt hierbij op als regisseur en zal regulerend optreden om de samenhang, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te versterken.

De zorg die aan burgers wordt verleend vindt grotendeels plaats in de eigen regio. In die zin is de 'zorgmarkt' vooral een regionale markt. Dat geldt vooral voor patiënten en cliënten met een lage(re) sociale status. Bij hen is een deel van de zorgvraag immers niet, of slechts ten dele, medisch van aard maar eerder voortkomend uit of samenhangend met een complex aan sociaaleconomische factoren en (levens)omstandigheden, zoals inkomen en werk, schulden, huiselijk geweld. Dit betekent dat de meest doelmatige euro niet altijd een zorgeuro is. Structurele gezondheidsachterstanden kunnen beter aangepakt worden door gemeentelijk beleid op het gebied van schuldhulpverlening, meer beweegaanbod in de wijk of begeleiding naar een baan.

Gemeentes hebben nu al een belangrijke (financiële) verantwoordelijkheid bij de aanpak van (multi)problematiek in het sociale domein (onder meer via de Wmo, Jeugdzorg, Participatiewet en schuldhulpverlening). Deze variant speelt hierop in door samenwerking en regulering op lokaal en regionaal niveau waar het kan en op nationaal niveau waar het moet. Zo kan de zorg ook inspelen op lokale en regionale knelpunten en behoeften. Daardoor kan ze ook doelmatiger worden georganiseerd, want gemeenten kunnen sociale en medische problemen waar relevant meer in samenhang met elkaar bekijken en aanpakken.

Om zorg vraaggericht te maken en stappen te zetten in de opschaling van preventie en een meer doelmatige inrichting van de zorg, moeten zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders meerjarige en domeinoverstijgende afspraken (kunnen) maken over de organisatie van de zorg. Om dit mogelijk te maken worden belemmeringen in wet- en regelgeving en eventuele financiële obstakels voor samenwerking weggenomen. Doel van deze variant is dat de zorg meer uitgaat van de vraag van de patiënt, in plaats van aanbod.

Preventie

Deze variant zoekt de oplossing voor het versterken van preventie vooral in het verbeteren van de samenwerking tussen stelselpartijen, in combinatie met een grotere financiële verantwoordelijkheid voor gemeenten. De verwachting is dat door meer inzet op samenwerking op regionaal en lokaal niveau meer zorgvraag wordt voorkomen, doordat sociale en medische problemen meer in samenhang worden aangepakt. Juist op het terrein van de leefomgeving en het sociaal domein liggen veel mogelijkheden om te komen tot (kosten)effectieve preventiemaatregelen. Nu worden gemeenten nog te weinig (financieel) gestimuleerd om maatregelen en aanbod op het gebied van preventie te financieren. In deze variant krijgen gemeenten een centrale rol bij de vergroting van het preventie aanbod. Preventie wordt een wettelijke taak van gemeenten. Hiertoe wordt in een AmvB onder de Wet Publieke Gezondheid (WPG) gedetailleerd uitgewerkt welke taken en verplichtingen gemeenten op het terrein van preventie hebben. Daarnaast komt er een nationale preventiefaciliteit, gericht op de bevordering van een betere gezondheid, waarin alle stelselpartijen samen inzetten op het opschalen en bevorderen van de inzet van kosteneffectieve interventies.

Curatieve zorg

Om de doelmatigheid van de zorg te verhogen kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders meerjarige, voor alle deelnemende partijen (bindende)⁵⁵ afspraken maken, waar mogelijk in de regio, over de organisatie van de zorg die hiervoor nodig is. Dat kunnen afspraken zijn over beperking of afbouw van de capaciteit in de tweede lijn, het verplaatsen van niet complexe zorg naar de eerste lijn, de concentratie van tertiaire zorg, de opschaling van e-health en de zorg en ondersteuning voor patiëntengroepen met een complexe zorgvraag (inclusief complexe jeugdzorg en kwetsbare ouderen die uitbehandeld zijn in het ziekenhuis maar aanvullende zorg en ondersteuning nodig hebben). Het instrumentarium van de NZa/ACM om op te treden tegen partijen met aanmerkelijke marktmacht die de totstandkoming van een breed gedragen verandering frustreren, wordt in dit verband uitgebreid.

Zoals gezegd worden in deze variant belemmeringen in wet- en regelgeving en eventuele financiële obstakels voor samenwerking weggenomen. De verantwoordelijkheid voor verzekeraars om doelmatige zorg te organiseren wordt wettelijk verankerd. Daarnaast wordt de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor de continuïteit van de zorgverlening beter verankerd in de wet.

In deze variant stuurt de overheid strakker op een goede aansluiting tussen vraag en aanbod van complexe dure zorg, door een bredere en meer gestructureerde inzet van de vergunningsplicht op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen. Hiermee kan worden gestuurd op een meer beheerste introductie van dure innovatieve zorgvoorzieningen. De verwachting is dat dit op termijn zal leiden tot minder aanbieders van hoog-complexe zorg, maar ook tot hogere kwaliteit en doelmatigheid. Voorkomen moet worden dat samenwerking in het zorglandschap leidt tot prijsopdrijving. Daarom wordt tariefregulering ingezet in die segmenten waar de prijzen door een onevenwichtige marktontwikkeling onvoldoende transparant zijn. In deze organisatie van de gezondheidszorg past een geleidelijke afbouw van de zelfstandigheid van medisch specialisten. Artsen kunnen zich zodoende volledig focussen op hetgeen waar ze voor zijn opgeleid: het leveren van goede, noodzakelijke zorg.

Langdurige zorg

Wat de langdurige zorg betreft worden in deze variant gemeenten verantwoordelijk voor de inkoop van de ouderenzorg – eventueel alleen voor de lagere zorgzwaartepakketten. Zo kunnen gemeenten lokaal een geïntegreerd, domeinoverstijgend ouderenbeleid voeren. Zij worden het centrale aanspreekpunt voor de zorg en ondersteuning van zowel thuis- als in een instelling wonende ouderen. Deze integrale verantwoordelijkheid stelt gemeenten tevens in staat om in de reeds bestaande prestatieafspraken met woningbouwcorporaties concrete maatwerkoplossingen, te ontwikkelen - bijvoorbeeld in de vorm van coöperatieve woonvormen. Gemeenten kunnen zo op basis van de zorgvraag en de sociale context de meest doelmatige leveringsvorm kiezen. Een minder vergaande optie is om zorgkantoren de verantwoordelijkheid te laten behouden voor de zorginkoop, maar meer maatwerk te bereiken door bij de indicatiestelling rekening te houden met de sociale context. In de gehandicaptenzorg en ggz stimuleert de NZa aanbieders en inkopers om samen de doelmatigheid te verhogen door op basis van benchmarking maximumtarieven te stellen voor zorgaanbieders.

⁵⁵ Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn private partijen. Zorgverzekeraars en aanbieders kunnen nu al privaatrechtelijk bindende afspraken maken. Of deze afspraken ook publiekrechtelijk bindend verklaard kunnen worden voor deelnemende private partijen zou nader onderzocht moeten worden.

Effecten op hoofdlijnen

Variante 1 en 2 beogen de kwaliteit en doelmatigheid van het zorgstelsel te versterken. De betaalbaarheid van de zorg neemt toe, zonder dat dit gepaard gaat met een (groot) negatief effect op de toegankelijkheid of kwaliteit. De varianten vergroten ook de organiseerbaarheid van het zorgstelsel. Doordat onnodige zorgvraag wordt voorkomen, zorg wordt verplaatst en de zorg doelmatiger wordt georganiseerd wordt een minder groot beroep op de arbeidsmarkt gedaan. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de budgettaire effecten van de varianten. De beleidsfiches in de bijlage geven per beleidsoptie een meer gedetailleerd beeld van de effecten op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Daarbij geldt dat de tijd om de effecten in beeld te brengen beperkt was, voor een deel van de maatregelen is nader onderzoek noodzakelijk om de effecten beter in beeld te brengen.

Voor een belangrijk deel van de beleidsopties geldt dat de budgettaire gevolgen lastig te berekenen zijn. Dit betreft met name de beleidsopties die door middel van sterkere prikkels, regulering en toezicht stelselpartijen ertoe aan zetten de doelmatigheid van de zorg structureel te verbeteren. Het resultaat van deze beleidsopties is in sterke mate afhankelijk van de te verwachten gedragseffecten. In hoofdstuk 2 worden niettemin verschillende kwantitatieve indicaties gegeven voor meer besparingspotentieel. Te denken valt aan het terugdringen van aanbod gedreven zorg, onwenselijke praktijkvariatie en het afzien van behandelingen die bewezen niet effectief zijn. Daarnaast schat het Zorginstituut, in opdracht van de werkgroep, op basis van 25 praktijkvoorbeelden, dat het besparingspotentieel voor het verplaatsen van zorg in 2022 tussen de 616 en 986 miljoen euro ligt. Het realiseren van dit besparingspotentieel kan niet kwantitatief worden toegeschreven aan individuele maatregelen. In aanvulling op het geïdentificeerde besparingspotentieel bij individuele beleidsopties acht de werkgroep het aannemelijk dat bij invoering van een van beide beleidsvarianten stelselpartijen erin zullen slagen een groter besparingspotentieel te realiseren dan is geïdentificeerd in onderstaande tabel met individuele maatregelen. Dit is niet alleen een gevolg van de positieve gedragseffecten die uitgaan van de beleidsopties waarvan het effect nu niet gekwantificeerd is, maar vloeit ook voort uit de samenhang tussen de beleidsopties in de verschillende varianten.

4.7.3 *Meer eigen verantwoordelijkheid*

Aanvullend op bovenstaande varianten is het mogelijk om minder collectief te verzekeren, vanuit de gedachte dat de burger zelfredzaam en kritisch is, waarbij ook partner, kinderen en de sociale omgeving meer betrokken moeten worden. Uitgaven die nu tot het zorgdomein worden gerekend, maar voorzienbaar zijn, vallen dan niet meer onder de collectief gefinancierde zorg. De eigen betalingen worden hoger. Deze maatregelen leiden in combinatie met bovengenoemde varianten tot een besparingsvariant die de houdbaarheid van de zorguitgaven versterkt.

Effecten op hoofdlijnen

Deze maatregelen leiden op macroniveau tot een verschuiving van kosten van het publieke naar het private domein. Op individueel niveau leidt dit tot herverdelings- en inkomenseffecten. De verhoging van de eigen bijdragen heeft positief effect op de betaalbaarheid, maar negatieve effecten voor de toegankelijkheid van de zorg. Enerzijds zal het kostenbewustzijn van zorggebruikers toenemen en zal er een

sterker remgeld-effect optreden, waardoor meer verzekerden een financiële prikkel ervaren om minder zorg te consumeren. Anderzijds bestaat het risico dat noodzakelijke zorg wordt vermeden of uitgesteld. Dit effect zal sterker optreden bij groepen met lage inkomens, waardoor de sociaaleconomische gezondheidsverschillen zullen toenemen.

Beleidsvarianten voor een toekomstbestendig zorgstelsel (bedragen in miljoen euro)

		A: Versterken gereguleerde concurrentie			B: Versterken gereguleerde samenwerking		
		Maatregel	Transitie/ investering	Structureel effect*	Maatregel	Transitie/ investering	Structureel effect
Rand-voorwaarden	Informatie en eenvoud	Betere informatie zorguitkomsten, incl. centrale vindplaats patiënten t.b.v. kwaliteitsvergelijking aanbieders (1)	-	-	Betere informatie zorguitkomsten, incl. centrale vindplaats patiënten t.b.v. kwaliteitsvergelijking aanbieders (1)	-	-
		Betere informatiedeling zorgverleners en betere informatie voor patiënten (2)	+395	+35	Betere informatiedeling zorgverleners en betere informatie voor patiënten (2)	+395	+35
		Centraal loket voor hulpmiddelen (3)	-	-	Centraal loket voor hulpmiddelen (3)	-	-
	Toezicht	Versterken rol toezichthouders (memo 1)	-	-	Versterken rol toezichthouders (memo 1)	-	-
		Subtotaal	+395	+35	Subtotaal	+395	+35
Pakketbeheer*	Investering in onderzoek en evaluatie naar (kosten)effectiviteit van zorg (4)	-	+90	Investering in onderzoek en evaluatie naar (kosten)effectiviteit van zorg (4)	-	+90	
	Horizonscan/meldplicht voor nieuwe zorg en sluis voor medische technologie (5)	-	-	Horizonscan/meldplicht voor nieuwe zorg en sluis voor medische technologie (5)	-	-	
	Versterken toetsing van zorg op (kosten)effectiviteit (6)	-	-470 tot -600	Versterken toetsing van zorg op (kosten)effectiviteit (6)	-	-470 tot -600	
	Sturing/handhaving van gepast gebruik in basispakket (7)	-	-450	Sturing/handhaving van gepast gebruik in basispakket (7)	-	-450	
	Subtotaal	-	-810 tot -960	Subtotaal	-	-810 tot -960	
Preventie	Afschaffen opzegrecht meerjarige polissen (8)	-	-	Nationale preventiefaciliteit (11)	-	-	
	Betere prikkels voor preventie via risicoverevening (9)	-	-	Verankeren wettelijke taak gemeente voor preventie (12)	-	-	
	Prijzmaatregelen/regulering/campagnes (memo 2)	-	-				
	Financiële prikkel gemeenten om instroom in Wlz te voorkomen (10)	-	-				
	Subtotaal	-	-	Subtotaal	-	-	
Curatieve zorg	Afschaffen hinderpaalcriterium (13)	-	-265	Verbreden Markttoezicht (15)	-	-	
	Versterken mededingingstoezicht op aanbieders met marktmacht (14)	-	-	Uitbreiding samenwerking (16)	-	-	
	Raamwerk ordelijk faillissement (memo 3)	-	-	Allocatieve normstelling (17)	0	-100 tot -200	
	Maatwerk in de bekostiging (memo 4)	-	-	Tariefregulering en benchmarken (1)	0	-140	
				Medisch specialisten in loondienst (19)	+2310	-490	
				Uitbreiden zorgplicht zorgverzekeraars/zorgaanbieders (20)	-	-	
	Subtotaal	-	-265	Subtotaal	+2310	-730 tot -830	
Langdurige zorg	Objectief verdeelmodel Wlz (21)	-	-150 tot -290	Individuele tariefstelling op basis van best presterende zorgaanbieders (26)	-	PM tot -290	
	Opheffen pakketverschillen behandeling Wlz (22)	-	-165	Zorgzwaartepakket VV04/VG3 naar Wmo (27)***	-	-360	
	Risicodragende uitvoering (extramurale) ouderenzorg door zorgverzekeraars (23)	-	-	Meewegen sociale context bij indicatiestelling in Wlz of Wlz als voorziening (28)***	-	-75 tot -410	
	Wijzigen bezettingsnorm ter stimulering arbeidsbesparende innovaties (24)	-	-	Risicodragende uitvoering ouderenzorg door gemeenten (23)**	+120	-360	
	Stimuleren toetreding nieuwe intramurale aanbieders (25)	-	-	Maatwerk PGB (29)		-100	
	Subtotaal	-	-315 tot -455	Subtotaal	+120	-825 tot -1160	
		A: Versterken gereguleerde concurrentie			B: Versterken gereguleerde samenwerking		

		Maatregel	Transitie/ investering	Structureel effect	Maatregel	Transitie/ investering	Structureel effect
Macrobeheersing zorguitgaven		Budgettaire afspraak verlaging UPZ (30)	-	-	Budgettaire afspraak verlaging UPZ (30)	-	-
		Hoofdlijnenakkoorden (31)	-	-	Hoofdlijnenakkoorden (31)	-	-
		MBI per zorgverzekeraar (32)	-	-	MBI per zorgverzekeraar (32)	-	-
Meer eigen regie (besparings- aanvulling)	Aanpassing collectieve aanspraken	Afschaffen abonnementstarief/verhogen VIB (33)	-	-350 tot -780	Afschaffen abonnementstarief/verhogen VIB (33)	-	-350 tot -780
		Verhogen van het eigen risico in de Zvw (34)	-	-890 tot -3970	Verhogen van het eigen risico in de Zvw (34)	-	-890 tot -3970
		Invoeren eigen betaling voor wijkverpleging, hulpmiddelen, extramurale geneesmiddelen en huisartsenpost (35)***	-	-880	Invoeren eigen betaling voor wijkverpleging, hulpmiddelen, extramurale geneesmiddelen en huisartsenpost (35)***	-	-880
		Vervangen eigen risico door eigen bijdrage per verrichting (36)**	-	-510	Vervangen eigen risico door eigen bijdrage per verrichting (36)**	-	-510
		Hulpmiddelen uit basispakket (37)	-	-600	Hulpmiddelen uit basispakket (37)	-	-600
		Private financiering van wonen en maaltijden in de langdurige zorg (38)	-	-150	Private financiering van wonen en maaltijden in de langdurige zorg (38)	-	-150
		Schrappen aansprak dagbesteding in Wlz (39)	-	-605	Schrappen aansprak dagbesteding in Wlz (39)	-	-605
		Private financiering huishoudhulp (40)	-	-730	Private financiering huishoudhulp (40)	-	-730
	Subtotaal			-4205 tot -7715	Subtotaal		
Totaal			+395	-5560 tot -9360	Totaal	+2815	-6535 tot -10630

Legenda:

* Effect is cumulatief. De besparing van maatregel 7 komt alleen volledig in beeld als ook maatregelen 4, 5 en 6 worden uitgevoerd (zie fiches).

** Deze beleidsoptie kan niet opgeteld worden bij de andere opties in deze variant, en is daarom niet in het subtotaal meegenomen.

*** Deze beleidsoptie interacteert gedeeltelijk met een andere beleidsoptie in deze variant. Dit staat omschreven in het fiche. Indien beide opties gecombineerd worden is nadere doorrekening gewenst.

- Effect is niet gekwantificeerd (zie toelichting in fiches).

5 Bijlagen

Bijlage 1: Taakopdracht

Taakopdracht BMH 2: Een toekomstbestendig zorgstelsel

De zorg in Nederland is van goede kwaliteit en is goed toegankelijk voor iedereen die zorg nodig heeft. Dat brengt ook kosten met zich mee. Op dit moment gaat 10,3% van ons bbp op aan zorg en werkt 1 op de 7 werknemers in de zorgsector. De afgelopen jaren is het gelukt de zorguitgaven minder te laten stijgen dan de economische groei, maar projecties laten zien dat de zorgkosten waarschijnlijk weer sterker gaan groeien (RIVM, CPB). Dat betekent dat er minder geld overblijft voor andere overheidsuitgaven of dat mensen meer bij moeten betalen. Bovendien is het de vraag of de arbeidsmarkt in staat zal zijn deze groei te accommoderen. Mede gegeven een aantal maatschappelijke trends (zoals vergrijzing, individualisering en technologische vernieuwing) is het daarom verstandig om in kaart te brengen hoe ons zorgstelsel toekomstbestendig vormgegeven kan worden, waarbij betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit worden geborgd. Hiervoor moet o.a. gekeken worden naar hoe de doelmatigheid van de zorg (lagere kosten, hogere kwaliteit) verbeterd kan worden. Ook dient er aandacht te zijn voor medisch-ethische vraagstukken in de zorg.

Opdracht aan de werkgroep

De houdbaarheid van de collectieve uitgaven aan zorg staat onder druk. De werkgroep wordt om die reden gevraagd diverse beleids- en uitvoeringsopties in beeld te brengen om het zorgstelsel toekomstbestendig vorm te geven, waarbij betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit worden geborgd, conform de uitgangspunten zoals vastgelegd in de Kamerbrief 'reactie motie Sneller c.s.d.d. 19 december 2018' van 3 april 2019. Daarnaast neemt de werkgroep waar relevant de dwarsdoorsnijdende thema's zoals genoemd in de Kamerbrief mee in de analyse en varianten.

Hoofdvragen

- Hoe kan de rijksoverheid een bewustere afweging maken tussen welke zorg wordt geleverd en de betaalbaarheid? Hoe kan daarbij het recht op zorg toekomstbestendig worden vormgegeven in de verschillende domeinen of via een stelselwijziging?
- Hoe kan de zorginkoop doelmatig en toekomstbestendig worden ingericht?
- Welk potentieel is er om de doelmatigheid in de zorg te verhogen?
- Wat is er nodig om dit potentieel te verwezenlijken?
- Hebben de zorginkopers de juiste (gedrags)prykkels en instrumenten om de zorg doelmatig te (laten) leveren?
- Hebben de zorginkopers voldoende instrumenten om de gewenste doelmatigheid te bereiken of moet de rijksoverheid hier nieuwe mogelijkheden creëren of drempels wegnemen?
- Als uit de analyse komt dat de inkopers te weinig prykkels en instrumenten hebben, zou het helpen om de zorginkoop bij een andere partij te beleggen, moet de rijksoverheid hier een sterkere coördinerende rol pakken, of moet het stelsel anders worden ingericht?
- Hoe kan worden geborgd dat doelmatigheidsverbeteringen in de inkoop zich ook op macroniveau doorvertalen?

- Bestaan de juiste randvoorwaarden voor een doelmatig stelsel?
- Worden de juiste en doelmatige kwaliteitseisen gesteld?
- Kan via tarief- en prestatieregulering doelmatige inkoop van zorg worden afgedwongen?
- Wordt op de juiste wijze omgegaan met technologische ontwikkelingen (wanneer maken deze de zorg duurder zonder de kwaliteit van de zorg te verbeteren en in welke omstandigheden dragen zij juist bij aan betere betaalbaarheid)?

Afbakening en reikwijdte

Van belang is dat alle zorgdomeinen (Zvw, Wlz, Wmo en Jeugd) in samenhang worden bekeken, waarbij ook specifiek aandacht is voor de domein-overstijgende problematiek vanuit het perspectief van de zorgvrager.

Minimaal te betrekken regelingen (in mln. euro)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Zorgverzekeringswet	45.54 0	47.85 5	49.75 9	51.52 1	54.34 3	57.22 0
Wet langdurige zorg	21.92 6	23.13 9	24.94 6	26.71 1	28.31 7	29.94 5
Totaal	67.46 7	70.99 3	74.70 5	78.23 1	82.66 0	87.16 5

Netto uitgaven in mln. euro op basis van najaarsnota 2019 en begroting 2020

De uitgaven aan Wmo en jeugdzorg zijn een niet geoormerkt deel van de gemeentelijke uitgaven

Het is voor enkele maatregelen niet nodig deze te betrekken in het huidige traject, omdat de verwachting is dat deze elders worden verkend:

- Maatregelen met als hoofddoel financieringsschuiven tussen publiek en privaat via uitbreidingen of inperkingen van het collectief verzekerd pakket. *Dergelijke maatregelen zijn behandeld door de Technische Werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven in 2017 en komen in ZiK 2020 opnieuw in beeld, onder meer via actualisatie van maatregelen uit de vorige ZiK.*
- Maatregelen met als hoofddoel financieringsschuiven tussen publiek en privaat via veranderingen in eigen betalingen. *Dergelijke maatregelen krijgen aandacht in ZiK 2020, onder meer via actualisatie van maatregelen uit de vorige ZiK.*

Mochten maatregelen niet behandeld worden in ZiK 2020, dan vallen zij binnen de reikwijdte van het huidige traject.

Bijlage 2: Literatuuroverzicht

Actiz (2020) Ouderenzorg moet anders.

Algemene Rekenkamer (2016) Zorgakkoorden. Uitgavenbeheersing in de zorg, deel 4.

Bakker et al (2013) The Oregon Experiment – Effects of Medicaid on Clinical Outcomes

Beek, E. et al (2010) Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling.

Blank, J. en Hukst, B. (2016) Concentratie spoedeisende hulp.

Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020) Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies.

CPB (207) De introductie van dure technologie in de zorg.

CPB (2013) Gezondheid loont, tussen keuze en solidariteit.

CPB (2018) Grote prijsverschillen ziekenhuiszorg ondanks concurrentie.

CPB (2018) Herberekening budgettaire effecten abonnementstarief in de Wmo.

CPB (2017) Macro Economische Verkenning 2018.

CPB (2019) Middellangetermijnverkenning 2022-2025.

CPB (2018) Regionale verschillen in zorguitgaven: wat zijn mogelijke verklaringen?

CPB (2019) Vergrijzingsstudie. Zorgen om morgen.

CPB (2012) The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments.

DNB (2017) Visie op de toekomst van de Nederlandse zorgverzekeraars.

Douven et al. (2015) The Effect of Physician Remuneration on Regional Variation in Hospital Treatments.

Douven et al. (2018) Does managed competition constrain hospitals' contract prices? Evidence from the Netherlands.

Douven et al. (2018) Grote prijsverschillen ziekenhuiszorg, ondanks concurrentie. ESB Maart 2018.

Eijkenaar, F. (2020) Bekostiging van zorgaanbieders. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Equalis (2017) Voorspellers gebruik en kosten in de ouderenzorg.

Federatie Medisch Specialisten (2016) Adviesrapport Zorgevaluatie. Van project naar proces.

Heida et al. (2018) Mededingingsprobleem geldt niet voor elk type ziekenhuiszorg.

IBMG (2017) Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2020) Verpleeghuiszorg in beeld.

Jeurissen, P. (2018) Betaalbare zorg.

Gupta Strategist (2017) Waardegedreven inkoop

Kantar Public (2019) Onderzoek informatiebehoefte kwaliteit van zorg.

Kleef et al (2019) Compenseer zorgverzekeraars beter voor verlies op chronische zieken. ESB juni 2019.

Lagarde et al (2017) Physicians' responses to financial and social incentives: a medically framed real effort experiment.

Ministerie van Financiën (2016) IBO Gezonde Leefstijl.

Ministerie van Financiën (2019) IBO Mensen met een licht verstandelijke beperking.

Mitchell et al. (2018) Association Between Reimbursement Incentives and Physician Practice in Oncology

NZa (2018) Advies bekostiging medisch specialistische zorg "Belonen van zorg die waarde toevoegt".

NZa (2019) Advies positionering behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz.

NZa (2017) Impactanalyse verpleeghuiszorg 2017.

NZa (2019) Monitor inhoud contracten medisch-specialistische zorg 2018.

NZa (2018) Monitor integrale bekostiging medisch-specialistische zorg.

NZa (2019) Monitor Hulpmiddelenzorg.

NZa (2018) Monitor Zorgverzekering.

NZA (2018) Monitor Zorg voor Ouderen 2018.

NZa (2019) Partijen slaan handen ineen voor gezonde toekomst Amsterdam Noord.

NZa (2019) Uitwerking methoden bekostiging op basis van integrale vergelijking van verpleeghuiszorg.

OESO (2018) Health at a glance 2019: OECD Indicators.

OESO (2017) State of Health in the EU. Nederland. Landenprofiel gezondheid 2017.

Ontregel de zorg (2017) Nationale regelmonitor

Raad van State (2014) Voorlichting betreffende het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten

Raad voor Gezondheidszorg (2008) Zorginkoop.

Rebel (2017) Groei in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg.

Regieraad Kwaliteit van Zorg (2011) Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg.

RIVM (2018) Volksgezondheid Toekomst Verkenning.

SCP (2017) Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

SCP (2019) Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040.

SCP (2017) Voor elkaar?

SCP (2018) Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking.

SIRM (2019) Aanbevelingen ter bevordering van gelijkgerichtheid.

SIRM (2019) Scenario's ouderenzorg in beeld. Sectorbeeld ouderenzorg naar 2030-2040.

Stadhouders, N. (2018) Verdringseffecten binnen het Nederlandse zorgstelsel.

Technische Werkgroep Beheersing Zorguitgaven (2017) Zorgen voor gezonde groei.

Talma Institute (2016) Samen kiezen voor gepaste zorg.

Vektis (2019) Ontwikkeling (niet) gecontracteerde wijkverpleging 2016-2018.

Vektis (2019) Ontwikkeling (niet) gecontracteerde GGZ 2016-2018.

Vektis (2019) Toedeling kosten Medische-Specialistische Zorg 2017.

Ven, van de W. (2015) Het beste zorgstelsel

Wouterse et al (2018) Better off at home? Effects of a nursing home admission on costs, hospitalizations and survival.

WRR (2018) Van verschil naar potentieel, een realistisch perspectief op sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

ZonMw (2018) Externe evaluatie: programma DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017.

Bijlage 3: Samenstelling werkgroep

Voorzitter

Bertholt Leeftink Algemene Bestuursdienst

Werkgroepleden

Jan-Derk Brilman Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Sjef Ederveen Ministerie van Economische Zaken

Dick Kabel Ministerie van Financiën

Hans Leenders Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Roger Planje Ministerie van Binnenlandse Zaken

Daniëlle Schiet Ministerie van Algemene Zaken

Elise Splint Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Secretariaat

Toep van Dijk Ministerie van Financiën

Leonard Feis Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Ewout de Graaf Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Arne Jeninga Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Matthijs Willemse-Jacobson Ministerie van Financiën

Bijlage 4: Overzicht van geraadpleegde experts

Naam	Huidige Functie/Werkgever
Assendelft, Pim	Radboud UMC
Bos, Wouter	Voorzitter Commissie Toekomst Thuiswonende Ouderen
Canoy, Marcel	Erasmus Universiteit
Caubo, Loek	Zorgverzekeraars Nederland
Dannenberg, Erik	DIVOSA
Duister, Joas	Menzis
Haarlem, Jean-Paul van	ONVZ
Hautvast, Annemiek	NZa
Janssen, Richard	Erasmus Universiteit
Jeurissen, Patrick	VWS
Kaljouw, Marian	NZa
Kamp, Henk	Actiz
Kemp, Ron	ACM
Klink, Ab	VGZ
Koolman, Xander	VU Amsterdam
Krapels, Fred	VWS
Manshanden, José	GGZ Amsterdam
Mikkers, Misja	NZa
Petra van Holst	Zorgverzekeraars Nederland
Repping, Sjoerd	Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik
Rijn, Martin van	Haga Ziekenhuis
Rotteveel, Gijs	Menzis
Rovers, Maroeska	Radboud UMC
Rutte, Arno	Vintura
Sap, Jolande	NPHF Federatie voor Gezondheid
Schep, Krijn	ACM
Steenhuis, Ingrid	VU Amsterdam
Stigter, Anthony	VNO-NCW
Terpstra, Doekle	Voorzitter Commissie Werken in de Zorg
Wets, Mona	Zorginstituut Nederland
Wever, Ineke	Opella
Wijma, Sjaak	Zorginstituut Nederland
Zwaap, Jacqueline	Zorginstituut Nederland

Bijlage 5: Beleidsfiches

De beleidsfiches zijn in een beperkte tijd opgesteld. Daarom is de budgettaire, juridische en uitvoeringstoets van beleidsopties beperkt geweest. Voor een deel van de beleidsopties is daarom nader onderzoek nodig om dit beter in beeld te brengen. Er geldt dus een voorbehoud bij de genoemde bedragen. Ook is het mogelijk dat de onderbouwingen en de ramingen van beleidsopties worden herzien in andere trajecten. Zo zal een groot deel van de beleidsopties terugkomen in Zorgkeuzes in Kaart (verwachte publicatie juli 2020). Daarbij kunnen maatregelen alsnog van andere opbrengsten worden voorzien. De werkgroep beveelt daarom aan om bij het overwegen van specifieke beleidsopties na te gaan of er in andere trajecten een bijstelling of herziening heeft plaatsgevonden.

Beleidsoptie 1: Betere informatie over kwaliteit en zorguitkomsten

Omschrijving

Context

- Het huidige informatielandschap in de zorg in Nederland is het meest gefragmenteerd van alle OESO-landen.⁵⁶ Zo is verantwoordelijkheid over data onder andere belegd bij het Rijk, gemeenten, het Zorginstituut, de NZa, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de wetenschap. Deze fragmentatie voorkomt adequate uitwisseling van informatie.
- In het regeerakkoord van Rutte III en daaropvolgend het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg zijn met de veldpartijen afspraken gemaakt over het ontwikkelen en gebruik van uitkomstinformatie in de MSZ. Het programma "Uitkomstgerichte Zorg 2018-2022" zet in op het ontwikkelen van uitkomstindicatoren per aandoening voor 50% van de Nederlandse ziektelast.
- Door onderzoek te doen met *real world data* naar de kwaliteit van leven van patiënten ná een behandeling, kan beter worden beoordeeld wat goede zorg is. En kunnen patiënten voorafgaand aan een behandeling beter worden geïnformeerd over de voor- en nadelen, zoals die zijn ervaren door andere mensen.
- De beschikbaarheid van uitkomstinformatie is een belangrijk resultaat waaraan het programma Uitkomstgerichte Zorg 2018-2022 werkt. Zo wordt er getracht voldoende beschikbaarheid van betrouwbare en uniforme uitkomstinformatie te realiseren.
- Het belang van betere toegang tot uitkomstinformatie ligt op meerdere vlakken. Uitkomstinformatie kan worden gebruikt door zorgverleners om voortdurend te leren van de eigen resultaten, om het gesprek tussen patiënt en zorgverlener te kunnen voeren om te komen tot de beste behandelkeuze voor die individuele patiënt en om de zorg te kunnen organiseren en belonen op basis van de beschikbare uitkomstinformatie. Toegang tot informatie moet op orde zijn om maatwerk te kunnen leveren aan patiënten. Er wordt in het kader van de programma Uitkomstgerichte Zorg 2018-2022 momenteel uitkomstinformatie ontwikkeld en opgehaald. Er is een plek nodig waar patiënten en professionals op handzame wijze objectieve informatie kunnen vinden over de uitkomsten en kwaliteit van zorgverlening van verschillende aanbieders op behandelniveau.
- Het initiatief "*Zorginzicht*" van het Zorginstituut valt onder deze noemer, echter functioneert hiertoe nog niet afdoende. Voor informatie over aanbieders zijn patiënten momenteel derhalve nog afhankelijk van private initiatieven van belangengroepen. Daarnaast beslaat de uitkomstinformatie die momenteel wordt ontwikkeld en opgehaald nog niet het gehele zorgdomein.

⁵⁶ OESO (2015), *Health Data Governance*

Maatregel

A: Verbreden en verzamelen uitkomstinformatie

- De verzameling en beschikbaarstelling van uitkomstinformatie wordt uitgebreid, zowel binnen de tweede lijn als buiten de tweede lijn en de langdurige zorg.
- Het Zorginstituut Nederland gebruikt – zo nodig – haar doorzettingsmacht om de ontwikkeling van deze uitkomstinformatie op een transparante en goed vindbare plek openbaar te maken voor patiënten en zorgverleners. Zodat de informatie kan worden gebruikt voor leren en verbeteren door professionals, samen beslissen tussen patiënt en behandelaar over de behandelkeuze en het organiseren en belonen van zorg op basis van geleverde kwaliteit.

B: Een centrale vindplaats

- De uitkomstinformatie worden voor patiënten en zorgverleners op een transparante en goed vindbare plek beschikbaar en toegankelijk gemaakt.
- Er wordt hiertoe een centrale vindplaats (een "zorgatlas") voor kwaliteit en uitkomsten in het leven geroepen.⁵⁷ Daar kunnen patiënten informatie vinden over de uitkomsten en kwaliteit van behandelingen bij verschillende aanbieders en verschillende aanbieders vergelijken. Dit kan eventueel voortborduren op "Zorginzicht", maar kan ook een nieuw initiatief zijn. De overheid stelt een helder kader, draagt de verantwoordelijkheid over en accordeert welke informatie en data beschikbaar wordt gesteld, zodat objectiviteit van de informatie gewaarborgd is. Het Zorginstituut kan de regie voeren, maar de dagelijkse uitvoering uitbesteden aan een derde partij.
- Professionals kunnen de centrale vindplaats gebruiken om te bezien waar progressie mogelijk is. Dit stimuleert het uitwisselen van *best practices* en convergentie naar de top.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

Deze beleids optie heeft niet direct invloed op de toegankelijkheid van de zorg, in die zin dat er niets verandert aan de aanspraken.

Wel is het zo dat een handzame plek voor patiënten om kwaliteits- en uitkomstinformatie de weg van patiënten door het zorglandschap kan vergemakkelijken.

Kwaliteit

De kwaliteit wordt verbeterd. Door meer inzicht in kwaliteit en zorguitkomsten kunnen professionals zich verbeteren, kunnen patiënten beter meebeslissen over welke behandeling het best bij hun situatie past en kunnen patiënten en zorginkopers de verschillende zorgaanbieders vergelijken en de beste kiezen. Dit stimuleert zorgaanbieders om meer patiënten aan te trekken door betere zorg te leveren.

Betaalbaarheid:

De betaalbaarheid wordt bevorderd. Door meer inzicht in kwaliteit en zorguitkomsten kan de zorginkoper gerichter afspraken maken over organisatie van zorg op basis van uitkomsten inclusief de beloning daarvan. Dit stimuleert zorgaanbieders om meer te letten op zorguitkomsten. Dit kan onnodige zorg beperken en meer aandacht voor preventie en het voorkomen van zorgvraag.

Administratieve lasten zullen dalen als er een eenduidig ICT-systeem is dat automatisch de informatie uit het Elektronisch Patiënten Dossier/ Ziekenhuis Informatie Systeem genereert.

⁵⁷ In Duitsland en het Verenigd Koninkrijk bestaat een dergelijke initiatief, respectievelijk *Faktencheck Gesundheit* en *Rightcare*.

Uitvoering

Uitvoerbaarheid:

- Het streven moeten zijn om kwaliteitsindicatoren zoveel mogelijk te laten aansluiten op bestaande (internationale) standaarden, zoals "*International Consortium for Health Outcomes Measurement*".
- De uitvoeringslast die samenhangt met het verbreden en verzamelen van uitkomst informatie en de centrale vindplaats hangt samen met de vorm die wordt gekozen. Een laagdrempelige variant, waarbij enkel bestaande data wordt gebruikt is relatief eenvoudig uit te voeren, maar vergt wel middelen voor de uitvoerder.

Juridisch:

- Deze maatregel is mede afhankelijk van het invoeren van een landelijke verplichting voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om een nader aan te wijzen landelijke ICT-voorziening voor gegevensuitwisseling toe te passen (zie maatregel *Betere informatiedeling tussen zorgverleners*).

Praktijkimpact:

- Transparantie over de kwaliteit van behandelingen bij verschillende aanbieders maakt het voor patiënten mogelijk om betere, geïnformeerde keuzes te maken.
- Via informatie over de kwaliteit van behandelingen wordt bovendien druk uitgeoefend op aanbieders om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het vergroot immers de mogelijkheden van zorgverleners die betere zorg leveren om meer patiënten aan te trekken.

Beleids optie 2: Informatie tussen zorgverleners en informatie voor patiënten

Omschrijving

Context

- Zorgverleners zijn veel tijd met het verkrijgen van de juiste informatie om de juiste zorg te leveren. Dat komt deels door juridische voorwaarden en deels door technische beperkingen.
- De juridische beperking is gelegen in het feit dat zorgverleners zijn gehouden voor goede zorg alle relevante beschikbare informatie tot zich te nemen, maar dat de zorgverlener die dit zonder toestemming van de betrokken patiënt uit een vorige behandelrelatie meldt het beroepsgeheim doorbreekt.
- De technische beperking is gelegen in het feit dat er in Nederland geen interoperabele infrastructuur is waardoor informatie technisch en in eenheid van taal kan stromen tussen zorgaanbieders
- Onderdeel van deze aanpak is het veilig en binnen de waarborgen van onder meer privacy beschikbaar krijgen van inzicht waar informatie beschikbaar is over een persoon om dit te kunnen betrekken bij de behandeling
- Onderdeel van deze aanpak is ook het beschikbaar krijgen van een actuele set aan basisgegevens van een patiënt en geverifieerd met de patiënt waarvan de huisarts de hoeder is en die in PGO's beschikbaar is voor de patiënt (ook om te delen met zorgverleners).
- Op dit moment is er een tijdelijke financieringsregeling voor de leveranciers van PGO's.
- Er is een wettelijke verplichting voor zorgaanbieders om vanaf juli 2020 aan hun patiënten digitaal gegevens te kunnen verstrekken. Vanaf oktober 2019 kiezen Nederlanders hun eigen PGO (aangeboden door meerdere private partijen). Naast beschikking over data wordt de service geïntegreerd in een omgeving waarin ook e-consult, e-afspraak en e-recept mogelijk is. Tevens stelt het de patiënt in staat informatie sturen naar de arts, bv. Thuismetingen.

Maatregel

- De maatregel is dat aansluiting op PGO wordt bewerkstelligd door ontsluiting van alle beschikbare gezondheidsinformatie van patiënten via de centrale ICT-infrastructuur.
- Om dit te realiseren is het nodig om als maatregel een landelijke verplichting in te voeren voor zorgaanbieders om een nader aan te wijzen landelijke ICT-infrastructuur voor gegevensuitwisseling toe te passen bestaande uit meerdere daartoe aan te wijzen en te realiseren componenten.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

- Deze maatregel leidt naar verwachting tot meer tijd voor zorgverlening omdat er nu tijd verloren gaat met het opvragen van patiëntgegevens.

Kwaliteit

- Verbeterde beschikbaarheid van medische gegevens leidt –met name in kritieke hulpverleningssituaties- tot verbeterde behandelkeuzes en gezondheidsuitkomsten. Deze maatregel draagt daarom bij aan het terugdringen van vermijdbare gezondheidsschade en sterfte.

Betaalbaarheid:

- De betaalbaarheid wordt bevorderd. Betere beschikbaarheid van informatie leidt tot betere kwaliteit van zorg en lagere zorguitgaven door het voorkomen van onnodige of onjuiste behandelingen.
- Het terugdringen van het aantal systemen voor gegevensuitwisseling leidt tot algemene efficiëntievoordelen.

Uitvoering

- De juridische maatregel is het aanpassen van de WGBO opdat zorgverleners betrokken in eerdere behandelrelaties gegevens met zorgverleners in een huidige behandelrelatie kunnen delen, zonder aanvullende toestemming De waarborg hierbij is een technische, namelijk dat patiënten altijd kunnen inzien wie wat over hen heeft uitgewisseld.
- Door de aanpassing van de WGBO is geen expliciete opt-in noodzakelijk voor die informatie die professionals noodzakelijk achten voor goede zorg. Bijvoorbeeld: een radiologisch beeld uit het verleden dat noodzakelijk is voor een actuele behandeling mag worden uitgewisseld zonder uitdrukkelijke toestemming. De burger kan uitwisseling van persoonlijke informatie wel weigeren en dit aangeven bij de zorgverlener die over informatie beschikt die dan niet mag worden verstrekt (opt-out).
- Het maken van afspraken over standaardisatie, eenheid van taal en dergelijke zijn nodig om gegevens betekenisvol te kunnen uitwisselen. Dat geldt voor het huidige beleid en verandert niet met het instellen van een verplicht ICT-systeem.
- Onduidelijk is hoeveel burgers instemmen met uitwisseling van gegevens.
- De totale implementatietermijn bedraagt hiermee meer dan 6 jaar (nieuwe ICT, standaarden bepalen, implementatie, etc.).
- Een wetwijziging is nodig, met aandacht voor noodzakelijkheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Tevens zijn er aandachtspunten rondom onder meer het medisch beroepsgeheim (privacy).
- Impact op de praktijk:
- Invoering nieuwe ICT-systemen.
- Zorgaanbieders moeten hun werkwijzen en processen aanpassen.
- Of de maatregel het doel 'Betere beschikbaarheid van informatie leidt tot betere kwaliteit van zorg en lagere zorguitgaven' beter en sneller bewerkstelligt dan huidig beleid is onbekend en niet in te schatten.
- Burgers moeten instemmen met de gegevensuitwisseling.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
PGO	395	36	36	36	36	36

Incidentele en structurele uitgaven⁵⁸:

- Aansluiting van bestaande bronsystemen (bij zorgaanbieders) op de landelijke voorziening bij acht functionaliteiten zijn €90 tot €180 miljoen. Aanpassing werkwijzen en processen van zorgaanbieders kost €115 tot €195 miljoen. Het opleiden van zorgpersoneel in het werken met de nieuwe faciliteiten kost €70 tot €130 miljoen. Hiermee bedragen de totale implementatie-kosten €280 tot €505 miljoen (gemiddeld €392,50 miljoen). Deze kosten inschatting gaat uit van acht functionaliteiten. De aansluiting van wijkverpleging en paramedici maakt geen onderdeel uit van deze kostenraming.
- Onderhoud voorziening voor gegevensuitwisseling wordt geschat op 30 miljoen euro. Per saldo leidt deze maatregel dus tot een kostentoeename van (afgerond) €30 miljoen.
- Structurele kosten PGO worden geschat op €6 miljoen.

Structurele opbrengsten

- Of de maatregel beter dan huidig beleid resulteert in een (nagenoeg) volledige dekking van informatie-uitwisseling is onbekend. Dit hangt onder meer af van de toestemming die burgers geven voor het delen van informatie.
- Of de maatregel het doel 'Betere beschikbaarheid van informatie leidt tot betere kwaliteit van zorg en lagere zorguitgaven' beter en sneller bewerkstelligt dan huidig beleid is eveneens

⁵⁸ Gupta Strategist (2017), *Waardegedreven inkoop*

onbekend en niet in te schatten. In beide gevallen is dit onder meer afhankelijk van het gebruik van de beschikbare data door zorgverleners en burgers.

- Wel resulteert de maatregel in de reductie van de (door) ontwikkeling van PGO's door private partijen.

Beleids optie 3: Eén centraal loket voor hulpmiddelen

Omschrijving

Context

- Doordat de aanspraak en vergoeding van extramurale hulpmiddelen over verschillende regelingen is verdeeld (Wmo 2015, Zvw, Wlz en/of Wia, Wajong en WOOZ) moet een gebruiker of zijn zorgverlener vaak bij verschillende instanties zijn en wordt men vaak “van het kastje naar de muur” gestuurd.
- Dit leidt tot onnodige vertraging bij gebruikers en (mantel)zorgverleners. Soms is niet duidelijk voor wélk hulpmiddel men bij wélke instantie moet zijn..
- De grootste onduidelijkheden over waar iemand terecht kunt, doen zich voor bij hulpmiddelen voor thuiswonenden. Deze hulpmiddelen worden momenteel verstrekt op grond van de Wmo en de Zvw. Hulpmiddelen voor jeugdigen en Wlz-cliënten die thuis wonen, worden namelijk ook verstrekt op grond van de Wmo.

Maatregel

- Voorgestelde beleids optie is om de extramurale hulpmiddelen voor thuiswonenden verstrekt uit de Wmo (dit is dus incl. hulpmiddelen voor thuiswonende Wlz- en JW-cliënten) naar de Zvw over te hevelen. Dit zorgt voor een duidelijker, eenduidiger en transparanter aanvraagproces voor hulpmiddelen voor mensen die thuis wonen. Door deze maatregel hoeft de gebruiker die thuis woont alleen bij zijn zorgverzekeraar zijn.
- Een aanpalend traject is gaande bij de Wlz. Ook hier wordt verkend in hoeverre hulpmiddelen voor cliënten in een Wlz-zorginstelling kunnen worden verstrekt vanuit de Wlz in plaats van andere regelingen. Vanaf 1 januari 2020 is al geregeld dat alle cliënten in een Wlz-zorginstelling hun roerende voorzieningen bij de zorgverlening en het wonen (zoals een tillift) en hun mobiliteitshulpmiddelen (zoals een rolstoel) uit de Wlz krijgen. Er wordt nu ook verkend in hoeverre de persoonsgebonden hulpmiddelen (zoals verzorgingshulpmiddelen, orthesen etc.) via de Wlz kunnen worden verstrekt. De twee trajecten zorgen gezamenlijk voor een duidelijkere en centralere vergoeding van hulpmiddelen.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

- Door één centraal loket voor hulpmiddelen voor thuiswonenden bij de Zvw te beleggen, wordt gezorgd voor een duidelijker aanvraagtraject. Daarnaast is de toegankelijkheid sneller, doordat men direct bij het juiste loket is. Hulpmiddelengebruikers en betrokken instanties ervaren minder lasten doordat hulpmiddelen bij de zorgverzekeraar kunnen worden aangevraagd.

Kwaliteit

- Deze maatregel heeft naar verwachting een positief effect op de kwaliteit van hulpmiddelenzorg daar waar sprake is van een complexe ondersteuningsvraag. Bij een complexe ondersteuningsvraag (waarbij bijvoorbeeld momenteel een robotarm op een rolstoel vanuit de Zvw wordt geleverd en de rolstoel zelf vanuit de Wmo) krijgt de zorgverzekeraar een beter overzicht als eindverantwoordelijke partij...

Betaalbaarheid:

- Deze maatregel heeft naar verwachting een beperkt positief effect op de betaalbaarheid. Het is de verwachting dat zorgverzekeraars in het algemeen betere prijsafspraken kunnen maken dan gemeenten. Dit door de grotere inkoopmacht: hogere volumes en meer inkoopervaring. Het is echter ook bekend dat de huidige contracten tussen gemeenten en

hulpmiddelenleveranciers weinig tot geen winstmarges bevatten voor de hulpmiddelenleveranciers.

Uitvoering

Uitvoerbaarheid

- Het goed uitvoeren van een dergelijke overheveling vergt nauwe betrokkenheid en samenwerking van een groot aantal partijen (cliënt- en patiëntenverenigingen, gemeenten, de VNG, zorgverzekeraars, ZN, hulpmiddelenleveranciers, Firevaned (branchevereniging voor hulpmiddelenleveranciers en fabrikanten) en het ministerie van VWS). Voor cliënten die thuis wonen is een dergelijke vereenvoudiging wenselijk omdat zij zich maar tot één partij hoeven te wenden. Leveranciers zijn mogelijk ook positief omdat zij door deze maatregel met minder partijen te maken krijgen (niet meer met alle individuele gemeenten).
- Uitgangspunt is dat hulpmiddeleengebruikers zo min mogelijk van de verschuiving merken en hun eigen hulpmiddelen kunnen behouden. Over bestaande contracten dienen afspraken te worden gemaakt met betrokken partijen. Bij de al in gang zijnde verkenning van de Wlz hulpmiddelen kan ervaring worden opgedaan met samenwerking met gemeenten op dit gebied.
- Overheveling van de Wmo-hulpmiddelen naar de Zvw vereist een wetswijziging (Wmo, Zvw, Wlz en Jeugdwet).
- De vereenvoudiging leidt tot verschuivingen van financiële middelen tussen de domeinen. Hiervoor zal met de betrokken partijen nadere afspraken moeten worden gemaakt.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Eén centraal loket voor hulpmiddelen	0	0	0	0	0	0

De uitgaven aan hulpmiddelen op grond van de Wmo worden niet centraal bijgehouden. Volgens een raming van de branchevereniging van hulpmiddelenleveranciers en fabrikanten (Firevaned) gaat het om circa € 275 miljoen per jaar. De verwachting is dat een eventuele besparing beperkt zal zijn, aangezien nu al gemeenten een sterke besparingsprikkel hebben.

Beleids optie 4: Versterken Onderzoek en evaluatie naar de Meerwaarde van Zorg

Omschrijving

Context

- Van het grootste deel van de zorg nog niet bekend is of deze (kosten)effectief is. Onderzoek naar behandelingen, geneesmiddelen, diagnostiek en technologie helpt om beter inzicht te krijgen over welke zorg bewezen (kosten)effectief is en welke niet.
- Veel van de huidige financiering voor evaluatie van zorg is projectmatig en incidenteel, terwijl de financiering van zorg momenteel nog uitsluitend gebaseerd is op productie. Om evaluatie van zorg tot een standaard onderdeel van het zorgproces te laten worden, is ook structurele financiering en structurele infrastructuur nodig.
- Het is van belang dat zorg en onderzoek samengebracht wordt zodat de uitkomsten uit het evaluatieonderzoek ook in de praktijk geïmplementeerd worden, bijvoorbeeld door herstructurering van onderzoeksmiddelen, maar ook door systeembelemmingen en drempels voor medisch onderzoek in wet- en regelgeving te verlagen.
- Er worden twee maatregelen in dit fiche uitgewerkt:
 - A. Grootschalig evaluatieonderzoek
 - B. Onderzoeksplicht

A. Grootschalig evaluatieonderzoek

- De maatregel betreft het structureel uitvoeren van grootschalig evaluatieonderzoek.
- Dit vergt aanvullende middelen (structureel jaarlijks €90 miljoen) en centrale sturing. Het Zorginstituut krijgt de regie over het proces om samen met het veld te bepalen welk onderzoek noodzakelijk is voor effectief beheer van het basispakket. Vervolgens wordt de praktische coördinatie van de uitvoering en begeleiding van het onderzoek belegd bij ZonMw.
- Het Zorginstituut en ZonMw zijn afhankelijk van veldpartijen voor het uitvoeren van onderzoek en het verzamelen van gegevens voor het evalueren van zorg. Om onderzoek en zorg beter samen te brengen en de implementatie van onderzoek in de praktijk te bevorderen wordt een eenvoudiger vorm van onderzoeksfinanciering uitgewerkt, zoals het creëren van een onderzoeksprestatie, basisfinanciering voor evaluatieonderzoek per ziekenhuis in plaats van per project of beloning van implementatie.

B. Onderzoeksplicht

- Een verdergaande maatregel betreft de invoering van een onderzoeksplicht voor de effectiviteit van zorg. Zorg waarvan de meerwaarde nog niet bekend is wordt alleen vergoed als het onderdeel uitmaakt van evaluatieonderzoek.
- Deze onderzoeksplicht wordt risicogericht toegepast en geldt zowel voor nieuw instromende zorg als voor bestaande zorg. Hiermee stelt de overheid verplicht dat deze zorg alleen geleverd en vergoed mag worden als het onderdeel is van een evaluatieonderzoek.
- Het Zorginstituut stelt vooraf in overleg met alle partijen normen vast met betrekking tot de gewenste klinisch relevante uitkomsten (mate van effectiviteit) van het onderzoek. Op basis van deze vooraf vastgestelde uitkomsten doet het Zorginstituut na afronding van het evaluatieonderzoek een uitspraak of de onderzochte zorg wel of niet van bewezen meerwaarde is en dus wel of niet deel uitmaakt van het basispakket.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

- Het intensiveren en inbedden van evaluatieonderzoek in de reguliere zorgpraktijk heeft geen direct effect op de toegankelijkheid. Immers, reguliere behandelingen worden in de reguliere zorgpraktijk geëvalueerd. Voor patiënten zal dit betekenen dat zij voor een behandeling van een aandoening nog steeds gebruik kunnen maken van een behandeling, maar dat hier een onderzoekscomponent aan toegevoegd wordt. Wel vergt deze maatregel de bereidheid van patiënten om hieraan mee te werken.

- Op de lange termijn zal het juist een positief effect hebben op de toegankelijkheid omdat met de implementatie van opgedane kennis alle patiënten toegang hebben tot even kwalitatief hoogwaardige zorg en dat minder goede zorg in de praktijk verdwijnt.
- Behandelingen die na evaluatie niet blijken te voldoen aan de vooraf vastgestelde uitkomsten zullen niet meer toegankelijk zijn voor patiënten.

Kwaliteit:

- Met de onderzoeksplicht komt er een prikkel om tot feitelijke kennis over de kwaliteit van de zorg die in de praktijk wordt geleverd te komen. Meer zorg zal onderzocht gaan worden op meerwaarde. De overheid krijgt meer grip op de inhoud én de kwaliteit van het basispakket. Voor veldpartijen worden hierdoor spelregels, rollen en processen duidelijk en werken zij zelf gefocust aan de kwaliteit van zorg.
- Door zorg continu te evalueren en continu de vraag te blijven stellen wat de beste zorg voor een bepaalde aandoening is, verbetert de kwaliteit van zorg en wordt er ook gewerkt aan niet gewenste variatie van zorg.
- Het instellen van een risicogerichte onderzoeksplicht voor behandelingen waarvan nog niet voldoende bekend is of het van meerwaarde is voor de patiënt verzekert bovendien dat binnen relatief korte termijn inzicht verkregen wordt over de effectiviteit van behandelingen.

Betaalbaarheid

- Naast een positief effect op de kwaliteit van zorg, zal meer duidelijkheid over de effectiviteit van behandelingen bij kunnen dragen aan de betaalbaarheid, omdat betere keuzes over de juiste zorg gemaakt worden.
- In eerste instantie zal onderzoek additionele middelen vergen. Op lange termijn staat hier bij adequate inbedding in de praktijk baten tegenover (zie fiches "toets (kosten)effectiviteit, "toetsing richtlijnen" en "gepast gebruik").

Uitvoering

A. Intensivering onderzoek naar nieuwe en bestaande zorg

- In het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik wordt een stap gezet in de richting van continue zorgevaluatie en implementatie in de praktijk. Er is decennia ervaring met het doen van het type onderzoek dat hiervoor nodig is. Ook juridisch zijn er geen onoverkomelijke belemmeringen die de uitvoering in de weg staan.
- Het volledig onderzoeken van het basispakket op (kosten)effectiviteit vergt tien tot twintig jaar. Het ligt in de rede om te beginnen met behandelingen met grote maatschappelijke impact en groot budgettair beslag. Het evaluatieonderzoek zal bovendien niet ophouden, omdat er continue nieuwe zorg wordt ontwikkeld en bestaande zorg voor andere indicaties wordt ingezet (dit vraagt dus om structurele inbedding in het zorgsysteem).
- Het onderzoeken van effectiviteit op korte termijn van een behandeling duurt gemiddeld vier jaar. Het veld zal in korte tijd in staat moeten worden gesteld om op grotere schaal onderzoek naar (kosten)effectiviteit uit te voeren.
- Om op grotere schaal onderzoek naar bestaande zorg mogelijk te maken is het nodig om te onderzoeken of de wet- en regelgeving ten aanzien van onderzoek op onderdelen kan worden versoepeld. De kwaliteitseisen ten aanzien van onderzoek naar bestaande zorg liggen namelijk op hetzelfde niveau als onderzoek naar nieuwe, experimentele en nog niet toegepaste behandelingen.

B. Onderzoeksplicht

- De verdergaande beleidsoptie, het introduceren van een (risicogerichte) onderzoeksplicht, is lastiger uitvoerbaar. Dat ligt met name op praktisch vlak. Juridisch gezien is de benodigde bepaling reeds opgenomen in het Besluit zorgverzekeringen. Praktisch betekent deze maatregel dat er strenger wordt toegezien en getoetst dat zorg enkel kan worden vergoed, indien er onderzoek naar de effectiviteit loopt.

- Tijdens de periode van voorwaardelijke toelating wordt onderzoek uitgevoerd met als doel om voldoende gegevens te verzamelen over de effectiviteit van de interventie. Op basis van die gegevens kan na afloop van de periode van voorwaardelijke toelating de beslissing worden genomen of de interventie voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.
- De Voorwaardelijke Toelating is in de periode 2012-2019 matig uitvoerbaar gebleken en sorteerde niet het gewenste effect, met name omdat partijen onvoldoende belang hadden om voorstellen in te dienen voor dit instrument. Bij invoering van deze maatregel zal goed naar de geleerde lessen van de Voorwaardelijke Toelating gekeken moeten worden. Belangrijkste aandachtspunt is dat de voorwaardelijke toelating destijds enkel op nieuwe zorg gericht was, het grootschalig evalueren van bestaande zorg via de voorwaardelijke toelating is nog niet eerder gedaan.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Intensivering evaluatie van de meerwaarde van zorg	90	90	90	90	90	90
Onderzoeksplicht	-	-	-	-	-	-

- Er zijn momenteel zo'n duizend openstaande kennisvragen.
- Onderzoek naar de meerwaarde van zorg vergt in eerste instantie structurele investeringen. Deze middelen zijn bedoeld voor:
 - het structureel evalueren van de (medisch specialistische) zorg om effectiviteit en kosteneffectiviteit aan te tonen;
 - financiering structureel, projectmatige financiering met gefinancierde tijd voor de uitvoer, financiering voor algemene ondersteuning en decentrale (infra) structuur per deelnemend ziekenhuis;
 - dit vereist herstructurering alle onderzoeksmiddelen en verlagen van systeembelemmingen en drempels (wet- en regelgeving).
- Op basis van een inschatting van 50 onderzoeken per jaar is jaarlijks circa €90 miljoen benodigd. Het Zorginstituut wordt als regisseur verantwoordelijk voor het proces om samen met het veld tot adequate besteding van dit budget te komen, waarbij de uitvoering en begeleiding van het onderzoek kan worden belegd bij ZonMw.
- Onderstaande tabel geeft een gedetailleerde inschatting van de opbouw van deze kosten.

Tabel: Specificatie kosten onderzoek (x 1000 euro)

Element	Studie	Algemeen	Totaal 50 Studies per jaar
Projectleider	100		5.000
Senior onderzoeker	173		8.650
Arts-onderzoeker	312		15.600
Methodoloog	43		2.150
Geneesmiddelen/apparatuur	30		1.500
METC	6		300
Trialbureau	135		6.750
ZonMw		1200	1.200
Research-medewerkers		30.800	30.800
Counselling		4200	4.200
Overige kosten/Overheid 20%			12.440
Totaal			88.590

- Voor de onderzoeksplicht geldt dat deze naar verwachting een besparingseffect heeft. Het is echter lastig in te schatten wat de omvang hiervan is en op welk moment de besparing zal materialiseren.

Beleids optie 5: Opzetten Horizonscan en sluis voor medische technologie

Omschrijving

Context

- Jaarlijks wordt binnen de Zvw rond de € 2,5 miljard aan intramurale medische technologie en rond de € 1,5 miljard aan extramurale hulpmiddelen uitgegeven.
- Gezien deze hoge uitgaven, kan het instellen van een sluis voor medische technologie interessant zijn. Met een sluis wordt bedoeld: het buiten het verzekerde pakket houden of gereguleerd laten instromen van een hulpmiddel of technologie die aan specifieke criteria voldoet (bijvoorbeeld hoge macrokosten).
- Bij de introductie van geneesmiddelen is in de regel zicht wat er de komende jaren aankomt, ook omdat er de afgelopen jaren veel is geïnvesteerd in dit zichtbaar maken. Voor medische technologie is hierop veel minder zicht en is het ontwikkelproces van product naar pakkettoelating minder inzichtelijk.
- Het is van belang dat in een vroeger stadium een beeld ontstaat welke innovaties op het pakket afkomen en wat van deze innovaties de verwachte meerwaarde en kosten zijn.

Maatregel

A. Opzetten horizonscanning voor medische technologie

- Het Zorginstituut krijgt, net zoals bij geneesmiddelen het geval is, expliciet mandaat, middelen en capaciteit om toekomstige innovaties via horizonscanning in kaart te brengen en te duiden.

B. Introductie sluis voor medische technologie

- Met behulp van de Horizonscan is al vroegtijdig bekend welke nieuwe technologieën op de markt verwacht worden en mogelijk het verzekerde pakket kunnen instromen. De minister van VWS plaatst de nieuwe technologie in een sluis en gaat prijsonderhandelingen aan met de fabrikanten van deze nieuwe medische technologie voordat ze in het verzekerde pakket komen.
- Dit vindt vanzelfsprekend pas plaats nadat ook de effectiviteit, veiligheid en van de medische technologie bewezen is (zie ook fiche "toets (kosten)effectiviteit").

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid:

- Dankzij een Horizonscan MedTech kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars – en andere relevante partijen – zich goed voorbereiden op de komst van bepaalde nieuwe technologieën of hulpmiddelen.
- Doordat al bekend is, welke ontwikkelingen er zijn en welke technologie wanneer op de markt gaat komen, kan zorg efficiënt(er) ingekocht en ook ingericht worden. Dit draagt bij aan snellere toegankelijkheid van (nieuwe) zorg. Hetzelfde geldt ook voor de kwaliteit van zorg; hoe sneller nieuwe technologie met bewezen meerwaarde bij de patiënt kan komen, hoe beter.
- Het instellen van een sluis voor medische technologie kan de toegankelijkheid voor patiënten enigszins vertragen: nadat de effectiviteit bekend is zal onderhandeld worden met de fabrikant voordat het nieuwe hulpmiddel of de nieuwe technologie het pakket instroomt en het vergoed wordt. Daarnaast geldt dat – wanneer de onderhandelingen niet succesvol zijn – de nieuwe technologie niet vergoed zal worden.

Kwaliteit:

- Wanneer nieuwe technologie bewezen meerwaarde heeft voor de patiënt, maar door het instellen van een sluis niet of later verzekerde zorg wordt, komen kwaliteitsverbetering later tot stand.

- Een horizonscan heeft echter vooral positieve effect op de kwaliteit van zorg. Gebruik van medische technologie waarvan de effectiviteit niet is aangetoond gaat gepaard met risico's voor de patiënt.
- Door het opzetten van een Horizonscan MedTech is het ook mogelijk om VWS-beleid meer toekomstbestendig te maken. Binnen VWS zou bijvoorbeeld een werkgroep kunnen volgen of er binnen de Horizonscan nog technologieën missen, waar wel vraag naar is; bijvoorbeeld voor de groeiende groep patiënten met dementie. In dergelijke gevallen zouden subsidies voor onderzoek verstrekt kunnen worden om onderzoek daarnaar te bevorderen.

Betaalbaarheid:

- Het opzetten van een sluis voor medische technologie zou een positieve bijdrage kunnen leveren aan de betaalbaarheid van de zorg. Medische hulpmiddelen die onder de aanspraak hulpmiddelenzorg vallen of medische technologieën die intramuraal (in het ziekenhuis) gebruikt worden, stromen op dit moment automatisch het pakket in wanneer zij voldoen aan de pakketcriteria. Dat geldt ook voor medische hulpmiddelen of technologieën met een potentieel groot kostenbeslag.
- Met behulp van een sluis kan eerst onderhandeld worden over een prijs door het Bureau Financiële Arrangements voordat deze middelen anders het pakket instromen.
- Dit kan worden onderbouwd aan de hand van een aantal casussen:
- De Flash Glucose Monitor die eind december voor een grote groep patiënten in het pakket is gekomen kost circa 100 miljoen per jaar. Gegeven de resultaten bij de prijsarrangements bij geneesmiddelen zou je kunnen veronderstellen dat de overheid ook meer korting kan bedingen bij bepaalde hulpmiddelen (vergeleken met het kortingspercentage dat verzekeraars weten te behalen). Stel dat de overheid op de FGM 10% tot 15% meer korting kan bedingen dan verzekeraars, dan komt in dit geval de besparing op € 10 miljoen tot € 15 miljoen.
- In aanvulling op kortingen door prijsonderhandeling stelt het CPB dat voor bepaalde technologie het uitstellen van een pakketbesluit op zichzelf kan leiden tot meer doelmatige uitkomsten. Dit heeft betrekking op nieuwe technologie waarvoor een omvangrijke investering nodig is die niet gemakkelijk kan worden teruggedraaid, maar waarvan de kosteneffectiviteit onduidelijk is, zoals Protontherapie en Da Vinci Robots.⁵⁹ Bij gepast gebruik afspraken over Da Vinci Robots had mogelijk € 30 miljoen aan investeringskosten en €3 miljoen aan jaarlijkse onderhoudskosten kunnen worden bespaard.⁶⁰ Een afslag van 10% op protontherapie zou neerkomen op ongeveer € 3,5 miljoen per jaar.⁶¹
- De effecten op betaalbaarheid zijn afhankelijk van de invulling van de sluiscriteria. Dit zou bijvoorbeeld kosteneffectiviteit kunnen zijn, maar ook macro-budgettair beslag kan een doorslaggevend criterium zijn; voor veel medische technologie geldt namelijk dat de prijs laag is, maar het volume (heel) hoog, of *vice versa*.

Uitvoering

A. Horizonscanning

- Vanaf mei 2022 is een Europese databank met medische hulpmiddelen beschikbaar. Deze databank geeft inzicht in de medische hulpmiddelen die op de Europese markt zijn, waarvoor een CE-certificaat is aangevraagd en waarvoor een klinisch onderzoek is aangevraagd. Het ligt voor de hand om voor de horizonscan gebruik te maken van de informatie die in Eudamed beschikbaar komt. Dit houdt in dat een volledige horizonscan pas vanaf de tweede helft van 2022 volledig te realiseren is.

⁵⁹ CPB (2017), *Policy Brief 2017/06 (De introductie van dure technologie in de zorg)*

⁶⁰ Uitgaand van 4 in plaats 21 centra zoals genoemd in de CPB Policy Brief 2017/06. Investerings- en onderhoudskosten zoals genoemd door de Algemene Rekenkamer in 2015,

⁶¹ Uitgaand van 1600 patiënten per jaar (nationale capaciteit volgens UMCG website) en kosten per bestraling van rond de € 22.500 (volgens Volkskrant 2019; [link](#)).

- Een alternatief is dat alle nieuwe medische behandelingen en technologieën door zorgaanbieders en leveranciers verplicht moeten worden aangemeld bij het Zorginstituut voordat ze voor vergoeding in aanmerking komen.

B. Sluis voor medische technologie

- Om een sluis te creëren moet het Besluit Zorgverzekering aangepast worden. Juridisch technisch is ook het mogelijk om bepaalde hulpmiddelen via de Regeling zorgverzekering van vergoeding uit te sluiten.
- De markt van de hulpmiddelen en medische technologie is wezenlijk anders dan die voor (dure) geneesmiddelen. Zo zijn er geen vaste afleverkanalen of centraal vastgestelde (cluster) prijzen en wordt er doorgaans onderhandeld over prijzen door zorgaanbieders en zorgverzekeraars met concurrenten (weinig marktfaalen). Het is belangrijk te voorkomen dat prijsonderhandelingen een averechts effect hebben, doordat de prikkel om het medisch hulpmiddel voor een lagere prijs aan te bieden verdwijnt. Mogelijk kan dit worden ondervangen door een kortere looptijd van prijsafspraken dan bij geneesmiddelen. Bij het opstellen van de wettelijke criteria voor een sluis zal daar rekening mee moeten worden gehouden.
- Bij het vormgeven van de sluis voor medische technologie moet rekening gehouden worden dat hulpmiddelen vaker voor grotere patiëntengroepen gebruikt worden en dat de kosten dus ook verspreid worden over een bredere populatie. Dit in tegenstelling tot de dure geneesmiddelen, waarbij een geneesmiddel direct toegewezen kan worden aan één patiënt. De instroomcriteria voor de sluis moeten hierop aangepast worden.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Beleidsoptie Horizonscan	5	5	5	5	5	5

- De kosten voor de Horizonscan geneesmiddelen bedragen € 5 miljoen per jaar. De inschatting is dat de Horizonscan hulpmiddelen ook ongeveer dat bedrag betreft.

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Beleidsoptie Sluis	0	0	-PM	-PM	-PM	-PM

- Het is lastig om de specifieke opbrengsten van een sluis voor hulpmiddelen en medische technologie zijn (op dit moment) niet goed in te schatten. Tegelijkertijd stelt het CPB op basis van een aantal kwalitatieve redenen dat er een budgettair effect valt te verwachten. Die verwachting kan worden geconcretiseerd aan de hand van een aantal aannames.
- Hiertoe kan gebruikt worden gemaakt van de budgettaire effecten van de sluis voor geneesmiddelen. Uit de meest recente rapportage financiële arrangementen voor 2018, komt deze besparing uit op 4-5% van de (gecorrigeerde) geneesmiddelenomzet. Wanneer dit wordt afgezet tegen een geschatte omzet van intramurale medische technologie in de medisch-specialistische zorg en het budgettair kader voor hulpmiddelenzorg resulteert dit in €200 miljoen op een totale omzet van €4-5 miljard. De markt van de hulpmiddelen en medische technologie is anders dan die voor (dure) geneesmiddelen. Vandaar dat een slag onder de arm wordt gehouden en een afslag van 50% wordt genomen.
- Op basis van deze conservatieve schatting zou dit een besparing van €100 miljoen⁶² opleveren, waarvan vanzelfsprekend uitvoeringskosten nog moeten worden afgetrokken. De orde van grootte van dit bedrag wordt sluit aan bij de casussen die worden aangehaald onder het effect op betaalbaarheid.

⁶² De werkgroep vindt het verstandig om dit getal verder te valideren. De werkgroep ziet graag dat deze besparing in het ZiK-traject wordt onderzocht.

Beleids optie 6: Versterken toetsing van zorg op (kosten)effectiviteit

Omschrijving

Context

- Het doel van deze maatregel is om op grotere schaal het leveren van aantoonbaar goede en doelmatige zorg te stimuleren. De (kosten)effectiviteit van veel zorg uit het basispakket is momenteel niet aangetoond. Een consistente toets op (kosten)effectiviteit is noodzakelijk om te waarborgen dat enkel zorg wordt vergoed die aantoonbaar meerwaarde heeft voor de patiënt.
- Dit kan worden gerealiseerd op met twee verschillende beleidsopties:
 - A. Toets (kosten)effectiviteit
 - B. Toetsing (kwaliteits)richtlijnen
- Voor deze maatregelen geldt dat het uitbreiden van evaluatieonderzoek naar de meerwaarde van zorg (zie fiche Versterking evaluatie van meerwaarde van zorg) randvoorwaardelijk is.
- Deze maatregel heeft een grotere kans van slagen als bestaande systeemprikkels en het daarmee gepaard gaande gedrag worden bijgesteld. Meerdere systeemprikkels belemmeren momenteel goede gezamenlijke regie van zorgprofessionals, -bestuurders en -inkopers op het bereiken van een effectief basispakket en gepast gebruik. Te denken valt aan volumeprikkels (zoals niet in loondienst zijnde medisch specialisten), informatie-asymmetrie en andere belemmeringen voor zorginkopers om op kwaliteit en doelmatigheid in te kopen.

1. Versterking toetsing van zorg op aantoonbare meerwaarde

A. Toets (kosten)effectiviteit

- Er kunnen drie verschillende gradaties worden onderscheiden voor het toetsen van het basispakket:
 - 1. Intensivering risicogerichte toetsing op effectiviteit van zorg: het Zorginstituut intensiveert de risicogerichte toetsing van zorg op nieuwe en bestaande zorg en verdubbelt bijvoorbeeld het aantal pakketuitspraken van jaarlijks circa 75 naar 150. Dit vergt mogelijke een lichtere vorm van pakkettoetsing dan de huidige vorm.
 - 2. Ingroeimodel naar volledige pakkettoets: een verdergaande optie is dat het Zorginstituut op lange termijn (zie uitvoering) via een ingroeimodel van risicogerichte toetsing toegroeit naar een volledige pakkettoets op alle instromende en bestaande zorg.
 - 3. Toetsing kosteneffectiviteit: het Zorginstituut gaat (risicogericht) toetsen op kosteneffectiviteit, op basis van een QALY-norm. Het Zorginstituut krijgt de taak om alle zorg voorafgaand te toetsen op kosteneffectiviteit.

B. Versterking toetsing kwaliteitsstandaarden

- De maatregel is dat het Zorginstituut risicogericht kwaliteitsstandaarden gaat toetsen op bewezen effectiviteit van zorg die hierin is opgenomen.
- Het Zorginstituut heeft ervaring in het met veldpartijen vaststellen welke zorg van bewezen meerwaarde is (te denken valt aan de pakketduidingen en het programma in het kader van 'Zinnige Zorg').
- Binnen het Zorginstituut wordt een onderzoeksprogramma opgezet om kennis op te bouwen over de effectiviteit van (gedrags) interventies gericht op het keuzegedrag van zorgprofessionals, met als doel het opvolgen van richtlijnen door zorgprofessionals te bevorderen.
- Het ontwikkelproces van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden wordt nu uitgevoerd door het Kwaliteitsinstituut Medisch Specialisten (KIMS).
- Het Zorginstituut toetst bij alle tripartite kwaliteitsstandaarden die nieuw worden ingeschreven op bewezen effectiviteit.
- Dit vergt in de meeste gevallen een pakketuitspraak of een nieuwe of aangepaste interventie, zorgpad of diagnostische methode voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

- Alle reeds in het register ingeschreven kwaliteitsstandaarden worden binnen vier jaar doorgelicht op bewezen effectiviteit. Kwaliteitsstandaarden bevatten vaak tientallen, soms honderden, aanbevelingen over welke interventie/indicatiecombinatie op welk moment het beste kan worden ingezet.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Kwaliteit:

- Een toets op effectiviteit van zorg vergroot de kwaliteit van zorg, omdat het waarborgt dat de zorg die wordt geleverd van voldoende kwaliteit is. Voorwaarde is uiteraard dat de beroepsgroep de standaard heeft geïmplementeerd in de praktijk.
- Momenteel is deze garantie er niet, ook omdat van veel zorg de meerwaarde niet is aangetoond.
- Ongewenste praktijkvariatie neemt af.

Toegankelijkheid:

- Het bevorderen van kosteneffectiviteit levert op termijn de mogelijkheid om personeel op een andere manier in te zetten en om huidige en toekomstige personeelskrapte terug te dringen.
- Door zorg die niet van meerwaarde is terug te dringen is er minder personeel nodig, immers deze zorg wordt niet meer uitgevoerd. Dit biedt derhalve in breder perspectief een verbetering van de toekomstige toegankelijkheid tot zorg voor de Nederlander.
- Behandelingen die geen aantoonbare meerwaarde hebben zullen niet meer toegankelijk zijn.

Betaalbaarheid:

- Hoewel de optie ook een structurele investeringen in onderzoek en evaluatie vergt (zie fiche evaluatie), is de verwachting dat op termijn de besparingen de overhand krijgen.
- Er wordt immers in toenemende mate alleen nog maar bewezen effectieve en gepaste zorg geleverd en vergoed. Het schrappen van onnodige zorg gaat gepaard met een structurele besparing op zorguitgaven.

Uitvoering

1. Versterking toetsing van zorg op aantoonbare meerwaarde

Effectiviteit

- Gegeven de momenteel beperkte beschikbaarheid van wetenschappelijk bewijs over effectiviteit is het op korte termijn strikt beperken van het pakket tot alleen bewezen wetenschappelijke interventies niet uitvoerbaar. Patiënten zou zorg worden ontzegd die momenteel wel wordt geleverd, maar waarvan de effectiviteit weliswaar nog niet bewezen is maar dat mogelijk wel is. Deze behandeling kunnen dan niet meer worden toegepast.
- Het ingroeimodel naar de volledige pakkettoets vergt tien tot twintig jaar. Het is daarom nodig om deze maatregel geleidelijk in te voeren en de risicogerichte toetsing van het basispakket te intensiveren. Parallel hieraan is evaluatieonderzoek nodig om de effectiviteit van zorg te onderzoeken (zie fiche "evaluatie van zorg").
- Het invoeren van deze maatregel voor zowel nieuwe zorg die het pakket instroomt als ook bestaande zorg in het basispakket vergt een forse capaciteitsinzet van zowel het Zorginstituut als het medische veld.

Kosteneffectiviteit

- In geval van gebrek aan gezondheidseconomische gegevens is eerst aanvullend onderzoek naar de effectiviteit van zorg, voordat de kosten/QALY kan worden bepaald.
- Daarnaast heeft Zorginstituut eerder in rapporten aangegeven dat voor de meerderheid van behandelingen en interventies, afgezien van geneesmiddelen, nog geen kostengegevens beschikbaar zijn. Dit geldt voor 60-95% van de zorg volgens het Zorginstituut. Dit zorgt voor een hiaat in de noodzakelijke wetenschappelijke kennis.
- Investering in onderzoeksbudgetten voor kosteneffectiviteitsstudies is derhalve nodig om deze maatregel uit te voeren. Dit vergt uitbreiding van de capaciteit van het Zorginstituut.
- Bij de invoering van deze maatregel zijn verschillende mate van striktheid mogelijk, variërend van kosteneffectiviteit als indicatief criterium tot wettelijke verankering in de Zvw van een norm voor kosten per QALY. Dit laatste vergt een maatschappelijke keuze over hoeveel zorg van meerwaarde mag kosten.

- Bij de beoordeling van kosteneffectiviteit wordt – omwille van mogelijkheid om een indicatief budgettair effect in kaart te brengen ook uitgegaan van een vergaande variant: de invoering van een harde norm voor een behandeling van €70.000 per QALY. Er is gekozen voor de norm van €70.000 per QALY omdat het model dat gebruikt is voor de berekening geen besparing laat zien van een grens van bv €80.000 per QALY (de grens die momenteel al bij extramurale geneesmiddelen gebruikt wordt).

2. Versterking toetsing kwaliteitsstandaarden en richtlijnen

- De maatregel om het Zorginstituut alle nieuwe substantiële aanpassingen in kwaliteitsstandaarden en richtlijnen te laten toetsen is praktisch uitvoerbaar, maar vergt een forse capaciteitsuitbreiding gezien het grote aantal kwaliteitsstandaarden dat er is en dat met enige regelmaat wordt geactualiseerd.
- Deze optie zou kunnen worden gecombineerd met de optie *Toetsing op effectiviteit*.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Versterken toetsing van het pakket op effectiviteit via:	30	30	30	30	30	-470
(A) pakkettoets of (B) richtlijnen						
Introduceren QALY-norm	-	-	-	-	-	-128,7

Het is lastig de budgettaire effecten in kaart te brengen. Wel kan er een rudimentaire schatting worden gemaakt van het effect van een strenge toets op effectiviteit en/of kosteneffectiviteit. In beide gevallen geldt dat ook handhaving noodzakelijk is om het volledige besparingspotentieel te realiseren. In het fiche "Gepast gebruik" wordt hier nader op ingegaan.

1. Effectiviteit:

- In aanvulling op het lopende beleid voor gepaste zorg maakt de invoering van deze maatregel op de lange termijn (vele jaren) een substantiële structurele budgettaire verlaging haalbaar, omdat de pakketinstroom door meer risicogerichte toetsing wordt beperkt en omdat als gevolg daarvan niet effectieve zorg in mindere mate wordt toegepast, gedeclareerd en vergoed. De omvang van dit effect en (de omvang en duur van) de investeringen die daaraan vooraf gaan zullen nader moeten worden onderzocht. De berekening is derhalve conceptueel van aard.
- Deze berekening gaat uit van volledige toetsing van het basispakket op aantoonbare effectiviteit, waarbij in de aanloop hiernaar toe de risicogerichte pakkettoetsing geleidelijk wordt geïntensiveerd.
- Vertrekpunt van de berekening is de totale budgettaire omvang van de medisch specialistische zorg (circa €23 miljard). De breed gedeelde inschatting is dat van de zorg in het Zvw-pakket 50% nog niet bewezen effectief is, oftewel €11,5 miljard. Deze onderbouwing van de meerwaarde van deze zorg vergt derhalve nog evaluatieonderzoek.
- Vervolgens dient er rekening mee te worden gehouden dat ongeveer de helft van op effectiviteit en kosten onderzochte zorg geen gezondheidswinst en ook geen kostenbesparing laat zien. Dit betekent dat er een potentiële besparing is van €5,75 miljard.⁶³
- De evaluatie van het programma ZonMw-Doelmatigheidsonderzoek toont dat de vertaling van onderzoek naar effectiviteit naar opname in richtlijnen circa 30% is, oftewel €1,7 miljard.
- Daarbij dient opgemerkt te worden dat aanvankelijk in de eerste jaren na onderzoek richtlijnnaleving in begin op ongeveer 30% ligt, waarbij de naleving wel stijgt naar verloop van tijd.

⁶³ Uit analyse van ZonMw Programma DoelmatigheidsOnderzoek van 200 afgeronde onderzoeksprojecten, blijkt dat ongeveer de helft van de onderzoeken geen gezondheidswinst aantonen en geen kostenbesparing geven.

- Deze cijfers zijn bekend over de medisch-specialistische zorg. Ook in andere delen van de Zvw, alsmede elementen van de langdurige zorg, is momenteel geen zicht op de mate waarin de zorg effectief is. Er kan worden aangenomen dat de opbrengst in de praktijk hoger ligt.
- Ervan uitgaande dat over tien- tot tientallen jaren een substantieel van de zorg waarvan de effectiviteit nog onbekend is, is onderzocht, is geïmplementeerd in richtlijnen en wordt nageleefd in de spreekkamer, dan kan er op een termijn van tien- tot tientallen jaren worden uitgegaan van een jaarlijkse besparing van circa €500 miljoen.
- Belangrijke kanttekening hierbij is dat dit flankerend beleid vergt om te voorkomen dat deze besparingen worden opgevuld met andere zorgactiviteiten. De evaluatie van ZonMw DoelmatigheidsOnderzoek toont immers aan dat alle potentiële besparingen vervolgens weer zijn ingevuld met andere zorgactiviteiten. Ook vergt het behalen van een besparing daarnaast ten minste structurele investeringen in het evalueren van zorg, hiervoor is uitgegaan van gemiddeld €90 miljoen per jaar structureel (zie fiche zorgevaluatie). De opbrengst van dit fiche moet verminderd worden met de opbrengst aan het fiche zorgevaluatie.
- Ook is voor bredere toetsing aanvullende capaciteit bij het Zorginstituut nodig. Hiervoor wordt uitgegaan van €30 miljoen structureel.

2. Kosteneffectiviteit

- Voor het budgettaire effect van een toets op kosteneffectiviteit kan gebruik worden gemaakt van het model *POINT 1.0* van Radboud Universiteit, dat ziet op de verdringingseffecten van zorg.⁶⁴ Het model ziet zowel op nieuwe als bestaande zorg en de onderliggende data is uit 2014.
- De schatting van dit model is dat er aan de marge een QALY verdwijnt voor elke 73.600 besparing. Dit betreft waarschijnlijk een mengsel van kosten-ineffectieve zorg en kosteneffectieve zorg, met relatief meer van het eerste. Aangenomen wordt dat de opbrengst van dezelfde orde van grootte zal zijn als enkel kosten-ineffectieve zorg wegvalt.
- Uit dit model volgt dat een QALY-norm van 70.000 voor zowel nieuwe als bestaande zorg leidt tot een besparing van €1,043 miljard. Dit kan ook worden toegepast op andere onderdelen van de curatieve zorg. De volgende onderdelen hebben mogelijk potentieel: Multidisciplinaire hulpverlening (€668 miljoen), paramedische zorg (€820 miljoen), kraamzorg (€329 miljoen), geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf (€1174 miljoen), hulpmiddelen (€1679 miljoen), en de wijkverpleging (€4127 miljoen).
- Indien dit wordt geëxtrapoleerd naar deze onderdelen levert dit een besparing op van € 387 miljoen.
- De evaluatie van het programma ZonMw Doelmatigheidsonderzoek toont dat de vertaling van bevindingen naar effectiviteit naar opname in richtlijnen circa 30% is. Vervolgens ligt de richtlijnnaleving op circa 30%. Dit betekent dat de totale besparing neerkomt op €128,7 miljoen.
- Belangrijke kanttekening is dat er momenteel zeer weinig bekend is over de kosteneffectiviteit van bestaande behandeling.

⁶⁴ IQ Healthcare (2018), *Gebruikshandleiding Point 1.0*

Beleids optie 7: Versterken sturing/handhaving van gepast gebruik in basispakket

Omschrijving

Context

- Ongeacht de manier waarop het pakket wordt begrensd, kan de (publieke) handhaving van het pakketbeheer worden versterkt. Betere handhaving en controle van gepast gebruik heeft betrekking op:
- Het voorkomen dat behandelingen die geen deel uitmaken van het basispakket toch worden vergoed,
- Het verbeteren van de uitstroom van verouderde- en niet langer van meerwaarde zijnde zorg
- Het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie en indicatieverruiming.
- Uit verschillende analyses blijkt dat er in Nederland veel praktijkvariatie is. Het betreft vooral overproductie door onverklaarbare verschillen in behandeling bij vergelijkbare patiënten met vergelijkbare aandoeningen.
- Doordat in de richtlijnen vaak niet is opgenomen voor welke indicatiegebieden de zorg wel of niet van toepassing is, wordt ook zorg geleverd aan patiëntcategorieën waarvoor deze niet bewezen effectief is. Bovendien is voor de helft van hetgeen er in richtlijnen wordt geadviseerd nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs van meerwaarde voor de patiënt. Implementatie blijft vaak jaren achter door tegengestelde belangen, verouderde werkwijzen en gebrek aan de benodigde kennis- en implementatie infrastructuur. Voor verzekeraars is het veel werk om in individuele gevallen te bepalen of de aanbieder conform de richtlijn heeft gehandeld.
- De partijen uit het Hoofdlijnenakkoord MSZ werken sinds 2019 samen aan het bevorderen van gepast gebruik van zorg in het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). In dit programma wordt gewerkt aan een structurele verbetering van (implementatie van) gepast gebruik van zorg in de medisch-specialistische zorg.
- Om additionele maatregel succesvol in te kunnen voeren is parallel een structurele intensivering op het gebied evaluatieonderzoek noodzakelijk (zie hiervoor het fiche Intensivering zorgevaluatie).
- Voor een maximaal effect is het logisch als deze maatregel samen met de maatregelen, die in separate fiches zijn uitgewerkt, wordt genomen, zoals het toetsen van kosten(effectiviteit).
- Tot slot heeft deze maatregel enkel kans van slagen als bestaande systeemproblemen en het daarmee gepaard gaande gedrag worden bijgesteld. Meerdere systeemproblemen belemmeren momenteel goede gezamenlijke regie van zorgprofessionals, -bestuurders en -inkopers op het bereiken van een effectief basispakket en gepast gebruik. Te denken valt aan volumeproblemen, informatie-asymmetrie en andere belemmeringen voor zorginkopers om op kwaliteit en doelmatigheid in te kopen. Ten slotte is meer aandacht voor kostenbewustzijn in de opleiding van zorgprofessionals van belang.

Maatregel

A. Bevordering van gepast gebruik via spiegelinformatie

- De maatregel is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van spiegelinformatie en benchmarking actiever gaan sturen op gepast gebruik.
- Veldpartijen worden – conform de doelstellingen van het ZE&GG-programma – voorzien van informatie over welke zorg van meerwaarde is en welke zorgaanbieders wel en welke (nog) niet deze zorg toepassen (spiegelinformatie). Deze uniforme spiegelinformatie maakt het mogelijk voor alle veldpartijen om te sturen op kwaliteit en gepast gebruik.
- Het Zorginstituut stelt ten aanzien van richtlijnen en standaarden op risicogerichte basis redelijke behandelvolumes vast voor specifieke indicatiegebieden. Verzekeraars en de NZa kunnen op basis van spiegelinformatie de mate van gepast gebruik tussen zorgaanbieders onderling vergelijken. Dit maakt inzichtelijk of en waar er sprake is van praktijkvariatie: onverklaarbare over- of onderbehandeling.

- Beroepsverenigingen kunnen dit ook stimuleren via kwaliteitsvisitaties en zorgaanbieders kunnen dit doen met hun zorgprofessionals.
- Spiegelinformatie kan ook worden betrokken bij een eventuele Zorgatlas, waardoor sturing door verzekeren wordt gestimuleerd (zie het fiche 'Uitkomstinformatie').

B. Actualisatie van aanpassing en bevordering van naleving van richtlijnen

- De maatregel is dat vanuit VWS en het Zorginstituut richtlijnactualisatie- en naleving actiever wordt gestimuleerd, door meer sturing hierop via de bij ZonMw belegde Kwaliteitsgelden en door het intensiveren van de inzet en regie vanuit de Meerjarenagenda van het Zorginstituut
- Daarnaast wordt ook de mogelijkheid voor de overheid om in te grijpen versterkt, als blijkt dat partijen onvoldoende sturen op kwaliteit of onvoldoende kwaliteit leveren. De NZa toetst of zorgverzekeraars spiegelinformatie gebruiken voor sturing. De IGJ kan datzelfde doen voor de zorgaanbieders.
- Aanbieders die zich niet aanrichtlijnen of behandelbandbreedtes houden moeten dit specifiek – op basis van “*comply or explain*” – verantwoorden richting verzekeraars, om de zorg vergoed te krijgen. Hiervoor ontbreekt op dit moment de wettelijke basis. Als zij dit niet kunnen, wordt de zorg (deels) niet meer vergoed. De NZa ziet hierop toe bij hun onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de Zvw.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Kwaliteit:

- De kwaliteit verbeterd doordat inzichten over de kwaliteit van zorg sneller in de praktijk terecht komen.
- Momenteel is deze garantie er niet, ook omdat van veel zorg de meerwaarde niet is aangetoond.

Toegankelijkheid:

- Deze maatregel heeft geen direct effect op de toegankelijkheid van zorg. Het bevorderen van kosteneffectiviteit levert op termijn de mogelijkheid om personeel op een andere manier in te zetten en om huidige en toekomstige personeelskrapte terug te dringen.
- Door zorg die niet van meerwaarde is terug te dringen is er minder personeel nodig, immers deze zorg wordt niet meer uitgevoerd. Dit biedt derhalve in breder perspectief een verbetering van de toekomstige toegankelijkheid tot zorg voor de Nederlander.
- Zorg die als ongepast beoordeeld wordt zal niet meer toegankelijk zijn voor patiënten.

Betaalbaarheid:

- Hoewel de optie ook een structurele investeringen in onderzoek en evaluatie vergt (zie fiche evaluatie), is de verwachting dat op termijn de besparingen de overhand krijgen.
- Beroepsorganisaties en professionals kunnen de maatregel zien als aantasting van hun autonome afweging in de behandelkamer en zich er in de praktijk niet altijd aan conformeren.
- Door de beschikbaarheid van overzichten van ‘redelijke volumes’ van zorg kunnen zorgverzekeraars gerichter inkopen voor specifieke patiëntencategorieën en hebben zorgverzekeraars meer handvatten om zorg die niet gepast wordt gebruikt, niet meer te vergoeden.

Uitvoering

A. Spiegelinformatie

- Het Zorginstituut krijgt de taak om de richtlijnen aan te scherpen door het op risicogerichte basis opnemen van het indicatiegebied en het opnemen van verwachte ‘redelijke’ volumes/normen. Het Zorginstituut houdt toezicht op de totstandkoming van de richtlijnen en heeft doorzettingsmacht. De NZa controleert of zorgverzekeraars sturing op gepast gebruik hebben verankerd in hun werkwijze en zorginkoop.

- Het Zorginstituut krijgt een regierol over het proces van het genereren van spiegelinformatie en het proces om spiegelinformatie ter beschikking te stellen voor de maatschappij, aanbieders en verzekeraars
- Tevens krijgt het Zorginstituut een rol in het op risicogerichte basis vaststellen van redelijke volumes per indicatiegebied, zodat de NZa en zorgverzekeraars aanbieders hierop onderling kunnen vergelijken op (ongewenste) praktijkvariatie.
- De IGJ zal in haar reguliere kwaliteitstoezicht strenger toezien op naleving van richtlijnen in de zorgpraktijk. Bovendien neemt de IGJ over- en ondergebruik van zorg mee als indicator voor mogelijke risico's voor kwaliteit en veiligheid van zorg.
- In eerste instantie zijn zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars aan zet. Maar om vaart in het proces te houden is het van belang dat er consequenties zijn verbonden aan achteroverleunen door deze partijen. Er wordt gekozen voor een getrapte aanpak (spiegelen, leren en bij achterblijvende implementatie ingrijpen).

B. Actualisatie van aanpassing en bevordering van naleving van richtlijnen

- Ten aanzien bevordering van richtlijnactualisatie- in implementatie kunnen verschillende inspanningen worden ingezet of versterkt. De meerjarenagenda voor kwaliteitsstandaarden en indicatoren van het Zorginstituut kan optimaler benut worden door hierin op hoger detailniveau afspraken vast te leggen over de op te leveren producten.
- In komende Hoofdlijnenakkoorden kunnen afspraken gemaakt worden over de wijze waarop de verschillende beroepsgroepen hun kwaliteitsstandaarden/richtlijnen updaten. Hierbij kunnen *best practices* zoals het modulair updaten rondom geneesmiddelen en de structurele manier van werken van het Nederlands Huisartsengenootschap als voorbeeld dienen voor andere sectoren.
- In de HLA's kan naast afspraken over actualisatie ook aandacht besteed worden aan de implementatie van richtlijnen. Door richtlijnen na te leven en over- of onderbehandeling tegen te gaan kan een deel van de taakstelling ingeboekt worden.
- In de contractering door verzekeraars kan meer ingezet worden op het opvolgen en implementeren van richtlijnen. Meerjarige contractering biedt ruimte voor zorgaanbieders om hun organisatie aan te passen aan nieuwe/andere werkwijzen.
- In het horizontaal toezichttraject waarin NVZ, NFU en ZN Gepast Gebruik per 2020 implementeren in de MSZ, zullen beroepsgroepen/behandelaren de verleende zorg goed moeten kunnen onderbouwen. Richtlijnen spelen hier een belangrijke rol bij (mate van *evidence*).

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Bevorderen gepast gebruik en bevorderen richtlijnactualisatie/implementatie, indien in combinatie met: - toetsing effectiviteit - intensivering zorgevaluatie	30	30	30	30	30	-450

- De kwantificering is gebaseerd op het streven van de HLA-partijen in het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik om vanaf 2023 jaarlijks 80% van het afgeronde evaluatieonderzoek geïmplementeerd te krijgen. Met geïmplementeerd wordt bedoeld dat onderzoek is afgerond, is opgenomen in de richtlijnen en breed landelijk is ingebed in de praktijk.
- Omdat deze maatregel samen met de onderstaande maatregelen wordt genomen, wordt verondersteld dat er in veel hoger tempo informatie over effectiviteit van zorg bekend is, dat deze veel sneller en in hogere mate wordt opgenomen in richtlijnen en dat doorvertaling van richtlijnen naar de spreekkamer ook sneller verloopt dan nu.

- De aanname is dat met het actiever bevorderen van richtlijnactualisatie- en implementatie, de verhoging van de implementatie van richtlijnnaleving in 10 jaar oplopend kan worden verhoogt van 30% naar 40%. Door het bevorderen van gepast gebruik kan worden aangenomen dat de naleving van de richtlijnen ook van 30% naar 40% wordt verhoogd. Dat betekent dat deze maatregel, indien samen genomen met maatregelen die zien op meer onderzoek naar effectiviteit en toetsing van het pakket op termijn leidt tot een additionele jaarlijkse besparing van €450 miljoen of een totale bruto-besparing van €920 miljoen.
- Belangrijke kanttekening hierbij is dat deze maatregel flankerend beleid vergt om te voorkomen dat deze besparingen worden opgevuld met andere zorgactiviteiten. Dit flankerend beleid vergt naast het aanpassen van diverse systeemprikkels (zie hierover diverse fiche), aanvullend flankerend beleid op dit punt is ook de daling van het ziekenhuisbudget met dit bedrag, met als stok achter de deur het MBI. Uiteraard vergt ook deze maatregel tien tot tientallen jaren grondige evaluatie van zorg (zie fiche zorgevaluatie).
- Ook is voor de regierol van het Zorginstituut op spiegelinformatie en het vaststellen van redelijke volumes aanvullende capaciteit bij het Zorginstituut nodig. Hiervoor wordt uitgegaan van €30 miljoen structureel.

Beleids optie 8: Het recht op eenjarige polissen wordt verboden

Omschrijving

- Het recht om jaarlijks het verzekeringscontract op te zeggen wordt geschrapt. In plaats daarvan krijgen verzekerden de mogelijkheid om zich voor een, drie of vijf jaar vast te leggen. Verzekeraars krijgen de ruimte om de premie te differentiëren tussen verschillende polisduren. Voor elke polisduur geldt de acceptatieplicht.
- Deze maatregel beoogt de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars te vergroten bij het aangaan van meerjarige contracten met zorgaanbieders en investeringen van verzekeraars die tot een betere gezondheidsuitkomst van verzekerden leiden te stimuleren. Van belang is dat de zorgverzekeraar en de verzekerde aan het begin van de looptijd afspraken kunnen maken over de te betalen premie voor de gehele looptijd. Omdat er gedurende de looptijd van een meerjarige polis onvoorziene veranderingen kunnen plaatsvinden in de dekking door het basispakket of andere beleidsmatige randvoorwaarden, wordt bij deze wetswijziging voorzien in een methodiek waarmee de zorgverzekeraar de premie van een meerjarige polis gedurende de looptijd jaarlijks niet meer mag laten stijgen dan het gemiddelde van de 25% goedkoopste polissen.

Effecten op trilemma (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

- Het effect van afschaffen van het recht om jaarlijks op te zeggen op de toegankelijkheid van zorg is gering. Bij min of meer vergelijkbare markten, zoals schadeverzekering, energie en telecomcontracten, hebben verzekeraars de keuze uit verschillende contractduren. Meerjarige contracten zijn doorgaans goedkoper dan jaarlijks opzegbare contracten. In analogie van de zorgmarkt zou dit betekenen dat een verzekerde voor hetzelfde bedrag zich een polis zou kunnen permitteren met ruimere voorwaarden. Dit zou de toegankelijkheid van zorg vergroten. Daar staat tegenover dat de polis voor een aantal jaar vaststaat en dat de verzekerde geen mogelijkheid heeft om over te stappen, ook niet ingeval zijn zorgbehoefte onvoorziens verandert. Dit zou kunnen worden opgelost door het opnemen van een (redelijke) afkoopsom in het contract, zoals dit ook gebruikelijk is bij bijvoorbeeld autoleasecontracten.
- In principe heeft de consument het recht om de zorgverzekering op te zeggen als een wijziging van de voorwaarden ten nadele is van de verzekeringnemer. De term 'ten nadele van' is niet gedefinieerd. De verzekeraar is te allen tijde gebonden aan de wettelijke zorgplicht. Als de zorgverzekeraar bijvoorbeeld in jaar 2 een zorgaanbieder niet meer contracteert, kan dat nu worden geïnterpreteerd als een verslechtering van de voorwaarden. Er kan onderzocht worden of dit kan worden afgedekt in de polisvoorwaarden. De polishouder is zich dan van tevoren bewust dat welke aanbieders zijn gecontracteerd gedurende de looptijd van de polis kan veranderen. Dit vergt nader onderzoek.
- Uit een peiling van Motivaction in opdracht van de NZa bleek dat er een groep van ongeveer 40% is die interesse zou hebben in meerjarige polissen.⁶⁵

Kwaliteit

- Meerjarige polissen kunnen een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg. Door meerjarige polissen toe te staan verbetert de positie van verzekeraars om meerjarige contracten aan te gaan met aanbieders. Een meerjarencontract kan, vanwege de langere tijdshorizon, de ruimte bieden om afspraken te maken over de structuur van zorgverlening,

⁶⁵ NZA (2013), *Meerjarig polissen*

- bijvoorbeeld op het gebied van substitutie naar de eerste lijn. Meerjarig contracteren biedt zowel de aanbieder als de verzekeraar zekerheid en kost minder tijd en administratie.
- Ook geven meerjarige polissen verzekeraars een prikkel om grote investeringen te doen die kwaliteit van zorg vergroten, zoals dure apparatuur of intensieve onderhandelingen over meerjarige afbouw. Deze investeringen verdienen zich bij jaarlijkse contracten niet terug. Hoe langer de looptijd van de contracten is, hoe groter de prikkel voor verzekeraars.
 - Daarnaast geven meerjarige polissen verzekeraars een stimulans om te investeren in het voorkomen van zorg door preventie. Jaarcontracten vormen een belemmering voor verzekeraars om te investeren in preventie, omdat de baten mogelijk bij een andere verzekeraar neerslaan. Met meerjarige polissen zouden zorgverzekeraars bijvoorbeeld meerjarige aanvullende verzekeringen kunnen aanbieden waarin speciale gezondheidsprogramma's zijn opgenomen. Het volgen van dergelijke programma's of voldoen aan andere voorwaarden door de polishouder zou kunnen worden beloond met een premiekorting op de aanvullende verzekering.⁶⁶ Premiekorting op de basisverzekering is niet mogelijk.
 - De prikkels voor verzekeraars om te investeren in preventie worden groter met deze maatregel. Dit geldt vooral voor preventiemaatregelen die effect sorteren op de korte of middellange termijn.
 - Voor interventies die zien op een gezonde leefstijl zal het effect vermoedelijk kleiner zijn. Dit komt doordat de investeringen in preventie vaak pas op lange termijn lonend zijn, waarbij een meerjarencontract van vijf jaar wellicht een te korte tijdshorizon heeft om investeren echt lonend te maken. Daarnaast is ook in huidige systeem het percentage overstappers redelijk beperkt, in 2018 rond de 6-7%. Hierdoor kunnen de baten van preventie investeringen – ook in het huidige systeem – deels neerslaan bij de verzekeraar die de investering doet. De zekerheid wordt wel vergroot, door het toestaan van meerjarencontracten. Daarnaast zijn verzekeraars nu erg gevoelig voor concurrentiedruk met betrekking tot de hoogte van de premie en zijn zij als gevolg daarvan terughoudend met inhoudelijke differentiatie op het gebied van kwaliteit en preventie. Meerjarige polissen maken in dit verband andere bedrijfsstrategieën mogelijk.

Betaalbaarheid

- Het toestaan van meerjarige polissen heeft naar verwachting een licht positief effect op de betaalbaarheid van zorg. De aanname is dat een betere onderhandelingspositie bij het aangaan van meerjarige contracten zorgverzekeraars meer ruimte biedt om te sturen op doelmatigheid. Dit effect is zeer lastig te kwantificeren. Daarnaast zouden meerjarige polissen de wervingskosten omlaag kunnen brengen, voor zover het tot gevolg heeft dat het aantal overstappers afneemt. De inschatting van de jaarlijkse uitgaven van zorgverzekeraars aan marketing en reclame variëren (zie bijvoorbeeld €30 miljoen⁶⁷).
- Een nadeel van een meerjarige polis is dat het de dynamiek op de zorgverzekeraarsmarkt aan kracht kan inboeten, omdat verzekerden minder vaak overstappen, waardoor de concurrentiedruk op zorgverzekeraars kan afnemen.

Uitvoering

Uitvoerbaarheid

- Het toestaan van meerjarige polissen zonder jaarlijkse opzegmogelijkheid en met premiedifferentiatie vergt een wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Daarnaast is er vanuit de overheid weinig uitvoering vereist. Er zal wel rekening moeten worden gehouden met wijziging van het basispakket gedurende de looptijd van het contract.

⁶⁶ DNB (2017), *Visie op de toekomst van de Nederlandse zorgverzekeraars*

⁶⁷ NZa (2018), *Monitor zorgverzekering*

Deze wijzigingen hebben immers een effect op de reikwijdte van het contract. Het ligt voor de hand om in de meerjarige polis een bepaling op te nemen dat wijziging in het basispakket ook hun weerslag krijgen in de reikwijdte van de verzekerde zorg op basis van het contract.

Juridische aspecten

- In beginsel is het in de huidige situatie toegestaan om meerjarige polissen aan te bieden. Op basis van de Zvw heeft iedere verzekerde echter het recht jaarlijks het contract op te zeggen. In artikel 7(1) van de Zvw is het volgende opgenomen: “de verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.” Deze bepaling zal moeten worden aangepast. Om deze verandering effectief te maken zal ook premiedifferentiatie mogelijk moeten zijn. Zo niet, dan zullen waarschijnlijk maar weinig verzekerden geïnteresseerd zijn in meerjarige contracten. Artikel 17(2) van de Zvw beperkt premiedifferentiatie tot verschillen in de verzekerde presentaties dan wel de keuzemogelijkheden tussen aanbieders. Hier zou de mogelijkheid voor premiedifferentiatie op basis van contracttermijn aan moeten worden toegevoegd.
- Op basis van Europese regelgeving in Solvency II dient de zorgverzekeraar in principe de vrijheid te worden gelaten ten aanzien van onder meer de premiestelling. Afschaffing van de premiedifferentiatie kan gelet op Solvency II alleen met een beroep op het algemeen belang worden gedaan, waarbij moeten worden aangetoond dat het toestaan van premiedifferentiatie bij meerjarige polissen noodzakelijk en proportioneel is. “Dit moet nog verder worden onderzocht”.

De impact op de praktijk

- Voor polishouders betekent dit dat de keuzevrijheid omhoog zal gaan. Zij kunnen per verzekeraar kiezen uit polissen met verschillende looptijden, waarbij de maandelijkse premie per contractduur verschilt.
- Meerjarige polissen biedt verzekeraars een prikkel om te investeren in preventie en de kwaliteit van zorg. Meerjarige polissen kunnen verzekeraars meer langdurige inkomensgarantie geven.
- Meerjarige polissen kunnen meer prikkels geven om meerjarige contracten tussen verzekeraars en aanbieders af te spreken.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldoverschlechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Meerjarige polissen	-	-	-	-	-	-

- Hoewel kan worden aangenomen dat meerjarige polissen een beperkt besparend effect heeft op de zorguitgaven, kunnen deze effecten niet kwantitatief in kaart worden gebracht. Het effect is immers gelegen in de gedragsfeer en afhankelijk van hoe de mogelijkheid van meerjarige polissen zich vertaalt naar de onderhandelingen tussen verzekeraar en aanbieder.

Beleids optie 9: Verbetering prikkels preventie voor zorgverzekeraars via volledige ex-post vergoeding risicoverevening

Omschrijving

- De doelstellingen van de risicoverevening zijn⁶⁸:
 - 1) Een gelijk speelveld creëren voor verzekeraars door zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare verliezen en winsten die voortvloeien uit gezondheidsverschillen in verzekerdenportefeuilles. Met het creëren van een gelijk speelveld worden prikkels tot risicoselectie weggenomen.
 - 2) Verzekeraars stimuleren tot doelmatig werken (d.i. inkoop van zorg en administratie). Doelmatig werkende verzekeraars kunnen vervolgens gegeven dit gelijk speelveld qua verzekerdenportefeuille voordeel behalen en dit tot uitdrukking brengen in een lagere nominale premie en/of zich onderscheiden door betere kwaliteit. Risicoselectie moet niet lonend zijn, doelmatig werken wel. Dit hangt uiteraard samen met de mate van beïnvloedbaarheid van de kosten door de verzekeraars.”
- De huidige vormgeving van het stelsel hebben zorginkopers vooral de prikkel om geneeskundige zorg in te komen en minder om te investeren in een preventieve inzet van zorg. Een van de redenen is dat eventuele besparingen pas in de toekomst worden gerealiseerd. Wanneer verzekerden in de tussentijd overstappen naar een concurrent gaat de investering voor de oorspronkelijke verzekeraar verloren.
- Via de risicoverevening is er een prikkel voor verzekeraars om preventie te leveren. Als een verzekeraar iemand gezond maakt en van behandeling afhelpt, ontvangt hij nog 1 jaar vereveningsbijdrage als ware iemand nog in behandeling. In de praktijk leidt dit echter niet altijd tot de investering in preventie.. Tegelijkertijd kan het ophangen van extra doelen aan de verevening effecten hebben op de risicoselectie door verzekeraars.
- De WRR concludeerde in 2018 dat het lastig is om met beleid en maatregelen op het gebied van preventie de doelgroepen te bereiken bij wie de achterstanden het grootst zijn. Doelgroepen die het eigenlijk al redelijk of zelfs goed doen profiteren over het algemeen het meeste van beleid en maatregelen op het gebied van preventie.⁶⁹ Om ook de doelgroepen te bereiken bij wie de achterstanden het grootst zijn, zijn extra investeringen nodig in effectieve campagnes en samenwerking met lokale partners zoals de huisarts, de gemeente en maatschappelijke partijen variërend van supermarkten tot sportverenigingen.

Maatregel

Verzekeraars worden gecompenseerd voor deelname aan geïndiceerde preventieactiviteiten die in het basispakket zitten, zoals de GLI. Verzekeraars krijgen daarbij de kosten die ze maken achteraf vergoed via de vaste kosten risicoverevening (100% nacalculatie van de werkelijke kosten).

Effecten op trilemma (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

Een belangrijk risico van ex post verevenen is dat het ophangen van extra doelen aan de verevening effect kan hebben op de risicoselectie door verzekeraars. Dit kan ertoe leiden dat de toegankelijkheid voor bepaalde groepen verminderd en/of verbeterd. Een voordeel kan zijn dat verzekeraars een prikkel hebben om hun investeringen in opschaling en deelname te beperken tot het minimaal noodzakelijke. Hiermee wordt mogelijk gewaarborgd dat preventieactiviteiten effectief worden opgeschaald en toegankelijk worden gemaakt voor de doelgroep, ook wanneer deze moeilijker te bereiken is. De precieze effecten zijn echter nog onduidelijk.

⁶⁸ Zie WOR 760 'Actualisatie toetsingskader'.

⁶⁹ WRR (2018), *Van verschil naar potentieel, een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*

Kwaliteit

De effecten op de kwaliteit van de zorg zijn nog onduidelijk.

Betaalbaarheid

De impact van de maatregel op de macrobetaalbaarheid is onduidelijk. Indien kostenbesparende preventiemaatregelen in het verzekerd pakket komen heeft dit een positief effect op de macrobetaalbaarheid van de zorg. Ook kunnen er bredere baten zijn (buiten de zorg) zoals meer arbeidsproductiviteit. Echter, een nadeel van volledige ex post verevening is dat het als effect heeft dat verzekeraars geen prikkel meer hebben voor een doelmatige inzet van preventiemaatregelen. Dit terwijl verzekeraars stimuleren tot doelmatig werken (d.i. inkoop van zorg en administratie) één van de hoofddoelen is van de risicoverevening. Daarnaast zijn de vaste kosten van de risicoverevening niet bedoeld voor financiering van dit soort programma's. De vaste kosten zijn bedoeld voor kosten waar de verzekeraar geen invloed op heeft zoals bijvoorbeeld de kosten van dure geneesmiddelen die uit de sluis komen. De verzekeraar kan dan niet doelmatig inkopen omdat er nog onvoldoende invloed op de kosten uitgeoefend kan worden. Voorgaande komt de macrobetaalbaarheid van de zorg niet ten goede.

Uitvoering

Geïndiceerde preventie kan onder de schadelast worden gebracht als het als verzekerde zorg wordt aangemerkt. De maatregel is uitvoerbaar.

De impact op de praktijk

Verzekeraars zijn door een volledige ex-post verevening niet meer risicodragend voor geïndiceerde preventie in het basispakket.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Ex-post verevening geïndiceerde preventieactiviteiten	-	-	-	-	-	-

Tegenover besparingspotentieel van geïndiceerde preventie staat een effect van afnemende doelmatigheid.

Beleids optie 10: Financiële prikkels gemeenten om ouderenzorg (en Zvw) te beperken

Omschrijving

- Gemeenten hebben er belang bij dat kwetsbare mensen (zo snel mogelijk) uit de Wlz worden bekostigd. Een gemeente die zorgt dat minder mensen naar de Wlz gaan, heeft nu relatief minder middelen om zorg te verlenen. Gevolg hiervan is ten eerste dat er geen prikkel is op voorkomen van Wlz-zorg. Terwijl de kosten van investeringen in de zelfredzaamheid van ouderen bij gemeenten liggen, slaan de baten neer in het Wlz domein. Ten tweede dat bij een verhoogde uitstroom enerzijds (benodigde) budget voor de Wlz hoger zal toenemen terwijl aan andere kant het budget voor gemeenten gelijk blijft. Gemeenten krijgen nu namelijk een vast budget in de Wmo onafhankelijk van het aantal mensen dat in de Wmo of in de Wlz zit.
- In de praktijk zit er een grijs gebied tussen de Wmo/Zvw en de Wlz; mensen die prima thuis kunnen blijven wonen met zorg en ondersteuning uit de Wmo en Zvw, maar ook in aanmerking kunnen komen voor de Wlz. Gemeenten kunnen met hun beleid de instroom in de Wlz op verschillende manieren beïnvloeden: zo kunnen gemeenten cliënten wijzen op de Wlz en een maatwerkvoorziening weigeren als mensen niet meewerken aan een aanvraag van een indicatie voor de Wlz. Gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen meer inzetten op vroegsignalering en preventie (bijv. valpreventie, opsporen mensen met hoog risico op vallen). Een goed mantelzorgbeleid van gemeenten kan ertoe leiden dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, net als een aantrekkelijk woon(zorg)aanbod. Onduidelijk is wel in welke mate het gemeentelijk beleid effect heeft op de doorstroom naar de Wlz.

Maatregel

- De maatregel betreft het verminderen prikkels voor gemeenten om kosten te verschuiven naar de Wlz. Gemeenten krijgen extra (minder) middelen als er minder (meer) mensen in de Wlz terecht komen.
- Een gemeente die het goed doet en voor meer mensen zorg en ondersteuning levert, zou ook meer middelen moeten krijgen. Een gemeente waarin meer mensen naar de Wlz uitstromen heeft daardoor relatief minder mensen in de Wmo en daarvoor ook minder middelen nodig. De Wmo en de Wlz worden hierdoor meer communicerende vaten.
- Een verhoging/verlaging van het budget hangt af van de verandering van de instroom in de Wlz. De verandering in de instroom in de Wlz, en daarmee verandering in de Wmo/Zvw, kan op twee manieren worden bepaald:

Aan de hand van objectieve indicatoren

- Aan de hand van objectieve factoren (gemiddelde leeftijd, medicijngebruik, zorggebruik etc) zou per gemeente bepaald kunnen worden wat de verwachte instroom voor de Wlz zou zijn. Afwijking van dat aantal zou dan de impact zijn van gemeentelijk beleid en dus bepalend zijn voor de vergoeding die gemeenten ontvangen.
- Dit is anders dan de huidige objectieve verdeelmodellen binnen het gemeentefonds waarbij op basis van historische gegevens qua Wmo-uitgaven per gemeente en objectieve kenmerken de uitgaven per gemeente worden bepaald en het totale beschikbare budget wordt verdeeld. In de praktijk is het echter lastig om objectief, per gemeente, vast te stellen hoeveel mensen gaan instromen in de Wlz.

Aan de hand historische instroomgegevens.

- Het alternatief is om op basis van historische gegevens de instroom naar de Wlz te bepalen. Hierbij wordt gekeken wat de instroom in de Wlz was in jaar t en dit als basis genomen voor het budget in een volgend jaar. Als de werkelijke instroom minder is, worden gemeenten beloond voor de afname.
- Een aandachtspunt hierbij is demografie: omdat de samenleving vergrijst, zal de instroom in de Wlz zonder maatregelen stijgen. Hiervoor wordt op dit moment ook rekening gehouden in de ramingen van de Wlz en de Wmo. Dit kan ook worden meegenomen bij het bepalen van de verwachte instroom in de Wlz (corrigeren voor demo).

Effecten op trilemma (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

Wmo/Zvw-zorg kan toegankelijker worden doordat gemeenten in samenwerking met zorgverzekeraars meer zullen investeren in de zelfredzaamheid van ouderen. De toegang tot de Wlz wordt verbeterd door de schaarse capaciteit meer in te zetten voor de hoogste zorgzwaartes.

Kwaliteit

De kwaliteit van zorg (meer investeringen in ondersteuning van ouderen in een eerdere fase) en de kwaliteit van leven neemt toe (langer zelfredzaam).

Betaalbaarheid:

De maatregel is positief voor de betaalbaarheid omdat dure Wlz-zorg wordt uitgesteld of voorkomen. Totale zorgkosten worden verlaagd doordat kosten niet worden afgeschoven op de Wlz.

Uitvoering

- Het is onduidelijk of de maatregel uitvoerbaar is, nader onderzoek is hiervoor nodig.
- Voor de uitvoerbaarheid kan ervoor worden gekozen om eerst een aantal jaar de stromen te volgen om de uitvoerbaarheid te toetsen. Deze gegevens kunnen ook worden gebruikt voor de aanpassing van budgetten. Ook kan er eerst op kleinere schaal geëxperimenteerd worden.
- Er zijn verschillende aandachtspunten te benoemen voor een onderzoek naar de uitvoerbaarheid van de maatregel:
- Er moet gekeken worden op welke wijze en op welk moment een lagere of hogere instroom wordt verwerkt in de budgetten van de gemeente.
- Bekeken moet worden wat flexibiliteit in de budgetten betekent voor de administratieve lasten en de begrotingscyclus van gemeenten en rijk.
- Een aanpassing zal moeten worden doorgevoerd in de financiële verhoudingswet. Het gaat hier om een wetswijziging die qua systematiek niet gangbaar in het gemeentefonds. In algemene zin sluiten vaste budgetten beter aan bij de begrotingscyclus van de gemeente en zijn de administratieve lasten hierbij lager (geeft meer duidelijkheid). Daarbij geldt dat een wetswijziging 1 tot 2 jaar in beslag zal nemen.
- Niet alleen gemeenten, maar ook zorgverzekeraars hebben een grote invloed op de instroom in de Wlz. Prikkel om de instroom in de Wlz te beïnvloeden hebben dus het meeste zin indien zowel verzekeraars als gemeenten worden aangesproken. Daarbij dient goed gekeken te worden hoe met deze interactie omgegaan wordt.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

- Het potentiële budgettaire effect is aanzienlijk, maar kwantificering is lastig. Dit komt allereerst doordat Wmo (GF) en Wlz geen communicerende vaten zijn. Als 10.000 doorstromen naar de Wlz die ook in de Wmo / Zvw zouden kunnen blijven, is voor de Wlz mogelijk 650 miljoen extra nodig. Aan de andere kant blijft het bedrag in het gemeentefonds gelijk. Het omgekeerde kan ook: mensen stromen niet door en er zijn besparingen in de Wlz. Gemeenten krijgen echter geen extra budget voor de extra Wmo kosten.
- Daarnaast kan er een budgettaire effect op het gebied van preventie liggen: in de Wmo/Zvw kan zwaardere zorg worden voorkomen. Dit laat zich niet (eenvoudig) kwantificeren.
- Naar verwachting zal de doelmatigheidswinst voortkomen uit de groep mensen die een beschutte plek nodig heeft met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging (VV4, 11-13,5 uur zorg per week). De gemiddelde uitgaven in de Wlz voor een cliënt hiervoor zijn €65.000, waarvan ca. €25.000 voor huisvestings- en verblijfkosten en €40.000 voor zorg, ondersteuning en dagbesteding. Voor de kosten van zorg, ondersteuning en dagbesteding is niet zeker dat de kosten veel lager zijn in de Zvw/Wmo dan in de Wlz; weliswaar worden aan de ene kant in de Zvw en de Wmo (meer) zorg- en ondersteuningstaken uitgevoerd door de

directe omgeving van een zorgbehoevende, aan de andere kant is de zorg minder efficiënt uit te voeren door de uren nodig zijn voor het reizen naar de mensen die thuis wonen. Ook leidt het thuis wonen mogelijk tot een verhoogd gebruik van de spoedeisende hulp en het eerstelijnsverblijf. Wel is vaak een besparing te verwachten op de huisvestings- en verblijfkosten.

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Financiële prikkel voor gemeenten om doorstroom	-	-	-	-	-	-

Beleidsoptie 11: Nationale preventiefaciliteit

Omschrijving

Context

- Eind 2014 is door VWS, RIVM en Zorgmarktadvies onderzocht wat de belemmerende en bevorderende factoren van preventie in het zorgstelsel zijn. Die analyse is in relatie tot de overige maatregelen van deze BMH werkgroep nog steeds relevant, omdat deze uitgaan van dezelfde zorgfinanciers met grofweg dezelfde verantwoordelijkheidstoedeling.
- Destijds werd geconcludeerd dat universele preventie vooral belemmerd kan worden door uitvoerbaarheidskwesties, juridische kaders, en het daarnaast veelal beleidsmaatregelen betreft die een expliciete politieke keuze vergen. Zie ook de fiches *Prijismaatregelen, ge- en verboden en campagnes (universele preventie)*. Ten aanzien van zorggerelateerde en geïndiceerde preventie (gericht op een individu met reeds aanwezige ziekte of risicofactoren, te financieren uit de Zvw) werd geconcludeerd dat er met name sprake is van een gebrek aan prikkels bij de aanbieder.
- Deze maatregel poogt selectieve preventie (preventie bij risicogroepen) te bevorderen binnen het huidige stelsel. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een beweeginterventie voor kwetsbare ouderen om vallen te voorkomen, het tegengaan van overgewicht bij kinderen in buurten waarbij kinderobesitas vaak vóórkomt, depressiepreventie onder bepaalde migrantengroepen in een gemeente of regio, en vitaliteitsprogramma's onder werknemers die veel 's nachts werken en daardoor een verhoogd risico lopen op type 2 diabetes.
- De gemeente is in de meeste gevallen verantwoordelijk voor deze vorm van preventie. De gemeentelijke taken op dit vlak laten veel beleidsvrijheid aan gemeenten om deze taken zelf in te vullen en er is geen budget voor geormerkt. Omdat zich binnen de doelgroep van selectieve preventie interventies ook individuen bevinden waarbij wel sprake is van een gediagnosticeerde ziekte of risicofactor (=geïndiceerde en zorggerelateerde preventie), heeft de zorgverzekeraar echter ook een rol.
- Werkgevers hebben ook taken op het gebied van selectieve preventie. Die zijn echter gericht op gezondheidsbescherming, niet op gezondheidsbevordering.
- Selectieve preventie vergt daarom goede samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars, om op operationeel niveau te bevorderen dat de medische zorg en het sociaal domein beter integreren. Idem dito verzekeraars en werkgevers. Deze coördinatie en samenwerkingskosten zijn echter niet gedekt binnen de verschillende stelselwetten, maar het staat gemeenten en verzekeraars vrij om hier in de huidige context oplossingen voor te vinden.
- Delen van de selectieve preventie interventies zelf kunnen in de meeste gevallen in principe vanuit de verschillende stelselwetten vergoed worden. Wie wat moet betalen is echter niet altijd meteen duidelijk, en er zijn ook beperkt prikkels voor zorgfinanciers om dit uit te zoeken middels pilots omdat er dus geen structurele financiering is voor de *totstandkoming* van selectieve preventie. Hierdoor schalen veelbelovende initiatieven niet voldoende op.
- Om bovenstaande problemen tegen te gaan, is eind 2014 het beleidsprogramma 'preventie in het zorgstelsel' gestart met een viertal maatregelen: (1) er is een preventieteam opgericht, (2) een digitaal loket is opgericht, (3) één derde van voorgenoemde coördinatiekosten bij verzekeraars en gemeenten kan worden vergoed via een subsidieregeling, en 4) het RIVM monitort en evalueert het beleidsprogramma.
- Dit heeft tot gevolg gehad dat er inmiddels 10 preventiecoalities bestaan, en de Gecombineerde Leefstijl Interventie is in het Zvw basispakket terecht gekomen en dus structureel gefinancierd. Dit is een vorm van geïndiceerde preventie die in de praktijk ook elementen kent van selectieve preventie (het beweegdeel wordt namelijk vaak in groepsessies uitgevoerd).
- Er zijn diverse kostenbesparende en kosteneffectieve vormen van selectieve preventie met

elementen van geïndiceerde/zorggerelateerde preventie die nog niet structureel gefinancierd zijn.

- Kostenbesparend is volgens het RIVM valpreventie, en screening op postnatale depressies bij vaders en moeders.⁷⁰
- Kosteneffectief zijn interventies zoals advies en ondersteuning voor mensen met een zittend bestaan, vitaliteitsprogramma's inclusief financiële prikkels (bijvoorbeeld het sparen van punten voor de aankoop van bepaalde gezondheidsproducten via een app die beweeggedrag bijhoudt) om te stimuleren dat werknemers meer bewegen, psychologische groeps- en individuele ondersteuning voor mantelzorgers en kinderen met depressieve ouders.
- Daarnaast kennen in de database van het Centrum Gezond Leven 66 interventies de beoordeling 'eerste', 'goede' of 'sterke aanwijzingen voor effectiviteit'. Waarvan 258 interventies zijn 'goed beschreven' of 'goed onderbouwd'. Deze interventies dienen eerst nog in een experiment nadere onderzocht te worden op (kosten)effectiviteit.

Maatregel

- Een nationale preventiefaciliteit wordt ingericht waaruit de opschaling van selectieve preventie gericht op gezondheidsbevordering (bijvoorbeeld beweeg- of depressie preventie interventies) gefinancierd kan worden. De nationale preventiefaciliteit vervangt de subsidieregeling preventiecoalities. Belangrijke verschillen zijn dat gemeenten aanspraak maken op de faciliteit en dat de faciliteit naast de coördinatiekosten ook de uitvoeringskosten dekt voor de opschaling van interventies. Activiteiten die hiermee tijdelijk gefinancierd worden zijn:
 1. De coördinatiekosten van verzekeraars, gemeenten, zorgkantoren, zorgaanbieders en werkgevers om vormen van selectieve preventie tot stand te laten komen. Op tactisch/strategisch niveau worden hiermee kosten bedoeld zoals data-analyses om gezamenlijk te bepalen welke problemen bij welke doelgroep voorkomen worden, en kosten om de contractering van verschillende financiers op elkaar af te stemmen en daarmee spillover effecten te adresseren. Op operationeel niveau gaat het om kosten die gemaakt worden bij het maken van werkafspraken, bijvoorbeeld tussen huisartsen, thuiszorg en GGD'en.
 2. De uitvoeringskosten van selectieve preventie interventies die nog niet structureel bekostigd kunnen worden vanuit de verschillende stelselwetten. Deze interventies moeten reeds in de database van het Centrum Gezond Leven staan, en minimaal de status 'goed onderbouwd' zijn toegewezen. Ook kunnen interventies worden gefinancierd waarbij een kosteneffectiviteitsanalyse is uitgevoerd, er een ICER van €20.000 per QALY is geconstateerd, en de onderhavige studie minimaal in een Q2 journal is gepubliceerd.
- Dat houdt in dat gemeenten die aanspraak willen maken op de preventiefaciliteit, dit alleen kunnen als ze een samenwerkingsovereenkomst hebben met elkaar. Hierbij geldt een getrapte middelenverstrekking:
 1. Er worden eerst middelen verstrekt om te komen tot goede onderlinge samenwerkingsafspraken, een gedeelde probleemanalyse en daaruit volgend werkafspraken op operationaal niveau, zodat de uit te testen interventies goed ingebed zijn in het bestaande aanbod van zorg, preventie en welzijn. Voor deze fase van het gebruik van de faciliteit is een licht plan van aanpak vereist hoe de samenwerkende financiers en aanbieders dit totstand zien komen.
 2. Als stap 1 goed doorlopen is, worden middelen verstrekt om de vormen van selectieve preventie zelf te bekostigen. Hierbij dient de aanvrager gedurende de looptijd van de pilot ervoor zorg te dragen dat duidelijk wordt welke elementen vanuit welke stelselwet

⁷⁰ Bijlage II

structureel bekostigd kunnen worden. Tevens moet een kosteneffectiviteitsanalyse worden uitgevoerd.

- De faciliteit wordt gevuld door algemene middelen vanuit de Rijksoverheid, aangevuld door werkgevers via een bestuurlijk akkoord. Ook gemeenten, zorgkantoren en verzekeraars zelf leggen bij om op deze wijze commitment te waarborg. Vanuit de Rijksoverheid is er cofinanciering.
- Via deze constructie is er structureel meer geld beschikbaar voor de totstandkoming van selectieve preventie, vanuit een bestaande database aan kennis over (kosten)effectieve interventies.

Effecten op trilemma (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

Betere toegang tot preventieve interventies. Dit levert gezondheidswinst op, en mogelijk besparingen. Als spillover effect kunnen de gemaakte afspraken voor inbedding van interventies in het bestaande aanbod van zorg, preventie en welzijn, ook de algehele patient journey vergemakkelijken.

Kwaliteit

Door aan te sluiten bij de database van het CGL en kosteneffectiviteitsstudies, wordt het kaf van het koren gescheiden bij de uitvoering van selectieve preventie.

Betaalbaarheid

Door aan te sluiten bij de database van het CGL en kosteneffectiviteitsstudies, worden alleen effectieve of plausibel effectieve interventies getest. Door tijdens deze testfasen waar nodig aanvullend kosteneffectiviteitsanalyses uit te voeren, ontstaat nog meer kennis op dit vlak. Zowel kostenbesparende als kosteneffectieve interventies zijn betaalbaar, omdat we 20.000 per QALY een maatschappelijk verantwoorde prijs voor extra leven door preventie vinden.

Uitvoering

Voor het 'vullen' van de preventiefaciliteit kan worden gekozen voor verschillende nog nader te onderzoeken opties, waarbij de vorm van cofinanciering vanuit de Rijksoverheid bij alle opties een voorwaarde is.

Het Rijk stort een nader te bepalen bedrag in een faciliteit. Wanneer sprake is van onderuitputting gaan middelen terug naar de generale middelen.

- Het Rijk stort een nader te onderzoeken bedrag in een faciliteit, en werkgeversorganisaties vullen dat aan met via een bestuurlijk akkoord. Wanneer sprake is van onderuitputting gaan middelen terug naar de generale middelen.
- Het Rijk, gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren (via een eerder ophoging van de beheerskosten van zorgkantoren) storten allen een nader te onderzoeken bedrag. Wanneer sprake is van onderuitputting gaan middelen naar rato terug naar de investeerder.
- Het Rijk, gemeenten, verzekeraars, zorgkantoren (via een eerder ophoging van de beheerskosten van zorgkantoren) en werkgevers storten allen een nader te onderzoeken bedrag. Wanneer sprake is van onderuitputting gaan middelen naar rato terug naar de investeerder.

Juridische aspecten

Deze maatregel hangt nauw samen met de maatregel gericht op het verduidelijken van de gemeentelijke taken op het vlak van selectieve preventie gericht op gezondheidsbevordering. Die maatregel beperkt de gemeentelijke beleidsvrijheid en verzekert daarmee de opschaling van bewezen effectieve selectieve preventie. Interventies die zich immers via de preventiefaciliteit bewezen hebben in de praktijk en waarvan duidelijk is wie wat moet betalen, kunnen enkel structureel worden aangeboden als ze geëxpliciteerd worden in de Wpg, Wmo of Jeugdwet – in de gevallen waar er sprake is van een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Dit is anders dan bij de Zvw en Wlz omdat hierbij sprake is van een open pakket, en interventies van bestaande behandelingen na duiding automatisch een betaaltitel krijgen.

De impact op de praktijk

De impact is potentieel aanzienlijk, maar is afhankelijk van de mate waarin er gebruik zal worden gemaakt van de preventiefaciliteit. Ook hangt de impact samen met de maatregel die gericht is op het wettelijk veranderen van de gemeentelijke taken op het vlak van selectieve preventie gericht op gezondheidsbevordering. In veel gevallen zijn nieuwe netwerken nodig. De

medische zorg, de publieke gezondheid en de welzijnssector zijn traditioneel beperkt geïntegreerd. Bijvoorbeeld bij de GLI is dit te merken. Huisartsen moeten mensen doorverwijzen naar leefstijlcoaches maar doen dit nog weinig, vooral omdat ze de aanbieders van deze zorgvorm nog niet kennen. Deze opstartproblemen zijn te verwachten bij elke zorginnovatie die zich via samenwerking tussen de medische zorg, de publieke gezondheid en het sociale domein richt op een beter aanbod van selectieve preventie.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

- Uitvoering van deze maatregel vergt een structurele investering. Enerzijds kunnen gemeenten vanuit de faciliteit voor een nader vast te stellen percentage cofinanciering aanvragen voor de coördinatiekosten voor de totstandkoming van selectieve preventieactiviteiten. Binnen de huidige subsidieregeling preventiecoalities is dit percentage 33% en is €625.000 uitgekeerd aan 29 gemeenten. Dit komt neer op €21.551 per gemeente.
- Anderzijds kunnen gemeenten vanuit de faciliteit voor een nader vast te stellen percentage cofinanciering aanvragen voor de uitvoeringskosten van selectieve preventie interventies die nog niet structureel bekostigd kunnen worden vanuit de verschillende stelselwetten. Het resterende deel kan worden aangedragen door gemeenten, verzekeraars, zorgkantoren, en/of aanbieders, op basis van shared savings afspraken, waarbij de gemeenten een coördinerend rol hebben.
- De uitvoeringskosten kunnen sterk verschillen tussen de interventies. Zo zijn de geraamde uitvoeringskosten voor de gecombineerde leefstijl interventie €25 miljoen per jaar en die voor valpreventie €135 miljoen per jaar.
- Voor de interventies die via de preventiefaciliteit bekostigd kunnen worden geldt dat ze kosteneffectief zijn en in sommige gevallen ook kostenbesparend kunnen zijn. De baten van kosteneffectieve en kostenbesparende preventie maatregelen slaan gedeeltelijk neer in het sociale domein en het zorgdomein. Per interventie moet bezien worden waar en wanneer de baten neerslaan. Door baten in mindering te brengen op de financiële kaders voor de Wlz en de Zvw en/of gemeentefonds kunnen deze terugvloeien naar de rijksbegroting. Valpreventie levert bijvoorbeeld naar verwachting €221 miljoen aan baten in het zorgdomein op. Daarmee leidt valpreventie structureel tot een besparing van €86 miljoen.⁷¹ Voor leefstijlinterventies zal de besparing op zorguitgaven mogelijk lager uitvallen. Nader onderzoek zou nodig zijn om de effecten van de toe te passen interventies vast te stellen.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Preventiefaciliteit	-	-	-	-	-	-
w.v. Coördinatiekosten	-	-	-	-	-	-
w.v. Preventie-interventies	-	-	-	-	-	-

⁷¹ Deze berekening is tot stand gekomen op basis van de mkba valpreventie. Hierin is echter, anders dan in het MKBA valpreventie gewerkt met een lager bereik van de interventie. Het MKBA model dient namelijk primair om de kosten en baten van valpreventie op regionaal niveau door te rekenen. Bij een landelijke opschaling dient rekening gehouden te worden met een lager bereik.

Beleids optie 12: Verankeren wettelijke taak preventie bij gemeenten

Omschrijving

- In de WpG staat voor onder meer infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg, rampenvoorbereiding en andere vormen van gezondheidsbescherming gedetailleerd beschreven wat de verantwoordelijkheden van de gemeente zijn. Voor gezondheidsbevordering is dat een stuk minder het geval.
- Gemeenten heb veel beleidsvrijheid op het gebied van gezondheidsbevordering. Hierdoor is er ruimte voor gemeenten om maatwerk te leveren op het gebied van gezondheidsbevordering, echter opschaling van selectieve preventie komt beperkt van de grond. De verantwoordelijkheidsverdeling (wie is waarvoor verantwoordelijk en wie betaalt wat) zou duidelijker kunnen.

Maatregel

- In de WpG kan verder worden uitgewerkt welke taken en verplichtingen gemeenten op terrein van gezondheidsbevordering hebben. Daarbij gaat het om infrastructurele taakverheldering, veelal ter bevordering van de samenwerking tussen de publieke gezondheid, het sociale domein en de eerste lijn, door actief de link te leggen met preventieartikelen in de andere gemeentelijke wetten, zodat er een duidelijk wettelijk kader is voor de gemeenten. Op die manier is de Wpg *up to date* met de wetten die in 2015 zijn veranderd.
- Daarnaast kan voor (onderdelen van) specifieke interventies worden vastgelegd wat de gemeentelijke taken zijn, nadat blijkt dat ze kosteneffectief zijn en succesvol de pilotfase zijn doorlopen (zie maatregel preventiefaciliteit).
- Beide soorten taakverheldering (infrastructuur en interventies) vergen investeringen vanuit het Rijk, zodat gemeenten effectieve preventie structureel gaan bekostigen via de eerder genoemde preventiefaciliteit.
- Voor valpreventie wordt al verkend hoe het beweegonderdeel en de coördinatie onderdelen van deze bewezen kostenbesparende interventie kunnen worden geëxpliciteerd in de Wpg. Dit kan mogelijk via een AMvB, gekoppeld aan hoofdstuk IIIa, ouderengezondheidszorg, artikel 5a.
- De beweegcomponent van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) kan mogelijk ook via een AMvB geëxpliciteerd worden. Idem dito toekomstige interventie die volgen uit de structuur zoals voorgesteld via de preventiefaciliteit.

Effecten op trilemma (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

Betere toegang tot preventieve interventies. Dit levert gezondheidswinst op, en mogelijk besparingen. Als spillover effect kunnen de gemaakte afspraken voor inbedding van interventies in het bestaande aanbod van zorg, preventie en welzijn, ook de algehele *patient journey* vergemakkelijken.

Kwaliteit

Door aan te sluiten bij de database van het CGL en kosteneffectiviteitsstudies, wordt het kaf van het koren gescheiden bij de uitvoering van selectieve preventie. Effectieve preventie leidt tot een lagere (gezonde) levensverwachting.

Betaalbaarheid

In algemene zin valt niet te zeggen of de totale collectieve financiën verbeteren of verslechteren door een gezondere leefstijl. Bovendien spelen hierbij de medische behandelmogelijkheden van leefstijlgerelateerde ziekten en het draagvlak dit collectief te financieren een grote rol. Wat betreft de totale collectieve financiën kan een grotere publieke gezondheid leiden tot meer afdracht van belastingen en premies door een grotere participatie op de arbeidsmarkt.

Anderzijds stijgen de kosten van pensioenuitkeringen, en wordt meer uitgegeven aan zorg. Wel kan er gesteld worden dat kostenbesparende interventies een positief effect hebben op de macrobetaalbaarheid.

Uitvoering

Juridische aspecten

De Wpg biedt een juridisch kader om de gemeentelijke taken van gemeenten op het vlak van gezondheidsbevordering nader te specificeren. Dat kan in sommige gevallen bij AMvB, en in andere gevallen kan een wetswijziging nodig zijn. Enkele voorbeelden:

- Voor valpreventie kan bijvoorbeeld worden overwogen om op grond van artikel 5a de door gemeenten uit te voeren preventie activiteiten te specificeren.
- Het gedeelte van de GLI dat ziet op voldoende beweging voor kinderen en de coördinatie van de GLI voor kinderen kunnen mogelijk worden gespecificeerd onder artikel 2, lid 2.d.
- Onder artikel 2 staat beschreven: "Het college van B&W bevordert de totstandkoming en continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen". De voor selectieve preventie noodzakelijke samenwerking tussen de curatieve zorg en de publieke gezondheidszorg (vaak uitgevoerd door GGD'en) kan mogelijk ook worden gespecificeerd zoals reeds het geval is waar het gaat om deze vorm van gezondheidsbescherming.

De impact op de praktijk

Gemeenten worden beperkt in hun beleidsvrijheid voor gezondheidsbevordering net als nu het geval is met gezondheidsbescherming.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

De verankering van de wettelijke taak leidt tot het nader omschrijven van de gemeentelijke verantwoordelijkheden op het gebied van gezondheidsbevordering in de Wpg en brengt kosten voor gemeenten met zich mee. Per interventie die wettelijke verankerd wordt is nader onderzoek nodig naar de kosten en eventuele verdeling van deze kosten tussen Rijksoverheid en gemeenten. De optie is daarmee nu niet kwantificeerbaar.

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Wettelijke verankering	-	-	-	-	-	-

Beleids optie 13: Afschaffen hinderpaalcriterium

Omschrijving

- In de huidige situatie zijn zorgverzekeraars op basis van artikel 13(1) van de Zorgverzekeringswet (Zvw) verplicht om zorg die houders van een naturapolis krijgen van aanbieders waar zij geen contract mee hebben (gedeeltelijk) te vergoeden.
- In de memorie van toelichting bij de Zvw is opgenomen dat de vergoeding van een zorgverzekeraar niet zo mag worden vastgesteld dat een feitelijke hinderpaal voor verzekerden ontstaat om zich tot een zorgaanbieder te wenden die niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd is. Bij welke vergoeding een hinderpaal ontstaat is niet eenduidig te zeggen, omdat het verschilt per zorgsoort en de prijs van een behandeling, maar een vergoeding van 75-80% van het marktconforme tarief, een breed gedragen praktijknorm, kan volgens de Hoge Raad in gepaalde gevallen worden beschouwd als een vergoeding die geen feitelijke hinderpaal oplevert.
- Het zogenoemde "hinderpaalcriterium" belemmert de mogelijkheid tot selectieve inkoop voor de verzekeraar. Een verzekeraar is immers verplicht om, ook bij een negatief oordeel over de kwaliteit en de doelmatigheid van de geleverde zorg, deze zorg toch deels te vergoeden. Dit leidt tot ondoelmatige zorg. Schattingen zijn dat in de wijkverpleging sprake is van €130 miljoen ondoelmatige zorg en in de ggz van €35 miljoen.
- Het weghalen van deze wettelijke belemmering door aanpassing van artikel 13 van de Zvw stelt verzekeraars in staat door middel van selectieve inkoop op betere en doelmatigere zorg te sturen.
- Uit onderzoek blijkt dat zowel in wijkverpleging als in de ggz het aandeel niet-gecontracteerde zorg is toegenomen de afgelopen jaren zonder dat de cliëntkenmerken hier een verklaring voor gaven.⁷² Het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging van het totaalbudget is gestegen van 4,3% in 2016, naar 7,4% in 2017 en 9% in 2019. Voor de ggz is dit aandeel gestegen van 6,1% in 2016 naar 6,9% in 2017. De kosten van niet-gecontracteerde zorg liggend beduidend hoger.
- Voor medisch specialistische zorg en huisartszorg is de relatieve omvang van niet-gecontracteerde zorg kleiner, met respectievelijk 1,2% en 0,7%), maar in absolute zin, met respectievelijk €163 en €40 miljoen, niettemin omvangrijk.

Effecten op trilemma (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

- Het effect van afschaffen van het hinderpaalcriterium op de toegankelijkheid van zorg is gering, in die zin dat het geen afbreuk doet aan het recht op zorg zoals dat is verankerd in de Zvw. Ook zonder het hinderpaalcriterium hebben verzekerden met een naturapolis te allen tijde recht op het verkrijgen van gepaste zorg.
- Het wetstraject dat het hinderpaalcriterium beoogde af te schaffen heeft eerder geleid tot vragen over de vrije artskeuze voor naturapolishouders. Hoewel de keuzevrijheid van verzekerden met een naturapolis in theorie weliswaar afneemt, is dit effect in de praktijk gering. Zo hadden zorgverzekeraars voor naturapolissen in 2015 zo'n 95% van de aanbieders gecontracteerd.⁷³ Het aantal aanbieders dat niet is gecontracteerd is derhalve gering. Daarnaast hebben verzekerden vanzelfsprekend de mogelijkheid om een verzekeraar uit te kiezen die contracten heeft bij de aanbieders naar keuze of over te stappen op een restitutiepolis.

⁷² Vektis (2019), *Ontwikkeling (niet)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2018*; Vektis (2019) *Ontwikkeling (niet)gecontracteerde GGZ 2016-2018, macro-cijfers*

⁷³ Van de Ven (2015), *Het beste zorgstelsel?*

Kwaliteit

- Het afschaffen van het hinderpaalcriterium heeft naar verwachting een positief effect op de kwaliteit van zorg.
- Volgens de Raad voor Gezondheid zal de regierol door zorgverzekeraars praktisch moeten worden ingevuld door selectieve zorginkoop.⁷⁴ Het uitgangspunt van het afschaffen van het hinderpaalcriterium is dat dit verzekeraars meer mogelijkheden geeft tot selectieve inkoop. Selectieve inkoop kan de kwaliteit op de aanbiedersmarkt vergroten. Verzekeraars kunnen erop sturen dat enkel kwalitatief hoogwaardige aanbieders worden gecontracteerd. Nu zijn verzekeraars ook verplicht om zorg te vergoeden waarvan zij vraagtekens zetten bij de kwaliteit. Verzekeraars kunnen ook geen kwaliteitsafspraken maken met aanbieders, indien zij geen contracten sluiten.
- De hoeveelheid niet-gecontracteerde zorg is de afgelopen jaren fors toegenomen, vooral op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de wijkverpleging. Verzekeraars hebben geen grip op de kwaliteit en doelmatigheid van deze zorg. Omdat niet-gecontracteerde aanbieders maar een gedeelte vergoed krijgen, hebben zij een prikkel om te bekniptelen op kwaliteit, aan risicoselectie te doen door complexe patiënten te weren, of extra volume te leveren. In de praktijk zien we ook dat deze aanbieders meer zorg leveren, tegen hogere kosten, dan op basis van de patiëntenpopulatie verklaard kan worden. De Inspectie Gezondheid en Jeugd (IGJ) ziet er theoretisch op toe dat de kwaliteit van niet-gecontracteerde zorg niet door de ondergrens zakt, maar heeft weinig instrumenten en capaciteit om hier echt op te sturen.

Betaalbaarheid

- Het afschaffen van het hinderpaalcriterium heeft naar verwachting een positief effect op de betaalbaarheid van zorg. Er kunnen twee kanalen worden onderscheiden waarlangs het afschaffen van het hinderpaal criterium een budgettair effect heeft:
- Direct effect: De zorguitgaven zullen dalen, doordat zorgverzekeraars alleen nog zorg van gecontracteerde aanbieders vergoeden. De kosten van zorg van gecontracteerde aanbieders in de ggz en wijkverpleging zijn veel lager dan van niet-gecontracteerde aanbieders.
- Indirect effect: Als verzekeraars meer mogelijkheden hebben voor selectieve inkoop kunnen zij beter sturen op doelmatige en gepaste zorg en de beheersbaarheid van de zorguitgaven. Uit de knelpuntenanalyse volgt dat ondoelmatige zorg, zoals onverklaarbare praktijkvariatie en aanbodgedreven zorg, op grote schaal plaatsvindt. In hoeverre het afschaffen van het hinderpaalcriterium verzekeraars in staat stelt via selectieve inkoop deze doelmatigheidswinst te genereren, is vanzelfsprekend lastig te kwantificeren.

Uitvoering

Uitvoerbaarheid

- Het afschaffen van het hinderpaalcriterium is mogelijk door artikel 13 van de Zvw te wijzigen. In 2014 is hiervoor een wetstraject in gang gezet.⁷⁵ Dit traject is destijds verworpen door de Eerste Kamer, omdat deze zorgen had over of er voldoende keuzevrijheid overbleef voor patiënten.
- Het wetsvoorstel biedt heldere handvatten voor de wetswijziging die nodig is om het hinderpaalcriterium af te schaffen. Voor acute zorg, indien de zorg anders niet op redelijke termijn en afstand te verkrijgen is, maakte het wetsvoorstel een logische uitzondering.

Juridische aspecten

- Bij het wetstraject dat eerder in gang is gezet om artikel 13 Zvw af te schaffen heeft de Eerste Kamer om advies gevraagd aan de Raad van State over de rechtmatigheid van dit

⁷⁴ Raad voor Gezondheidszorg (2008), Zorginkoop

⁷⁵ Kamerstukken II 2014/2015, 33 362, nr. D

voorstel, in het bijzonder of het afschaffen van het hinderpaalcriterium niet in strijd is met de zogenoemde "vrije artsenkeuze".

- De Raad van State heeft geoordeeld dat niet de vrije artsenkeuze, maar de interactie met Europees recht, ten grondslag lag aan het opnemen van het hinderpaalcriterium in de Zvw.⁷⁶ Voorheen werd gesteld dat jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie vereist dat verzekerden met een naturapolis behandelingen die zij laten verrichten door instellingen in andere lidstaten vergoed krijgen onder dezelfde voorwaarden als behandelingen bij instellingen die in Nederland zijn gevestigd. Deze jurisprudentie is gecodificeerd in de zogenoemde Europese Patiëntenrichtlijn.⁷⁷
- De Raad van State concludeerde dat het verschil in opzet tussen de Patiëntenrichtlijn, die uit lijkt te gaan van een publiek georganiseerd zorgverzekeringsstelsel en het Nederlandse stelsel dat uitgaat van een private verzekering onder publieke randvoorwaarden, spanning oproept, maar dat de voorgestelde regeling in grote lijnen aansluit bij het stelsel van de Patiëntenrichtlijn. De Raad van State achtte de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw passend binnen het stelsel van de Zorgverzekeringswet en verenigbaar met het Europees recht.
- Wat de juridische uitvoerbaarheid betreft, is van belang dat er situaties zijn waarin de zorgverzekeraar gehouden is de zorg te vergoeden, bijvoorbeeld indien de zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft ingekocht. Verder verlangen de Patiëntenrichtlijn en de Coördinatieverordening (883/2004) dat grensoverschrijdende zorg (tot op zekere hoogte) vergoed dient te worden.

De impact op de praktijk

- De impact van het afschaffen van het hinderpaalcriterium zal waarschijnlijk niet van de ene op de andere dag zichtbaar zijn en kan alleen per 1 januari ingaan. Verzekeraars en aanbieders zullen zich aanpassen aan de nieuwe omstandigheid en kunnen alsnog een contract met elkaar overeenkomen. Omdat verzekeraars nu selectief kunnen inkopen op doelmatige en kwalitatief goede zorg, zullen sommige niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet in aanmerking komen voor een contract. Dat kan betekenen dat sommigen hun praktijk zullen moeten neerleggen. Heldere communicatie over het moment van inwerkingtreding kan waarborgen dat patiënten een alternatieve zorgaanbieder vinden, zodat de continuïteit van zorg niet in het geding is.
- Daarbij is belangrijk opletpunt dat het afschaffen van het hinderpaalcriterium geen drempel vormt voor toetreding tot de aanbiedersmarkt. De dynamiek op de aanbiedersmarkt is immers niet alleen afhankelijk van selectieve inkoop, maar ook van gezonde concurrentie tussen aanbieders. Nieuwe, innovatieve aanbieders moeten ook bij toetreding tot de zorgmarkt een kans krijgen op vergoeding.
- Voor patiënten met een naturapolis betekent dit dat zij hun zorg moeten afnemen bij gecontracteerde aanbieders, of anders zelf de zorg moeten vergoeden. Patiënten kunnen ook de overstap maken naar een restitutiepolis, waarbij zij niet gebonden zijn aan contracten van zorgverzekeraars.
- Zorgverzekeraars zullen mogelijk minder uitvoeringslasten ervaren voor het verwerken van declaraties voor niet-gecontracteerde zorg (bijvoorbeeld minder handmatige declaraties van niet-gecontracteerde zorgaanbieders). Dit kan ook gelden voor patiënten, die nu in sommige gevallen de niet-gecontracteerde zorg eerst zelf moeten vergoeden en dan pas kunnen declareren bij hun zorgverzekeraar.

⁷⁶ Raad van State (2014), *Voorlichting betreffende het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben*, W13.14.0351/III/Vo

⁷⁷ Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, PbEU 2011, L 88/45)

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Afschaffen hinderpaalcriterium	0	0	-267	-267	-267	-267

- Het effect van het afschaffen van het hinderpaalcriterium op de mogelijkheden voor zorginkopers om te selecteren is naar verwachting aanzienlijk, maar lastig in kaart te brengen.
- Veronderstellend dat iedereen die gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg bij afschaffing van het hinderpaalcriterium overstapt naar een gecontracteerde zorgaanbieder, een restitutiepolis, of – bij wijkverpleging – naar pgb, kan een rudimentaire schatting worden gemaakt van het directe besparingseffect.
- In 2018 is er voor EUR 260 miljoen niet-gecontracteerde wijkverpleging geleverd. De kosten per patiënt per maand liggen bij de niet-gecontracteerde zorg ongeveer twee keer zo hoog als bij de gecontracteerde zorg. De schatting is daarom dat 50% van €260 miljoen ondoelmatig is, oftewel €130 miljoen.
- De kosten van niet-gecontracteerde gespecialiseerde ggz per patiënt liggen bij de psychologische zorgverleners, ambulante aanbieders, vrijgevestigde psychiaters en overige zorgverleners respectievelijk 20%, 34%, 37% en 13% hoger dan bij gecontracteerde aanbieders. Hierbij is gecorrigeerd voor zorgzwaarte van de patiënten. Bij andere aanbieders is geen verschil of is er geen niet-gecontracteerde zorg. Gegeven de omvang van de zorg verleend door bovenstaande aanbieders, is de schatting dat €35 miljoen ondoelmatig is.
- Er zijn geen cijfers beschikbaar over verschillen in kosten van gecontracteerde dan wel niet-gecontracteerde zorg in deze sectoren in de huisarts en medisch specialistische zorg. Om een berekening van het besparingspotentieel in deze sectoren te kunnen maken worden de aannames gedaan dat 50% van de geleverde niet-gecontracteerde zorg in deze sectoren ondoelmatig is en dat met de maatregel als conservatieve schatting 30% van die ondoelmatigheid kan worden weggenomen.
- In totaal zou impliciteert deze schatting dat €267 miljoen structureel kan worden bespaard als het vergoedingsvereiste volledig zou worden afgeschaft.
- Het indirecte besparingseffect als gevolg van meer handvatten voor verzekeraars om selectieve inkoop te verwezenlijken valt lastig te kwalificeren. Aangenomen kan worden dat de totale besparing in werkelijkheid hoger ligt dan de directe besparing van €267 miljoen.

Beleids optie 14 en 15: Versterken markttoezicht

Omschrijving

Context

- Door veranderende marktomstandigheden zijn er vaker knelpunten voor de marktwerking op de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt.
 - Op de deelmarkten voor medisch specialistische en specialistische GGZ zorg is de concentratie de afgelopen jaren toegenomen.
 - Door een stijgende zorgvraag en toenemende arbeidsmarktknelpunten zal ook op andere deelmarkten de betwistbaarheid van marktposities afnemen.
 - Ook de veranderende zorgvraag draagt hieraan bij: een groot deel van de zorgkosten wordt gemaakt door patiënten met meerdere aandoeningen, die langdurig afhankelijk zijn van relatief unieke netwerken van zorgaanbieders.⁷⁸
- Zorgaanbieders met marktmacht kunnen veranderingen in het zorglandschap verhinderen, bijvoorbeeld het voorkomen van duurdere vervolgzorg door een goede intercollegiale consultatie, het verplaatsen van niet complexe zorg naar de eerste lijn, de concentratie van tertiaire zorg en de inzet voor e-health. Zorgverzekeraars kunnen hier onvoldoende tegenwicht tegen bieden. Hierdoor kunnen de afspraken uit de hoofdlijnenakkoorden in sommige regio's niet gerealiseerd worden.
- Met het huidige Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) instrumentarium kan de NZa optreden als een zorgaanbieder of zorgverzekeraar beschikt over aanmerkelijke marktmacht en daardoor de ontwikkeling van de markt verhindert. De NZa kan de verzekeraar of aanbieder dan verplichtingen opleggen om een gelijk speelveld te waarborgen, voor zover die in de wet omschreven zijn, gericht op het waarborgen van een gelijk speelveld en het wegnemen van belemmeringen voor evenwichtige marktontwikkelingen. In 2016 is een wetsvoorstel ingediend om dit zorgspecifieke markttoezicht over te hevelen naar de ACM. De beleidsopties in dit fiche kunnen door zowel de NZa of de ACM worden doorgevoerd, onafhankelijk van wie de verantwoordelijkheid draagt in de toekomst.
- Het AMM-instrument is de afgelopen jaren, ondanks de toegenomen concentratie, slechts twee keer toegepast. Een gemiddeld AMM-onderzoek duurt anderhalf jaar en leidt vaak niet tot de inzet van maatregelen.
- Het huidige AMM-instrumentarium kent verschillende beperkingen en is daardoor te weinig slagvaardig, te arbeidsintensief en te complex om voortvarend te kunnen optreden bij een disbalans in de zorgmarkten.
 - De bewijslast is te hoog. Zo is er veel onderzoek nodig om aan te tonen dat er geen sprake is van voldoende compenserende inkoopmacht van zorgverzekeraars. Daarnaast moet de NZa, om aannemelijk te maken dat een gedraging leidt tot potentiële mededingingsproblemen, de interacties tussen en alternatieve keuzemogelijkheden van relevante marktpartijen in beeld brengen.
 - Het instrumentarium is te rigide om complexe marktknelpunten op te lossen. De marktautoriteit kan nu alleen de wettelijk voorgeschreven verplichtingen opleggen en alleen aan een specifieke marktpartij. Daarbij is vereist dat aangetoond wordt dat deze maatregel enerzijds noodzakelijk en proportioneel is en anderzijds leidt tot een evenwichtige marktontwikkeling. Dit beperkt de NZa in haar mogelijkheid om als marktmeester flexibel op te treden.
 - Het toepassingsbereik is te beperkt om op te treden tegen marktpartijen die door niets te doen, de totstandkoming van breed gedragen veranderingen kunnen verhinderen. Zo biedt het AMM-instrumentarium weinig aanknopingspunten om op te treden tegen zorgaanbieders die weigeren resultaatsafspraken te maken over doelmatigheid, wanneer uit data blijkt dat deze aanbieder duidelijk afwijkt ten opzichte van andere vergelijkbare

zorgaanbieders, bijvoorbeeld op aspecten als ambulantisering, inzet van ehealth of ligduur.

Maatregel

Om het AMM-instrumentarium toekomstbestendig te maken, kunnen twee varianten worden onderscheiden.

Beleids optie 14 (Variant A):

- Variant A gaat ervan uit dat het AMM-instrumentarium effectiever kan worden ingezet wanneer de bewijslast wordt verlaagd en het toepassingsgebied nader wordt omschreven in de wet.
- Dit stelt de NZa/ACM in staat om vaker op te treden en op die manier de marktwerking beter te waarborgen.
 - De WMG wordt binnen deze variant zodanig aangepast, dat wanneer er voor de zorgverzekeraar geen reëel (toekomstig) alternatief voor handen is, door de NZa/ACM mag worden aangenomen dat geen sprake is van voldoende compenserende inkoopmacht.
 - In een uitvoeringsbesluit onder de WMG wordt een niet-limitatief aantal gedragingen opgenomen, waarbij de toezichthouder ervan uit mag gaan dat er sprake is van een potentieel mededingingsprobleem. Daarbij wordt onder andere opgenomen dat het AMM-instrument ook toegepast kan worden wanneer een zorgaanbieder of zorgverzekeraar de totstandkoming van nieuwe, doelmatigere leveringsvormen belemmert.
 - Het is daarbij aan de onderhavige marktpartij zelf om te onderbouwen dat de betreffende gedragingen desalniettemin geen potentieel mededingingsprobleem opleveren.

Beleids optie 15 (Variant B):

- Variant B gaat ervan uit dat tegen een achtergrond van veranderende marktomstandigheden, het AMM-instrumentarium uitgebreid moeten worden, om de NZa/ACM beter in staat te stellen complexe marktknelpunten op te kunnen lossen.
- Hiervoor is het nodig dat de NZa/ACM, wanneer er sprake is van grote wederzijdse afhankelijkheden tussen marktpartijen, commitment aan een specifiek bestuurlijk proces kan vereisen. Daarbij is het tevens van belang dat de NZa/ACM de gedragingen van meerdere partijen kan betrekken, om zo een eventuele impasse te kunnen doorbreken. Dit is een aanvulling op de maatregelen in variant A.
 - Het AMM-instrumentarium wordt zodanig uitgebreid, dat de NZa/ACM ook in staat is om partijen met aanmerkelijke marktmacht de verplichting op te leggen om mee te werken aan de uitwerking en/of uitvoering van een specifiek bestuurlijk proces of bestuurlijke akkoorden.
 - Daarbij krijgt de NZa/ACM de bevoegdheid om maatregelen ten opzichte van een partij met aanmerkelijke marktmacht, afhankelijk te maken van bepaalde gedragingen van andere marktpartijen. Dit kan bijvoorbeeld van belang zijn wanneer de effectiviteit en proportionaliteit van de verplichting voor een zorgaanbieder met AMM om mee te werken aan bepaalde resultaatsafspraken, afhankelijk is van de bereidheid van een verzekeraar om deze resultaatsafspraken onderdeel te maken van een meerjarig contract.
 - Op basis van artikel 76 jo 48 Wmg, kan de NZa/ACM naleving afdwingen op basis van haar aanwijzingsbevoegdheid. Dit houdt in dat zij marktpartij(en) een opdracht kan opleggen om binnen een gestelde redelijke termijn een bepaalde gedragslijn te volgen,

gericht op het wegnemen van belemmeringen voor een evenwichtige marktontwikkeling. Naleving kan afgedwongen worden met een dwangsom.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid kwaliteit en betaalbaarheid)

Varianten A en B hebben een positief effect op de betaalbaarheid. Beide varianten stellen de marktautoriteit beter in staat om evenwichtige marktverhoudingen te waarborgen. Een evenwichtige marktontwikkeling stelt zorgverzekeraars beter in staat om selectief in te kopen en daarbij lagere prijzen en een hogere doelmatigheid te bedingen, alsook verbeteringen in de kwaliteit en toegankelijkheid. Doordat variant B de NZa/ACM tevens beter in staat stelt om effectief op te treden bij complexe marktknelpunten, zal dit effect in deze variant groter zijn.

De uitbreiding van het AMM-instrumentarium in variant B, stelt de NZa/ACM in staat om ook knelpunten voor de totstandkoming van breed gedragen verbeteringen weg te nemen. Dit kan ook verbeteringen in de toegankelijk (bijvoorbeeld de spreiding van essentiële zorgvoorzieningen) en kwaliteit van de zorg betreffen (bijvoorbeeld de concentratie van complexe zorg). Kanttekening is dat er garanties zijn op de besparing, omdat dit afhangt van de mogelijkheden voor de NZa/ACM om dit ook in de praktijk ten uitvoer te brengen en juridisch hard te maken.

Uitvoering

Zowel variant A als variant B vereisen een wetswijziging. Het benodigde wetgevingstraject kost ongeveer 3 jaar. Deze optie is niet kwantificeerbaar.

Beleids optie 16: Vergroten mogelijkheden tot samenwerking

Omschrijving

Context

- Voor een deel van de zorgvoorzieningen geldt dat er schaal en/of synergievoordelen te behalen zijn die alleen gerealiseerd kunnen worden wanneer verzekeraars hun inkoop op aspecten of onderdelen kunnen afstemmen.
- Samenwerking in de inkoop of op aspecten van de inkoop maakt het mogelijk voor verzekeraars om zorg te contracteren die complex is doordat er veel zorgaanbieders betrokken zijn, doordat deze afhankelijk zijn van een gedeelde infrastructuur of doordat deze domein-overstijgende samenwerking vereist.
- Er is binnen de Mededingingswet momenteel al ruimte om samen te werken. In de kern houdt deze ruimte in dat samenwerking is toegestaan als de mededinging niet significant wordt beperkt, bijvoorbeeld omdat niet-concurrenten samenwerken.
- Indien keuzemogelijkheden wel worden beperkt is de samenwerking onder voorwaarden toegestaan als deze in het belang is van patiënten en verzekerden. Tegelijkertijd stellen de mededingingswet en de Europese verordening betreffende mededinging een ondergrens, in de zin dat er voldoende concurrentie moet overblijven.
- Er is echter geen eenduidige procedure op basis waarvan de ACM kan toetsen of de voordelen voor patiënten en verzekerden opwegen tegen de gevolgen voor de inperking van de keuzevrijheid. In dit verband heeft de ACM plannen van verzekeraars om respectievelijk complexe spoedeisende ziekenhuiszorg en protontherapie te concentreren in een beperkt aantal ziekenhuizen per regio tegengehouden, omdat verzekeraars onvoldoende konden onderbouwen dat de beoogde voordelen voor patiënten en verzekerden zouden opwegen tegen de inperking van de keuzevrijheid.
- De recent door de ACM gepubliceerde beleidsregel over afspraken in het kader van de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek stellen in dit verband procedurele voorwaarden aan de totstandkoming van samenwerkingsinitiatieven. Zij verlangt dat de zorgaanbieders, zorginkopers en patiënten(vertegenwoordigers) voor wie de samenwerking gevolgen heeft volwaardig betrokken zijn en dat rekening is gehouden met hun invalshoeken en belangen. De komende tijd moet blijken of deze beleidsregel voldoende rugdekking biedt voor de stelselpartijen om waar nodig samenwerkingsverbanden aan te gaan.
- Een onderdeel van deze procedurele voorwaarden is dat geen volledige, maar wel een grote mate van consensus wordt vereist tussen aanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties. Deze consensus is soms moeilijk te bereiken wanneer er bij partijen grote, maar uiteenlopende belangen gemoeid zijn met de beoogde samenwerking.
- De ervaringen met het fusietoezicht leren dat het voor toezichthouders niet mogelijk is om een oordeel te vellen over de gevolgen van plannen met betrekking tot samenvoeging of samenwerking, voordat deze plannen zijn gerealiseerd.

Maatregel

- In de Mededingingswet en/of Zvw wordt geëxpliciteerd op welke onderdelen samenwerking tussen zorgverzekeraars in de zorg toegestaan is en welke voorwaarden hiervoor gelden. Daarbij worden in ieder geval de volgende aspecten meegenomen:
 - Afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over investeringen in overkoepelende infrastructuur voor de inzet van e-health.
 - Afspraken tussen zorgverzekeraars over de contractering van zorgnetwerken gericht op de ondersteuning van behandelaren van en patiënten met een specifieke aandoening, naar het model van Parkinsonnet en Dementienet.
 - Afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over investeringen in een versterking van de eerste lijn en de inrichting van anderhalvelijnszorg.
 - Gezamenlijke afspraken met gemeenten over een goede aansluiting tussen het Zvw- en het WMO-domein en over de financiering van preventieactiviteiten.

- In aanvulling daarop, wordt geïdentificeerd op welke gebieden samenwerking wel gewenst is, maar desondanks niet tot stand komt. Ook deze onderdelen worden opgenomen in het wettelijk kader voor samenwerking in het Zvw-domein.
- De ACM werkt een beoordelingskader uit op basis waarvan zij toetst of initiatieven tot afstemming tussen zorgverzekeraars voldoen aan de in de wet gestelde voorwaarden.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid en kwaliteit

- Inkopers en aanbieders worden in staat gesteld om in onderlinge afstemming zorgaanbod en/of infrastructuur te ontwikkelen, dat ten goede komt aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De specifieke bijdrage hangt af van de inhoud van de samenwerking.
- Doordat de ACM blijft toetsen of plannen voor samenwerking voldoen aan de voorwaarden, worden plannen die per saldo negatief uitpakken geweerd.

Betaalbaarheid:

- Door hun inkoopbeleid op onderdelen af te stemmen kunnen verzekeraars doelmatigheidswinst realiseren.
 - Congruente inkoop kan investeringen in doelmatigere leveringsvormen rendabel maken, doordat het risico op free riders gedrag wordt verminderd.
 - Congruente inkoop stelt verzekeraars in staat om gezamenlijke afspraken te maken over het verhogen van de doelmatigheid van zorgaanbieders met zodanige marktmacht, dat individuele verzekeraars hier onvoldoende invloed op kunnen uitoefenen.
 - Congruente inkoop verlaagt de transactiekosten, doordat verzekeraars zich niet individueel hoeven te verdiepen in de vraag naar specifieke hoog complexe zorgvoorzieningen.
- Het effect op de betaalbaarheid op macroniveau is afhankelijk van de mate waarin samenwerking ook daadwerkelijk wordt gezocht. Kanttekening is dat deze maatregel geen mogelijkheid biedt om dit af te dwingen.

Uitvoering

- Een voorwaarde voor die noodzakelijk is om de zorgplicht uit te breiden is uitsluitend over de onderdelen en voorwaarden voor samenwerking die in de mededingingswet, zvw of wmg opgenomen worden. Dit moet nader onderzocht worden. Zonder specificering is deze optie in feite staand beleid.
- Het verankeren van publieke belangen op basis waarvan samenwerking toegestaan kan worden is lastig omdat deze zodanig specifiek gedefinieerd moeten worden dat de ACM deze kan meewegen. Dit is tot dusver lastig gebleken en de Raad van State is in het verleden kritisch geweest op te algemene beschrijving van publieke belangen. Men kan dus niet volstaan met de notie dat de ACM kwaliteit van zorg mee moet wegen, dit moet nader gedefinieerd worden.
- De zorg volledig uitzonderen van de Mededingingswet is lastig te verenigen met Europees recht. Om buiten de reikwijdte van het Nederlandse én Europese mededingingsrecht te vallen is vereist dat dat via wet- en regelgeving zodanig vergaand wordt ingegrepen in de handelingsvrijheid van zorgaanbieders dat zij zich niet langer kunnen onderscheiden op bijvoorbeeld prijs en kwaliteit. Dit heeft mededingingsrechtelijk als gevolg dat deze zorgaanbieders niet meer worden aangemerkt als "onderneming" in de zin van het (Nederlandse en Europese) mededingingsrecht. Omdat dan geen concurrentie meer is, kan deze ook niet worden beperkt en is alle samenwerking altijd toegestaan.
- Deze optie beoogt daarom om de ruimte die het Europese mededingingsrecht biedt zoveel mogelijk te benutten. Doordat de wetgever met deze maatregel een generieke afweging maakt, op welke onderdelen de mogelijke voordelen van samenwerking tussen

marktpartijen opwegen tegen de mogelijke inperking van de keuzevrijheid, wordt de ruimte die het Europees recht biedt voor samenwerking ingevuld en afgebakend.⁷⁹

⁷⁹ Specifiek de efficiëntie-uitzondering van art. 6(3) Mw / art 101 VWEU.

Beleids optie 17: Allocatieve normstelling

Omschrijving

Context:

- Een deel van de zorg die nu tegen relatief hoge tarieven in de tweede lijn wordt geleverd, kan doelmatiger in de eerste lijn geleverd worden.
- Technologische ontwikkeling maakt het mogelijk om sommige verrichtingen, in de thuissituatie uit te voeren, als zorg thuis of zorg op afstand. Het verplaatsen van verrichtingen naar de thuissituatie kan naast een verbetering in de kwaliteit van leven ook doelmatigheidswinst opleveren, doordat zorgverleners minder tijd kwijt zijn aan de verrichting, doordat de patiënt meer zelfredzaam is en de zorgverlener alleen hoeft in te grijpen als de meetwaarden daar aanleiding toe geven.

Maatregel

- Op basis van succesvolle voorbeelden kunnen door de NZa verrichtingen geïdentificeerd worden, waarvoor substitutie mogelijk en doelmatig is.
- Zorgproducten waarvoor geldt dat alle verrichtingen naar de eerste lijn verplaatst kunnen worden: de NZa neemt normerende elementen op in de beleidsregels met de strekking dat alleen aanbieders van eerstelijnszorg deze zorg kunnen aanbieden. Deze zorgproducten mogen enkel gedeclareerd worden als ze door een aanbieder van eerstelijnszorg zijn uitgevoerd.
- Zorgproducten waarvoor geldt dat een deel van de verrichtingen doelmatiger in de eerste lijn verricht kan worden: de zorgproducten worden opgesplitst in een deel dat alleen door eerstelijnszorgaanbieders aangeboden kan worden en een deel dat ook in de tweede lijn aangeboden mag worden, onder voorwaarde dat er samenwerkingsafspraken zijn met de eerste lijn over doelmatige allocatie van zorg.

Effecten op trilemma (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid:

- Het effect op de toegankelijkheid van zorg is overwegend positief. De maatregel heeft geen effect op het "recht op zorg" zoals dit momenteel is verankerd in de Zvw.
- Omdat de zorg wordt verplaatst naar zorgaanbieders die bijna altijd dichterbij de patiënt gelegen zijn of naar zorgaanbieders die de zorg in de thuisomgeving kunnen leveren is er een sterk positief effect op de toegankelijkheid.
- Zorgverlening op afstand, via ehealth of beeldbellen, kan de drempel voor de patiënt om een verpleegkundige of een arts te benaderen verlagen, zoals bijvoorbeeld in de zorg voor mensen met een psychische aandoening. Voor een deel van de bevolking, met minder digitale en/of gezondheids-vaardigheden, zal het gebruik van ehealth de drempel voor zorggebruik verhogen.
- Doordat de patiënt voor huisartsenzorg geen eigen risico hoeft te betalen, zal hij minder remming ervaren om van het zorgaanbod gebruik te maken.
- Uitvoering van deze maatregel zal met zich meebrengen dat patiënten die zich bij het ziekenhuis melden, voor verrichtingen die niet meer door het ziekenhuis gedeclareerd mogen worden, terugverwezen worden naar de eerste lijn. Deze beperking van de toegankelijkheid wordt opgevangen door het gegeven dat een meerderheid van de ziekenhuizen over een eigen huisartsenpost beschikt.

Kwaliteit:

- Doordat huisartsen vaak al beter bekend zijn met de medische geschiedenis van de patiënt, is er potentieel minder vooronderzoek nodig en kan beter rekening gehouden worden met persoonlijke omstandigheden.
- Door de inzet van elektronische monitoring in de thuissituatie, ontstaat er een beter inzicht in de gezondheid van de patiënt en kan de behandeling hier beter op ingericht worden.

Betaalbaarheid:

- De maatregel heeft naar verwachting structureel een positief effect op de betaalbaarheid van zorg, omdat zorg die nu in het ziekenhuis plaats vindt vaak tegen een lager tarief kan worden geleverd in de eerste lijn of als zorg thuis.
- Wanneer een patiënt eenmaal gebruik maakt van ziekenhuiszorg, wordt hij vaker ook doorverwezen naar andere specialistische zorg, dan wanneer hij slechts gebruik maakt van huisartsenzorg. Doordat met deze maatregel voor een deel van de patiënten het initiële gebruik van ziekenhuiszorg voorkomen wordt, zal naar verwachting ook het gebruik van andere specialistische zorg afnemen.
- Evaluaties van eerdere projecten waar substitutie een belangrijk onderdeel van uitmaakte laten zien dat maatregelen ter bevordering van substitutie op zichzelf niet altijd tot budgettaire besparingen leiden. Hoewel er veel voorbeelden zijn waarin aanbieders van eerste of anderhalfde lijnszorg hun zorgverlening aan patiëntengroepen uitgebreid hebben, heeft dit in veel gevallen niet geleid tot een aantoonbare macrobesparing.
- Ziekenhuizen kunnen de vrijgekomen capaciteit opvullen met andere zorg. Uit het DHD rapport kostenontwikkeling ziekenhuiszorg 2017 blijkt dat door verplaatsing van zorg naar de eerste lijn, de patientenaantallen, de dbc kosten per patiënt en het aantal verrichtingen per dbc gedaald zijn voor behandelingen van diabetes, hartfalen, copd en chronische nierinsufficiëntie, maar dat deze dalingen deels gecompenseerd zijn door een stijging van met name het aantal oudere patiënten, met name voor behandeling van leeftijdsgelateerde aandoeningen. Dit is lijn met de verwachting dat de kosten voor medisch specialistische zorg door vergrijzing de komende jaren verder zullen toenemen. In dit verband kan het zijn dat dankzij de gerealiseerde substitutie de afgelopen jaren een grotere stijging van de zorgkosten is voorkomen.
- Om doelmatigheidswinst te realiseren zullen zorgverzekeraars daarom de waarde van de gesubstitueerde zorg in mindering moeten brengen op de vergoeding van ziekenhuizen en/of de stijging van de zorgkosten op andere terreinen moeten beheersen, ook om opvuleffecten te voorkomen. De meeste verzekeraars maken afspraken met ziekenhuizen op basis van een uitgavenplafond of een aanneemsom, vanwege de voordelen die deze contractvormen bieden op het gebied van beheersbaarheid van de zorgkosten op mesoniveau. Dit betekent dat er minder scherp wordt onderhandeld over volumes en prijzen van deels gesubstitueerde zorg. Verzekeraars kunnen desalniettemin de waarde van de gesubstitueerde zorg terughalen via een verlaging van het uitgavenplafond of de aanneemsom.
- Een belangrijk knelpunt daarbij is de sterke marktpositie van een deel van de ziekenhuizen. De ESHM constateerde in 2016 dat ziekenhuizen specifiek een sterke onderhandelingspositie hebben met betrekking tot verweven niet complexe zorg (ongeveer de helft van de ziekenhuiszorg). Hier worden oplossingsrichtingen voor aangereikt in de beleidsoptie met betrekking tot een versterking van het markttoezicht.

Uitvoering

Uitvoerbaarheid

- De uitvoerbaarheid van deze maatregel is afhankelijk van de mate waarin de NZa kan onderbouwen welke verrichtingen doelmatiger kunnen plaatsvinden in de eerste lijn of als zorg thuis. Dit vergt mogelijk uitbreiding van capaciteit van de NZa.
- Er kunnen ook praktische belemmeringen zijn. Voor veel verrichtingen waarvoor geldt dat ze potentieel verplaatst kunnen worden naar de eerste lijn of naar zorg thuis, geldt dat er in sommige gevallen zorginhoudelijke redenen kunnen zijn om behandeling toch plaats te laten vinden in het ziekenhuis. Om intramurale dialyse te vervangen door thuisdialyse moet er bijvoorbeeld in iedere regio voldoende aanbod van thuisdialyse te realiseren zijn.
- In de praktijk blijft er bij veel chronische patiënten behoefte bestaan om bij complicaties een specialist te consulteren.

- Om een substantiële verplaatsing van zorg te realiseren kan het van belang zijn om ook specialisten van disciplines met substitutiepotentieel te stimuleren om zich meer in te zetten voor een versterking van de eerste/anderhalfde lijn. Dit is conform het visiedocument medisch specialist 2025, waarin de FMS ervoor pleit dat medisch specialisten hun werkterrein verbreden door zich ook buiten het ziekenhuis in te zetten voor netwerkzorg. Hoewel er bijvoorbeeld reeds een betaaltitel is voor het meekijkconsult, blijft de benutting hiervan achter bij de verwachtingen.

Juridische aspecten

- Het vergroten van de bevoegdheid van de NZa ten behoeve van allocatieve normstelling vergt een wijziging van de wmg.
- Op basis van deze bevoegdheid kan de NZa het gebruik van een prestatie bijvoorbeeld af bakenen tot huisartsen of zorgaanbieders die beschikken over afspraken met betrekking tot een doelmatige allocatie van zorg. Voor de benodigde wijziging van de betreffende beleidsregels zal de minister van VWS de NZa een aanwijzing moeten geven. Ter voorbereiding op deze aanwijzing zal onderzoek moeten plaatsvinden naar de knelpunten die aanleiding geven tot deze maatregel en de gevolgen van de maatregel voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Allocatieve normstelling	0	0	-25/ -50	-50/ -75	-75/ -100	-100/ -200

- Het besparingspotentieel van het verplaatsen van zorg is aannemelijk, maar lastig te berekenen. Succesvolle pilots geven inzicht in het potentieel, voor zover verondersteld kan worden dat deze opgeschaald kunnen worden.
- Het Zorginstituut heeft in 2020 in opdracht van de werkgroep Toekomstbestendige Zorg op basis van 25 praktijkvoorbeelden een nieuwe inschatting gemaakt van het besparingspotentieel van het verplaatsen van zorg. Deze analyse verschilt van die van SIRM in de zin dat nieuwe pilots zijn meegenomen en dat er een verdiepende analyse is uitgevoerd op de bruikbaarheid van de evaluaties.
- Op basis van extrapolatie van de in kaart gebrachte initiatieven, komt het Zorginstituut tot de schatting dat het maximale potentieel van de verplaatsing van zorg in 2022 tussen de €616 en €986 miljoen ligt, afhankelijk van de mate waarin door flankerend beleid gewaarborgd kan worden dat de randvoorwaarden voor opschaling in alle regio's aanwezig zijn. Omdat deze individuele beleids optie zorgverzekeraars geen betere aanknopingspunten biedt om de randvoorwaarden voor opschaling in regio's waar deze nog niet aanwezig zijn, tot stand te brengen, wordt de onderkant van de bandbreedte als uitgangspunt genomen.
- Onderstaande tabel geeft een overzicht van de interventies en potentiële besparingen gegeven de opschikbaarheid. Voor een uitgebreider overzicht van de interventies wordt verwezen naar het bijgevoegd onderzoek van het Zorginstituut.

Interventie	Minimaal potentieel	Maximaal potentieel
Pilot om verwijzing naar de oogart te voorkomen door inzet gespecialiseerde huisarts	€ 16,13	€ 25,82
Ehealth bij chronische hartpatiënten. samenwerkingsverband van zorgverzekeraars Zilveren Kruis Achmea, CZ en VGZ, en Philips, in zes Nederlandse ziekenhuizen	€ 23,90	€ 38,24
Een proef middels teleconsultatie in het Nijmeegse Canisius Wilhelmina Ziekenhuis met teleconsultatie bij knie-, rug- en schildklierklachten	€ 39,17	€ 62,67
Wegnemen van prikkel om op Spoed eisende hulp te behandelen. Daarvoor volledig integreren van spoed eisende hulp en huisartsenpraktijk.	€ 14,59	€ 23,34
Zinnige zorg - Rapport Artrose knie en heup	€ 2,70	€ 4,32
Zinnige zorg - Rapport Verbetering van de zorg voor mensen met perifere arterieel vaatlijden	€ 16,47	€ 26,35
Zinnige zorg - Rapport Zinnige nacontrole bij vrouwen behandeld voor borstkanker	€ 2,17	€ 3,47
Zinnige zorg - Rapport Verbetersignalelement stabiele angeina pectoris	€ 95,61	€ 152,98
Zinnige zorg - Rapport Verbetersignalelement Zorg in de laatste levensfase bij mensen met long- of darmkanker	€ 4,62	€ 7,39
Zinnige zorg - Rapport Verbetersignalelement Baarmoederhalsafwijking	€ 1,21	€ 1,94
Verplaatsing van zorg vanuit specialistisch naar basis GGZ	€ 153,38	€ 245,41
Diagnostiek van ziekenhuiszorg naar Eerstelijnscentra	€ 82,22	€ 131,55
Voorkomen huisartsenbezoeken door inzet medicatie	€ 59,52	€ 95,22
Minder opnames voor COPD patiënten met geïntegreerde disease management	€ 7,69	€ 12,30
Door inzet van medicatie kan bespaard worden op astma en COPD zorg	€ 8,72	€ 13,96
Casemanagement van wijkverpleegkundige bij patiënten met dementie kan ziekenhuisopnames voorkomen	€ 2,26	€ 3,62
Voorkomen ziekenhuiszorg door opstellen zelfmanagementplan en e-health	€ 0,49	€ 0,78
Schaalvoordelen binnen de GGZ bij de huisarts leiden tot veel efficiënter aanbod van e-health.	€ 1,68	€ 2,69
Geleverde zorg via het Parkinson Net kan leiden tot kostenbesparingen in de 2e lijn	€ 0,30	€ 0,48
Geïntegreerd ziektemanagement COPD leidt tot minder ziekenhuisopnames	€ 0,82	€ 1,31
Gecoördineerde zorg na ontslag ziekenhuis voor ouderen leidt tot een ligduurbesparing	€ 11,60	€ 18,56
Minderdrinken.nl - Allocatie van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg optreden door goede ondersteuning	€ 29,79	€ 47,66
Verplaatsing van ziekehuiszorg door chemotherapie thuis	€ 5,22	€ 8,36
Minder complicaties door Pre-Operatieve Respiratoire fysiotherapie	€ 31,21	€ 49,94
chirurgische kaakbehandelingen die momenteel in het ziekenhuis plaatsvinden verplaatsen naar ZBC's	€ 4,74	€ 7,58
	€ 616,22	€ 985,95

- Door de inzet van allocatieve normstelling kan de NZa direct sturen op het verplaatsen van zorg. Daarvoor moet de NZa wel duidelijk kunnen onderbouwen dat de beoogde verplaatsing van zorg in alle regio's mogelijk is, goed af te bakenen is van de zorg die nog op de oude locatie geleverd moet kunnen worden en leidt tot betere resultaten voor verzekerden.
- Het gemiddelde van het minimale en maximale potentieel van de verplaatsing van zorg dat het Zorginstituut identificeert ligt op €801 miljoen. Nader onderzoek is nodig om te bepalen welke interventies door de NZa kunnen worden afgebakend en opgeschaald.
- Als wordt aangenomen dat de helft de interventies geschikt is, komt de potentiële besparing uit op ongeveer €400 miljoen. Als een kwart van de bovenstaande interventies geschikt is komt de besparing uit op €200 miljoen.
- Het uiteindelijke besparingspotentieel is mede afhankelijk van de mate waarin de waarde van de verplaatste zorg in mindering gebracht kan worden op het macrobudget medisch specialistische zorg en niet wordt opgevuld met nieuwe zorg. Naar verwachting zullen de zorgaanbieders die de dbc niet meer kunnen declareren proberen de betreffende zorg alsnog te leveren, door een zwaardere dbc te declareren. Zorgverzekeraars kunnen dit maar ten dele tegengaan. Als wordt aangenomen dat sprake is van opvuleffecten met de waarde van de helft van de verplaatste zorg resteert een besparing van afgerond €100 tot €200 miljoen.
- Daarnaast kan worden aangenomen dat deze baten zich geleidelijk zullen materialiseren en dient rekening te worden gehouden met een aanloopfase.

Beleids optie 18: Aanpassen tariefregulering in de curatieve zorg

Omschrijving

- In de Zvw worden aanpassingen gedaan in de tariefstelling. De tarieven zijn niet alleen gebaseerd op werkelijke kosten uit het verleden, maar zijn ook een goede weergave van de gewenste situatie binnen een sector. Hiertoe worden *normatieve elementen* toegevoegd aan de tariefstelling. Het uitgangspunt blijft dat de tarieven de 'redelijke kosten van zorg' moeten dekken.
- Er zijn hierin verschillende opties, die minder of meer vergaand zijn:
 1. In de huidige sectoren met vaste of maximumtarieven worden (meer) normatieve elementen toegevoegd aan de tariefstelling. In plaats van uit te gaan van gemiddelde kosten bij het bepalen van het tarief, worden normen gesteld die de tarieven laten dalen. Voorbeelden hiervan zijn het ijken van de norm op goed presterende instellingen, het aanpassen van de gewenste personeelsmix (de verhouding van inzet van lager en hoger geschoold personeel), of het aanpassen van de verwachte hoeveelheid patiënten die een zorgverlener kan zien voor een bepaald tarief.
 2. In alle sectoren in de Zvw worden maximumtarieven ingevoerd, die vervolgens worden bepaald op basis van normatieve elementen zoals bij optie 1.
 3. In alle sectoren in de Zvw worden individuele maximumtarieven ingevoerd, die per zorgaanbieder kunnen verschillen. De tarieven zijn gebaseerd op werkelijke kosten en normatieve elementen. Vervolgens worden de maximumtarieven gedifferentieerd per zorgaanbieder, op basis van een integrale vergelijking. Hierdoor worden aanbieders gestimuleerd om zich te spiegelen aan de meest efficiënte instellingen (zoals overhead), maar wordt tegelijkertijd rekening gehouden met verschillen in niet-beïnvloedbare factoren (zoals kosten van huisvesting die kan verschillen tussen regio's).
- In de huidige situatie zijn de tarieven in de paramedische zorg, het grootste deel van de MSZ, de farmaceutische zorg en in een deel van de huisartsenzorg vrije tarieven. De tarieven in de andere sectoren van de curatieve zorg zijn maximumtarieven. Echter, ook in sommige sectoren waar maximumtarieven gelden, zijn er experimenteerprestaties, waar alsnog de mogelijkheid bestaat voor vrije tariefafspraken tussen aanbieders en verzekeraars, dit geldt met name voor de wijkverpleging.
- De NZa geeft tarieven vrij, wanneer er aan een aantal voorwaarden voldaan is. Een belangrijke voorwaarde hierin, is de marktpositie van de aanbieders. Als de zorgaanbieder naar verwachting een (te) sterke marktpositie heeft, worden de tarieven gereguleerd. De aanname is dat zorgverzekeraars in de sectoren met vrije tarieven zelf op de prijs kunnen drukken.
- Via de introductie van normatieve elementen worden zorgaanbieders geprikkeld hun praktijk efficiënt in te richten. Bijvoorbeeld op het gebied van reductie van overhead, het verhogen van de arbeidsproductiviteit en het kiezen van een doelmatige personeelsmix.
- De NZa voert de tariefstelling uit. Randvoorwaardelijk hierbij is dat de tariefstelling er niet toe mag leiden dat een zorgaanbieder geen 'redelijkerwijs kostendekkende' tarieven ontvangt. De toegevoegde normatieve elementen moeten daarom inhoudelijk onderbouwd worden en/of er moet overeenstemming met de veldpartijen zijn over de normatieve elementen. Daarbij kan ook de mogelijkheid van een max-max-tarief worden geboden, waarbij zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om tarieven van individuele zorgaanbieders te verhogen, bijvoorbeeld wanneer zij aan kunnen tonen dat zij niet uit komen met het gestelde maximumtarief vanwege hun cliëntpopulatie.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

De maatregel heeft in principe geen effect op de toegankelijkheid van zorg, maar kan een negatief effect hebben op de toegankelijkheid van zorg, wanneer de tarieven zodanig laag worden vastgesteld dat instellingen hiermee de kosten van zorg niet kunnen dekken.

Kwaliteit

De maatregel kan een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg, wanneer de normstelling zo wordt gekozen dat deze aansluit bij goede kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld wanneer overhead wordt verminderd of de juiste personeelsmix wordt gestimuleerd. De maatregel kan een negatief effect hebben op de kwaliteit van zorg, wanneer de tarieven zodanig laag worden vastgesteld dat instellingen hiermee de kosten van zorg niet kunnen dekken.

Betaalbaarheid

De maatregel heeft een positief effect op de betaalbaarheid van zorg, doordat de tarieven worden geïjkt op goed presterende instellingen of efficiënte normen. Hierdoor dalen onnodige kosten in de zorg. Randvoorwaardelijk is dat de tariefstelling er niet toe mag leiden dat een zorgaanbieder geen 'redelijkerwijs kostendekkende' tarieven ontvangt. Dit vormt mogelijk een belemmering voor besparingen die kunnen worden gerealiseerd. Het is niet in te schatten of dit effect in varianten 2 en 3 groter of kleiner is dan variant 1.

Uitvoering

- De maatregel is uitvoerbaar, maar zal een aantal jaar vergen om in te voeren. Dit komt doordat voor elke sector een kostenonderzoek van de NZa nodig is, nieuwe tarieven moeten worden bepaald en voldoende inzicht moet worden verkregen in normatieve elementen die kunnen bijdragen aan een verhoging van de doelmatigheid.
- De eerste twee varianten kunnen uitgevoerd worden binnen het stelsel van de huidige Zvw. De ruimte voor verzekeraars en aanbieders om gezamenlijk afspraken te maken wordt wel beperkt, met name in variant 2.
- De NZa heeft op basis van artikel 50 van de Wmg de bevoegdheid om een maximumtarief vast te stellen.
- De NZa kan o.g.v. de Wmg beleidsregels opstellen over de tariefstelling en daarbij te hanteren tariefprincipes. Daaronder ook het hanteren van normatieve elementen in de tariefstelling, mits dit niet leidt tot strijd met kwaliteitsnormen en een redelijkerwijs kostendekkend tarief oplevert. Voor sommige varianten is een wetswijziging nodig.
- De derde variant kan worden uitgevoerd binnen het stelsel van de huidige Zvw, maar staat enigszins haaks op de beoogde werking. Zorgverzekeraars hebben in deze variant namelijk zeer beperkte invloed op de tarieven die zij afspreken met aanbieders. Deze tarieven worden namelijk grotendeels bepaald door de integrale vergelijking. Een zorgverzekeraar wordt dan een uitvoerder van de inkoop, in plaats van zelf te sturen op doelmatigheid via prijs- en volumeafspraken. De rol van de zorgverzekeraar gaat zodoende meer lijken op de rol van het zorgkantoor in de Wlz. De prijsdruk die een zorgverzekeraar nu zelf kan realiseren, wordt daarmee ook minder.
- Er zijn verschillende voorbeelden van sectoren waar normatieve elementen zijn toegevoegd aan de tariefstelling. In de wijkverpleging is ervoor gekozen de disciplinemix van verschillende typen personeel te normeren. Ook is in de wijkverpleging een normatieve vergoeding opgenomen in de vorm van een rentevergoeding op het genormeerd eigen vermogen. In de verloskunde is er bijvoorbeeld sprake van een rekennorm van 105 bevallingen per jaar (was voorheen 110). Een voorbeeld van optie 3 is de introductie van de integrale vergelijking in de verpleeghuissector. Hiermee worden tarieven van instellingen in de verpleeghuissector in een aantal jaren gemaximeerd op het niveau van de best presterende instellingen. Daarbij moet er rekening mee gehouden worden dat voor de complexe meer gespecialiseerde zorg het lastiger kan zijn om voldoende onderbouwde normatieve elementen te vinden, omdat deze zorg heterogener is dan de hierboven genoemde voorbeelden.
- Voor veel maatregelen geldt dat er eventuele negatieve bijeffecten kunnen optreden. Een risico is dat zorgaanbieders een daling in tarieven gaan compenseren met een stijging in volume. Om dit te voorkomen, moeten zorgverzekeraars volumeafspraken met

zorgaanbieders maken. Hiervoor is het van belang dat zorgaanbieders een prikkel houden om contracten af te sluiten met zorgverzekeraars, waar volumeafspraken onderdeel van kunnen uitmaken. Dit vergt dat zorgverzekeraars voldoende onderhandelingsruimte behouden en in staat zijn om een dergelijk contract financieel aantrekkelijker te maken voor een ziekenhuis dan een open einde contract op basis van omzet. Het fiche "gepast gebruik" biedt handvatten om ongewenste praktijkvariatie op het gebied van volumes tegen te gaan.

- Bij voorkeur is over de normatieve elementen overeenstemming met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het is de vraag of zorgaanbieders bereid zijn mee te werken aan normatieve elementen, wanneer dit ertoe leidt dat de tarieven zullen dalen.
- Het is mogelijk dat er rechtszaken gevoerd worden over de hoogte van de tarieven.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Tariefregulering optie 1: toevoegen normatieve elementen	0	0	-140	-140	-140	-140
Tariefregulering optie 2: invoeren maximumtarieven en toevoegen normatieve elementen	-	-	-	-	-	-
Tariefregulering optie 3: invoeren individuele maximumtarieven o.b.v. integrale vergelijking	-	-	-	-	-	-

- Voor alle opties geldt dat de bedragen moeilijk te kwantificeren zijn, omdat de effecten van het toevoegen van normatieve elementen per sector kunnen verschillen. De effecten moeten daarom per sector worden doorgerekend op basis van kostenonderzoeken van de NZa.
- Recent is binnen de verpleeghuiszorg onderzoek gedaan naar besparingen op basis van efficiëntie. De invoering van individuele maximumtarieven op basis van een integrale vergelijking is de basis van de berekening van de efficiëntiekorting bij de invoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Daar is een efficiëntiekorting van circa 4% mogelijk (€560 miljoen structureel op een basisbedrag van ruim €13 miljard), wanneer de integrale vergelijking op basis van best-presterende instellingen wordt ingevoerd.
- Nog onduidelijk is of er in de andere zorgsectoren sprake is van een vergelijkbare inefficiëntie en of de NZa in staat is normatieve elementen op te stellen op basis waarvan deze variatie teruggebracht kan worden. De NZa geeft daarom aan dat het onzeker/twijfelachtig is of met deze maatregelen grote besparingen zijn te realiseren, omdat veel zorg nog niet onderbouwd is (zie ook fiche "onderzoek") en – zoals eerder genoemd – kostendekkende tarieven moeten worden gesteld.
- Bij wijze van conservatieve aanname hanteert de werkgroep hier daarom een doelmatigheidswinst van 1%, die kan worden toegepast op de grondslag van de Zvw-sectoren waar momenteel maximum of vaste tarieven gelden.⁸⁰ De wijkverpleging wordt niet meegenomen, hier wordt namelijk vrijwel volledig gebruik gemaakt van de experimenterprestatie verpleging en verzorging, waarvoor een vrij tarief geldt. De sectoren hebben gezamenlijk een grondslag van €14,1 miljard in 2020. Een besparing van 1% zou dan leiden tot een besparing van circa €140 miljoen.
- Of de besparing oploopt of afneemt als wordt gekozen voor optie 2 of optie 3, is afhankelijk van de hoeveelheid prijsdruk die verzekeraars momenteel al kunnen realiseren in de overige sectoren. Deze prijsdruk vervalt en wordt vervangen door prijsdruk via normatieve elementen in tarieven. Deze opties zijn daarom niet kwantificeerbaar.

⁸⁰ Voor dit fiche is gerekend met de sectoren huisartsenzorg, multidisciplinaire zorgverlening, tandheelkundige zorg, verloskunde, kraamzorg, zorg voor zintuigelijk gehandicapten, geriatrische revalidatiezorg en eerstelijns verblijf, beschikbaarheidsbijdrage academische zorg, beschikbaarheidsbijdrage overige medisch specialistische zorg, overig curatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, opleidingen en vervoer.

Beleids optie 19: Medisch specialisten in loondienst

Omschrijving

- Een aanzienlijk deel van de medisch specialisten is momenteel vrijgevestigd. Dit betekent dat het honorarium van deze specialisten afhankelijk is van de omzet die wordt behaald met behandelingen.
- Uit gesprekken met diverse experts is naar voren gekomen dat deze wijze van beloning productieprikkelers in de hand werkt. Het effect van betaling per verrichting op productie is in diverse studies empirisch aangetoond.⁸¹ Dit kan negatief zijn, wanneer dit leidt tot overbehandeling en het verlenen van onnodige zorg. Daarnaast kan de koppeling tussen omzet en beloning gewenste verplaatsingen van zorg, bijvoorbeeld vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn, tegengaan.⁸² De werkgroep heeft signalen ontvangen dat tegengestelde belangen tussen het ziekenhuisbestuur en het medisch specialistisch bedrijf (msb) doelmatige organisatie van zorg in de weg kunnen staan.
- Deze beleids optie beoogt aanpassing van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), zodat zorgaanbieders slechts medisch-specialistische zorg in rekening mogen brengen indien deze door artsen in loondienst is verricht.
- Op dit moment is voor medisch specialisten zowel vrije vestiging als werken in loondienst mogelijk. Er zijn in Nederland ongeveer 16.500 medisch specialisten actief.⁸³ 52% is in loondienst, 40% is vrijgevestigd en 8% bezigt een combinatie.⁸⁴
- Er kan onderscheid worden gemaakt tussen een model waarbij alle artsen worden verplicht om in loondienst te treden of enkel nieuwe artsen. In de optie die hier wordt uitgewerkt is uitgegaan van een variant waarbij alle artsen worden verplicht in loondienst te treden.
- In de berekeningen wordt er van uitgegaan dat de artsen die voorheen vrijgevestigd waren na invoering van de maatregel een salaris verdienen gelijk aan het huidige gemiddelde salaris van specialisten die nu al in loondienst zijn (€167.000⁸⁵). Dit is een niveau dat nog aanmerkelijk onder de Wnt norm van € 194.000⁸⁶ per jaar valt.

Effecten op trilemma (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid:

- Het effect op de toegankelijkheid van zorg is beperkt. De maatregel heeft geen effect op het "recht op zorg" zoals dit momenteel is verankerd in de Zvw.
- Omdat de productieprikkelers wordt verminderd is niet uitgesloten dat het gemiddeld aantal uren dat vrijgevestigd specialisten werken daalt. Wanneer dit leidt tot het verminderen van overbehandeling en het dalen van onnodige zorg, heeft dit geen effect op de toegankelijkheid van zorg. Wanneer dit ook leidt tot minder nodige zorg, kan dit betekenen dat de wachttijd voor behandelingen zou oplopen. Op de lange termijn is de verwachting dat er een nieuw evenwicht ontstaat, zeker indien de *numerus fixus* voor geneeskundestudenten wordt aangepast om een tekort te adresseren.

Kwaliteit:

- De verwachting is dat de kwaliteit van zorg sterk verbeterd, omdat er minder onnodige zorg wordt verleend.

⁸¹ M. Lagarde en D. Blaauw (2017), *Physicians' responses to financial and social incentives: A medically framed real effort experiment*; J. Clemens en J. Gottlieb (2014), *Do Physicians' Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health*; CPB 2012, *The effect of physician fees and density differences on regional variation in hospital treatment*; A. Mitchell et al (2018), *Association Between Reimbursement Incentives and Physician Practice in Oncology*;

⁸² SIRM (2019), *Aanbevelingen ter bevordering van gelijkgerichtheid*

⁸³ Er wordt aangenomen dat al deze artsen in voltijd werken.

⁸⁴ NZA (2018), *Monitor Integrale bekostiging medisch-specialistische zorg 2018*.

⁸⁵ CBS Statline (2019), *Beloning van in zorg werkzame artsen; beroep en specialisme*

⁸⁶ Rijksoverheid (2019), *Beloningen bestuurders topinkomens overheid*

- Onderzoek wijst uit dat de kwaliteit van het aantal behandelingen sterk afhankelijk is van de wijze van beloning. De kwaliteit van zorg is het hoogst indien artsen in de loondienst werken.⁸⁷

Betaalbaarheid:

- De maatregel heeft naar verwachting structureel een positief effect op de betaalbaarheid van zorg, omdat er minder onnodige zorg wordt verleend.
- Op korte termijn zal de maatregel leiden tot extra publieke uitgaven, omdat vrijgevestigd medisch specialisten voor de eigendomsontneming (goodwill) gecompenseerd moeten worden. Dit zal zich op langere termijn echter terugverdienen.

Uitvoering

Uitvoerbaarheid

- Het is (theoretisch) uitvoerbaar om medisch specialisten te verplichten in loondienst te treden. Voor veel vrijgevestigde specialisten geldt dat zij zich hebben ingekocht. Veel vrijgevestigd specialisten hebben goodwill opgebouwd. Door de maatregel zal de waarde van de goodwill dalen naar nihil. Er moet derhalve rekening worden gehouden met een claim rond 'eigendomsontneming'. Juridisch zou nader onderzocht moeten worden wat daarvan het risico is. Hoewel het hiermee gemoeide bedrag onzeker is, is de claim in het kader van ZiK geschat op €1,970 miljard.
- Daarnaast vergt het extra regelwerk voor ziekenhuizen en medisch specialistische bedrijven die nu geen specialisten in loondienst hebben; die zullen naast de werknemers die zij al hadden ook de specialisten in hun salaris-, verzekering en premieadministratie moeten opvoeren en arbeidsovereenkomsten met de specialisten moeten opstellen. Hier zullen transitiekosten aan verbonden zijn.

Juridische aspecten

Wet Marktordening Gezondheidszorg

- Hoewel een rechtstreekse verplichting tot loondienstverband juridisch niet mogelijk is, kan naar verwachting wel op indirecte wijze hetzelfde doel worden bereikt. Hiervoor zou in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) moeten worden opgenomen dat zorgaanbieders slechts medisch-specialistische zorg in rekening mogen brengen indien deze door artsen in loondienst is verricht.
- Een juridische beperking van de mogelijkheid om in vrije vestiging te werken moet zo zijn vormgegeven dat het ook niet meer mogelijk is om via een zelfstandig behandelcentrum of een buitenlandse rechtspersoon te werken in vrije vestiging, ook niet in onderaanneming van een ziekenhuis. Zolang dat niet het geval is kan 'weglek' optreden. Ook dit vergt nog nadere analyse en uitwerking.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

Onderstaand wordt ingegaan op de budgettaire gevolgen van een situatie waarbij alle artsen worden verplicht in loondienst te treden.

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Alle artsen verplicht in loondienst	-	-	170	1.490	-490	-490
w.v. productieprijkkels	-	-	-	-250	-250	-250
w.v. personeelskosten	-	-	-	-240	-240	-240
w.v. transitiekosten	-	-	-	170	170	0
w.v. compensatie goodwill	-	-	-	1.970	0	0

⁸⁷ M. Lagarde en D. Blaauw (2017), *Physicians' responses to financial and social incentives: A medically framed real effort experiment*

Lagere productieprikkel

- Artsen die in de loondienst werken zullen minder een productieprikkel ervaren dan vrijgevestigde specialisten. Dit heeft enerzijds een uitgaven besparend effect, doordat onnodige zorg wordt teruggedrongen. Als de productiviteit per werknemer terugloopt kunnen echter ook meer artsen nodig zijn. Het cumulatieve effect van deze twee tegengestelde effecten, als alle vrijgevestigde medisch specialisten in loondienst gaan is een besparing van €250 miljoen op de ziekenhuiszorg. Wanneer er een groep specialisten, ter grootte van 1% van alle medisch specialisten, uit vrije vestiging in loondienst gaat, resulteert dit in een 0,1% reductie in de zorguitgaven door het verminderen van de productieprikkel.⁸⁸
- Dit effect kan niet lineair worden doorgetrokken, maar een conservatieve schatting is een reductie van 1% op het totaal van de ziekenhuiszorg wanneer alle medisch specialisten in loondienst gaan. Dit kan worden toegepast op de totale omvang van de ziekenhuiszorg van €25,5 mld.⁸⁹

Personeelskosten

- Daarnaast levert de overgang naar loondienst een besparing op van €240 mln. aan personeelslasten. Het lijkt realistisch dat het inkomen van de vrijgevestigde medisch specialisten die in loondienst treden zich rond hetzelfde niveau zal bevinden als de huidige artsen in loondienst.
- Wanneer loondienst verplicht is, dan kunnen medisch specialisten de arbeidsmarkt niet langer op 'slot' houden door het aantal plaatsen in maatschappen te beperken. Op basis van een bruto jaarinkomen van €167.000 per specialist plus werkgeverslasten van 20%⁹⁰ is dit €240 mln. lager dan de macro gedeclareerde omzet van vrijgevestigde specialisten.

Goodwill

- De waarde van de goodwill gaat verloren door de overgang naar loondienst. om dit te compenseren moet rekening worden gehouden met een afkoopsom van circa €1,970 miljard.
- De hoogte is juridisch onzeker en kan bij de rechter lager uitvallen. Bij een geleidelijke overgang is het mogelijk dat de hoogte van de compensatie lager uitvalt, dit is echter juridisch zeer onzeker en daardoor niet nader gekwantificeerd. Naast de compensatie is sprake van overige transitiekosten. Die worden geraamd op 1,5% van de totale medisch-specialistische zorg aangeboden door vrijgevestigde artsen gedurende vijf jaar.

Doelmatige organisatie van zorg

- Het effect van het verplichten van artsen om in loondienst te treden op doelmatige organisatie van zorg niet te kwantificeren.
- Volgens een inschatting van Gupta Strategists kan 46% van de zorgactiviteiten die nu in het ziekenhuis plaatsvinden, ook thuis plaatsvinden, met behulp van technologie en een andere organisatie van de ziekenhuiszorg.
- SIRM heeft op basis van 63 praktijkvoorbeelden berekend dat de groei van de Zvw-uitgaven met minstens 0,6% per jaar verlaagd kunnen worden door een verschuiving van zorg van ziekenhuizen en GGZ-instellingen naar huisartsen, eerstelijnsvoorzieningen of de patiënt thuis. Wat het effect van weghalen van een belangrijke barrière voor het verplaatsen van zorg is niet te kwantificeren, maar het is aannemelijk dat de uitgavenbesparing hoger ligt dan het totale directe financiële effect.

⁸⁸ Conservatieve schatting op basis van Douven, R., R. Mocking and I. Mosca (2015), *The Effect of Physician Remuneration on Regional Variation in Hospital Treatments*

⁸⁹ Omvang in 2019 zoals opgegeven in de begroting van 2020, voor berekening vervolgens verhoogd naar 2021

⁹⁰ Hier is in het brutoloon nog geen rekening gehouden met pensioenpremies. Daarom wordt hier gerekend met een percentage werkgeverslasten van 20% in plaats van 15%.

Beleidsoptie 20: Uitbreiden zorgplicht zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Omschrijving

Context

- Sinds de uitbreiding van de risicodragendheid van zorgverzekeraars in 2012, zijn de verwachtingen die bestuurlijk aan zorgverzekeraars gesteld worden uitgebreid. Zo wordt in de hoofdlijnenakkoorden van zorgverzekeraars verwacht dat zij via hun inkoopbeleid een leidende rol vervullen bij de totstandkoming van preventie, substitutie, zinnige zorg en dat zij een goede samenwerking bevorderen, binnen en tussen domeinen.
- Deze rol gaat deels verder dan de wettelijk vastgelegde zorgplicht van zorgverzekeraars, omdat deze verantwoordelijkheid veronderstelt voor een doelmatige inrichting van het zorglandschap. Desalniettemin heeft deze uitbreiding van de rol van verzekeraars niet geleid tot een aanpassing van de zorgplicht.
- Hoewel veel van de in de HLA afgesproken verbeteringen tot potentiële besparingen en een beter bedrijfsresultaat voor verzekeraars kunnen leiden, blijft hun inzet op deze onderwerpen achter bij de verwachtingen.
 - De beheerskosten van zorgverzekeraars voor de basisverzekering zijn gedaald van 4,6 procent in 2006 tot 2,9 procent in 2016, en er zijn signalen dat verzekeraars vooral hebben bezuinigd op de zorginkoop.⁹¹ Dit zou betekenen dat zij hebben gesneden in hun eigen capaciteit om selectief in te kopen en nieuwe, doelmatigere leveringsvormen te bevorderen.
 - De Rekenkamer heeft in 2016 geconstateerd dat de inhoudelijke afspraken uit de tussen 2010 en 2013 afgesloten hoofdlijnenakkoorden niet of slechts moeizaam van de grond zijn gekomen en dat het onwaarschijnlijk is dat ze een wezenlijke bijdrage hebben geleverd aan de lagere uitgavengroei.⁹² In december 2019 heeft de NZa geconstateerd dat de meeste contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen gericht zijn op kostenbeheersing op basis van omzetplafonds, zonder inhoudelijke afspraken over een structurele verhoging van de doelmatigheid. Er wordt daarbij nog maar weinig gebruik gemaakt van alternatieve contractvormen, gericht op waarde en integrale zorg.⁹³
- Dit hangt deels samen met prikkels. In dit verband worden in dit rapport beleidsopties beschreven die de prikkels en mogelijkheden voor verzekeraars om selectief in te kopen versterken.
- Om te bevorderen dat verzekeraars invulling geven aan de sturing die van hen verwacht worden ten aanzien van een doelmatige inrichting van het zorglandschap is het daarnaast van belang dat deze rol wordt geëxpliciteerd en afgebakend in het wettelijk kader waarbinnen zij opereren. Dit biedt zorgverzekeraars een publiek mandaat om via selectieve inkoop gewenste veranderingen teweeg te brengen. Daarnaast stelt dit de NZa in staat om zorgverzekeraars aan te spreken op deze verantwoordelijkheden en waar nodig handhavend op te treden op basis van de in artikel 76 van de wmg beschreven aanwijzingsbevoegdheid.

Maatregel

- De zorgplicht van zorgverzekeraars onder de Zvw wordt uitgebreid:
 - In de Zvw wordt geëxpliciteerd dat de zorgplicht van verzekeraars zo ver reikt dat:
 - zij hun inkoopbeleid op zodanige wijze inrichten dat dit er redelijkerwijs toe moet leiden dat indien de verzekerden zorg van meerdere zorgaanbieders dienen te betrekken, de zorgverlening van deze aanbieders zodanig op elkaar aansluit dat het totaal van deze zorgverlening doeltreffend en doelmatig is en afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

⁹¹ Jeurissen (2018), *Betaalbare zorg*

⁹² Algemene Rekenkamer, *Zorgakkoorden, Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*

⁹³ NZa (2018), *Monitor inhoud contracten medisch-specialistische zorg 2018*

- zij proactief met zorgkantoren en gemeenten samenwerken, om een goede aansluiting bij de zorg en ondersteuning vanuit het WLZ en het sociale domein te organiseren.
- In het 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw' wordt concreet uitgewerkt wat er in dit verband van zorgverzekeraars verwacht wordt. Daarbij wordt onder meer van zorgverzekeraars verwacht dat zij ten opzichte van de NZa onderbouwen hoe zij via hun inkoopbeleid de beschikbaarheid en doelmatigheid van de zorg waarborgen en hoe zij door middel van samenwerking een goede aansluiting met andere domeinen realiseren.
- De NZa ziet erop toe of voldoende gewaarborgd is dat verzekeraars aan hun zorgplicht zullen voldoen. Wanneer de prestaties van een verzekeraar achter blijven bij de in het toezichtkader omschreven verwachtingen en dit een risico oplevert voor het vermogen van de zorgverzekeraar om te voldoen aan zijn zorgplicht, kan de NZa deze verzekeraar een aanwijzing geven, die indien nodig afgedwongen kan worden met een dwangsom.
- Om zorgverzekeraars in staat te stellen deze uitgebreide zorgplicht waar te maken, zal ook de wettelijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders aangepast moeten worden. Dit versterkt de positie van zorgverzekeraars om met zorgaanbieders afspraken te maken waarmee deze aspecten kunnen worden gewaarborgd.
- Zodoende wordt de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders in artikel 3 van de WKKGZ uitgebreid. De IGJ kan hierop toezien en waar nodig handhaven op basis van de aanwijzingsbevoegdheid in art. 27 WKKGZ.
 - In artikel 3 WKKGZ wordt geëxpliciteerd dat de zorgplicht van zorgaanbieders zo ver reikt dat:
 - De zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze organiseert, dat dit er redelijkerwijs toe moet leiden dat indien de patiënt afhankelijk is van meerdere zorgaanbieders, de patiënt kan rekenen op een heldere taakverdeling en een goede informatie-uitwisseling en overdracht.
 - De zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze organiseert dat dit er redelijkerwijs toe moet leiden dat de beschikbaarheid en continuïteit van zorg gewaarborgd is, op een termijn die redelijkerwijs nodig zou zijn voor een andere aanbieder om de zorg voor bestaande en vergelijkbare patiënten in zijn verzorgingsgebied over te nemen.

Effecten op trilemma (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid en kwaliteit

- Deze beleids optie versterkt de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om de continuïteit van zorg te waarborgen en geeft de toezichthouder de bevoegdheid om proactief toe te zien en in te grijpen om risico's voor de continuïteit van zorg weg te nemen.
- Deze beleids optie versterkt de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om een goede aansluiting tussen zorgaanbieders te waarborgen. Een gebrekkige aansluiting tussen zorgaanbieders draagt bij aan de moeite die patiënten kunnen ervaren om de weg te vinden naar de juiste zorgaanbieder.
- Deze beleids optie geeft de toezichthouder de bevoegdheid om zorgverzekeraars proactief aan te spreken op specifieke elementen van het inkoopbeleid, om risico's voor de beschikbaarheid van zorg te voorkomen.

Kwaliteit

- Deze beleids optie versterkt de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de integrale kwaliteit van zorg te waarborgen en geeft de toezichthouder de bevoegdheid om hen hierop aan te spreken.

Betaalbaarheid

- Het leveren van zorg op de juiste plaats kan gepaard gaan met besparingen. Dit blijkt ook uit het onderzoek dat het Zorginstituut in opdracht van de werkgroep heeft uitgevoerd.
- Het uitbreiden van de zorgplicht van verzekeraars en aanbieders, en het actief sturen door de NZa, kan derhalve een positief effect hebben op betaalbaarheid van zorg. Er zijn echter geen garanties. Uiteindelijke besparingen zijn afhankelijk van de gedragingen van de veldpartijen en de wijze waarop de NZa daadwerkelijk in staat is gewenste verplaatsingen juridisch af te dwingen.
- Deze optie is niet kwantificeerbaar.

Beleidsoptie 21: Introductie van een objectief verdeelmodel

Omschrijving

- De regionale contracteerruimte van de zorgkantoren binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt wat betreft de gehandicapten en ggz-zorg voortaan bepaald op basis van objectieve criteria. De huidige verdeling van budgetten over de regio's wordt vooral door historisch zorggebruik bepaald. Zorgkantoren worden door een objectievere verdeling gestimuleerd om vraag en aanbod scherper op elkaar af te stemmen en regionale variatie tegen te gaan.
- De maatregel ziet alleen op het verdeelmodel voor zover het betrekking heeft op de sectoren GHZ en GGZ, omdat de NZa momenteel een bekostigingsmodel (integrale vergelijking) ontwikkelt voor de sector V&V in de langdurige zorg dat beoogd middelen op een zo objectief mogelijk wijze vast te stellen .
- Zorgkantoren krijgen een korting op het macrobudget die is gebaseerd op de afwijking tussen de huidige en de door het nieuwe model toegestane uitgaven van bijvoorbeeld de 25% en 50% slechtst presterende regio's.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

- De toegankelijkheid van de Wlz wordt als gevolg van het nieuwe verdeelmodel meer gelijk getrokken over de regio's. Zorgkantoren die in het verleden meer inkochten dan op grond van objectieve factoren is te verklaren, moeten hun totale zorginkoop beperken.
- De maatregel heeft geen effect op de kwaliteit van de Wlz-zorg.
- De betaalbaarheid verbetert doordat de slechtst presterende zorgregio's worden gekort op het budget. Zorgkantoren krijgen zo een grotere financiële prikkel voor doelmatige inkoop.

Uitvoering

- De maatregel is juridisch, technisch en praktisch uitvoerbaar.
- Het ontwikkelen van een regionaal objectief verdeelmodel en een wetswijziging van de Wlz kosten naar verwachting drie jaar.
- Verwachting is dat de administratieve lasten van Wlz-uitvoerders/zorgkantoren toenemen omdat het model moet worden bijgehouden

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Beleidsoptie A: Correctie slechtst presterende kwartiel	0	0	-128	-135	-143	-151
Beleidsoptie B: Correctie slechtst presterende twee kwartielen	0	0	-245	-259	-274	-290

Variant A betreft een kostenbesparende variant waarbij verondersteld is dat de bovenste acht regio's die nu meer uitgeven dan het objectieve model worden teruggebracht tot een niveau dat vergelijkbaar is met het prestatieniveau van de 9^e regio in de rangschikking (3% meer uitgaven dan het objectieve model). De overige regio's behouden hun huidige uitgavniveau (dat veelal minder is dan het objectieve verdeelmodel aangeeft).

Variant B betreft een kostenbesparende variant waarbij verondersteld is dat de bovenste zestien regio's die nu meer uitgeven dan het objectieve model worden teruggebracht tot een niveau dat vergelijkbaar is met het prestatieniveau van de 17^e regio in de rangschikking (0,7% meer uitgaven dan het objectieve model). De overige regio's behouden hun huidige uitgavniveau (dat veelal minder is dan het objectieve verdeelmodel aangeeft).

Basis vormen de tabellen uit het onderzoek van de Algemene Rekenkamer 2015 (regionale verschillen) met betrekking tot de GHZ-sector. Het betreft hier de afwijkingen in zorggebruik (bedragen) ten opzichte van het door de Rekenkamer ontwikkelde model

Hierbij zijn de effecten voor zorg met verblijf en zorg zonder verblijf (gewogen) gemiddeld.

Vervolgens zijn de regio's gerangschikt naar mate van afwijking ten opzichte van het ARK-model.

In variant 1 zijn de bovenste acht regio's vergeleken met regio 9 en in variant 2 de bovenste 16 regio's met regio 17. De verschillen in zorggebruik zijn afgezet tegen de zorguitgaven, waardoor een besparing resulteert.

Bij de berekening is het ARK-model gebruikt. Indien een nieuw objectief model wordt gebouwd is de kans aanwezig dat een groter deel van de verschillen verklaard kan worden door objectieve factoren. Daarbij is het ARK-model gebaseerd op data uit 2012. In de periode tot invoering kunnen de regionale verschillen zijn verminderd. Daardoor zou de feitelijke realisatie lager kunnen uitvallen.

Beleids optie 22: Opheffen pakketverschillen behandeling voor cliënten met een Wlz-indicatie

Omschrijving

A. Opheffen pakketverschillen behandeling voor Wlz-cliënten met een Wlz-indicatie

Context

- Op dit moment ontvangt circa de helft van de Wlz-cliënten een pakket inclusief behandeling op basis van de Wlz, de andere helft ontvangt behandeling op basis van de Zvw. De aanspraak op behandeling is afhankelijk van de leveringsvorm van de Wlz-zorg (bij verblijf met behandeling komt deze zorg vanuit de Wlz, bij alle andere leveringsvormen⁹⁴ vanuit de Zvw).
- Onder behandeling verstaan we in dit fiche: medisch generalistische zorg⁹⁵, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, gedragskundige zorg en paramedische zorg. Tandheelkundige zorg komt in dit fiche als apart onderwerp terug (is dus geen onderdeel van behandeling).
- Dit fiche biedt opties om de rechtsongelijkheid bij behandeling voor aanspraakgerechtigden op te heffen en duidelijkheid te creëren voor beroepsgroepen en aanbieders.
- Het Zorginstituut heeft in 2018 geadviseerd bovengenoemde zorg integraal onderdeel uit te laten maken van het verzekerd pakket in de Wlz. Zorgkantoren zijn dan verantwoordelijk voor de inkoop van deze zorgvormen voor de gehele Wlz-populatie. In de praktijk komt het er op neer, vanwege de integraliteit van het zorgaanbod en de bekostiging met integrale dagtarieven, dat aanbieders van ouderenzorg, gehandicaptenzorg en ggz-zorg (en niet meer zorgverzekeraars) deze zorg via onderaannemerschap moeten inkopen voor hun cliënten. Voordeel is dat zorgaanbieders onderdelen van het behandelaanbod in samenhang aan kunnen bieden (bijvoorbeeld vanuit een behandeldienst). Een nadeel is dat bij overnemen van het pakketadvies er een risico is op afnemende organiseerbaarheid en toegankelijkheid van deze zorg in een veranderend zorglandschap. Daarnaast is een nadeel dat overnemen van het pakketadvies leidt tot forse meerkosten. De NZa heeft begin 2019 in een uitvoeringstoets de macromeerkosten van deze optie becijferd op € 420 miljoen.

Maatregel

- In dit fiche worden alternatieven gepresenteerd voor het opheffen van de pakketverschillen. Een toekomstbestendige oplossing moet rekening houden met demografische ontwikkelingen, krapte op de arbeidsmarkt en aan het steeds kleinschaliger organiseren van woonzorg.
- In deze beleids optie worden de medisch generalistische zorg en de farmaceutische zorg voor alle Wlz-cliënten ondergebracht in de Zvw. Voor paramedische, gedragskundige zorg en hulpmiddelzorg wordt de positionering nog nader bepaald rekening houdend met bovengenoemde ontwikkelingen en de inzet op het leveren van de juiste zorg op de juiste plek.
- Voordelen van deze optie zijn dat alle patiënten met een Wlz indicatie ook op naam worden ingeschreven bij een huisarts en automatisch gebruik kunnen maken van de avond, nacht- en weekenddienst en inzage in dossiers eenvoudiger geregeld is. Nu al wordt 50% van de patiënten met een Wlz-indicatie op naam ingeschreven bij de huisarts. Het betreft patiënten die verblijf zonder behandeling ontvangen of zorg vanuit VPT, PGB en MPT. Daarnaast is een mogelijk derde voordeel dat zorgverzekeraars beter dan individuele aanbieders in staat zijn om de schaarse artsencapaciteit (huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapt) in de regio te alloceren. Zodat de juiste schaarse medische zorg op het juiste moment beschikbaar is op de juiste plek: voor complexe zorgvragen in de

⁹⁴ Verblijf zonder behandeling, volledig pakket thuis, pgb en modulair pakket thuis

⁹⁵ Het gaat hier zowel om geneeskundige zorg van specifiek medische aard als om geneeskundige zorg van algemeen medische aard. Anders gezegd: de zorg zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapt en plegen te bieden.

eerstelij, in het groeiend aanbod van kleinschalige woonzorg en binnen grote instellingen met een behandeldienst. Op dit moment onderzoekt de NZa de prikkelwerking van Zvw en Wlz voor het organiseren van medisch-generalistische zorg. Belangrijk is dat er één aanspreekpunt komt ten aanzien van de zorgplicht, zodat daar geen onduidelijkheid meer over bestaat als alle vergelijkbare zorg voor vergelijkbare patiëntgroepen in een systeem zit.

- De verwachting is dat een besparing mogelijk is die samenhangt vijf effecten die in de paragraaf over budgettaire gevolgen zijn beschreven. Daar staat tegenover dat er geïnvesteerd zal moeten worden in de medisch generalistische zorg onder de Zvw (voldoende tijd voor huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten voor de complexere cliënt). Deze maatregel leidt tot de introductie van nieuwe eigen bijdragen/eigen risico in de Zvw en tot een pakketversmalling voor 50% van de Wlz-cliënten voor de farmaceutische zorg.

B. Opheffen pakketverschillen tandheelkundige zorg

Context

- Op dit moment ontvangt circa de helft van de Wlz-cliënten alle tandheelkundige zorg volledig vergoed op basis van de Wlz, de andere helft is aangewezen op de beperkte aanspraak bijzondere tandheelkunde op basis van de Zvw en de keuze al dan niet een aanvullende verzekering af te sluiten. De aanspraak op behandeling is afhankelijk van de leveringsvorm van de Wlz-zorg (bij verblijf met behandeling vanuit de Wlz, bij alle andere leveringsvormen vanuit de Zvw).

Maatregel

- Positionering van mondzorg in de Zvw betekent dat ouderen in verpleeghuizen een smallere aanspraak krijgen. Deze patiënten worden zelf verantwoordelijk voor het afsluiten van een aanvullende verzekering voor mondzorg (net zoals een vergelijkbare Wlz-cliënten met zorg uit vpt, pgb, mpt of verblijf zonder behandeling en de rest van de Nederlandse populatie).
- Een deel van de Wlz-cliënten (vooral binnen de gehandicaptenzorg en ggz) zal op grond van zijn/haar beperkingen aanspraak blijven maken op bijzondere tandheelkundige zorg vanuit het basispakket van de Zvw.
- Bij deze maatregel voor mondzorg vervalt de aanspraak op mondzorg vanuit de Wlz.
- Mondzorg wordt momenteel binnen de Wlz niet vanuit de instellingsbudgetten bekostigd, maar via een andere bekostiging rechtstreeks aan tandartsen. Daarom kan deze maatregel ook apart genomen worden.
- De aanspraken in de Zvw voor mondzorg zijn beperkter dan in de Wlz. De kosten voor mondzorg zullen bij verplaatsing naar de Zvw:
 - A. verschuiven naar de Zvw aanspraak op bijzondere tandheelkunde voor mensen in de gehandicaptenzorg en ggz
 - B. verschuiven naar private uitgaven (via een aanvullende verzekering of via eigen betalingen).
- De grondslag voor mondzorg in de Wlz is 60 mln.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid kwaliteit en betaalbaarheid)

- Het naast elkaar bestaan van verschillende verzekerde behandelpakketten leidt tot verschillen in aard, inhoud en omvang van verzekerde zorg voor Wlz-cliënten op een plek met behandeling vanuit de Wlz en Wlz-cliënten op een plek met behandeling vanuit de Zvw. Ook is sprake van onduidelijkheid voor beroepsgroepen en aanbieders omdat de aanspraak op medisch-generalistische zorg voor beide groepen Wlz-cliënten verschilt en het onderscheid tussen geneeskundige zorg van specifiek medische aard en algemeen medische aard niet te maken is. Deze ongelijkheid en onduidelijkheid worden opgeheven.
- Cliënten die nu het pakket 'verblijf met behandeling' ontvangen, zullen bij optie A en optie B een beperking van het verzekerde pakket ervaren omdat de aanspraken op farmaceutische zorg, paramedie en mondzorg in de Wlz op dit moment voor hen ruimer zijn dan in de Zvw.

De smallere aanspraken op mondzorg zullen vooral worden ervaren door Wlz-cliënten in de verpleeghuizen (plekken met behandeling). Bij farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg geldt in de Zvw dat sprake is van hogere eigen betalingen (eigen risico en bijbetalingen).

- De verwachting is dat een besparing mogelijk is die samenhangt met vijf effecten die in de paragraaf over budgettaire gevolgen zijn beschreven. De betaalbaarheid van de zorg wordt verbeterd, doordat diverse behandelvormen in de Zvw doelmatiger kunnen worden ingekocht en georganiseerd dan in de Wlz. Op dit moment onderzoekt de NZa de prikkelwerking van Zvw en Wlz voor het organiseren van medisch-generalistische zorg.

Uitvoering

- De pakketverschillen bestaan al een aantal decennia en beginnen in een veranderend zorglandschap steeds meer te wringen. Gegeven de huidige situatie en de huidige belangen van cliënten, beroepsgroepen en zorgaanbieders is opname van deze maatregel in een regeerakkoord gewenst om deze noodzakelijke transitie in gang te zetten.
- De verschillende opties moeten in samenhang worden gezien.
- Er zijn wijzigingen nodig in wetgeving om de maatregel te realiseren. Wetswijziging en implementatie vergt twee jaar.
- In de bekostiging zullen de prestaties en tarieven voor zorgzwaartepakketten inclusief behandeling moeten worden aangepast (beleidsregels, nadere regels en beschikkingen NZa).
- De eigen bijdrage voor de Wlz en de eigen bijdrage/eigen risico voor de Zvw moeten worden gezien.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
A. Opheffen pakketverschillen behandeling (omvang aanspraken Zvw vertrekpunt)	0	0	-130	-130	-130	-130
B. Opheffen pakketverschillen mondzorg (vervallen aanspraak mondzorg in Wlz)	0	0	-36	-36	-36	-36

- Een grofmazige inschatting van de budgettaire grondslag van alle plekken met behandelingen vanuit de Wlz betreft € 1,3 mld. (144.000 cliënten, maal 9.000 euro per cliënt). Dit is exclusief mondzorg.
- De grondslag voor mondzorg bedraagt 60 miljoen euro. Veronderstelt is dat 24 miljoen uero wordt overgeheveld naar de Zvw i.v.m. een aanspraak op bijzondere tandheelkunde voor mensen in de GHZ en GGZ. Daardoor resteert een besparing van 36 miljoen euro.
- De veronderstelling is dat met optie A een netto besparing van 10% kan worden gerealiseerd, i.e. € 130 mln. De € 130 miljoen bestaat uit een combinatie van de volgende effecten:
 1. *Bij bepalen van aard, inhoud en omvang van aanspraken is de Zvw het vertrekpunt*
Voor 50% van de Wlz-cliënten is dit het vertrekpunt. De maatregel in optie A maakt dit het vertrekpunt voor alle Wlz-cliënten. Dit leidt tot een versoering van aanspraken voor een deel van de Wlz-cliënten. Bij farmaceutische zorg in de Wlz geldt bijvoorbeeld dat zelfzorgmedicijnen wel verzekerd zijn voor 50% van de Wlz-cliënten. Bij paramedische zorg in de Wlz geldt dat er geen restricties zijn voor paramedische zorg.
 2. *De juiste medisch generalistische zorg op de juiste plek*
Op dit moment leidt het naast elkaar bestaan van twee modellen voor medisch-generalistische zorg tot complexiteit, inefficiëntie en niet uitlegbare verschillen. De NZa doet hier momenteel onderzoek naar. Voorbeelden van complexiteit en inefficiëntie zijn:
 - het naast elkaar organiseren van beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg in de avond, nacht en weekenden in Zvw (huisartsenposten in de regio) en Wlz (door individuele behandeldiensten van elke zorginstelling afzonderlijk).

- o het beschikbaar maken van specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten in eerstelijns (via Zvw) en voor patiënten met een Wlz-indicatie (in Wlz).
- o voor 50% van de Wlz-cliënten verzorgen zorginstellingen alle medisch-generalistische zorg, dus zowel de zorg door huisartsen, door specialisten ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten. Daarvoor is zeer beperkt sprake van prestatie- en tariefregulering (in tegenstelling tot Zvw).

3. *Doelmatigheid*

De Zvw kent andere instrumenten om te sturen op doelmatigheid, zoals prestatie- en tariefregulering door de NZa. In de Wlz ontbreken monodisciplinaire prestaties en tarieven voor de verschillende onderdelen van behandeling en ligt de verantwoordelijkheid voor de inkoop door de integrale bekostiging bij de zorgaanbieder (i.p.v. zorgkantoor, die heeft deze verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder neergelegd).

4. *Praktijkvariatie inrichting behandeldiensten zorginstellingen*

Er is een grote praktijkvariatie aan te treffen bij de inhoudelijke inrichting van behandeldiensten voor de 144.000 verblijfsplaatsen met behandeling vanuit de Wlz. We treffen een grote variatie aan in omvang van caseloads van behandelaren. We treffen ook variatie aan in de wijze waarop wordt omgegaan met de interne toewijzing van de behandelcomponent uit de zzp-tarieven (incl. behandeling) naar de behandeldiensten van zorginstellingen. Het is niet vanzelfsprekend dat 100% van de behandelcomponent (uit het integrale tarief, door de NZa vastgesteld) bij interne budgettoedeling binnen zorginstellingen wordt toegewezen aan de behandeldienst.

5. *Hogere bijdrage voor deel Wlz-cliënten via aanspreken eigen risico en eigen betalingen*

Voor Wlz-cliënten hebben de verschillende aanspraken effecten op het beslag op eigen risico en eigen betalingen. Deze maatregel zal voor 50% van de Wlz-cliënten leiden tot de introductie van eigen bijdragen, bv. op geneesmiddelen, en voor alle Wlz-cliënten de introductie van het eigen risico, bv. voor de arts verstandelijk gehandicapten en de specialist ouderengeneeskunde. Op 144.000 plaatsen wordt deze zorg betaald vanuit het instellingbudget en wordt daadwerkelijk gebruik niet ten laste van eigen risico en/of eigen betalingen gebracht. Dit is -zeker bij gelijke eigen bijdragen Wlz- een niet uit te leggen rechtsongelijkheid. Daarnaast heeft dit dan ook effect op de eigen bijdrage die Wlz-cliënten nu betalen voor de specifieke medische behandeling uit de Wlz.

- De totale besparing van het schrappen van de aanspraak op mondzorg in de Wlz bedraagt 36 mln. De huidige uitgaven voor mondzorg bedragen 60 mln. Vooral Wlz-cliënten in verpleeghuizen (op verblijfsplaatsen met behandeling) zullen deze maatregel merken. Zij krijgen na het nemen van deze maatregel niet meer alle tandheelkundige zorg volledig vergoed via het zorgkantoor. Het niet vergoeden geldt overigens al voor Wlz-cliënten in de ouderenzorg die zorg krijgen vanuit VPT, PGB, MPT en verblijf zonder behandeling. Er is hier dus sprake van gelijktrekken van twee vergelijkbare groepen Wlz-cliënten. Voor zowel gehandicaptenzorg als ggz geldt dat er aanspraken zijn op bijzondere tandheelkunde in de Zvw. De pakketverschillen tussen Zvw en Wlz zijn voor hen kleiner. Het schrappen van de aanspraak mondzorg in de Wlz zal voor deze populaties moeten leiden tot een overheveling van budget naar de Zvw ter dekking van deze kosten via de aanspraak bijzondere tandheelkunde.
- De berekeningen in dit fiche zijn grofmazig. Er wordt ambtelijk aan verdere verfijning gewerkt. Zoals gezegd wordt de positionering voor paramedische, gedragskundige zorg en hulpmiddelzorg nog nader bepaald. Daarbij wordt ook bezien wat de invloed daarvan is op de budgettaire reeks.

Beleids optie 23: Integraal uitvoeren van de ouderenzorg in één domein

Omschrijving

- De ouderenzorg wordt integraal uitgevoerd binnen 1 domein. Voor het overhevelen van de ouderenzorg uit de Wlz is overheveling van algemeen medische zorg naar de Zvw (zie voorgaand fiche) randvoorwaardelijk.
- Variant A: Ouderenzorg wordt uit de Wlz overgeheveld naar de Zvw. Zorgverzekeraars voeren de ouderenzorg integraal risicodragend uit. De variant kent twee subvarianten:
 - A1: alle ouderenzorg in de Wlz met ZZP V&V (Zorg in Natura, PGB, VPT, MPT) wordt overgeheveld naar de Zvw.
 - A2: De Wlz wordt een instellingswet. Extramurale Wlz-zorg wordt overgeheveld naar de Zvw.
- Variant B: Ouderenzorg wordt uit de Wlz overgeheveld naar de Wmo. Gemeenten voeren de ouderenzorg integraal uit.

A1. Alle ouderenzorg naar de Zvw

- Alle ouderenzorg in de Wlz met ZZP V&V (Zorg in Natura, PGB, VPT, MPT) wordt overgeheveld naar de Zvw. Dit betekent dat de ouderenzorg volledig wordt geëxtramuraliseerd. Het ex-ante risicovereveningsmodel wordt uitgebreid met deze kosten. Voor zover ex-ante verevening niet mogelijk is, wordt er gekozen voor het toevoegen van andere criteria, zoals de indicatie of het feitelijke zorggebruik in het verleden.
- De onafhankelijke, landelijk uniforme indicatiestelling en het stelsel van inkomensafhankelijke eigen bijdragen blijven gehandhaafd.

A2. Extramurale ouderenzorg naar de Zvw (Wlz wordt instellingswet)

- Extramurale verpleging en verzorging is binnen de Wlz mogelijk met de leveringsvormen mpt en pgb. Deze overlap is weg te nemen door de niet langer "extramurale" zorg vanuit de Wlz toe te staan. Daarmee wordt de Wlz een instellingswet.
- De Wlz wordt afgebakend op basis van een nieuwe definitie van instelling, waarbij ook geclusterde woonvormen op basis van vpt en pgb tot instellingszorg worden gerekend (ofwel: de Wlz wordt beperkt tot cliënten die het volledige pakket aan Wlz-zorg afnemen, maar niet de wooncomponent): bij deze optie vervallen de leveringsvormen mpt en pgb in een niet-geclusterde setting.

B. Ouderenzorg naar de Wet maatschappelijke ondersteuning

- In de Wlz worden de ouderenzorg (cliënten met een indicatie voor verpleging en verzorging) en de gehandicaptenzorg/langdurige GGZ gesplitst.
- De aanspraken op ouderenzorg vervallen en worden integraal (inclusief de woon- en verblijfscomponent) overgeheveld naar de Wmo.
- Zorgvragers worden gecompenseerd voor hun beperkingen. De ouderenzorg wordt daarmee een voorziening.
- Het stelsel van inkomensafhankelijke eigen bijdragen blijft gehandhaafd.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

- Door de ouderenzorg in 1 domein onder te brengen kunnen zorginkopers de samenhang van de zorg versterken.
- Er ontstaat een prikkel om te investeren in preventie van instroom in intramurale zorg. Perverse afwentelprikkels worden weggenomen.
- Bij het overhevelen van de ouderenzorg naar de Zvw is het effect op de betaalbaarheid onzeker. Het effect op de kosten is afhankelijk van de mate waarin zorgverzekeraars risicodragend zijn en ex-ante verevend kunnen worden. Opname van ex-post vereveningsvariabelen (indicatie of feitelijk zorggebruik in het verleden) verkleint de risicodragendheid en de prikkel om kosten te besparen, doordat hogere uitgaven of een

zwaardere indicatie resulteren in een hogere uitkering uit het vereveningsfonds. Daarnaast is het effect op de kosten afhankelijk van de mate waarin zorgverzekeraars in staat zijn om scherper in te kopen dan de zorgkantoren.

- Bij het overhevelen van de ouderenzorg naar de Wmo ontstaat een sterke prikkel om de uitgaven te bezuinigen bij volledige risicodragendheid. Afhankelijk van hoe gemeenten hun indicatiestelling en zorginkoop regelen kunnen er meer wachtlijsten ontstaan.

Uitvoering

- Een dergelijke complexe stelselwijziging vergt doorgaans vier jaar, inclusief het wetstraject.

A. Ouderenzorg naar de Zvw

- Verzekeraars zullen zich sterker inzetten om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen
- zonder de noodzaak van intensieve 24-uurs-zorg. Overlap tussen de wijkverpleging in de Zvw en de verpleging en verzorging in de Wlz (via het mpt/pgb) worden weggenomen
- Onderdeel van de maatregel is dat de huidige inkomensafhankelijke eigen betalingen in de ouderenzorg worden ingevoerd in de Zvw. Private partijen mogen omwille van de privacy alleen over inkomensgegevens beschikken als een toets aan de privacywetgeving wordt doorstaan. Een mogelijkheid is om de inkomensgegevens aan het CAK te verstrekken, die vervolgens de hoogte van de te innen eigen bijdrage doorgeeft aan zorgverzekeraars.
- Uit onderzoek van Equalis⁹⁶ blijkt dat een risicovereveningsmodel voor de ouderenzorg potentie heeft. Het zorggebruik in de Zvw en voorspellers van somatische zorg hangen samen met de prevalentie van het gebruik van ouderenzorg. Qua verklaarde variantie op verzekerdeniveau presteert het model beter dan het eerste risicovereveningsmodel dat in het verleden voor de wijkverpleging is ontwikkeld. In het bijzonder een risicovereveningsmodel met het gebruik van indicaties of ouderenzorg in het voorgaande jaar als kenmerk, leidt tot een goede voorspelling van de kosten van ouderenzorg.

B. Ouderenzorg naar de WMO

- Gemeenten zullen zich sterker inzetten om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen
- zonder de noodzaak van intensieve 24-uurs-zorg. Ook zullen gemeenten synergie zoeken binnen het gehele sociale domein.
- Een belemmering hierbij kan zijn dat zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn voor de wijkverpleging, er geen voordeel van hebben om ouderen uit een instelling te houden.
- Gemeenten hebben een prikkel om deze geïntegreerde zorg scherper in te kopen en zullen bovendien bij de indicatiestelling rekening houden met de sociale omstandigheden, zoals de aanwezigheid van een potentiële mantelzorger.
- Bij de verdeling van middelen over gemeenten moet waarschijnlijk rekening worden gehouden met een ongelijke verdeling van verpleeghuizen over gemeenten. Als een verpleeghuis veel wordt gebruikt door voormalige inwoners van andere gemeenten, moet daarvoor worden gecorrigeerd.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Beleids optie A1	-	-	-	-	-	-
Beleids optie A2	-	-	-	-	-	-
Beleids optie B	0	0	0	0	120	-360

- Een stelselwijziging als deze zal transitiekosten met zich meebrengen. Deze zijn in Zik2015 geraamd op €120 miljoen per jaar gedurende acht jaar.
- De uitvoeringskosten zullen structureel hoger zijn dan in het huidige stelsel.

⁹⁶ Equalis (2017), *Voorspellers gebruik en kosten in de ouderenzorg*.

A. Ouderenzorg naar de Zvw

- Het ontwikkelen van goed functionerende risicoverevening die prikkels tot risicoselectie voorkomt is waarschijnlijk alleen mogelijk wanneer variabelen als indicaties of historische kosten worden meegenomen. Het effect op de kosten is afhankelijk van de mate waarin zorgverzekeraars deze variabelen kunnen beïnvloeden. Er is een risico dat de structurele kosten stijgen, maar de mate waarin dit gebeurt hangt af van in hoeverre de zorgverzekeraars in staat zijn om scherper in te kopen dan de zorgkantoren. Gezien de onzekerheid is het uiteindelijke effect op de collectieve uitgaven vooralsnog niet nader gekwantificeerd. Kwantificering vergt nader onderzoek.

B. Ouderenzorg naar de WMO

- In hoeverre een kostenbesparing wordt behaald hangt af van meerdere factoren. Het recht op zorg wordt een voorziening, waarbij de gemeente de invulling in aanzienlijke mate bepaalt. Dit zal mogelijk leiden tot verschillen per gemeente.
- Het is daarnaast de vraag hoe sterk de inkoopmacht van gemeenten is en in hoeverre de doelmatigheid bij zorgaanbieders nog kan toenemen. Dit hangt ervan af of de zorg door gemeenten of door samenwerkingsverbanden/centrumgemeenten wordt ingekocht, maar ook van de marktmacht van de aanbieder. In sommige regio's zullen gemeenten niet om grote zorgaanbieders heen kunnen.
- Doordat het recht op zorg wordt omgezet in een voorziening treedt een besparing op. In ZIk2015 is deze bepaald op 5%. Rekeninghoudend met de transitiekosten en uitvoeringskosten resteert een structurele besparing van €360 miljoen.

Beleids optie 24: Aanpassen Kwaliteitskader ten behoeve van arbeidsbesparende innovaties

Omschrijving

Context

- Grootchalige inzet van technologie (bv. Zelfmeting, telemonitoring) is een van de weinige manieren om kwaliteit van zorg aan ouderen te verhogen zonder inzet van formele of informele zorgverleners. In de langdurige zorg kan arbeidsbesparende technologie bijdragen aan het opvangen van de krapte van de arbeidsmarkt en het beheersen van de zorguitgaven.
- Op verzoek van de Tweede Kamer stelt het ministerie van VWS reeds een lijst op met bewezen effectieve en doelmatige 'digitale innovaties en e-healthtoepassingen'.⁹⁷ Deze lijst kan bijdragen aan het vergroten van de transparantie over kansrijke technologieën.

Maatregel

- VWS treedt met de sector in overleg om te verkennen of de bestaande personeelsnorm in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg kan worden aangepast, met als doel om meer ruimte te creëren voor het faciliteren van arbeidsbesparende innovaties, bijvoorbeeld door aanpassing van de personeelsnorm.
- Zorgkantoren sturen niet langer op het inkopen van kwalitatief goede zorg op basis van inputindicatoren (personeelsnorm), maar op kwaliteit op basis van uitkomstindicatoren, bijvoorbeeld patiënt relevante uitkomsten.
- Een verdergaande optie is dat VWS het Zorginstituut vraagt om het Kwaliteitskader op de Meerjarenagenda te zetten met de vraag om met het veld in gesprek te gaan over een andere invulling.
- Deze beleids optie beoogt zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren te stimuleren deze technologieën in te zetten. Zorginstituut, NZa en IGJ zullen betrokken partijen aansporen tot implementatie met een 'pas toe of leg uit' benadering in hun toezicht. Daarbij gaat het niet alleen om de inrichting van nieuwe doelmatige processen, maar ook om aanpassing of afbouw van ondoelmatige processen. Het *up to date* houden van de lijst aanbevolen technologieën is essentieel, wil deze aanpak effect sorteren.⁹⁸
- Financiering van innovaties is mogelijk binnen de bestaande middelen. De door de NZa te ontwikkelen individuele tariefstelling biedt het zorgkantoor hiervoor ruimte door een bandbreedte in het tarief van individuele instellingen te hanteren of door uit te gaan van een minimumtarief en een regiobudget dat zorgkantoren kunnen benutten voor investeringen.⁹⁹

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

- De beleids optie kan bij een krappe arbeidsmarkt en afnemende mantelzorgcapaciteit de toegankelijkheid van de ouderenzorg vergroten.
- De beleids optie draagt bij aan een hogere kwaliteit van de ouderenzorg.
- De beleids optie versterkt op termijn de betaalbaarheid van de zorg.

Uitvoering

- Aanpassing van de bezettingsnorm in de verpleeghuiszorg is geen maatregel die de overheid kan nemen. Het kwaliteitskader is van veldpartijen. Een verandering daarin vindt plaats op basis van een voorstel daartoe van deze veldpartijen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut toetst dit (o.a. op financiële consequenties) en kan de verandering opnemen in haar register, waarmee het een wettelijke basis heeft. Het kabinet kan wel stimuleren dat veldpartijen een dergelijk voorstel bij het Zorginstituut indienen.
- Indien naar aanleiding van bovenstaand verzoek de veldpartijen niet tot overeenstemming komen over de aanpassingen van het Kwaliteitskader, kan – voor de verdergaande optie –

⁹⁷ Commissie Toekomst Zorg Thuiswonende ouderen (2020), *Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies.*

⁹⁸ Commissie Toekomst Zorg Thuiswonende ouderen (2020), *Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies.*

⁹⁹ Nza (2019), *Uitwerking methoden bekostiging op basis van integrale vergelijking van verpleeghuiszorg.*

VWS het Zorginstituut vragen om het Kwaliteitskader op de Meerjarenagenda te plaatsen, zodat het gesprek met de sector kan plaatsvinden over mogelijke aanpassingen.

- Zorgaanbieders zullen in het tarief vervolgens de benodigde kosten voor arbeidsbesparende innovaties vergoed moeten krijgen
- De maatregel is in beginsel uitvoerbaar.

Budgettaire gevolgen

Deze optie is niet kwantificeerbaar. Wel zijn er voorbeelden te geven die indicatief een beeld geven van de effecten van arbeidsbesparende innovaties.

Stimuleren gebruik van slimme luiers

- Incontinentie komt veel voor in de langdurige zorg. Inzet van slimme luiers die meten wanneer verschoning nodig is en hiervoor een signaal afgeven, is een arbeidsbesparende interventie die ook de kwaliteit van leven verhoogd.
- Bij een zorginstelling nam het aantal natte bedden met 76% af en zorgde inzet van de slimme luier voor een aanzienlijke werkdrukverlichting (30% minder verschoningen). Op jaarbasis werd bij deze instelling een netto kostenbesparing van € 46.000 (20%) en een tijdsbesparing van 1.609 uur (28%) aan incontinentiezorg gemeten.

Inzet van camera's of sensoren tijdens de avond en nachtdienst

- Personeel kan zo op afstand zien of iemand slaapt, uit bed gaat of gevallen is. Personeel hoeft zo minder rondes te lopen en kan gerichter ingrijpen wanneer nodig. Ook is het met inzet van camera's en sensoren mogelijk om mensen langer thuis te laten wonen en op afstand in de gaten te houden.
- Twee concrete voorbeelden waarbij dit positieve effecten heeft:
- Een zorginstelling kon naar verzorgenden in de nacht in plaats van zes, scheelt € 100.000 op jaarbasis. Investering terugverdiend in 3,5 jaar. Overdag weer de ruimte om meer personeel in te zetten.'
- Onderzoek van Vilans laat zien dat bij domoticaprojecten in kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie is gebleken dat met adequate domotica het aantal cliënten per nachtzorgmedewerker kan worden uitgebreid van 1 op 24 naar op 1 op 36. Dit laatste betekent dat bij een PG-verpleegafdeling van 24 plaatsen ZZZ 5 en ZZZ 7 er 12 extra plaatsen ZZZ 5 kunnen worden toegevoegd zonder uitbreiding van de nachtzorg bij toepassing van adequate domotica bij alle plaatsen/woningen.

Beleids optie 25: Stimuleren toetreding nieuwe aanbieders intramurale zorg

Omschrijving

Context

- Zorgaanbieders in de langdurige zorg hebben regionaal relatief sterke posities en door de schaarste op de arbeidsmarkt wordt door zorgkantoren in de regel alle mogelijke capaciteit gecontracteerd.
- Momenteel geldt een verbod op winstoogmerk voor aanbieders van intramurale zorg in de Wet langdurige zorg. Dit verbod is neergelegd in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), de IGJ ziet hier op toe. Het betreft instellingen van medisch specialistische zorg, erfelijkheidsadvies, intramurale GGZ en intramurale Wlz en ADL-assistentie.

Maatregel

- De maatregel betreft het opheffen van dit verbod voor aanbieders van intramurale zorg in de Wlz, om enerzijds zorgaanbieders te prikkelen om sterker op doelmatigheid met elkaar te concurreren en om anderzijds te stimuleren dat meer vernieuwende zorgaanbieders (meer aanbod van kleinschalige woonzorgvormen, meer inzet van digitale zorg) op de markt komen. Het beoogde effect is dat de toetreding van nieuwe aanbieders met deze maatregel wordt gestimuleerd.
- Dit kan gestimuleerd worden door investeerders toe te staan rendement te maken op hun investering, waardoor zorgaanbieders meer financiële prikkels hebben om te investeren in innovatie en doelmatige instellingen.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

- Toegankelijkheid: toetreding nieuwe partijen bevordert mogelijk de marktdynamiek en minder wachttijden (toegankelijkheid)
- Kwaliteit: enerzijds is er na invoering van deze optie mogelijk meer aandacht voor de patiëntenervaring en wordt investeren in zorg en innovaties aantrekkelijker. Anderzijds is er een risico op verslechtering kwaliteit van zorg als deze niet bekend is
- Betaalbaarheid: het verhogen van doelmatigheid van geboden zorg door zorgverleners wordt gevoeliger gemaakt voor financiële prikkels (mogelijkheid tot risk sharing). Tegelijkertijd is er mogelijk ook een versterking van ongewenste productieprikkels en het ontstaan van (te) machtige zorgketens.

Uitvoering

- Er geldt een verbod op winstuitkering voor aanbieders van intramurale zorg in de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg. Dit verbod moet worden opgevoerd, door de WTZi aan te passen. Eventueel kunnen ook voorwaarden gesteld worden aan winstuitkering.
- Het benodigde wetgevingstraject kost ongeveer 3 jaar. Vervolgens zullen instellingen die daadwerkelijk winsten willen uitkeren (nu meestal stichtingen) zich juridisch moeten omvormen naar rechtspersonen die winsten kunnen uitkeren, zoals een besloten vennootschap. Daarbij kan ook toetsing door een rechter aan de orde zijn. Voor die omvorming hebben instellingen ook tijd nodig, naar schatting 1-2 jaar. Een en ander kan eventueel wel parallel aan de wetwijziging worden opgestart. Kwantificering is niet goed mogelijk. Verbetering doelmatigheid en lagere kapitaallasten kunnen een positief budgettair effect hebben. Versterking ongewenste productieprikkels kunnen echter een negatief budgettair effect hebben. Dit is niet in cijfers uit te drukken. Daarbij lopen meerdere effecten door elkaar heen.

Beleids optie 26: Individuele tariefstelling op basis van best presterende instellingen

Omschrijving

Maatregel

- De NZa stelt niet langer één landelijk maximumtarief per ZZP vast, maar bepaalt op basis van een integrale vergelijking van instellingen per instelling een individueel (bandbreedte)tarief, waarbij gecorrigeerd wordt voor kostenverschillen die voortvloeien uit niet-beïnvloedbare factoren.
- De tariefruimte wordt gebaseerd op de kosten van andere zorgaanbieders die zorg leveren in vergelijkbare niet-beïnvloedbare omstandigheden. Door de prestaties van aanbieders met gelijke niet-beïnvloedbare omstandigheden ten opzichte van elkaar inzichtelijk te maken, biedt de integrale vergelijking zorgaanbieders meer mogelijkheden om te leren van elkaar. Hierdoor kunnen zij de bedrijfsvoering verbeteren en de kosten verlagen. Door jaarlijks de kosten per aanbieder uit te vragen werkt een kostenverlaging door in de vast te stellen toekomstige individuele tariefruimten.

Context

- De NZa werkt voor de verpleeghuiszorg reeds een integrale vergelijking uit, waarbij het de bedoeling is dat deze vanaf 2022 geleidelijk gaat inwerken op de tarieven. Deze beleids optie beoogt deze systematiek ook toe te passen op de gehandicaptenzorg (GHZ) en de langdurige GGZ.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

- De beleids optie heeft geen effect op de toegankelijkheid van de Wlz-zorg.
- Aanbieders worden geprikkeld om kwalitatieve zorg te leveren tegen de laagst mogelijke kosten. Dit versterkt de betaalbaarheid van de zorg.

Uitvoering

- Het uitbreiden van de integrale vergelijking naar de gehele Wlz is in beginsel uitvoerbaar. Een randvoorwaarde voor het functioneren van de integrale vergelijking is dat de kwaliteit van zorg gedefinieerd en meetbaar is.
- Voor de operationalisering van een integrale vergelijking in de GHZ is het noodzakelijk om de kwaliteitsnormen in het kwaliteitskader van de sector – in overleg met het veld – nader te concretiseren en meetbaar te maken. Het aanpassen van het kwaliteitsniveau is daarbij niet beoogd. Daarna kan de NZa een gegevensvraag doen om inzage te krijgen in verschillen in kwaliteit en bedrijfsvoering tussen instellingen. Op basis van die gegevensvraag ontwikkelt de NZa in overleg met het veld een integrale vergelijking. De informatie uit deze integrale vergelijking kan door zorgaanbieders en zorginkopers als spiegelinformatie worden benut om doelmatiger te werken. De integrale vergelijking wordt in een ingroefase geleidelijk doorvertaald naar individuele (bandbreedte)tarieven van instellingen.
- In de langdurige GGZ is het kwaliteitsniveau niet in een Kwaliteitskader vastgesteld. Om individuele tarieven te bepalen door benchmarking is het noodzakelijk dat een Kwaliteitskader opgesteld wordt, om te voorkomen dat benchmarking leidt tot een besparing op kosten waarbij onduidelijk is of instellingen aan het minimale kwaliteitsniveau voldoen.
- Het is wenselijk om de eerste ervaringen bij de implementatie van de integrale vergelijking in de verpleeghuiszorg te benutten voor de invoering in de andere sectoren. Dit betekent dat een start gemaakt kan worden met de invoering in de GHZ in 2022. De ingroefperiode, waarin de integrale vergelijking geleidelijk steeds meer gaat doorwerken op de tarieven, bedraagt net als in de verpleeghuiszorg vijf jaar.
- In de GGZ is de invoeringsperiode langer omdat eerst een Kwaliteitskader opgesteld moet worden. Een kwaliteitskader Wlz/GGZ is niet voor 2022 beschikbaar. Daarna zal de dataverzameling nog moeten plaatsvinden. Invoering voor de GGZ-populatie is op zijn vroegst in 2024 mogelijk. Daarbij is een complicatie dat de doelgroep GGZ in de Wlz vanaf 2021 sterk

wordt uitgebreid en pas vanaf het jaar 2021 informatie kan worden verzameld over de kosten van zorgaanbieders.

- Wijziging van de Wmg is noodzakelijk om individuele tariefstelling door de NZa mogelijk te maken. VWS bereidt wetswijziging per najaar 2020 reeds voor in verband met de invoering van de integrale vergelijking in de verpleeghuiszorg.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldoverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Individuele tariefstelling in de GHZ en langdurige ggz	PM	PM	PM	PM	PM	PM tot - 290

- Het CPB heeft doorgerekend dat een efficiëntiewinst van circa €560 miljoen behaald kan worden door het invoeren van een integrale vergelijking die doorwerkt op de tarieven in de verpleeghuiszorg.¹⁰⁰ Het gaat hier om een beperking van de uitgaven die nodig zijn om het kwaliteitskader V&V te kunnen realiseren. Deze beperking van de uitgaventoename is reeds in het basispad van de Wlz-uitgaven verwerkt.
- De besparing van €560 mln. in de verpleeghuiszorg is 5% van het totale budget voor de verpleeghuiszorg in 2021 (circa 12 miljard).
- Indien de besparing in de gehele Wlz vergelijkbaar is met die in de verpleeghuiszorg dan treedt een besparing van 5% op in de GHZ en langdurige ggz. In 2021 bedraagt het budget van beide sectoren gezamenlijk circa €8 miljard. Uitgaande van een mogelijke besparing van 5% is een indicatieve schatting van de opbrengst van de maatregel €400 miljoen.
- Op dit moment bestaat er echter geen inzicht in de omvang van de besparing die een integrale vergelijking in de GHZ of in de GGZ kan opleveren. Dit hangt ervan af welke verschillen er in de sector zijn in kostprijzen en in hoeverre deze verschillen verklaard worden door niet-beïnvloedbare of wenselijke verschillen in de bedrijfsvoering. De overige verschillen kunnen geclassificeerd worden als ondoelmatigheid, waar een besparing mogelijk is door te leren van anderen. Een integrale vergelijking stimuleert daarbij een leerproces en een betere besteding per zorgeuro.
- De totale besparing hangt ook af van de eisen in het betreffende kwaliteitskader – indien concretisering van het kader leidt tot aanpassing van de kwaliteitsnorm in het kader dan kan dit ook tot meerkosten leiden - en is afhankelijk van de mate waarin de best presterende zorgaanbieder voldoet aan het kwaliteitskader en/of dat er meer zorg wordt geleverd dan het vastgestelde kwaliteitskader. Als de best presterende zorgaanbieders meer zorg leveren dan verondersteld mag worden vanuit het kwaliteitskader, dan is daarop een besparing mogelijk.
- Indien wordt gekozen voor implementatie zal de NZa een gegevensuitvraag moeten verrichten om meer inzicht te krijgen in de verschillen in bedrijfsvoering binnen de GHZ en GGZ. Op basis van deze informatie is een nadere raming van de besparing mogelijk.
- Indien wordt gekozen voor implementatie zal de NZa een gegevensuitvraag moeten verrichten om meer inzicht te krijgen in de verschillen in bedrijfsvoering binnen de GHZ en GGZ. Op basis van deze informatie is een nadere raming van de besparing mogelijk.
- Voor de voorlopige kwantificering in dit rapport is verondersteld dat de opbrengst gelijk kan zijn aan de opbrengst van de introductie van een objectief verdeelmodel (zie fiche objectief verdeelmodel), waarbij de doelmatigheid van de langdurige zorg versterkt wordt door zorgkantoren te prikkelen om doelmatiger in te kopen. De structurele opbrengst in dat fiche bedraagt €290 miljoen. Immers, individuele tariefstelling op basis van een integrale vergelijking beoogt de doelmatigheid te verhogen door aanbieders en inkopers te prikkelen doelmatiger te werken.

¹⁰⁰ CPB (2017), *Macro Economische Verkenning 2018*

Beleids optie 27: Meer maatwerk bij lichtere zorgzwaartes

Omschrijving

- De toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige Zorg (Wlz) vervalt voor nieuwe cliënten met de lichtere zorgzwaartes voor verpleging en verzorging en een verstandelijke handicap (ZZP VV4 en VG3). Zij blijven langer thuis wonen en krijgen in plaats van duurdere Wlz-zorg, ondersteuning en zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en Zorgverzekeringswet (Zvw). De maatregel wordt met een ingroei-pad van een aantal jaren ingevoerd.
- De indicatiecriteria van de Wlz moeten worden aangepast voor de sectoren VV en VG.
- De zorg voor mensen in de VV-sector met een behoefte aan beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging (VV04) en mensen met een verstandelijke handicap met een behoefte aan wonen met begeleiding en enige verzorging (VG3), wordt niet meer verleend vanuit de Wlz. Deze zorg, bestaande uit (intensieve) verzorging, huishoudelijke hulp, eten en drinken, en begeleiding/dagbesteding, komt te vallen onder dekking van het basispakket van de Zvw en de ondersteuning vanuit de Wmo 2015.
- Mensen die, voordat de maatregel wordt doorgevoerd, een indicatie hebben voor beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging (VV04) of wonen met begeleiding en enige verzorging (VG3), blijven daar vanuit de Wlz recht op houden indien zij de zorg al afnemen via verblijf in een instelling.
- Mensen die een Wlz-indicatie hebben voor een van deze profielen maar de zorg ontvangt buiten een instelling, met een vpt, pgb of mpt, krijgen de zorg voortaan vanuit de Zvw of Wmo 2015.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

Toegankelijkheid en kwaliteit:

- Mensen met somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke handicap, stromen pas later door naar de Wlz vanuit Zvw/Wmo2015.
- Mogelijk leidt aanscherping van de Wlz-indicatiecriteria tot meer herhaalde aanvragen, bezwaren en beroepen.
- Doordat meer zorgbehoefte-ouderen en mensen met een verstandelijke handicap zorg buiten de Wlz gaan ontvangen, zal er een groter aanbod nodig zijn aan aangepaste woning(clusters) en wijkverpleegkundigen vanuit de Wmo 2015 en de Zvw.
- Doordat de instroom in de Wlz beperkt wordt komt er capaciteit beschikbaar die ingevuld kan worden door zwaardere doelgroepen.

Betaalbaarheid:

De beleids optie versterkt de betaalbaarheid door meer maatwerk te bieden.

Uitvoering

- Voor de sectoren "verpleging en verzorging"/ ouderenzorg en voor verstandelijk gehandicapten worden de toegangscriteria aangepast.
- Voor de sector verpleging en verzorging worden cliënten die niet of nauwelijks behoefte hebben aan verpleging en veelal toezicht en stimulatie nodig hebben bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (en dus geen hulp bij of overname van), niet langer voor de Wlz worden geïndiceerd.
- Voor de sector verstandelijk gehandicapten worden cliënten die geen intensieve verzorging nodig hebben maar wel begeleiding bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (en dus geen hulp bij of overname van), niet langer voor de Wlz worden geïndiceerd.
- De maatregel is juridisch uitvoerbaar, mits via overgangsrecht voldoende rekening wordt gehouden met verworven rechten. De maatregel vergt wijziging van de Wet langdurige zorg. Rekening moet worden gehouden met een wetgevingstraject van twee jaar.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc
Geen toegang Wlz voor lichtere zorgzwaartes	0	0	0	-38,1	-38,1	- 359,8
w.v. besparing overheveling naar Zvw groepen II t/m V	0	0	0	-77,4	-77,4	-77,4
w.v. besparing natuurlijk verloop groep I	0	0	0	0	0	-568,2
w.v. Minder eigen bijdragen groepen II t/m V	0	0	0	22,3	22,3	22,3
w.v. Minder eigen bijdragen groep I	0	0	0	0	0	263,5
w.v. minder remeffect (herindicaties)	0	0	0	17	17	0

- Per saldo levert de maatregel structureel €359,78 miljoen op.
- De overheveling van de zorgprofielen die worden bekostigd met VV4 of VG3 worden overgeheveld naar de premiegefinancierde uitgaven voor Zvw-zorg en de begrotingsgefinancierde ondersteuning vanuit de Wmo2015.
- Er zijn met de maatregel minder opbrengsten aan eigen bijdrage in de Wlz.
- Aannee is dat overgangsrecht nodig is voor mensen die al in een instelling verblijven. Zij kunnen in de instelling blijven wonen en daar zorg ontvangen vanuit de Wlz.
- De maatregel kent een ingroeipad, omdat de zittende gevallen worden ontzien. De aanname is dat ZZP VV4 binnen drie jaar is leeggestroomd en ZZP VG 3 binnen tien jaar. Het structurele effect is daardoor hoger dan na jaar 4, doordat mensen met een VV4 en VG3 die in een instelling verblijven op termijn niet meer in de Wlz zitten.

Beleids optie 28: Meer maatwerk bij indicatiestelling ouderenzorg

Omschrijving

- Bij de toegang en indicatiestelling van langdurige zorg en ondersteuning wordt in de Wmo en Zvw rekening gehouden met de sociale context en mantelzorg. In de Wlz wordt hier bij de indicatiestelling geen rekening mee gehouden. De complexiteit van het huidige stelsel en de verschillen tussen de domeinen, faciliteert bij meerdere actoren financieel gedreven keuzes die vanuit zorginhoud en doelmatigheid niet optimaal zijn.
- Voor Wlz-cliënten met een sociaal netwerk kan de daadwerkelijke zorgvraag lager zijn dan het aangeboden integrale pakket vanuit de Wlz dat gebaseerd is op de zorgbehoefte van de cliënt. Dit is met name bij Wlz-zorg thuis aan de orde.
- Deze beleids optie beoogt meer maatwerk te bieden in de Wlz. Daarbij zijn minder en meer vergaande varianten denkbaar.

A. Rekening houden met sociale context in de Wlz

Een optie is om bij de toegang tot de Wlz mee te wegen of de aanwezige mantelzorg bereid en in staat is om de cliënt in de thuissituatie te ondersteunen, waarmee opname in een instelling c.q. de toegang tot de Wlz wordt voorkomen. Belangrijk hierbij is dat de gemeente ondersteuning aan de mantelzorger biedt. Het meenemen van de mantelzorg bij de Wlz-indicatie gebeurt als cliënt daarom vraagt. Het betreft hiermee een vrijwillige inzet van de sociale omgeving.

- Bij de Wlz wordt dan niet meer gekeken naar de zorgbehoefte, maar naar de feitelijke zorgvraag.
- Als de sociale omgeving de zorg "thuis" mogelijk houdt, dan moet de zorg vanuit de Zvw/Wmo wordt geleverd.
- Als de sociale omgeving ontbreekt of niet bereid is tot het verlenen van mantelzorg, dan bestaat nog steeds recht op een plekje in het verpleeghuis vanuit de Wlz. Hierdoor wordt geen afbreuk gedaan aan verzekerde rechten, maar wordt potentieel van sociale context wel meegewogen.

Voorwaarde voor deze oplossing is wel dat er een bepaald maximum aan de zorg- en ondersteuning thuis gesteld wordt. Tijdelijke zorgverzwaring moet binnen de Zvw en Wmo worden opgevangen.

B. Wlz als voorziening

- Een verdergaande variant is het omzetten van het verzekerde recht op zorg binnen de Wlz, in een voorziening, waarbij de cliënt zorg op maat krijgt en rekening wordt gehouden met het sociale netwerk en mantelzorg. Het CIZ krijgt de bevoegdheid om mogelijke inzet vanuit de sociale context van de cliënt mee te wegen bij de toegang tot de Wlz en vervolgens de aanspraken op zorg daarop af te stemmen. Het gaat er dan om wat er van de sociale omgeving kan worden verwacht dat zij een deel van de begeleiding, huishoudelijke hulp en dagbesteding op zich nemen. Alle andere geleverde zorg, zoals medische handelingen en persoonlijke verzorging, liggen niet of veel minder in de rede.
- Voor de leveringsvormen volledig pakket thuis, modulair pakket thuis en persoonsgebonden budget in de Wlz geldt dat er al rekening wordt gehouden met het sociale netwerk en mantelzorg.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

A. Rekening houden met sociale context in de Wlz

- Deze maatregel leidt tot een meer doelmatige inzet van financiële middelen in de Wlz.
- De toegang tot de Wlz wordt beperkt. Er verschuiven financiële middelen vanuit de Wlz naar de Wmo en Zvw. Besparingen zijn mogelijk door in plaats van een integraal pakket in de Wlz in deze domeinen zorg op maat aan te bieden. Het leveren van zorg op maat gaat niet ten koste van de kwaliteit.

B. Wlz als voorziening

- De maatregel leidt tot minder instroom in de Wlz, omdat een deel van de zorgvragers langer een beroep zal blijven doen op de Wmo en Zvw. Daarnaast leidt de maatregel tot een beperking van de Wlz-aanspraken als mantelzorgers zaken kunnen overnemen.
- Mensen waarbij de zorg voor een groot gedeelte door de mantelzorg wordt overgenomen, zullen langer hun zorg vanuit de Wmo en Zvw blijven ontvangen.
- Dit betekent dat het ontvangen van verzekerde zorg vanuit de Zvw in de thuisomgeving, en met name wijkverpleging, aantrekkelijker kan zijn dan instroom naar de Wlz.
- De zorgval bij de overgang van Wmo/Zvw naar Wlz zou door deze maatregel toenemen. Van de sociale omgeving wordt gevraagd of zij een deel van de begeleiding, dagbesteding en ondersteunende hulp op zich kunnen nemen. Medische handelingen liggen niet in de rede.
- Gezien de aard van de doelgroep (blijvend aangewezen op permanent toezicht of 24 uren zorg in de nabijheid) zorgt deze maatregel voor een extra belasting van mantelzorger.
- Door de inperking van de aanspraken neemt de betaalbaarheid toe.

Uitvoering

A. Rekening houden met sociale context in de Wlz

- Deze variant is in beginsel uitvoerbaar.
- De regel dat iemand wel een Wlz-indicatie kan krijgen en naar een instelling kan als hij/zij zou willen. Maar deze persoon mag ook de Wlz-indicatie opzij leggen als sociale context voldoende overneemt.
- Het artikel in Wmo moet worden geschrapt waarin staat dat gemeenten maatwerk mogen weigeren als iemand Wlz-zorg zou kunnen krijgen. Ook aan de kant van de Zvw moet de voorliggendheid worden gewijzigd.
- Het is wenselijk het CIZ te behouden voor het bewaken van de toegang tot de Wlz, aangevuld met een zeer zwaarwegend oordeel van de wijkverpleegkundige of zorg thuis met de mantelzorgers wel verantwoord is. Zo niet, dan wordt het toch Wlz(verblijf).
- Bij deze maatregel wordt de toegang tot de Wlz beperkt en verschuiven financiële middelen vanuit de Wlz naar de Wmo en Zvw.

B. Wlz als voorziening

- De maatregel is uitvoerbaar. Voor het CIZ betekent dit een nieuwe manier van werken. De werkwijze met zorgprofielen kan niet onverkort doorgang vinden, maar daarbij moet maatwerk worden geïntroduceerd. Het CIZ krijgt de bevoegdheid om mogelijke inzet vanuit de sociale context van de cliënt mee te wegen en de aanspraken daarop af te stemmen. Hiervoor moet aanvullende expertise (vergelijkbaar met de Wmo-consulent die het onderzoek doet) worden betrokken door het CIZ.
- De voorgestelde maatregel leidt tot financiering via belastingen. De Wlz is dan niet langer een (volks)verzekering, maar een voorziening.
- Zorgvormen waarbij vanuit het sociaal netwerk kan worden geleverd worden dan, als die mantelzorg beschikbaar is, niet door het zorgkantoor vergoed.
- Voor wetwijziging (Wlz en Wfsv) en invoering zal ten minste drie jaar nodig zijn.
- Ten aanzien van het overgangsrecht is het passend om bestaande aanspraken te eerbiedigen, daarom wordt de besparing gefaseerd ingeboekt

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Beleidsoptie A: Rekening houden met sociale context in de Wlz	25	25	-30	-75	-75	-75
Beleidsoptie B: Wlz als voorziening	0	0	-PM	PM	PM	-408

A. Rekening houden met sociale context in de Wlz

Voor de onderbouwing van de kwantificering van deze optie wordt verwezen naar het rapport van de Technische Werkgroep Beheersing Zorguitgaven (TWBZ).

B. Wlz als voorziening

- Vanwege het meewegen van de sociale context kan worden bespaard op het budget voor zorgvormen waarbij mantelzorg een rol speelt zoals ondersteunende hulp, begeleiding en dagbesteding. De maatregel specificeert niet hoeveel het budget gekort wordt. De mate waarin het budget gekort kan worden staat niet vast, maar hangt af van de maatschappelijke bereidheid en mogelijkheid om een groter deel van de zorg door mantelzorger te laten verrichten. Hoe groter de korting, hoe kleiner het aanbod van formele zorg en hoe groter het beroep op mantelzorgers, en hoe moeilijker de korting te realiseren zal zijn (ook bij een voorziening kunnen er bijvoorbeeld rechtszaken ontstaan). Momenteel is het al zo dat 32 procent van de verpleeghuisbewoners informele zorg ontvangt van familie en/of andere naasten¹⁰¹. 73 procent van de dagbesteding wordt verzorgd door vrijwilligers.¹⁰² Het mantelzorgpotentieel is momenteel max. 32 procent, maar daalt vanwege de vergrijzing naar 20 procent.¹⁰³ Om de impact van de maatregel in kaart te brengen is gekwantificeerd hoeveel euro formele zorg bespaard indien een dagdeel van de week de sociale context wordt meegewogen. D.w.z. in het geval dat 4 uur (2,5% van de totale wekelijkse zorgvraag) door het sociale netwerk aan dagbesteding, huishoudelijke ondersteuning of begeleiding wordt geleverd. Dit levert een besparing op van 147 mln. Gemiddeld werd in Nederland in 2018 11,1 uur mantelzorg verleend¹⁰⁴. Uitgaande van 11,1 uur bedraagt de per saldo besparing 408 mln. Bekeken zou kunnen worden hoeveel dagdelen aan zorg redelijk zou zijn om van het sociale netwerk te vragen. Bij implementatie dient een keuze gemaakt te worden over het wenselijke ingroeipad.
- Doordat zorgvragers langer een beroep doen op de Wmo en Zvw wordt verondersteld dat een deel van de gerealiseerde besparing in de Wlz weglekt naar de Wmo en Zvw. Er wordt verondersteld – in lijn met Zik 1 – dat ca. 10% van de besparing weglekt. Naast structurele effecten zijn er incidentele kosten voor het overhevelen voor de administratie en werkwijze van het CIZ. Conform het uitgangspunt van de transitiekosten bedragen deze incidentele kosten 1,5% van de uitvoeringskosten van de zorgkantoren. Met ca. 196 mln. totaal budget is dat jaarlijks ca. € 3 mln. conform uitgangspunt transitiekosten. Bij een middellange transitieperiode van 5 jaar betekent dit een totaal van 15 mln.
- Er is sprake van een interactie-effect met de opties 'geen toegang tot de Wlz voor lichtere zorgzwaartes'.

¹⁰¹ https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Voor_elkaar?utm_source=emailnieuwsbrief&utm_medium=email&utm_campaign=Nieuwe+publicatie+SCP

¹⁰² https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Ouderen_in_verpleeghuizen_en_verzorgingshuizen

¹⁰³ https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2019/Toekomstverkenning_mantelzorg_aan_ouderen_in_2040

¹⁰⁴ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83021NED/table?dl=778F>

Beleids optie 29: Zorg op maat voor nieuwe pgb-Wlz budgethouders

Omschrijving

- Pgb op maat voor extramurale Wlz-zorg, kan er voor zorgen dat de benodigde zorg, meer dan nu het geval is, op maat kan worden toegekend.
- Nu is de toekenning van het pgb-Wlz veelal een financieel administratief proces. De budgethouder heeft een standaard maximum beschikbaar budget om zelf pgb-Wlz zorg in te kopen.
- Vaste bedragen per zorgprofiel/zzp werken bij bekostiging van intramurale zorg waarbij middeling kan plaats vinden tussen cliënten die binnen een zorgprofiel net wat meer dan gemiddeld nodig hebben met cliënten die net wat minder nodig hebben. Bij de zorg in de thuissituatie werkt een dergelijk middeling niet (je kan je eigen PGB niet middelen met het PGB van de buurvrouw). In de thuissituatie is maatwerk noodzakelijk.
- In de huidige situatie wordt veelal het bedrag uit de tarieventabel toegekend dat past bij het geïndiceerde zorgprofiel. Vervolgens zijn er mogelijkheden om dit op te hogen via de regeling Extra Kosten Thuis (afgekort EKT, dit is 25% van het budget) of de regeling meerzorg (niet gemaximeerd).
- In de praktijk komt het niet veel voor dat mensen een lager bedrag dan het bedrag dat bij het zorgprofiel hoort krijgen toegekend. De veronderstelling is echter dat mensen met een lager budget ook uitkomen om in hun zorgvraag te voorzien. Voordeel van een pgb op maat is dat de zorgvraag leidend is en het zorgbudget daarop gebaseerd wordt. Daarmee kunnen aanvullende regelingen zoals EKT en Meerzorg vervallen.
- De vormgeving van de maatregel moet nog worden uitgewerkt, welke voorwaarden zijn van toepassing en komt er een maximum?
- Er loopt momenteel een evaluatie van de werkwijze/pilot zorg op maat (pgb-Wlz incl. EKT, excl. meerzorg) van een zorgkantoor. De Kamer is hierover (nog) niet geïnformeerd. De resultaten van dit evaluatie onderzoek zijn uiterlijk medio maart 2020 bekend.

Effecten op trilemma (toegankelijkheid kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

Aangezien de zorgvraag van de cliënt het uitgangspunt vormt is de toegankelijkheid van zorg niet in het geding.

Kwaliteit

Hierin treedt geen verandering op.

Betaalbaarheid

- De verwachting is dat het overgrote deel van de nieuwe budgethouders in de Wlz uit kan met een lager budget, dan het bedrag dat hoort bij het zorgprofiel. Daarnaast zal er een groep budgethouders blijven die een bedrag bovenop het standaardbedrag moeten ontvangen vanwege een zware zorgvraag. Deze 'extra' zorgvraag dient door de budgethouder altijd onderbouwd te worden aan het zorgkantoor. Deze werkwijze zorgt waarschijnlijk voor een verlaging van de zorgkosten en bevordert de efficiënte inzet van zorgmiddelen.

Uitvoering

- Zorgkantoren moeten met alle nieuwe zorgvragers (c.q. potentiële) budgethouders gesprekken voeren, aan de hand van een landelijk nog op te stellen beoordelingskader, over hun zorgbehoefte en hoe ze hierin willen gaan voorzien. Welke zorg gaan zorgvragers bij wie inkopen tegen welk tarief?
- De impact op de praktijk: de uitkomsten van de lopende evaluatie van de werkwijze/pilot bij één van de zorgkantoren moeten inzicht geven of de voorgestelde werkwijze inderdaad een besparing op kan leveren.

- Daarnaast dient naar voren te komen wat er op het vlak van implementatie dient te gebeuren. Naar verwachting vergt deze werkwijze dat zorgkantoren en mogelijk ook de SVB hun organisatie/systemen hierop aan moeten passen. De nieuwe werkwijze vergt dus mogelijk wel investerings- en uitvoeringskosten.
- Eventuele juridische aspecten: mogelijk is een aanpassing van de Regeling langdurige zorg en aanpassing van de organisatie c.q. systemen bij de zorgkantoren nodig. De eerste resultaten van de pilot laten zien dat er geen aanpassing wordt voorzien van wet- en regelgeving als deze werkwijze landelijk wordt uitgerold. Dit moet echter nog door de wetgevingsjuristen van VWS worden gecheckt

Buiten de scope van dit voorstel: bestaande populatie budgethouders

Indien een maatwerk pgb-Wlz ook wordt geïmplementeerd voor de bestaande populatie budgethouders, dient rekening te worden gehouden met de bestaande rechten. Voor deze budgethouders geldt nu een vast bedrag van het zorgprofiel. In wet- en regelgeving kan hiervoor een redelijke overgangsregeling komen, bijvoorbeeld in drie jaar, stapsgewijs via de driejaarlijkse huisbezoeken van zorgkantoren implementeren.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldo verslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Beleidsoptie pgb maatwerk voor nieuwe budgethouders	PM	PM	PM	PM	PM	-100

- In het algemeen is sprake van een onder uitputting van de budgetten van 14%.
- Het is niet duidelijk wat de investerings- en uitvoeringskosten zijn. De lopende evaluatie van de werkwijze/pilot van het zorgkantoor dient hier inzicht in te verschaffen.
- De tussenresultaten van de pilot laten een besparing zien. Het zorgkantoor heeft zelf in beeld gebracht welk totaalbudget daadwerkelijk in 2018 en 2019 is uitgezet, in vergelijking tot wat uitgezet had kunnen worden. Dit betreft alle nieuwe budgethouders in 2018 en 2019. Hierin is wel ook de combinatie van ZIN/PGB meegenomen, maar meerzorg niet.
- Volgens de berekeningen van het zorgkantoor blijkt dat er een niet uitgezet budget is van tussen de 20 en 25%. Deze resultaten zijn een eerste inschatting. Er is geen nulmeting om de gerealiseerde niet besteedde bedragen tegen af te zetten. Daarnaast zijn de uitvoeringskosten van de gesprekken en eventuele andere investeringskosten niet meegenomen.

Berekening

- Er wordt op jaarbasis circa € 2,4 miljard uitgegeven aan pgb in de Wlz.¹⁰⁵ Er zijn circa 45.000 pgb-Wlz budgethouders. De aanname is dat iedere procent boven de onder uitputting (14%) dan een besparing oplevert. De resultaten van het zorgkantoor over 2018 en 2019 laten een niet-besteding van ongeveer een kwart van het budget zien, incl. de onder uitputting. Dit betreft dan wel een zeer beperkte populatie nieuwe budgethouders (excl. meerzorg).
- Niet bekend is of zij representatief zijn voor de totale populatie budgethouders. Daarom is de aanname een extra niet-besteding van 5%. Dat leidt mogelijk tot een besparing van minimaal € 105 mln.

De uitvoeringskosten

- Er is een jaarlijkse toename van gemiddeld 3.000 budgethouders per jaar. Met deze budgethouders moet dan een zorg-op-maatgesprek gevoerd worden. Kosten van een dergelijk intensiever gesprek zijn mogelijk 2 uur a € 80 per uur. Deze kosten bedragen dan circa € 500.000. Daar komen mogelijk nog systeemaanpassingen bij. Geschatte post: € 5 mln
- Opbrengst: € 100 miljoen per jaar. Aanname is dat deze opbrengst met een ingroei van 3 jaar wordt bereikt.

¹⁰⁵ VWS heeft dit berekend op basis van open data Zorginstituut en CPB.

Beleids optie 30: Budgettaire afspraak verlaging uitgavenplafond zorg (UPZ)

Omschrijving

Context

- De huidige groei van de zorg is op lange termijn niet houdbaar. Dit geldt zowel vanuit het perspectief van organiseerbaarheid (het aantal mensen dat nodig is om in de zorg te werken als de huidige groei zich doorzet) als vanuit het perspectief van financiële houdbaarheid (de stijging van de zorguitgaven, ook in vergelijking met het bbp).
- Het basispad van zorguitgaven stijgt in de huidige situatie als gevolg van inflatie en reële lonen en prijzen, maar ook als gevolg van andere factoren zoals de demografische ontwikkeling, inkomensgroei, sociaal-economische trends, nieuwe behandelingen, nieuwe medicijnen, kwaliteitsverbeteringen en technologische ontwikkelingen. Dit hangt samen met de manier waarop het recht op zorg is vormgegeven in de Zvw en de Wlz. Dit is geformuleerd als “de zorg waaraan behoefte is” en “de zorg waarop iemand is aangewezen”, waarbij de inhoud en omvang van de verzekerde zorg wordt bepaald op basis van de zorgvraag en de stand van de wetenschap en praktijk. Door de rol van de MLT-zorg worden veel verbeteringen in kwaliteit en aanbod die leiden tot een stijging van de zorguitgaven automatisch – d.w.z., zonder dat er een expliciete politieke keuze aan ten grondslag ligt – geaccommodeerd. De stijgende zorguitgaven vertalen zich (via hogere zorgpremies) weer in stijgende collectieve lasten. Hierdoor merken burgers een steeds hogere lastendruk. De zorgsector is hierin uniek, andere collectieve sectoren zijn gebudgetteerd op het huidige kwaliteitsniveau en aanbod.

Maatregel

- Er wordt een budgettaire afspraak gemaakt in het regeerakkoord om het uitgavenplafond zorg (UPZ) lager vast te stellen dan de MLT-raming van het CPB (het basispad-zorg). In principe kunnen verschillende opties voor een verlaging van het UPZ t.o.v. de MLT-zorg worden gekozen. In dit fiche worden twee volgende varianten uitgewerkt:
 1. Het overnemen van alleen de demografie, algemene inflatie en de stijging van reële lonen en prijzen uit de MLT-zorg. Dit is vergelijkbaar met hoe het CPB de zorg meeneemt in de houdbaarheidsstudie.
 2. Het UPZ zo verlagen dat de zorguitgaven als percentage van het bbp gelijk blijven (overnemen van het percentage nominale BBP-groei uit de MLT)
- Dit leidt tot een substantieel lager UPZ (scenario 1: 900 mln. in 2022, 1.600 mln. in 2023, 2.400 mln. in 2024 en 3200 mln. in 2025; scenario 2: 1.600 mln. in 2022, 2.800 mln. in 2023, 4.100 mln. in 2024 en 5.500 mln. in 2025). De budgettaire afspraak om af te wijken van de MLT-raming van het CPB is zelf geen maatregel. Wel kan het lager vaststellen van het UPZ, in het geval dat de politiek zich committeert via het regeerakkoord, een ankereffect op de zorguitgaven hebben. Een ankereffect kan optreden, doordat de budgettaire afspraak voor het zorgveld een nieuw referentiekader vormt. Het is echter onduidelijk of het ankereffect optreedt, wanneer het optreedt en wat de omvang ervan is. Dit kan niet gekwantificeerd worden. Een ankereffect is waarschijnlijker indien het veld zich aan de norm verbindt, bijvoorbeeld via een hoofdlijnenakkoord. Besparingen kunnen dan in een bestuurlijk akkoord, inclusief concrete maatregelen, met zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders tot stand worden gebracht.
- Om de verlaging van het UPZ middels een budgettaire afspraak te behalen, zijn er twee mogelijke beleidsrichtingen:
 1. **Voor de kortere termijn: bij het regeerakkoord de verlaging van het UPZ invullen met kostenbesparende maatregelen.** De zorguitgaven worden in deze optie in mindere mate automatisch aangepast. In de eerste variant alleen voor demografie, de stijging van reële lonen en prijzen en inflatie en in de tweede variant alleen voor de BBP-ontwikkeling. De verlaging van het UPZ als gevolg van het niet rekening houden met inkomensgroei, extra kwaliteit en aanbod (bv nieuwe behandelingen en medicijnen) c.q.

de demografische ontwikkeling moet ingevuld worden met kostenbesparende maatregelen. Hierover wordt expliciet besloten bij de kabinetsformatie.

2. **Voor de langere termijn (minimaal één kabinetsperiode): de groei in de MLT-raming te laten dalen door een aangescherpte beheersing van het basispakket, in combinatie met kostenbesparende maatregelen.** In deze optie wordt de systematiek van automatische in- en uitstroom in het pakket aangepast, waardoor – op de langere termijn – dit effect heeft op de groeicijfers in de MLT-raming van het CPB. Deze zullen dalen, omdat het CPB nu nog rekening houdt met het huidige systeem van open instroom. In het hoofdstuk over ‘gepast gebruik’ staan meerdere opties om dit te realiseren, waaronder het bevorderen van ‘gepast gebruik’ en het invoeren van een QALY-norm. Het toekomstige effect hiervan zal variëren per optie. Een aanpassing van de instroom in het pakket is echter niet voldoende om uit te komen op groei op basis van demografie, inflatie en reële lonen en prijzen. Daarvoor zijn nog aanvullende kostenbesparende maatregelen nodig – ook bij een aangescherpte beheersing van het basispakket. Voor de variant waarbij wordt aangesloten op de verwachte ontwikkeling van het BBP is een nog verdergaande inzet van kostenbesparende maatregelen noodzakelijk.
- De overheid kan verschillende kostenbesparende maatregelen nemen, die leiden tot een daling van de zorguitgaven die even groot is als voorgestelde verlaging van het UPZ. Onder meer de verschillende maatregelen in dit rapport en in Zorgkeuzes in kaart kunnen daarbij worden benut. Daarbij kan ingezet worden op:
 1. Het vergroten van de doelmatigheid van het stelsel door maatregelen.
 2. Afspraken met het veld over uitgavenreductie.
 3. Het opleggen van een doelmatigheidskorting.
 4. Het verhogen van eigen betalingen.
 5. Pakketmaatregelen.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

Optie 1: verlaging UPZ invullen met kostenbesparende maatregelen: het effect op toegankelijkheid is afhankelijk van de keuze van de maatregelen. Wanneer er effectieve maatregelen worden genomen die doelmatig werken in de zorg stimuleren, blijft de toegankelijkheid gelijk of verbetert deze. Daarnaast zal het nodig zijn om maatregelen te nemen op het gebied van pakket of eigen betalingen, wat zorgt voor een verminderde toegankelijkheid van de zorg. Mensen kunnen bijvoorbeeld zorg gaan mijden omdat bepaalde zorg niet meer collectief vergoed wordt.

Optie 2: de groei in de MLT-raming op langere termijn te laten dalen door een aangescherpte beheersing van het basispakket in combinatie met kostenbesparende maatregelen: Deze beleidsrichting heeft een positief en een negatief effect op de toegankelijkheid van zorg. Het bevorderen van gepast gebruik en kosteneffectiviteit levert op termijn de mogelijkheid om personeel op een andere manier in te zetten en om huidige en toekomstige personeelskrapte terug te dringen. Op kortere termijn blijven de kostenbesparende maatregelen nodig. Zie voor de effecten op toegankelijkheid optie 1.

Kwaliteit

Optie 1: verlaging UPZ invullen met kostenbesparende maatregelen: het effect op kwaliteit is afhankelijk van de keuze van de maatregelen. Wanneer er maatregelen worden genomen die doelmatig werken of kwaliteitsverbeteringen stimuleren, stijgt de kwaliteit van zorg. Wanneer er kostenbesparende maatregelen worden genomen kan dit een negatief effect op de kwaliteit van zorg hebben. Zo kan een doelmatigheidskorting bijvoorbeeld ingevuld worden door een verlaging van de kwaliteit van de geleverde zorg. Een substantiële verlaging van het UPZ zal beide typen maatregelen vergen.

Optie 2: de groei in de MLT-raming op de langere termijn te laten dalen door een aangescherpte beheersing van het basispakket in combinatie met kostenbesparende maatregelen: Een toets op effectiviteit van zorg waarborgt dat de zorg die wordt geleverd van voldoende kwaliteit is en is daarmee positief voor de kwaliteit van de toekomstig geleverde zorg. Zie voor de kostenbesparende maatregelen optie 1.

Betaalbaarheid

Beide opties: hebben beide een positief effect op de macro betaalbaarheid van de zorg. De automatische stijging van de zorguitgaven wordt beperkt of gecompenseerd, waardoor de betaalbaarheid van de zorg stijgt. Voor de burger zelf (microniveau) kunnen kostenbesparende maatregelen leiden tot minder collectief vergoede zorg en daarmee meer zorgkosten.

Uitvoering

- *Optie 1: verlaging UPZ invullen met kostenbesparende maatregelen:* het hangt af van de maatregelen die worden genomen hoe makkelijk of moeilijk uitvoerbaar de maatregelen zijn. Dit staat weergegeven bij de fiches van de afzonderlijke maatregelen.
- *Optie 2: de groei in de MLT-raming te laten dalen door een aangescherpte beheersing van het basispakket in combinatie met kostenbesparende maatregelen:* Wanneer het pakket meer wordt gesloten, moet een systematiek worden ontwikkeld om vast te leggen wat het huidige niveau van kwaliteit en aanbod is. Het ligt in de rede om deze taak te beleggen bij het Zorginstituut, die momenteel al taken op het gebied van kwaliteit heeft. De fiches over het pakket gaan nader in op de uitvoerbaarheid van de verschillende opties om tot een meer gesloten pakket te komen.
- Juridisch gezien is een randvoorwaarde dat het UPZ op die hoogte wordt vastgesteld, dat de zorg van voldoende kwaliteit en redelijkerwijs kostendekkend geleverd kan worden.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Variant 1: verlagen UPZ tot het niveau van demografie, inflatie, lonen en prijzen	0	-900	-1.600	-2.400	-3.200	Jaarlijks oplopend
Variant 2: verlagen UPZ tot het niveau van nominale BBP-groei	0	-1.600	-2.800	-4.100	-5.500	Jaarlijks oplopend

- Om het UPZ te verlagen tot het niveau waarbij alleen rekening wordt gehouden met demografie, inflatie en de stijging van reële lonen en prijzen uit de MLT-zorg, dienen maatregelen genomen te worden die optellen tot het bedrag bij variant 1 in bovenstaande tabel. Om het UPZ te verlagen tot het niveau dat aansluit op de nominale BBP-groei kan gebruik worden gemaakt tot de bedragen bij variant 2.
- De groeirimte voor 2021 is in het voorjaar 2020 vastgesteld en in de begroting 2021 gecommuniceerd. Ook het basispakket voor 2021 ligt vast in de pakketbrief die in mei 2020 door de Kamer aangenomen wordt. Maatregelen voor 2021 zijn daarom nauwelijks meer uitvoerbaar door een nieuw kabinet.
- Voor 2022 is bij de Zvw het merendeel van de groeirimte al uitgedeeld (namelijk in de sectoren waarin hoofdlijnenakkoorden gelden). Daarnaast geldt dat invulling afhankelijk is van wanneer er een nieuw kabinet aantreedt. Zowel het terugdraaien van de uitdeling van de groeirimte als het alsnog opnemen van maatregelen ligt ingewikkeld.

Beleids optie 31: Nieuwe hoofdlijnenakkoorden en continueren macrobeheersinstrument

Omschrijving

- Er worden nieuwe hoofdlijnenakkoorden afgesloten voor de periode 2022-2025 met verschillende sectoren in de zorg (huidige akkoorden met een financiële component worden afgesloten met de MSZ, ggz, wijkverpleging en huisartsenzorg). In de akkoorden wordt door de Rijksoverheid en de veldpartijen ingezet op concrete maatregelen ter verhoging van de doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Het generiek macrobeheersinstrument (MBI) wordt gehandhaafd om eventuele overschrijdingen van de uitgavenplafonds op basis van de afspraken in de akkoorden terug te halen met een korting. Via de hoofdlijnenakkoorden wordt een besparing gerealiseerd op de groei van de zorguitgaven, waarbij het MBI dient als stok achter de deur.
- Uit onderzoek naar eerdere hoofdlijnenakkoorden blijkt dat de akkoorden in het verleden zeer waarschijnlijk hebben bijgedragen aan de realisatie van een lager groeipad in de curatieve zorg. Echter, het is onwaarschijnlijk dat de inhoudelijke afspraken uit de akkoorden wezenlijk hebben bijgedragen aan de lagere uitgavengroei. Dit komt onder andere doordat de inhoudelijke afspraken in de akkoorden in veel gevallen niet gekwantificeerd zijn.¹⁰⁶ Of deze conclusie ook geldt voor de hoofdlijnenakkoorden in de periode 2018 en 2019-2022 is onbekend.
- De besparing in de nieuwe hoofdlijnenakkoorden bestaat enerzijds uit een doelmatigheidskorting en anderzijds uit een besparing als gevolg van een inhoudelijke agenda met beleidsmaatregelen. Het CPB is op dit moment nog aan het onderzoeken wat de maximale doelmatigheidskorting is per sector zonder ondersteunende maatregelen. Om tot een hogere opbrengst te komen voor de hoofdlijnenakkoorden is een inhoudelijke agenda nodig. Daarin kunnen verschillende maatregelen worden genomen, die leiden tot een daling van de zorguitgaven. De verschillende maatregelen in dit rapport en in Zorgkeuzes in kaart kunnen daarbij benut worden. Het MBI fungeert als stok achter de deur.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

De doelmatigheidskorting heeft geen effect op de toegankelijkheid van de zorg, wanneer deze wordt ingevuld door doelmatiger werken in de sector. Er moet dan wel daadwerkelijk doelmatiger gewerkt worden om de toegankelijkheid te borgen. Wanneer een extra besparing wordt ingeboekt, is het effect op toegankelijkheid afhankelijk van de keuze van de maatregelen. Wanneer er maatregelen worden genomen die doelmatig werken in de zorg stimuleren, blijft de toegankelijkheid gelijk of verbetert deze. Wanneer er maatregelen worden genomen op het gebied van pakket of eigen betalingen, daalt de toegankelijkheid van de zorg.

Kwaliteit

De doelmatigheidskorting heeft een neutraal (wanneer bijvoorbeeld de arbeidsproductiviteit stijgt) of positief (wanneer onnodige behandelingen niet worden verleend) of negatief effect op de kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld wanneer grote en makkelijke besparingen kunnen worden gerealiseerd door te beknibben op de moeilijk waarneembare kwaliteit van zorg). Wanneer een extra besparing wordt ingeboekt, is het effect op kwaliteit afhankelijk van de keuze van de maatregelen.

Betaalbaarheid

Zowel de doelmatigheidskorting als de extra besparing via maatregelen hebben een positief effect op de betaalbaarheid van de zorg. De automatische stijging van de zorguitgaven wordt beperkt of gecompenseerd, waardoor de betaalbaarheid van de zorg stijgt.

¹⁰⁶ Algemene Rekenkamer (2016), *Rapport zorgakkoorden*.

Uitvoering

- De maatregel is uitvoerbaar onder de voorwaarde dat de huidige partijen weer
- deelnemen aan nieuwe hoofdlijnenakkoorden. Partijen zullen zich mogelijk verzetten tegen een lager groeipad voor de uitgaven. Daarnaast is het belangrijk dat partijen ook zelf profiteren van de hoofdlijnenakkoorden, door met de inhoudelijke agenda aan te sluiten op wensen van veldpartijen en door bestuurlijke rust via hoofdlijnenakkoorden. Een aandachtspunt is dat de akkoorden alleen de ondertekenende partijen binden, niet de individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit betekent dat individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars van de afspraken kunnen afwijken. Dit is in de voorgaande hoofdlijnenakkoorden echter niet gebeurd.
- Het opstellen van de akkoorden vergt ongeveer een half jaar, afhankelijk van de medewerking van alle partijen. Als de akkoorden gereed zijn voor 1 september, kunnen budgettaire afspraken verwerkt worden in jaar t+1. Het heeft de voorkeur dat de akkoorden minimaal een half jaar van tevoren zijn afgesloten, zodat dit mee kan lopen in de jaarlijkse onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden zonder inhoudelijke agenda	-	-	-	-	-	-
Afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden met inhoudelijke agenda	-	-	-	-	-	-

- De budgettaire omvang van de vier sectoren waarin momenteel akkoorden met financiële afspraken zijn afgesloten (MSZ, ggz, huisartsenzorg en wijkverpleging) is € 36,4 mld. in 2022 (stand begroting 2020). Een akkoord dat een groeipad hanteert dat lager is dan het basispad van de zorguitgaven levert een besparing op.
- Een akkoord zonder inhoudelijke agenda, met het MBI als stok achter de deur, levert slechts de mogelijkheid voor een generieke doelmatigheidskorting.
- Wanneer een hogere besparing is beoogd, moet het akkoord een inhoudelijke agenda met maatregelen bevatten. Daarin kunnen verschillende maatregelen worden genomen, die leiden tot een daling van de zorguitgaven. De verschillende maatregelen in dit rapport en in Zorgkeuzes in kaart kunnen daarbij benut worden. Daarbij kan ingezet worden op:
 1. Het vergroten van de doelmatigheid van het stelsel.
 2. Het verhogen van eigen betalingen
 3. Pakketmaatregelen
- Daarnaast is het mogelijk met het veld afspraken te maken over het vergroten van de doelmatigheid van de organisatie van zorg. Onderzoek door het Zorginstituut laat zien dat het mogelijk is om tussen de 616 en 986 mln. in 2022 te besparen door het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek. Dit staat verder uitgewerkt in het onderzoek van het Zorginstituut (zie bijlage).

Beleids optie 32: Aanpassing macrobeheersinstrument naar budgettering per zorgverzekeraar

Omschrijving

- Het macrobeheersinstrument in huidige vorm wordt afgeschaft en wordt vervangen door een bindend uitgavenplafond per verzekeraar. Meer mag de verzekeraar niet uitgeven aan zorg. Ook niet uit eigen middelen of door de premie te verhogen.
- Jaarlijks voorafgaand aan het jaar legt de overheid verzekeraars een maximaal bedrag op, een totaalbudget, – op basis van hun populatie – waarbinnen zij mogen contracteren. Dit budget is gebaseerd op het macroprestatiebedrag, dat gebaseerd is op het financieel beeld zorg. Het budget wordt ex ante over de zorgverzekeraars verdeeld, via de systematiek van de risicoverevening die rekening houdt met de kenmerken van de populatie van de verzekeraar.
- Zorgverzekeraars sluiten contracten af met zorgaanbieders (deze moeten omzetafspraken bevatten) en kunnen contracteren tot het niveau van het afgegeven budget. Zorgverzekeraars geven de NZa een overzicht van de contractafspraken, waarbij de NZa controleert of ze niet meer afspraken maken dan ze op basis van hun totale budget kunnen maken. Als de verzekeraar zijn budget overschrijdt, worden alle omzetafspraken van de verzekeraar naar rato gekort. Wanneer zorgaanbieders de contractueel overeengekomen omzet overschrijden, zijn zorgverzekeraars verplicht deze terug te vorderen bij zorgaanbieders.
- Deze optie sluit op een bepaalde manier beter aan bij de verantwoordelijkheidsverdeling in het huidige zorgstelsel dan het huidige MBI doet. Dit omdat de budgettering dan in één hand ligt met de verantwoordelijkheid die zorgverzekeraars al hebben voor het borgen van doelmatige zorg. Daar staat tegenover dat de overheid verzekeraars mogelijk meer gaat sturen wat betreft de afweging tussen prijs en kwaliteit van zorg. Dit sluit minder aan bij de verantwoordelijkheidsverdeling binnen het stelsel. De overheid legt kostenbeheersing als dominante doelstelling op aan zorgverzekeraars.
- Deze optie is alleen mogelijk, wanneer zorgverzekeraars over alle zorg die zij vergoeden contractafspraken kunnen maken. Dat betekent dat ongecontracteerde zorg niet meer kan worden vergoed (zie fiche "afschaffen hinderpaalcriterium") en dat ook restitutiepolissen niet meer mogelijk zijn. Niet-gecontracteerde zorg wordt in deze beleids optie niet meer vergoed.
- Het uitgavenplafond moet zodanig worden vastgesteld, dat de zorgverzekeraar zijn zorgplicht kan waarmaken. Voor een grote neerwaartse bijstelling van het basispad zijn vanzelfsprekend maatregelen vereist. De budgettering mag niet zodanig laag zijn, dat verzekerden hun rechten uit de Zvw niet kunnen verzilveren. Bij onvoldoende ingekochte zorg (wachtlijsten) heeft de verzekerde toch recht op zorg, en kan deze eventueel via de rechter afdwingen. De overheid zal dan extra budget beschikbaar moeten stellen. Daarnaast moet het budget op zodanige hoogte worden vastgesteld dat de zorg geleverd kan worden van voldoende kwaliteit en moet het redelijkerwijs kostendekkend zijn. De kwaliteit is een ondergrens.
- Deze systematiek lijkt erg op de systematiek in de Wet langdurige zorg, waarbij de budgetten voor zorgkantoren en zorgaanbieders zijn gemaximeerd. De contracteerruimte in de Wlz wordt door de NZa verdeeld over de zorgkantoorregio's via regionale contracteerruimtes. In de praktijk worden de budgetten bij tekorten echter vaak aangevuld door de overheid.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

Het recht op zorg blijft bestaan en er wordt niet getoerd aan de zorgplicht van verzekeraars. Wel daalt de keuzemogelijkheid van verzekerden, omdat zij geen mogelijkheid meer hebben om zorg af te nemen van niet-gecontracteerde aanbieders en dit ook niet meer kunnen compenseren via een restitutiepolis. Daarnaast bestaat het risico op wachtlijsten indien budgetten te strak zijn, zeker aan het einde van het jaar. Dit risico bestaat echter ook bij het huidige MBI. Verder neemt het risico op risicoselectie door zorgverzekeraars toe, specifiek wanneer de uitgaven aan bepaalde groepen hoger zijn dan waarop de raming (risicoverevening) is gebaseerd.

Kwaliteit

Het effect op de kwaliteit van zorg, hangt af van de praktische invulling van de maatregel. Het risico bestaat dat zorgverzekeraars alleen op prijs gaan inkopen, om te borgen dat ze binnen hun uitgavenplafond blijven. Dit heeft een negatief effect op de kwaliteit van zorg. Een tweede risico bestaat dat nieuwe innovatieve aanbieders minder kans hebben op een contract, wat de kwaliteit van zorg negatief beïnvloedt. Een andere mogelijkheid is dat zorgverzekeraars – om de kosten van zorg te drukken – meer gaan inzetten op zorg op de juiste plek. Dit kan worden versterkt doordat de kaders niet meer per vorm van zorg (sector) worden vastgesteld, maar per verzekeraar. Hierdoor is er meer mogelijkheid tot integrale bekostiging en verschuiving van zorg naar bijvoorbeeld anderhalve lijn initiatieven, mits gecontracteerd. Dit kan een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg. Daarnaast kunnen verzekeraars op doelmatigheid sturen door onverklaarbare praktijkvariatie tegen te gaan. Dit kan de kwaliteit van zorg verhogen.

Betaalbaarheid

Deze maatregel is, net als het huidige MBI, een stok achter de deur om binnen de kaders te blijven. Een eventuele besparing is alleen mogelijk met aanvullende maatregelen. Een bindend uitgavenplafond zal verzekeraars stimuleren tot het bedingen van een lagere prijs, maar daar staan potentiële nadelen tegenover. Zoals een verschraving van de zorg, olopende wachtlijsten, risicoselectie en minder toetreding en innovatie.

Uitvoering

- De maatregel is complex en vraagt een aantal grote wetswijzigingen en aanpassingen in de uitvoering. Ook moet de Europese Commissie de aanpassing van de Zvw goedkeuren. De maatregel vergt daarom minimaal vijf jaar.
- Deze optie is alleen handhaafbaar als verzekeraars met zorgaanbieders vooraf sluitende contractuele afspraken kunnen maken over het totaal van hun zorguitgaven. Het is voor verzekeraars slechts mogelijk om hun uitgaven vooraf effectief te begrenzen als zij niet langer verplicht zijn om niet-gecontracteerde zorgverleners (deels) te vergoeden. In deze optie hoeft de nominale premie niet gemaximeerd te worden.
- De Wmg en de Zvw moeten als volgt worden aangepast:
- Er moet een wettelijke mogelijkheid worden gecreëerd om maximumbudgetten per zorgverzekeraar vast te stellen.
- Het hinderpaalcriterium en de verplichting om niet-gecontracteerde zorg te vergoeden moet worden afgeschaft.
- De mogelijkheid van een restitutiepolis moet worden afgeschaft.
- Deze wetswijzigingen liggen maatschappelijk zeer gevoelig en zullen tot grote discussie leiden.
- De contractering van zorgverzekeraars moet worden aangepast, zodat alle contracten voorafgaand aan het jaar worden afgesloten en een duidelijk een plafond (bijvoorbeeld totaalbudget of omzetplafond) bevatten. Vervolgens moet de NZa controleren of de zorgverzekeraars niet boven het maximale budget uitkomen. De praktische uitvoering hiervan is gecompliceerd.
- Budgettering is alleen mogelijk als het budget op een realistisch niveau wordt vastgesteld. Dit omdat de zorgplicht voor verzekeraars en het recht op zorg voor verzekerden gehandhaafd blijft. Zowel verzekeraars als verzekerden moeten in staat zijn dit waar te maken en kunnen anders een verhoging van het budget voorleggen aan de rechter. Juridisch gezien bestaat dit risico ook bij het huidige MBI. Bovendien moet de zorg nog steeds redelijkerwijs kostendekkend geboden kunnen worden, en van voldoende kwaliteit.
- Deze maatregelen beperken mogelijk het vrije verkeer van vestiging en diensten. Zij moeten daarom kunnen worden gerechtvaardigd op grond van een dwingende reden van algemeen belang. De Europese Commissie heeft zich in het licht van het vrije verkeer kritisch uitgelaten over een verplichting voor verzekeraars om overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Aanpassing macrobeheersinstrument naar budgettering per zorgverzekeraar	0	0	0	0	0	0

- Het aanpassen van het MBI naar budgettering per zorgverzekeraar is op zichzelf budgetneutraal. Dit komt doordat het aanpassen van het instrument geen direct effect heeft op de groei van de zorguitgaven.
- Wel is het mogelijk deze maatregel te nemen, in combinatie met andere maatregelen, namelijk het aanpassen van het basispad van de zorguitgaven en het afsluiten van nieuwe hoofdlijnenakkoorden. Dan dient deze budgettering als 'stok achter de deur', zoals het MBI momenteel.

Beleids optie 33: Afschaffen abonnementstarief in de Wmo in combinatie met een verhoging van de vermogensinkomensbijtelling (VIB) in de Wmo en Wlz

Omschrijving

- Het abonnementstarief in de Wmo¹⁰⁷ wordt afgeschaft en de inkomensafhankelijke eigen bijdrage systematiek inclusief de vermogensinkomensbijtelling (VIB) wordt heringevoerd voor maatwerkvoorzieningen (exclusief beschermd wonen)¹⁰⁸ in de Wmo 2015. Bovendien worden verschillende verhogingen van de vermogensinkomensbijtelling (VIB) in de Wlz en Wmo onderscheiden: 8%, 15% en 100%.
- Door het herinvoeren van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage systematiek in de Wmo en een verhoging van de VIB in zowel de Wlz (huidig VIB-percentages 4%) als de Wmo gaan personen met vermogen een hogere eigen bijdrage betalen. Dit betekent dat deze mensen meer zelf gaan betalen voor de zorg of ondersteuning die zij ontvangen.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

- De maatregel heeft zowel een positief als een negatief effect op de toegankelijkheid.
- Positief, want de eigen bijdragen in de Wlz¹⁰⁹ en de Wmo krijgen een meer nivellerend karakter. Door een verhoging van de eigen bijdrage voor mensen met vermogen, wordt de solidariteit in het zorgstelsel vergroot.
- Negatief, het is namelijk onwenselijk als er nodige zorg wordt misgelopen, waardoor mensen te weinig zorg krijgen of zorg vanuit het verkeerde domein ontvangen. Dit belemmert ook de voorliggendheid van de Wlz ten opzichte van de Wmo en heeft tot gevolg dat gemeenten ook voor deze cliënten zorg moeten inkopen gericht op permanent toezicht of 24 zorg per dag in de nabijheid.
- Lage tot middeninkomens zonder vermogen gaan er niet op achteruit als het abonnementstarief wordt afgeschaft; zij betaalden in het voormalige systeem namelijk ook alleen de nominale eigen bijdrage (die nagenoeg gelijk is aan het abonnementstarief).

Kwaliteit

- De maatregel heeft geen effect op de kwaliteit van de zorg zelf.
- Het kan wel voorkomen dat cliënten met vermogen, om financiële redenen besluiten om geen Wlz-indicatie aan te vragen of opname in een instelling uit te stellen. Als mensen die voldoen aan de Wlz-criteria geen gebruik maken van hun recht, kan dit onwenselijk zijn als er nodige zorg wordt misgelopen, waardoor mensen te weinig zorg krijgen of zorg vanuit het verkeerde domein ontvangen.
- Indien er wordt afgezien van zorg en ondersteuning vanuit de Wmo dan kan dit leiden tot vereenzaming, meer valpartijen etc.

Betaalbaarheid

- De maatregel heeft een positief effect op de macrobetaalbaarheid van zorg, vanwege een financieringsverschuiving en een remeffect. De aanzuigende werking (verklaart een deel de toestroom van aanvragen voor huishoudelijke hulp) van het abonnementstarief in de Wmo wordt gestopt.
- Ook de verhoging van de VIB in de Wlz zorgt voor een remmende werking t.a.v. het gebruik van zorg en ondersteuning. Mensen kiezen er hierdoor mogelijk voor om de overgang naar de Wlz uit te stellen en langer gebruik te maken van goedkopere vormen van zorg (bijvoorbeeld meer zorg te vragen vanuit de Wmo of Zvw, en/of een groter beroep te doen op zorg uit de

¹⁰⁷ Vanaf 2020 geldt er een abonnementstarief voor een belangrijk deel van de algemene- en maatwerkvoorzieningen en in de Wmo. Deze eigen bijdrage is – afgezien van gemeentelijk minimabeleid - onafhankelijk van inkomen en vermogen en bedraagt maximaal 19 euro per maand.

¹⁰⁸ De berekening van de eigen bijdrage voor beschermd wonen volgt de berekening van de eigen bijdrage voor intramurale Wlz-zorg. Derhalve is de eigen bijdrage voor beschermd wonen nu ook al afhankelijk van de VIB.

¹⁰⁹ Mits er in de Wlz wordt voor een hoger percentage VIB wordt gekozen dan de huidige 4%.

sociale omgeving of de particuliere markt). Dit verlaagt de collectieve zorguitgaven. Een verhoging van de VIB in de Wlz leidt tot een hogere opbrengst van eigen bijdragen en daarmee tot een structureel positief effect op de Rijksbegroting. Gemeenten zien in de Wmo door de herinvoering van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage systematiek hun eigen bijdragen opbrengsten stijgen.

Overige effecten:

- Het afschaffen van het recent in 2020 ingevoerde abonnementstarief en invoeren van de eigen bijdrage systematiek zal burgers vraagtekens doen zetten bij de continuïteit en daarmee betrouwbaarheid van overheidsbeleid.
- De eigen bijdrage voor mensen met vermogen zal toenemen (tenzij de maximale bijdrage al betaald wordt). Dit zal gepaard gaan met inkomenseffecten die niet zichtbaar worden in de koopkrachtplaatjes van het ministerie van SZW en het CPB.
- Een onbedoeld neveneffect kan zijn dat men vermogen probeert te verschuiven naar derden of andere manieren zoekt om de eigen bijdrage laag te houden. Mensen kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om hun huis niet te verkopen zolang deze nog in box 1 belast is (dit mag maximaal twee jaar). De maatregel ontmoedigt bovendien sparen.

Uitvoering

- De maatregel is technisch uitvoerbaar.
- Een verhoging van de VIB in de Wlz en Wmo beschermd wonen kan in circa een jaar worden geregeld. De effecten hiervan starten dus vanaf jaar 2. Voor het terugdraaien van het abonnementstarief en het opbouwen van een nieuw ICT-systeem door het CAK is 3 jaar gerekend, waardoor de budgettaire effecten vanaf jaar 4 meelopen in het effect.

Er is vanuit gegaan dat het verhogen van de VIB in de Wlz in 1 jaar geregeld kan worden (daarom budgettaire effecten vanaf jaar 2).

Budgettaire gevolgen in mln. (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	Struc.
8%	-	-55	-55	-350	-350
15%	-	-138	-138	-441	-441
100%	-	-433	-433	-780	-780

Beleids optie 34: Verhogen van het eigen risico in de Zvw

Omschrijving

- Het verplicht eigen risico in de Zvw van €385 wordt verhoogd met €100 tot €500.
- Boven dit bedrag worden de zorgkosten vanuit de basisverzekering vergoed. Het huidige eigen risico geldt voor alle zorg in het basispakket, behalve voor huisartsenzorg, verloskundige zorg, wijkverpleegkundige zorg en kraamzorg, bevolkingsonderzoeken en de griepvaccinatie voor bepaalde risicogroepen. Kinderen tot 18 jaar zijn uitgesloten van het eigen risico.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

- Een verhoging van het verplicht eigen risico heeft een negatief effect op de toegankelijkheid van de zorg. Een verhoging van het verplicht eigen risico zou er voor kunnen zorgen dat mensen noodzakelijke zorg vermijden waardoor hun gezondheid kan verslechteren. Het effect op de gezondheid zal afhankelijk zijn van de mate van de verhoging. Gemiddeld genomen hebben eigen betalingen geen of weinig effect op de gezondheid. Daarentegen vinden enkele studies vinden een negatief effect bij groepen met lage inkomens en een slechte gezondheid.¹¹⁰
- Een verhoging van het verplicht eigen risico heeft weinig effect op het gebruik van zorg door chronische patiënten, omdat zij weten dat hun zorgkosten ver boven het eigen risico uit zullen komen en zij daardoor geen moeite zullen doen binnen het eigen risico te blijven. Patiënten met chronische aandoeningen krijgen door een verhoging van het eigen risico te maken krijgen met hogere eigen betalingen.

Kwaliteit

Een verhoging van het verplicht eigen risico heeft geen effect op de kwaliteit van de zorg.

Betaalbaarheid

- Een verhoging van het verplicht eigen risico heeft een positief effect op de macro betaalbaarheid van de zorg, aangezien het verhogen van het eigen risico ertoe leidt dat mensen meer zelf gaan betalen voor hun zorg (het profijtbeginnsel). Daarnaast is er nog sprake van een remeffect op het zorggebruik. Een laag eigen risico leidt namelijk tot moral hazard. De verzekerde vraagt en consumeert dan meer zorg, omdat hij niet direct ervaart dat hij er zelf voor betaalt. De zorggebruiker maakt een minder kritische afweging over het nut van de zorg. Eigen betalingen kunnen zo de moral hazard verminderen en de zorgvraag van verzekerden doen afnemen (het remeffect). Hoe hoger het verplicht eigen risico is, hoe minder snel het vol gemaakt wordt en hoe groter het remgeldeffect.

Uitvoering

- Deze beleids optie is uitvoerbaar. Het vereist een wetwijziging en kan na 1,5 tot 2 jaar in werking treden. Het eigen risico wordt jaarlijks geïndexeerd.

¹¹⁰ Bakker et al (2013), *The Oregon Experiment - Effects of Medicaid on Clinical Outcomes*

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Beleidsoptie ER met €100	-	-	-800	-840	-890	Jaarlijks oplopend
Beleidsoptie ER met €200	-	-	-1.550	-1.640	-1.720	Jaarlijks oplopend
Beleidsoptie ER met €300	-	-	-2.260	-2.380	-2.510	Jaarlijks oplopend
Beleidsoptie ER naar €400	-	-	-2.940	-3.090	-3.250	Jaarlijks oplopend
Beleidsoptie ER naar €500	-	-	-3.580	-3.770	-3.970	Jaarlijks oplopend

De tabel toont de effecten op de opbrengsten van het eigen risico plus het gedragseffect, waarbij de aanname is dat dit effect gelijk is aan 20% van de verandering in de opbrengst van de eigen bijdrage.

Beleids optie 35: Invoeren van eigen betalingen voor verschillende zorgvormen in de Zvw

Omschrijving

Voor verschillende zorgvormen in de Zvw worden eigen betalingen ingevoerd, of deze zorgvormen worden onder het eigen risico gebracht:

A. Invoeren eigen bijdrage voor de wijkverpleging

- In de huidige situatie is de wijkverpleging uitgezonderd van het eigen risico en wordt er ook geen eigen bijdrage betaald voor deze zorgvorm. Er is voor deze groep Zvw-zorggebruikers geen financiële prikkel om zuinig om te gaan met het gebruik van zorg. Het ontbreken van een eigen bijdrage voor wijkverpleging zorgt momenteel voor een (soms forse) verhoging van de eigen betalingen als iemand overgaat van de Zvw/Wmo naar de Wlz. Met deze maatregel wordt, door de invoering van een eigen bijdrage, het verschil met de Wlz verkleind en een prikkel ingevoerd om zuinig om te gaan met het gebruik van zorg. Voor het invoeren van een eigen bijdrage in de wijkverpleging zijn er twee varianten uitgewerkt, variant A1 met een inkomensafhankelijke eigen bijdrage en variant A2 met een vaste eigen bijdrage van 5 euro per uur.
- Variant A1 behelst een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor de wijkverpleging. Het CAK, reeds belast met het berekenen en innen van de eigen bijdrage voor de Wlz en Wmo, gaat ook deze eigen bijdrage berekenen. Tot aan circa 130% sociaal minimum betaalt de cliënt €17,50 per maand. Daarna kan de eigen bijdrage snel oplopen. Een cliënt met een inkomen van €90.000 euro per jaar betaalt ruim €600 per maand.¹¹¹ Deze variant kent een hoge mate van solidariteit, omdat de cliënten met een relatief hoog inkomen meer betalen aan de zorg dan de cliënten met lagere inkomens.
- Variant A2 behelst een inkomensafhankelijke eigen bijdrage van 5 euro per uur. De zorgverzekeraars kunnen zelf, op basis van de registratie van wijkverpleegkundigen, de eigen bijdrage berekenen en innen. Voor cliënten met een relatief laag inkomen zorgt deze maatregel voor een forse verhoging van de eigen bijdrage. Het is bij beide varianten mogelijk dat de eigen bijdrage leidt tot uitstel of afstel van de wijkverpleegkundige zorg.

B. Invoeren van eigen betaling voor hulpmiddelen in de Zvw

- Er wordt een eigen risico voor hulpmiddelen ingevoerd: alle extramurale hulpmiddelen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden uit eigen zak betaald tot een jaarlijks maximum van 200 euro per persoon. Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt naar type hulpmiddel. Het reguliere eigen risico geldt niet meer voor hulpmiddelen. Ook de huidige eigen betalingen voor specifieke hulpmiddelen komen te vervallen.
- De maatregel geldt niet voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Doel is een extra remmende werking op het gebruik van hulpmiddelen en het stimuleren gebruik goedkopere alternatieven. De overheid moet het volgende doen: 1) invoeren specifiek eigen risico voor hulpmiddelen, 2) uitzonderen hulpmiddelen van het reguliere eigen risico, en 3) afschaffen eigen bijdragen voor hoortoestellen, kunstgebitten, orthopedische schoenen, pruiken, contactlenzen en brillen.

C. Invoeren eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen

- Er wordt een eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen van 5 euro per receptregel ingevoerd met een maximum van 200 euro per jaar ingevoerd. Als een patiënt geneesmiddelen gebruikt met een lagere prijs dan de eigen bijdrage, dan betaalt de patiënt slechts de (lagere) prijs van de geneesmiddelen.
- Oftewel mensen betalen nooit meer eigen bijdrage dan de kostprijs.

¹¹¹ Eindrapportage technische werkgroep "eigen betalingen", Samenhang eigen betalingen over de stelsels heen, 12 december 2016.

D. Invoeren eigen bijdrage voor huisartsenpost

- Er wordt een eigen bijdrage ingevoerd van 25% van de zorgkosten per bezoek aan de huisartsenpost (HAP) voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder.
- De maatregel beoogt kostenbewustzijn te creëren bij bezoekers van een HAP en onnodig bezoek van zelfverwijzers aan de huisartsenpost te voorkomen en te stimuleren dat zij hun eigen huisarts overdag consulteren.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

- De opties hebben allen een negatief effect op de toegankelijkheid van de zorg. Een verhoging van de eigen bijdrage betekent dat cliënten meer gaan betalen voor de zorg die zij krijgen. Dit kan tot gevolg hebben dat cliënten noodzakelijke zorg uitstellen of vermijden. Het mijden van noodzakelijke zorg kan een verslechtering van de gezondheid tot gevolg hebben. Het effect op de gezondheid zal afhankelijk zijn van de mate van de verhoging. Gemiddeld genomen hebben eigen betalingen echter geen of weinig effect op de gezondheid. Enkele studies vinden een negatief effect bij groepen met lage inkomens en een slechte gezondheid.¹¹²
- Bij optie A2 is het mogelijk dat voornamelijk cliënten met een relatief laag inkomen de noodzakelijke wijkverpleegkundige zorg uitstellen of afstellen vanwege de vaste eigen bijdrage per uur. Deze eigen bijdrage kan namelijk een forse impact hebben op het besteedbaar inkomen van de cliënt. Bij optie B is het mogelijk dat sommige patiënten afzien van het gebruik van hulpmiddelen, waardoor hun gezondheid en kwaliteit van leven kan afnemen waardoor ze afhankelijker worden van (mantel)zorgers of meer andere zorg gaan gebruiken. Ook kan er sprake zijn van strategisch gedrag waarbij men het gebruik van hulpmiddelen opspaart tot één jaar.

Kwaliteit

De opties hebben allen geen effect op de kwaliteit van de zorg.

Betaalbaarheid

- De opties hebben allen een positief effect op de macro betaalbaarheid van de zorg, aangezien meer eigen bijdragen ertoe leidt dat mensen meer zelf gaan betalen voor hun zorg (het profijtbeginsel). Daarnaast is er nog sprake van een remeffect op het zorggebruik.
- In variant A1 is er sprake van een grote mate van solidariteit, omdat de eigen bijdrage voor de wijkverpleging inkomensafhankelijk zijn. Variant A2 daarentegen kent een zeer minimale mate van solidariteit, omdat de eigen bijdrage voor iedere cliënt gelijk is. Dit heeft tot gevolg dat de cliënt met een relatief lagere inkomen een groter deel van zijn inkomen kwijt is aan de eigen bijdrage. De cliënt met een hoger inkomen is een (substantieel) kleiner deel van zijn inkomen kwijt aan de eigen bijdrage.

Uitvoering

Optie A

- In variant A1 is de uitvoering van een inkomensafhankelijke bijdrage complex. Er zijn twee partijen die de inkomensafhankelijke eigen bijdrage kunnen berekenen en innen, namelijk de zorgverzekeraars of het CAK. Op dit moment ontvangen zorgverzekeraars geen inkomens- en vermogensgegevens van de Belastingdienst. Het overdragen van inkomens- en vermogensgegevens aan de zorgverzekeraars kan in strijd zijn met de bescherming van de privacy. Er zou hier een wettelijke grondslag voor gecreëerd moeten worden, die mogelijk op maatschappelijke weerstand stuit.
- Een uitvoering die minder belastend is voor de privacy kan via een derde partij, zoals het CAK. Het CAK is reeds belast met het berekenen en innen van de (inkomensafhankelijke) eigen bijdrage voor de Wlz en de Wmo. Het CAK krijgt de inkomensgegevens van de belastingdienst en kan na de berekening de vastgestelde bedragen doorgeven aan de zorgverzekeraar. Het CAK heeft ten minste 3 jaar nodig om deze maatregel in te voeren. Het beleggen van de berekening en inning van de eigen bijdrage voor wijkverpleging bij het CAK zorgt voor een structurele verhoging van de uitvoeringskosten van het CAK. De zorgverzekeringwet kent op dit moment geen grondslag voor het inkomensafhankelijk maken van de eigen bijdrage. Deze moet, voor zowel variant A1 als A2, gecreëerd worden met een wetswijziging.

¹¹² Bakker et al (2013) The Oregon Experiment - Effects of Medicaid on Clinical Outcomes.

- Variant A2, een vaste eigen bijdrage per uur, vraagt een minder complexe uitvoering. De wijkverpleegkundige registreert de verleende uren zorg en geeft deze door aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar legt aan de hand van de registratie de eigen bijdrage op aan de cliënt.

Optie B

De maatregel is uitvoerbaar en vraagt een aanpassing van het Besluit zorgverzekering. De zorgverzekeraars innen de eigen bijdrage voor de hulpmiddelen en bewaken of de cliënt het maximum heeft bereikt.

Optie C

Het introduceren van een nieuwe eigen bijdrage voor geneesmiddelen en het uitzonderen van geneesmiddelen van het eigen risico kunnen worden doorgevoerd met een aanpassing van het Besluit zorgverzekering. Implementatie kost een jaar. De zorgverzekeraars kunnen de eigen bijdrage innen en het maximum bewaken.

Optie D

De eigen bijdrage kan ingevoerd worden met een wijziging van het Besluit Zorgverzekering. Dit kost naar verwachting een jaar

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Beleidsoptie A1	0	0	-5	-5	-5	-5
Beleidsopties A2	0	0	-25	-25	-25	-25
Beleidsoptie B	0	-257	-257	-257	-257	-257
Beleidsoptie C	0	-512	-512	-512	-512	-512
Beleidsoptie D	0	-83	-83	-83	-83	-83

De budgettaire gevolgen van deze maatregelen zijn gebaseerd op Zik1, daarin wordt deze nader onderbouwd.

Deze optie heeft een interactie-effect met de optie verhogen eigen risico. Een hoger eigen risico leidt tot een lagere opbrengst van aanvullende eigen betalingen.

Beleids optie 36: Eigen bijdrage per behandeling in de Zvw

Omschrijving

- Het huidige eigen risico wordt vervangen door een systeem met een vaste eigen bijdrage per verrichting tot een maximumbedrag. De vaste eigen bijdragen worden zo gekozen dat ze gemiddeld 25% van de feitelijke kosten dekken.¹¹³ Daarbij blijft de gemiddelde eigen betaling gelijk, maar per verzekerde kan het maximum oplopen tot €725. Dit in tegenstelling tot het huidige verplicht eigen risico dat €385 is.
- De huidige uitzonderingen op het eigen risico blijven gehandhaafd bij deze maatregel (huisartsenzorg, verloskundige zorg, wijkverpleegkundige zorg en kraamzorg, bevolkingsonderzoeken en de griepvrij voorbepaalde risicogroepen en kinderen tot 18 jaar zijn uitgesloten van het eigen risico). Bestaande eigen bijdragen komen te vervallen.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

Hogere eigen bijdragen zetten de toegankelijkheid van de zorg onder druk. Mensen die hun eigen risico nu volmaken (zoals chronisch zieken) gaan meer betalen. De solidariteit van het zorgstelsel neemt hiermee af. De verandering zorgt voor een hogere eigen bijdrage binnen de Zvw, waardoor cliënten mogelijk noodzakelijke zorg vermijden.

Kwaliteit

De maatregel heeft geen effect op de kwaliteit van de zorg.

Betaalbaarheid

- Per verzekerde kan het maximum aan eigen bijdragen oplopen tot €725, dit is substantieel meer en betekent een forse financieringsschuif van publiek naar privaat. De eigen betaling per behandeling verhoogt het kostenbewustzijn en verlengt de remweg van eigen betalingen, waardoor meer verzekerden een financiële prikkel ervaren om minder zorg te consumeren.
- De remweg neemt toe omdat het maximumbedrag wordt verhoogd. Dit heeft tot gevolg dat het remeffect per saldo toeneemt. Per euro eigen betaling remt een procentueel eigen risico iets sterker dan een generiek eigen risico.

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting van 25% tot €725	0	0	-510	-510	-510	-510

Overige opmerkingen

Deze maatregel kan niet gelijktijdig worden ingevoerd met de *maatregel Verhogen van het eigen risico in de Zvw*.

¹¹³ Men kan daarbij denken aan de volgende bedragen (ter illustratie, niet gebruikt voor berekening opbrengsten): 100 euro voor het bezoek aan een polikliniek, 200 euro per verpleegdag in het ziekenhuis, 5 euro per receptregel voor geneesmiddelen, 100 euro per hulpmiddel, enzovoorts.

Beleids optie 37: Hulpmiddelen schrappen uit het basispakket

Omschrijving

- (Betaalbare) hulpmiddelen gaan uit het basispakket. Deze zorg kwalificeert niet meer als noodzakelijk te verzekeren zorg.
- Dit is uitgewerkt voor veelvoorkomende hulpmiddelen waarbij de kosten per gebruiker lager zijn dan €900 gemiddeld per hulpmiddel.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

- Verzekerden die op deze middelen zijn aangewezen, zullen deze zelf moeten bekostigen. Dit betreft met name ouderen. Het gaat om zeer forse eigen betalingen bij een gemiddelde grens van €900 per hulpmiddel (voor een deel van de mensen dus lager en een deel hoger), omdat ouderen vaak gebruik maken van meerdere hulpmiddelen tegelijk en de kosten daarom stapelen. Dit ligt ruim boven de impliciete grens volgens het Zorginstituut Nederland voor eigen betalingen van €100 waarna het verlies aan toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg toeneemt.
- Dit kan voor mensen die dit niet zelf kunnen bekostigen de toegankelijkheid van de zorg verminderen. Het gebruik van deze hulpmiddelen zal afnemen.
- Binnen het huidige stelsel, waarin een verschil bestaat binnen de WLZ tussen cliënten die verblijft met en zonder behandelingen afnemen. Leidt deze maatregelen tot een toename van de rechtsongelijkheid.
- Cliënten die verblijft met behandeling afnemen: blijven deze hulpmiddelen ontvangen (Wlz-aanspraak: wordt gefinancierd uit het instellingsbudget)
- Cliënten die verblijft zonder behandeling afnemen (en vpt): moeten het zelf gaan betalen (voor hun is dit een Zvw-aanspraak).
- Indien deze maatregel wordt gecombineerd met het fiche over het overhevelen van medische zorg van de Wlz naar de Zvw, dan treedt deze ongelijkheid niet op.

Kwaliteit

- Mensen zullen minder hulpmiddelen gaan gebruiken, wat een verlies in de kwaliteit van leven betekent.

Betaalbaarheid

- De betaalbaarheid van de collectieve zorguitgaven neemt toe.

Uitvoering

- Pakketmaatregelen kunnen binnen een jaar worden doorgevoerd.
- De pakketmaatregel geldt voor alle verzekerden, omdat het hanteren van een leeftijdsgrens waarmee de optie op een specifieke groep wordt gericht, niet juridisch uitvoerbaar is.
- Bij de nadere uitwerking van deze maatregelen kan ervoor gekozen worden om een vangnet in te richten voor burgers die het verlies van deze hulpmiddelen niet kunnen opvangen. Dit leidt tot een lagere budgettaire opbrengst.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Incontinentiemateriaal	0	-141	-141	-141	-141	-141
Overige Verzorgingsmiddelen		-110	-110	-110	-110	-110
Verbandmiddelen	0	-84	-84	-84	-84	-84
Hoortoestellen	0	-123	-123	-123	-123	-123
Teststrips	0	-62	-62	-62	-62	-62
Therapeutische elastische kousen	0	-65	-65	-65	-65	-65
Voorzetkamers	0	-12	-12	-12	-12	-12
Totaal	0	-597	-597	-597	-597	-597

- Deze kwantificering is gebaseerd op onderstaande tabel uit de Monitor Hulpmiddelenzorg, die inzage biedt in de kosten (per gebruiker) van 9 specifieke soorten hulpmiddelen. Deze 9 zijn geselecteerd door een combinatie van de top-5 hulpmiddelen met de meeste gebruikers en de top-5 hulpmiddelen met de hoogste kosten in 2016.¹¹⁴
- Er is een interactie-effect met de beleidsoptie invoeren eigen risico voor hulpmiddelen. De opbrengsten van beide beleidsopties kunnen niet bij elkaar worden opgeteld.

Tabel 3. Overzicht veel voorkomende hulpmiddelen, 2012 en 2016

Hulpmiddel (code)	2016		
	Aantal gebruikers	Kosten (x € 1.000)	Kosten per gebruiker (€)
Incontinentiematerialen (A05)	459.100	141.033	307
Voorzieningen voor stomapatiënten (A10)	74.200	116.048	1564
Overige verzorgingsmiddelen (A15)	182.700	110.383	604
Verbandmiddelen (A21)	330.300	84.071	255
Orthopedisch schoeisel (C10)	101.600	125.417	1234
Hoortoestellen (D05)	144.800	123.302	852
Teststrips (F10)	267.400	62.493	234
Therapeutische elastische kousen (H05)	377.000	64.591	171
Voorzetkamers (I45)	385.000	12.102	31
Totaal		839.440	

¹¹⁴ NZa (2019), *Monitor Hulpmiddelenzorg*.

Beleids optie 38: Wonen, huishoudelijke hulp en maaltijden niet collectief vergoeden

Omschrijving

- Wonen en zorg worden gescheiden in de Wlz. Cliënten in een verpleeghuis gaan zelf betalen voor de woonlasten, huishoudelijke hulp en maaltijden. Eventueel is (beperkte) inkomensafhankelijke compensatie mogelijk.

A. Cliënten gaan zelf betalen voor woonlasten

- De financieringsstroom zorg en wonen/verblijf wordt uit elkaar getrokken.
- De instelling krijgt alleen de zorg nog rechtstreeks vergoed van het zorgkantoor.
- De cliënt betaalt het wonen en verblijf zelf.
- De Wlz wordt daardoor beperkt tot de leveringsvormen "volledig pakket thuis" (VPT), "modulair pakket thuis" (MPT) of "persoonsgebonden budget" (PGB).

B. Cliënten gaan zelf betalen voor woonlasten met inkomensafhankelijke compensatie

- Deze optie is gelijk aan optie 1, alleen vindt inkomensafhankelijke compensatie plaats voor cliënten die hun woon- en verblijfslasten niet kunnen dragen.

Achtergrond huidige systematiek

- In beginsel heeft een Wlz-cliënt de mogelijkheid om de zorg inclusief het wonen/verblijf af te nemen, of de zorg en het wonen te scheiden met de leveringsvormen VPT, MPT of PGB. De leveringsvormen VPT, MPT en PGB zijn mogelijk indien de zorg doelmatig en verantwoord geleverd kan worden. Bij het VPT, MPT en PGB betaalt de cliënt zelf de woonlasten, bij verblijf in een instelling maakt het verblijf deel uit van de aanspraken.
- Met het onderscheid tussen de leveringsvormen wordt ook rekening gehouden in de systematiek van de eigen bijdragen voor Wlz-zorg. Indien de cliënt zorg met verblijf in een instelling afneemt, geldt in beginsel de "hoge eigen bijdrage" (besparingsmotief). In de gevallen waarin de cliënt zelf nog woonlasten moet betalen, is de "lage eigen bijdrage" verschuldigd.
- Instellingen ontvangen binnen de zzp's een vergoeding voor de kapitaallasten in de vorm van de normatieve huisvestingscomponent (NHC).

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

- Doordat cliënten zelf voor hun verblijf moeten betalen, kijken zij kritischer naar het woonaanbod. Ook kunnen cliënten makkelijker wisselen van zorgaanbieder omdat zij alleen de zorg afnemen. Dit prikkelt zorg en woningaanbieders om een goed zorg- en woningaanbod te creëren. Ook biedt dit meer ruimte voor differentiatie van woonwensen binnen een instelling; mensen kunnen een woning kiezen passend bij hun budget. Bovendien komt er meer transparantie over woon- en verblijfskosten wanneer deze niet langer integraal via zorgbudgetten gefinancierd worden
- De herverdelingseffecten op microniveau kunnen groot zijn.
- Een meer divers en innovatief woonaanbod heeft een aanzuigende werking. Momenteel vermijden sommige mensen intramurale zorg vanwege de daaraan gekoppelde sobere woonomgeving; dit selectiemechanisme vervalft bij het scheiden van wonen en zorg.

Uitvoering

- De optie is niet technisch uitvoerbaar op huidige Wlz-instellingen en de daar wonende cliënten. De maatregel zou inhouden dat de instellingen huur moeten gaan vragen voor woonruimten die niet passen binnen de regels voor regulier huisvesting / huur en veelal ook niet in aanmerking komen voor huurtoeslag. Deze variant is wel technisch uitvoerbaar op nieuw te creëren woningen waar Wlz-zorg wordt geleverd en cliënten huur betalen of de woning hebben gekocht.

- De wetgeving kan in twee jaar worden gerealiseerd. Aangezien het een fundamentele wijziging van het intramurale zorgsysteem betreft, zal de volledige implementatieperiode minstens vier jaar duren.
- 'Ouderwetse' instellingen zullen langzaam leegstromen. Deze moeten worden verbouwd om ze geschikt te maken voor het scheiden van wonen en zorg, of (versneld) worden afgeschreven.

A. Cliënten gaan zelf betalen voor woonlasten

- De cliënt betaalt het wonen, de huishoudelijke hulp en het eten en drinken zelf. Deze diensten maken geen deel meer uit van het Wlz-verzekerde pakket.
- Zorgkantoren kopen alleen de zorg in. Instellingen verhuren woonruimten aan cliënten of bieden de zorg ter plaatse van de woning van de cliënt.
- De leveringsvorm van "zorg met verblijf" vervalt. De Wlz kent alleen de leveringsvormen "volledig pakket thuis" (VPT), "modulair pakket thuis" (MPT) en "persoonsgebonden budget" (PGB).
- De Wlz kent nog maar één eigen bijdrage: de lage eigen bijdrage. Met het vervallen van de aanspraak op verblijf, vervalt immers ook het motief voor de hoge eigen bijdrage.

B. Cliënten gaan zelf betalen voor woonlasten met inkomensafhankelijke compensatie

- In deze variant blijven de woonlasten onderdeel van de verzekerde zorg en diensten, maar wordt gecompenseerd voor de woonlasten die cliënten moeten gaan dragen.
- De cliënt betaalt een aparte, inkomensafhankelijke, bijdrage voor de woonlasten.
- De compensatie kan (macro gezien) op maximaal 50% van de budgettaire opbrengst van de maatregel worden gesteld, waardoor resterende kosten bij de cliënten komen te liggen.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Beleidsoptie A	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Beleidsoptie B	0	0	55	80	80	-150

- De woon- en verblijfslasten komen in variant A volledig voor eigen rekening. Deze variant wordt mogelijk nader gekwantificeerd in Zik.
- Variant B is gekwantificeerd op basis van ZIK2015. Deze variant wordt mogelijk geactualiseerd in ZIK. In ZIK 2015 zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd bij de berekening.
- De woon- en verblijfslasten komen in variant b volledig voor eigen rekening. De besparing op de Wlz-uitgaven is, na correctie voor derving van eigen bijdrage 2250 miljoen euro. Er zal een weglek zijn naar inkomensondersteuning omdat niet alle cliënten zelf in hun woon- en verblijfslasten kunnen voorzien. 72% van de alleenstaanden die een hoge intramurale eigen bijdrage betalen heeft een inkomen tot 20.000 euro. Aangenomen wordt dat de private uitgaven (inclusief eigen bijdrage) maximaal 400 miljoen euro kunnen stijgen. Dat is een stijging van ongeveer 25%, wat per persoon gemiddeld neerkomt op bijna 2000 euro per jaar. Totaal komt dan gemiddeld bijna 11.000 euro per jaar voor eigen rekening. Het restant (2,3 miljard euro – 0,4 miljard euro = 1,9 miljard euro) zal weglekken als inkomensondersteuning.
- Een maximale stijging van private uitgaven van 400 miljoen euro is een zeer ruwe schatting. Er moet rekening worden gehouden met transitiekosten omdat financieringsstromen gaan verschuiven en capaciteit moet worden afgebouwd. Voor de aanzuigende werking van een meer divers en innovatiever woonaanbod is gerekend met 5% meer Wlz-cliënten. Dat zijn ongeveer 15.000 cliënten met gemiddeld 15.000 meerkosten; totaal 230 miljoen euro. Naar verwachting zal vanaf jaar vijf voor de nieuwe instroom wonen en zorg worden gescheiden. Na tien jaar is de structurele besparing bereikt.

Beleids optie 39: Schrappen van dagbesteding in de Wlz

Omschrijving

- Het schrappen van de aanspraak dagbesteding in alle leveringsvormen van de Wet Langdurige Zorg (Wlz): verblijf in een instelling, volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb).

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

- Cliënten ontvangen geen collectief gefinancierde dagbesteding meer in de Wlz, maar moeten dit privaat financieren of zijn hiervoor aangewezen op mantelzorg of vrijwillige inzet vanuit de omgeving. De huidige kosten bedragen €7800 per persoon.
- Als een verzekerde dagbesteding niet privaat kan financieren of met gebruik van zijn netwerk niet zelf kan voorzien in recreatieve en sociaal-culturele activiteiten, leidt dit tot minder toegankelijkheid van de dagbesteding. Dit geldt zeker voor cliënten die alleen zak- en kleedgeld overhouden.
- De extramurale cliënten kunnen een beroep doen op de algemene voorzieningen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Algemene voorzieningen staan ook open voor mensen met een Wlz-indicatie. Dit geldt niet voor intramurale cliënten.
- De toegankelijkheid van de zorg neemt af doordat de cliënt de eigen bijdrage van de Wmo gaat betalen, naast de eigen bijdrage in de Wlz. Daarmee wordt deelname aan dagbesteding een verantwoordelijkheid van de cliënt.

Kwaliteit

- Het collectief verzekerde pakket in de Wlz wordt verkleind. Voor zittende cliënten in de Wlz betekent dit een achteruitgang in de hoeveelheid zorg die zij reeds ontvangen. Dit zal, afhankelijk van mogelijkheid van de cliënt en/of gemeente om dagbesteding zelf te organiseren en te bekostigen, leiden tot een verlies van de kwaliteit van leven. Deze maatregel zal het risico op eenzaamheid en sociale isolatie vergroten. Het is mogelijk om een overgangsrecht in te voeren voor zittende cliënten. Dit betekent dat de Wlz-cliënten met een huidig recht op dagbesteding hun recht hierop blijven behouden. Nadeel is dat dit tijdelijk situaties creëert waar de oude bewoners van de instelling dagbesteding krijgen en de nieuwe bewoners niet (zonder te betalen) kunnen meedoen.
- De Rijksoverheid moet de kwaliteitsrichtlijn hiervoor aanpassen.
- De besparing die door deze maatregel behaald kan worden, wordt door het overgangsrecht na 3 jaar volledig behaald (uitgaande van een jaarlijkse uitstroom uit de Wlz van ca 38%).

Betaalbaarheid

- De betaalbaarheid van de publiek gefinancierde zorg neemt toe doordat de uitgaven aan de Wlz afnemen.

Uitvoering

- Het CIZ geeft geen indicaties voor dagbesteding/begeleiding meer af. De besparing op de uitvoeringslasten is nihil aangezien de indicatie voor dagbesteding/begeleiding altijd in combinatie wordt afgegeven met een zzp.
- De druk op mantelzorgers en vrijwilligers neemt toe, terwijl het mantelzorgpotentieel de komende jaren afneemt (SCP rapport 'Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040') en dit betreft, in tegenstelling tot de groep die eerder onder de Wmo is gebracht een groep met veel zwaardere cliënten.
- Begeleiding kan ook toezicht omvatten. Als de begeleiding vervalt, dient hierin te worden voorzien. Deze kosten worden geraamd op 50% van de kosten van de dagbesteding.
- De Wlz moet worden aangepast. De doorlooptijd van een wetwijziging is tenminste 3 jaar.

- Vooral nog is niet te bepalen of de maatregel uitvoerbaar is voor gemeenten en wat de impact van de maatregel is. Dit heeft meerdere redenen:
- Onduidelijk is of het onderscheid tussen inkomensgroepen en sociale context voldoende helder en voldoende snel worden geoperationaliseerd onder de Wmo voor de mensen met een Wlz indicatie die een beroep doen op de algemene voorzieningen uit de Wmo.
- Dit zal leiden tot aanvullende lasten voor de gemeenten in de Wmo. Een reëel risico is dat gemeenten gaan bezuinigen door toenemende tekorten op het sociaal domein.
- Uitvoeringsrisico bij gemeenten, aangezien zij vaker op spoedprocedures zullen moeten inspelen. Veel opnames in de Wlz gebeuren op het moment dat zich acute verslechtering voordoet.
- Gemeenten zullen dagbesteding moeten gaan leveren aan kwetsbare ouderen op plaatsen waar zij die bovendien nu nog niet leveren (verpleeghuizen, woonzorgcomplexen). Onduidelijk is of Wmo-spoed procedures bij gemeenten voldoende goed zijn ingeregeld. Reguliere Wmo-indicaties duren 6 weken.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Schrappen van dagbesteding in de Wlz (netto)				-605	-605	-605
Schrappen van dagbesteding in de Wlz intramuraal (bruto)				-850	-850	-850
Schrappen van dagbesteding in de Wlz extramuraal (bruto)				-360	-360	-360

Dagbesteding in de Wlz wordt zowel gegeven intramuraal als extramuraal.

Intramuraal

- Voor de zware cliënten blijft dagbesteding noodzakelijk omdat dat voor deze cliënten geen andere mogelijkheden zijn voor activiteiten. Dit geldt voor de volgende pakketten: V&V 9 en V&V 10, GGZ-B vanaf 5, VG vanaf 5, lvg vanaf 4, 1 SGLVG is specifieke zzp, LG vanaf 4.
- Dan betreft de uitgaven aan dagbesteding 850 miljoen euro.
- Bij het schrappen van de aanspraak dagbesteding bij intramurale cliënten ontvangen zij geen dagbesteding meer maar toezicht blijft noodzakelijk. Daarom wordt de besparing 50% van 850 miljoen euro. De netto opbrengst is dan 425 miljoen euro.

Extramuraal

- Totale uitgaven dagbesteding extramuraal is 360 miljoen euro.
- Bij het schrappen van dagbesteding in de Wlz, kunnen deze cliënten via de Wmo dagbesteding aanvragen. De weglek is 50%.
- De netto opbrengst is dan 180 miljoen euro.

Beleids optie 40: huishoudelijke hulp niet langer collectief financieren in de Wmo

Omschrijving

De huishoudelijke hulp valt niet meer onder de Wmo-ondersteuning. Het budget van de huishoudelijke hulp wordt gekort. Huishoudelijke hulp wordt voor niemand meer gefinancierd vanuit de Wmo. Mensen worden hier zelf verantwoordelijk voor.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid)

- Burgers (vnl. ouderen) krijgen geen of minder huishoudelijke verzorging of gaan meer betalen.
- De betaalbaarheid van de collectieve zorguitgaven neemt toe.

Uitvoering

- In de Wmo moet vastgelegd worden dat huishoudelijke hulp geen taak voor gemeenten is. Hiervoor moet de wet worden aangepast. De gemeenten krijgen vanuit het Rijk een navenant lagere uitkering
- Er zal een "vangnet" voor de huishoudelijke hulp moeten worden gecreëerd voor burgers die het verlies aan huishoudelijke hulp niet kunnen opvangen door bijvoorbeeld informele hulp en/of zelf de zorg inkopen. Om te voorkomen dat zij terechtkomen in duurdere zorgvormen zal voor deze groep een vorm van huishoudelijke hulp moeten worden gecreëerd, bijvoorbeeld via de bijzondere bijstand.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Huishoudelijke hulp uit WMO	0	0	-365	-730	-730	-730

- De bruto besparing aan huishoudelijke hulp bedraagt structureel € 1,3 miljard en er zal een besparing optreden bij het CAK. Er treedt echter ook een verlies aan eigen bijdrage op (€ 100 miljoen). Er wordt van uitgegaan dat ongeveer 30% van de huidige populatie huishoudelijke hulp zal blijven ontvangen via het vangnet.
- Er wordt vanuit gegaan dat de opbrengsten bij het eerste jaar van invoering de helft bedragen, vanwege overgangsrecht

Memo 1: Versterken Toezicht in de Zorg

- De sector "zorg en welzijn" heeft een omvang van €100 miljard. Gegeven het belang van goede zorg én de omvang van de zorgsector is adequaat toezicht vanzelfsprekend essentieel.
- In het zorglandschap zijn verschillende veldpartijen verenigd in belangengroepen. Adequaate toezicht als *countervailing power* kan nodig zijn om te voorkomen dat deelbelangen de overhand krijgen, te meer daar de uitkomst van het huidige zorgstelsel grotendeels afhankelijk is van het samenspel tussen zorginkopers en zorgaanbieders.
- Het huidige toezicht op doelmatigheid van de zorg(markt) is momenteel belegd bij onder meer het Zorginstituut, de NZa, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Daarnaast zijn tientallen instellingen, publieke organen en organisaties, (tijdelijke) adviesraden- en colleges, *taskforces*, kwartiermakers, belangengroepen en wetenschappelijke vereniging betrokken bij onderzoek, informatievoorziening en totstandkoming van normen over kwaliteit.
- In de zorgsector is de verantwoordelijkheid voor prestatieregulering/gereguleerde tarieven en de aanspraken/doorzettingsmacht bij kwaliteitsrichtlijnen belegd bij verschillende toezichthouders, in plaats van in één hand, bij het beleidsdepartement, zoals voor andere sectoren geldt. Zo wijkt de zorgsector af van bijvoorbeeld de arbeidsmarkt, waar het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de beleidsmatige kaders vaststelt, en de verschillende inspectiediensten zijn samengevoegd onder de "Inspectie SZW". Ook het toezicht op mededinging is in de zorgmarkt en marktmacht van zorgaanbieders is gefragmenteerd belegd bij de NZa en de ACM.
- Bij de uitvoering van bepaalde taken zijn toezichthouders van elkaar afhankelijk. Doordat iedere toezichthouder een eigen samenspel met het veld heeft kan dit leiden tot complexiteit en vermindering van de effectiviteit van toezicht. Gedeelde verantwoordelijkheid hoeft niet altijd te leiden tot de beste uitkomsten. Daarbij kan fragmentatie van taken gepaard gaan met efficiëntieverlies, bijvoorbeeld door coördinatiekosten of *overhead* en/of ondersteunende diensten. Verschillende beleidsopties in dit rapport vergen een grotere rol en/of meer capaciteit bij de toezichthouders. Dit kan tevens een kans bieden om het toezicht te herijken. Een herijking kan de slagkracht van toezichthouders vergroten, kennisdeling bevorderen en efficiëntiewinst opleveren.
- Er zou onderzoek gedaan kunnen worden naar de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende toezichthouders in de zorg. Het startpunt van dit onderzoek zou kunnen zijn wat een optimale verdeling van toezichttaken is, ongeacht de wijze waarop het toezicht nu is geordend en taken momenteel zijn belegd. Er zou bijvoorbeeld verkend kunnen worden welke autorisatiefuncties in één hand kunnen worden belegd. Voor beleidsrichtingen dienen vanzelfsprekend ook transitiekosten in ogenschouw te worden genomen.

Tabel – Toezicht op de zorg

Instelling	Taak
Autoriteit Consument en Markt (ACM)	De ACM houdt toezicht op de mededinging in de zorg. De ACM ziet onder meer toe op eerlijke concurrentie en is belast met een mededingsrechtelijke fusietoets.
Zorginstituut Nederland (ZINL)	Het Zorginstituut is de beheerder van het basispakket en verantwoordelijk voor het systematisch doorlichten van het gebruik van zorg in het basispakket en het beheren van geldstromen in de Zvw en de Wlz (fondsbeheer en risicoverevening).
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg, medische producten en jeugdhulp. Daarnaast bewaakt zij de rechten van patiënten en cliënten.
Nationale Zorgautoriteit (NZa)	De NZa stelt voor een aantal behandelingen maximumtarieven en behandelomschrijvingen vast. Ook houdt de NZa toezicht op zorgverzekeraars/Wlz-inkopers en aanbieders van Zvw- en Wlz-zorg zodat iedere burger goede en betaalbare zorg krijgt.

Memo 2: Prijsmaatregelen, regulering en campagnes (universele preventie)

Omschrijving

- Regulering, prijsmaatregelen en sommige campagnes zijn over het algemeen de meest kosteneffectieve vormen van preventie. Dat komt doordat er sprake is van lage uitvoeringskosten, en de gehele bevolking met deze maatregelen geraakt wordt.
- Het RIVM heeft op basis van kosteneffectiviteitsstudies een overzicht gemaakt van vormen van universele preventie, die nog niet in Nederland zijn ingevoerd.
- We verwijzen voor de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van de maatregelen naar andere trajecten, zoals de BMH rapporten 'naar een duurzamer voedselsysteem', 'klaar voor klimaatverandering', 'goed wonen als onderdeel van integrale gebiedsontwikkeling', 'toekomstige mobiliteit', en 'naar een economie zonder afval'; de notitie 'bouwstenen voor een beter belastingstelsel' die in april 2020 uit komt; het RIVM rapport over Minimum Unit Pricing bij alcohol dat eind 2020 uitkomt (afpraak uit het Preventieakkoord); Zorgkeuzes in kaart.
- Voor maatregelen waarvan de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid nergens in één van bovenstaande trajecten wordt uitgewerkt, kan overwogen worden om dit apart te doen. Dit is helaas niet meer gelukt tijdens de looptijd van de BMH door de BMH werkgroep Toekomstbestendig zorgstelsel.

Tabel met interventies gerangschikt op de hoogte van besparingen

Onderstaande tabel is afkomstig uit het onderzoek van het RIVM naar het potentieel van preventie.¹¹⁵ In deze tabel worden de netto besparingen (de besparingen ten opzichte van de huidige praktijk die door de interventie gegenereerd worden minus de kosten van de interventie) gerangschikt naar grootte van de netto besparing. Al deze maatregelen zijn bewezen kostenbesparend of kosteneffectief, waarbij een grens is gehanteerd van €20.000/per gewonnen QALY. Een negatief bedrag wijst op besparingen; een positief bedrag op kosten. Maatregelen die wel kosteneffectief zijn maar niet kostenbesparend, staan daarom onderaan de tabel. Het effect slaat afhankelijk van de interventie neer in het zorgdomein en/of erbuiten. Het is daarbij belangrijk om op te merken dat veel opbrengsten belastinginkomsten betreffen. Het budgettaire betreft in dit geval een publiek-private schuif en vloeit niet voort uit gezondheidswinst of reductie van zorguitgaven.

Interventie	Indicatief budgettair effect
accijns alcohol 200%	-9.485.000.000
accijns ongezonde voeding	-2.902.132.074
vermindering verkooppunten 25%	-2.567.000.000
reclameverbod alcohol	-1.853.000.000
vlees taks 15%	-926.000.000
subsidie groente en fruit	-630.500.000
zoutreductie voeding	-216.978.157
verbod zonnebank	-175.445.649
minimum unit pricing alcohol	-172.669.894
ambitie nul-emissie auto's 2030	-114.700.000
accijns suikerhoudende dranken	-75.373.415
screening ouderen 65+ valrisico	-19.624.087
belasting emissie ijzer en staal	-15.815.084
suikertaks	-10.816.464
uitfasering oude houtkachels	-2.872.865
reductie ammoniakemissie landbouw	-2.738.622
mestinjecties grasland	-2.642.496
voorlichting huidkanker	-1.422.310
emissionorm rundvleesstallen	-832.816
preventie postnatale depressie vaders	-184.632
valpreventie hoog-risico groepen	-114.204

¹¹⁵ Bijlage II

preventie postnatale depressie moeders	-31.472
stopondersteuning zwangere vrouwen	-7.057
stop roken dag (campagne)	+3.151
screening alcohol door huisarts	+44.360
verbod reclame ongezonde voeding	+101.337
screening diabetes type 2	+110.854
ondersteuning mantelzorgers	+650.850
interventie gericht op meer bewegen op het werk	+1.953.189
groepsondersteuning kinderen depressieve ouders	+4.333.233
advies en ondersteuning zittende mensen	+16.704.406
screening huidkanker met risicoscore	+150.000.000
polypil	+290.000.000

Tabel met interventies gerangschikt op gezondheidswinst in gewonnen QALYs

In deze tabel worden de interventies gerangschikt naar de hoeveelheid QALYs die ermee gewonnen worden. Een QALY (*Quality Adjusted Life Year*) staat voor een extra levensjaar in goede gezondheid. Deze interventies zijn allemaal kosteneffectief, waarbij een grens is gehanteerd van €20.000 / per gewonnen QALY.

Interventie	Indicatieve gezondheidswinst
accijns ongezonde voeding	522.907
polypil	296.000
suikertaks	202.809
screening huidkanker met risicoscore	126.880
accijns alcohol 200%	113.589
verbod zonnebank	70.266
zoutreductie voeding	65.718
accijns suikerhoudende dranken	42.953
reclameverbod alcohol	37.200
vlees taks 15%	30.800
verbod reclame ongezonde voeding	29.229
vermindering verkooppunten 25%	26.800
subsidie groente en fruit	26.070
advies en ondersteuning zittende mensen	9.947
minimum unit pricing alcohol	8.590
progressief boetestelsel verkeersovertredingen	5.850
uitfasering oude houtkachels	1.563
belasting emissie ijzer en staal	848
ambitie nul-emissie auto's 2030	700
interventie gericht op meer bewegen op het werk	542
groepsondersteuning kinderen depressieve ouders	340
valpreventie hoog-risico groepen	307
screening ouderen 65+ valrisico	224
voorlichting huidkanker	182
screening diabetes type 2	172
reductie ammoniakemissie landbouw	160
mestinjecties grasland	150
verlaging snelheid 100 tot 80 kilometer	143
ondersteuning mantelzorgers	74
screening alcohol door huisarts	65
emissienorm rundvleesstallen	50
stop roken dag (campagne)	28
stopondersteuning zwangere vrouwen	6
preventie postnatale depressie vaders	5
preventie postnatale depressie moeders	1

Effecten op trilemma (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid)

In de RIVM-rapportage is onderscheid gemaakt tussen kostenbesparende en kosteneffectieve vormen van universele preventie. Wanneer maatregelen kostenbesparend zijn, dan zijn deze

vanzelfsprekend goed voor alle drie de onderdelen van het trilemma: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

- Daarbij is het goed om te vermelden dat er bij deze economische analyses ook gecorrigeerd is voor 'vervangende ziekten' die optreden bij deze preventiemaatregelen. Het gaat dus om netto-effecten.
- Wanneer maatregelen alleen kosteneffectief zijn, hangt het er voor de betaalbaarheid van zorg van af in hoeverre er met de maatregel productiviteitswinst wordt geboekt. Dit is door het RIVM kwalitatief geëvalueerd.

Memo 3: Raamwerk Gecontroleerd Faillissementen Zorginstellingen

Omschrijving

- Een raamwerk gecontroleerde faillissementen is nodig, om te borgen dat wanneer zorgaanbieders failliet gaan, hierdoor niet de patiëntenzorg of de zorgplicht in het geding komt. De garantie op een gecontroleerd faillissement is een essentiële randvoorwaarde voor een zorgstelsel waarin ziekenhuizen failliet kunnen gaan.
- Een ongecontroleerd faillissement van zorginstellingen is onwenselijk, met name waar het gaat om instellingen waarvan het wegvallen een grote maatschappelijke impact heeft. Daarvan kan sprake zijn bij een aanbieder van cruciale zorg, als een aanbieder een zeer specifieke doelgroep bedient of wanneer bij een faillissement de overdracht van zorg zeer complex zou zijn.
- Daarnaast is een ongecontroleerd faillissement onwenselijk, omdat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben: verzekeren hebben wetswege recht op zorg. Het faillissement van een ziekenhuis verschilt daarom van een regulier faillissement. Een ongecontroleerd faillissement kan tot te grote risico's voor de individuele patiëntenzorg leiden.
- De noodzaak voor gecontroleerde faillissementen wordt groter, doordat het zorglandschap in beweging is. Specifiek geldt dit voor de manier waarop het zorgaanbod is vormgegeven. Dat gaat bijvoorbeeld om de (wenselijke) ontwikkeling van zorg op de juiste plek te organiseren, waarbij zorg verplaatst kan worden van tweede lijn naar eerste lijn of nulde lijn. Dit kan doelmatigheidswinst opleveren. Daarnaast kan het gaan om concentratie en specialisatie, bijvoorbeeld in de MSZ. Als laatste spelen ook demografische ontwikkelingen een rol, zoals bijvoorbeeld bevolkingskrimp in regio's als Zeeland, Drenthe en Zuidoost-Groningen. Deze ontwikkelingen kunnen leiden tot het sluiten of het faillissement van zorgaanbieders. Het is ook noodzakelijk dat faillissementen mogelijk zijn, omdat verzekeraars daarmee in staat zijn om ook ondoelmatige zorg daadwerkelijk niet meer in te kopen.
- Een raamwerk voor gecontroleerde faillissementen kan bestaan uit de volgende drie elementen:

Raamwerk Ordelijk Faillissement

1.	Het aanpassen van (het toezicht op) de zorgplicht voor verzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> • Momenteel wordt (het toezicht op) de zorgplicht van verzekeraars ingevuld op macroniveau, waarbij de vraag of er voldoende zorgaanbod is in de regio centraal staat. • Dit biedt echter geen garantie dat de zorgplicht ook gegarandeerd is op microniveau. • De continuïteit van zorg individuele patiënten in geval van een faillissement van een zorgaanbieder is dan onderdeel van de zorgplicht.
2.	Aanpassing van het faillissementsrecht voor zorginstellingen	<ul style="list-style-type: none"> • Momenteel worden zorginstellingen in juridische zin op dezelfde manier behandeld als reguliere ondernemingen. • De maatschappelijke impact van een faillissement zorginstelling kan – in tegenstelling tot veel andere ondernemingen die failliet gaan - echter groter zijn. • Het faillissementsrecht kan zo worden aangepast dat: <ol style="list-style-type: none"> i. De instellingen alleen failliet kunnen gaan na een periode van stil bewind, waarbij in die periode voorbereidingen getroffen worden voor een gecontroleerde afwikkeling ii. De curator bij de afweging tussen conflicterende belangen het maatschappelijke belang van een patiëntveilige afbouw en/of voortzetting van zorgactiviteiten op korte termijn voldoende in ogenschouw neemt.

3. Een proces van vroegsignalering voor zorgaanbieders in de financiële problemen:	<p>Heldere procesafspraken, op basis van een systeem van vroegsignalering, kunnen waarborgen dat een faillissement ordelijk verloopt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De eerste stap binnen dit raamwerk is een heldere systematiek van signalering. Er wordt een meldplicht geïntroduceerd bij verzekeraars en aanbieders. Wanneer een zorgaanbieder het risico loopt in financieel zwaar weer te geraken op basis van gangbare, vooraf gestelde financiële indicatoren (e.g. liquiditeitsratio's) worden aanbieders en verzekeraars verplicht dit te melden bij respectievelijk de IGJ en de NZa. De NZa krijgt de wettelijke bevoegdheid om financiële informatie op te vragen bij aanbieders indien er signalen zijn. 2. De tweede stap is dat de NZa en de IGJ gezamenlijk beoordelen of de continuïteit van zorg in het geding is indien het scenario van een onafwendbaar faillissement zich voltrekt. 3. De derde stap is dat de NZa, samen met de IGJ, de aanbieder, verzekeraars en eventueel schuldeisers vraagt een gezamenlijk plan op te stellen om de continuïteit van zorg te waarborgen voordat een situatie waarin surseance van betaling wordt aangevraagd zich voordoet. Dit plan kan worden opgesteld in samenspraak met de betreffende aanbieder en andere aanbieders in de regio. Dit plan bevat afspraken over overdracht van zorgtaken naar andere aanbieders indien de financiële situatie niet verbetert.
---	---

- Deze maatregelen zijn aanvullend op de reeds in 2019 genomen maatregelen rond (de vroegsignalering van) zorgaanbieders in de financiële problemen¹¹⁶ en deels gebaseerd op de aanbevelingen die de Onderzoeksraad voor Veiligheid heeft gedaan naar aanleiding van de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen.
- Ook de Onderzoekscommissie faillissementen ziekenhuizen (commissie van Manen) doet onderzoek naar het verloop van deze faillissementen. Mogelijk doet deze ook aanbevelingen die kunnen worden betrokken bij de uitwerking van bovengenoemde maatregelen. Het rapport van de commissie van Manen wordt verwacht in maart 2020.

Effecten op trilemma (Toegankelijkheid kwaliteit en betaalbaarheid)

Toegankelijkheid

- De maatregel heeft een positief effect op de toegankelijkheid van zorg. De insteek van de maatregel is dat de continuïteit van de individuele patiëntenzorg ook gewaarborgd is in het licht van een faillissement.
- Uitbreiding van de zorgplicht van verzekeraars naar het waarborgen van de continuïteit van zorg op korte termijn verkleint de kans dat patiënten tussen wal en schip vallen als een instelling met een grote maatschappelijke impact wegvalt.

Kwaliteit

- De maatregel heeft een positief effect op de kwaliteit van zorg.
- Met deze maatregelen worden de kwaliteit en veiligheid van de individuele patiëntenzorg in geval van een (dreigend) faillissement van een zorginstelling beter gewaarborgd.
- Daarnaast zijn verzekeraars beter in staat om kwaliteit te verbeteren via selectieve inkoop indien er duidelijke waarborgen bestaan voor de continuïteit van zorg wanneer selectieve

¹¹⁶ Kamerstukken 2019-2020, 32620, nr. 235

inkoop leidt tot een herschikking van het aanbiederslandschap en een faillissement van aanbieders.

Betaalbaarheid:

- Er is in principe een positief effect op de betaalbaarheid van de zorg.
- Verzekeraars zijn beter in staat om de doelmatigheid van zorg te verbeteren via selectieve inkoop indien er duidelijke waarborgen bestaan voor de continuïteit van zorg ingeval selectieve inkoop leidt tot een herschikking van het aanbiederslandschap.
- Dit effect is echter niet te kwantificeren.

Uitvoering

1. Aanpassen zorgplicht verzekeraars

Voor het anders invullen van de zorgplicht voor verzekeraars dient de beleidsregel 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw' te expliciteren dat de zorgplicht van verzekeraars zo ver reikt dat zij ook voor individuele casussen de continuïteit van zorg en zorgvuldige afbouw dienen te waarborgen. Voor een uitgebreidere toelichting wordt verwezen naar het "aanpassen zorgplicht verzekeraars".

2. Aanpassen faillissementswetgeving

De wijze waarop het faillissementsrecht precies dient te worden aangepast vergt nader onderzoek.

3. Proces van vroegsignalering

De meldplicht voor verzekeraars en aanbieders bij respectievelijk de NZa en de IGJ indien de continuïteit in het geding aanbieders in financieel zwaar weer kan worden opgenomen in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) voor wat betreft de NZa en de Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz) voor wat betreft IGJ. Hoe deze meldplicht precies wordt geoperationaliseerd vergt verdere uitwerking.

Het is voor de IGJ en NZa s in sommige gevallen nu al toegestaan om in te grijpen in de bedrijfsvoering van aanbieders die in financieel zwaar weer verkeren. Bijvoorbeeld als er sprake is van risico's voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg of als er twijfels zijn over de rechtmatigheid van de geleverde zorg. Dit wordt voor wat betreft NZa versterkt met het recent door de Tweede Kamer aangenomen wetsvoorstel Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders, waarmee de NZa extra instrumenten krijgt om toe te zien op een transparante financiële bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Een voorspelbaar proces vergt echter, naast deze bestaande wettelijke bevoegdheden, heldere procesafspraken. De IGJ en de NZa zouden hiertoe een gezamenlijk toezichtkader in het leven kunnen roepen waaruit blijkt wat de verwachtingen zijn van de verschillende stelselpartijen ingeval sprake is van financieel noodlijdende zorgaanbieder die de continuïteit van zorg in het geding brengt.

Memo 4: Bekostigingsvormen

Kern

- In dit fiche wordt ingegaan op verschillende bekostigingsopties. Vanwege de complexiteit van het in kaart brengen van de specifieke effecten van de wijze van bekostiging, de veelvoud aan opties, is dit fiche meer beschouwend van aard en kijkt het wat af van andere fiches.
- Momenteel wordt de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bekostigd op basis van zogenoemde diagnose behandeling combinaties (DBC's). Een DBC omvat de stappen die nodig zijn voor de diagnose en behandeling van een bepaalde ziekte of aandoening. Declaratie van zorg van aanbieders bij verzekeraars vindt in principe plaats op basis van de prijzen van DBC's.
- Dit wil echter niet zeggen dat de wettelijke declaratietaal – DBC's in de huidige situatie – ook het uitgangspunt vormen bij onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en aanbieder. In de praktijk maken verzekeraars en zorgaanbieders veelal afspraken over omzetplafonds.
- Er zijn ook andere bekostigingswijze mogelijk. De volgende bekostigingsvormen worden in dit fiche toegelicht:
 - Bekostiging op basis van DBC's
 - Bekostiging op basis van verrichtingen
 - Bekostiging op basis van bundels of integrale bekostiging
 - Bekostiging op basis van populatie of beschikbaarheid
 - Budgettering
 - Uitkomstenbekostiging
 - Afschaffen prestatieregulering
 - Differentiatie in de bekostiging per zorgvorm
- Iedere bekostigingswijze kent voor- en nadelen. Deze voor- en nadelen hangen ten dele samen met de prikkels die uitgaan van de wijze van bekostiging. Daarnaast is dit afhankelijk van de mate waarin verzekeraars door middel van selectieve inkoop tegenwicht kunnen bieden aan deze prikkels. Differentiatie in de bekostiging per zorgsoort kan de perverse prikkels die uitgaan van bekostiging gedeeltelijk adresseren door maatwerk.
- De praktische uitvoerbaarheid van de verschillende opties vergt nader onderzoek. De huidige wijze van bekostiging is vastgelegd in de prestatieregulering en is verbonden met de inrichting van de risicoverevening en het eigen risico.
- Veranderingen in de bekostiging gaan gepaard met sterke gedragseffecten voor zowel verzekeraars als aanbieders. Sturen via de bekostiging is daarbij noodzakelijkerwijs grofmazig en inflexibel. De effectiviteit van sturing via de bekostiging is afhankelijk van de mate waarin de marktautoriteit de gedragseffecten goed kan richten. Sturing op de doelmatigheid via de bekostiging kan de handelingsruimte voor verzekeraars om via de inkoop de meest doelmatige financieringsvorm te hanteren beperken.
- Tot slot geldt dat het onmogelijk is om de budgettaire effecten van de verschillende bekostigingsopties in kaart te brengen. Het budgettaire effect is immers afhankelijk van de manier waarop de bekostiging wordt vastgelegd in de prestatieregulering en de wijze waarop zorgverzekeraars en aanbieders de wijze van bekostiging internaliseren in hun onderhandelingen.

Bekostigingsopties

Bekostiging op DBC's

Momenteel worden zorgkosten door aanbieders gedeclareerd op basis van DBC's. Een DBC omvat alle stappen die nodig zijn voor de diagnose en behandeling van een bepaald zorgtraject als antwoord op een specifieke zorgvraag. Dit zorgtraject is in feite een episode van een ziekte of aandoening, zoals bijvoorbeeld een heupfractuur. Dat betekent dat niet iedere individuele

handeling, zoals een scan, een injectie of consult, apart wordt afgerekend, maar de kosten van een vooraf omschreven episode. Alle prestaties die te declareren zijn worden uitgedrukt in zogenaamde DBC (of DOT¹¹⁷)-zorgproducten. Er zijn ongeveer 4.400 DBC-zorgproducten.

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> • Stimuleert productiviteit van zorgverleners. • Creëert een zekere samenhang tussen activiteiten die nodig zijn voor het behandelen van een ziekte- of aandoening-episode. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geeft een prikkel tot diagnose, die kan leiden tot overbehandeling, en <i>upcoding</i> (gebruik van duurdere DBC's dan nodig).¹¹⁸ • Geeft een prikkel tot risicoselectie bij inadequate compensatie: selectie van een patiënten met een lichte zorgvraag binnen een DBC. • Geef een prikkel om zo min mogelijk handelingen uit te voeren binnen een DBC.¹¹⁹ • De DBC-systematiek is momenteel niet transparant omdat prijzen worden aangepast door het rond rekenen van omzetafonds.¹²⁰ • Kwaliteit en preventie is niet lonend.¹²¹ • Geef geen prikkel voor doelmatige organisatie van zorg op de juiste plaats.

Bekostiging op basis van verrichtingen

Bij bekostiging op basis van verrichtingen worden zorgaanbieder betaald voor iedere individuele handeling die zij uitvoeren. Dit betekent dat iedere individuele handeling wordt geregistreerd en geprijsd. Er dan voor iedere scan, injectie of consult afgerekend. Deze manier van bekostiging wordt in veel landen gehanteerd.¹²²

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> • Stimuleert productiviteit van zorgverleners. • Komt ten goede aan de transparantie van zorgproducten en prijzen. • Biedt verzekeraars de ruimte om via de contractering de juiste prikkels te geven. • Sluit goed aan bij registratiesystematiek van zorgverleners en leidt hierdoor tot lagere administratiedruk. • Het risico op onderbehandeling is in theorie klein. 	<ul style="list-style-type: none"> • De effectiviteit is afhankelijk van de mate waarin verzekeraars er in slagen via de contractering de juiste prikkels in te zetten. • Zonder inmenging van verzekeraars zou deze bekostigingsvorm leiden tot een sterke productieprikkel en zijn kwaliteit en preventie niet lonend. • Het grote aantal verschillende type zorgproducten kan de complexiteit vergroten.

Bekostiging op basis bundels

¹¹⁷ Er ontstonden er aanvankelijk veel DBC's: meer dan 30.000. Dit leidde tot hoge transactiekosten. Algauw zagen ziekenhuizen en verzekeraars door de bomen het bos niet meer. Om hier wat aan te doen werden DBC's samengevoegd onder het mom van 'DOT', dat staat voor 'DBC op weg naar transparantie'. In het kader van deze omvorming zijn de 30.000 DBC's in 2012 vervangen door circa 4400 DOT's (Jurissen, 2018).

¹¹⁸ Frank Eijkenaar (2020), *Bekostiging van zorgaanbieders*

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ Ibid.

¹²¹ Ibid.

¹²² Jeurissen (2018), *Betaalbare Zorg*

In dit model wordt uitgegaan van één tarief voor een geheel (multidisciplinair) behandeltraject. Dit wordt ook wel integrale bekostiging genoemd. Er wordt betaald zorg die nodig is voor de behandeling van een aantal zorgactiviteiten gedurende een bepaalde periode, ongeacht waar en door wie. In Nederland zijn in 2010 op deelterreinen vormen van integrale bekostiging ingevoerd, namelijk voor patiënten met bijvoorbeeld diabetes mellitus, COPD en voor geboortezorg, om deze patiënten meer samenhangende zorg te bieden. Er kwam in de genoemde gevallen daarom één DBC voor een hele 'zorgketen': de zogenoemde keten-DBC.¹²³

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> • Stimuleert ketenzorg en samenwerking tussen aanbieders voor zorg op de juiste plaats. • Geeft een prikkel om onnodige zorg te voorkomen binnen een keten.¹²⁴ • Kwaliteit wordt beloond, omdat complicaties binnen de bundel vallen.¹²⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan een prikkel geven om zoveel mogelijk bundels te verlenen. • Flankerend beleid kan nodig zijn om prikkel tot onderbehandeling binnen een bundel tegen te gaan. • Het definiëren en afbakenen van een bundel kan in de praktijk complex zijn en tot discussie leiden. • Geeft een prikkel tot risicoselectie bij inadequate compensatie: selectie van een patiënten met een lichte zorgvraag binnen een bundel.

Bekostiging op basis van populatie

Bij bekostiging op basis van populatie ontvangt een aanbieder of een groep aanbieders een vooraf bepaald bedrag voor een populatie in een periode voor een afgebakend zorgpakket. Dit kan een geografische populatie zijn, een populatie van verzekerden of specifieke patiëntenpopulatie, zoals diabetespatiënten. Een voorbeeld is de beschikbaarheidsbijdrage voor huisartsen. Daarnaast wordt er ook geëxperimenteerd met populatiebekostiging in een aantal regio's in Nederland. Een voorbeeld is het recent geïnitieerde samenwerkingsverband "Beter Samen in Noord", in Amsterdam-Noord, waarin verschillende zorgaanbieders, welzijnsorganisaties, de gemeente, de verzekeraar en de NZa welzijn en zorg met elkaar trachten te verbinden.¹²⁶

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> • Geeft een sterke prikkel tot kostenbeheersing, omdat van overschrijdingen wordt neergelegd bij aanbieders. • Afhankelijk van definitie van de populatie kan worden samenwerking tussen aanbieders en zorg op de juiste plaats gestimuleerd. • Omdat behandelen niet wordt beloond bestaat een sterke prikkel voor preventie. • Biedt een handvat voor meerjarige afspraken. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij een strak budget kunnen wachtlijsten of een prikkel tot onderhandeling ontstaan. • Er bestaat een risico dat aanbieders kosten proberen af te wentelen op andere aanbieders. • Het definiëren en afbakenen van een populatie is in de praktijk complex. • Kan afbakening tussen aanbieders vervagen en marktconcentratie in de hand werken.

¹²³ Jeurisssen (2018), Betaalbare Zorg

¹²⁴ Frank Eijkenaar (2020), *Bekostiging van zorgaanbieders*

¹²⁵ Ibid.

¹²⁶ NZA (2019), *Nieuwsbericht. Partijen-slaan-handen-ineen-voor-gezonde-toekomst-amsterdam-noord.*

Budgettering

Bij budgettering ontvangt een organisatie, instelling of individuele zorgverlener een vast bedrag voor een bepaalde periode. Alle zorg die door deze entiteit wordt geleverd voor in deze periode wordt bekostigd uit dit budget. Een bekend voorbeeld is de in de jaren tachtig in Nederland geïntroduceerde wijze van bekostiging van ziekenhuizen. Maar ook in de huidige situatie, waarin bekostiging plaatsvindt op basis van DBC's, maken verzekeraars en ziekenhuizen veelal afspraken op basis van omzetplafonds. Om prikkels in balans te houden (zie onderstaand) kan budgettering worden gecombineerd met een model van *shared savings*, waarbij onderuitputting van het budget ten goede valt aan zowel de zorginkoper als de zorgverlener.

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> • Biedt zekerheid over de kosten en een handvat voor beheersing. • Sluit aan bij de realiteit van omzetplafonds die verzekeraars met veel ziekenhuizen afsluiten. • Is relatief eenvoudig. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij te strakke budgettering kunnen wachtlijsten of een prikkel tot onderhandeling ontstaan. • Bij te ruime budgettering kan een prikkel ontstaan tot overbehandeling, om het budget op te vullen. • Is niet fijnmazig, omdat geen onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende type handelingen en verrichtingen binnen een organisatie. • Kwaliteit en innovatie is niet lonend. • Meer informatie kan nodig zijn om het eigen risico af te rekenen zoals

Uitkomstenbekostiging

Bij uitkomstenbekostiging staat de uitkomst van zorg voor de patiënt centraal. Op basis van vooraf afgesproken indicatoren die zien op waarde voor de patiënt wordt zorg bekostigd. Deze indicatoren kunnen zien op de medisch uitkomst, zoals bijvoorbeeld bloeddruk- of cholesterolwaarde, heropnames of het (subjectieve) oordeel van de patiënt over de zorg die is geleverd of een combinatie hiervan. In de praktijk is het lastig om tot medische uitkomstindicatoren te komen die draagvlak genieten onder alle partijen, te meer daar een medische uitkomst niet alleen van een zorgverlener, maar een veelvoud aan factoren afhankelijk is, waaronder de leefstijl van de patiënt. In de praktijk wordt voornamelijk veel gebruik gemaakt van procesindicatoren, omdat uitkomsten en de bijdragen van zorgaanbieders daaraan lastig in maat en getal zijn uit te drukken. Uitkomstenbekostiging wordt onder andere om deze reden vaak gebruikt in combinatie met andere bekostigingsvormen.

De NZa heeft het afgelopen jaren gepleit om meer in te zetten op innovatieve contractvormen in de medisch-specialistische zorg en hierbij ook een rol in te ruimen voor uitkomsten. Gegeven bovengenoemde complexiteit is het echter de vraag of dit van de grond komt.

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> • Geeft een prikkel voor het leveren van kwaliteit: de gezondheidsuitkomst voor de patiënt staat centraal. • Er kan een prikkel zijn voor preventie als dit de leidt tot de beste uitkomst van de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het is lastig om in de praktijk de juiste uitkomsten van zorg te definiëren. • Geeft een prikkel tot risicoselectie bij inadequate compensatie: selectie van patiënten waarvan de kans groot is dat de zorguitkomst positief is.¹²⁷ • Dit kan leiden tot <i>gaming</i>: te veel focus op hetgeen gemeten is kan tot mindere kwaliteit van andere elementen van de zorg leiden.

Maatwerkbekostiging

Bij maatwerkbekostiging wordt de wijze van bekostiging afgestemd op het type zorg dat wordt verleend. Het uitgangspunt is dat differentiatie verschillende type zorg om andere prikkels vergen via de bekostiging. Gedeeltelijk wordt er binnen de curatieve zorg al maatwerk geleverd: denk aan de verschillen tussen de bekostiging van medisch-specialistische en huisartsenzorg.

Intuïtief zou een differentiatie in bekostiging bijvoorbeeld langs de volgende lijnen worden aangebracht:

- Acute zorg → bekostiging op basis van populatie of beschikbaarheid. Een spoedeisende hulp wordt dan bijvoorbeeld niet langer bekostigd op basis van DBC's, omdat een volume prikkel niet past bij het type zorg, maar op basis van een beschikbaarheidsbijdrage die is afgeleid van de populatie die zij bediend of de capaciteit.
- Planbare, somatische zorg → bekostiging op basis van verrichtingen. Door relatief eenvoudige, planbare zorg, zoals bijvoorbeeld meniscusoperaties, te bekostigen op basis van verrichtingen wordt prijstransparantie in de hand gewerkt en kunnen verzekeraars via selectieve inkoop doelmatigheid en kwaliteit in de hand werken.
- Chronische ziekten of GGZ → populatiebekostiging. Door aanbieders die zorg verlenen aan chronisch zieken, zoals bijvoorbeeld diabetespatiënten, een vast bedrag per patiënt te betalen worden preventieve maatregelen, in plaats van het aantal behandelingen, gestimuleerd.

De uitvoering van gedifferentieerde bekostiging is ingewikkeld. Verdere analyse naar de uitvoering is wenselijk.

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> • Door bekostiging te differentiëren kunnen volumeprikkels worden ingebouwd waar nodig: de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg kan zodoende worden gestimuleerd. • Er kan een prikkel worden ingebouwd voor preventie. 	<ul style="list-style-type: none"> • De uitvoering is zeer complex. Verschillende bekostigingsvormen kan complexiteit van het stelsel in de hand werken. • Verschillende bekostigingsvormen kan schotten tussen zorgtypen vergroten.

Geliberaliseerde bekostiging

Tot slot is een mogelijkheid om zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf te laten bepalen welke wijze van bekostiging zij kiezen. De prestatieregulering dient hiervoor te worden aangepast. In 2015 is een wetsvoorstel ingediend om met deze strekking, maar wegens een gebrek aan steun weer ingetrokken.

¹²⁷ Frank Eijkenaar (2020), *Bekostiging van zorgaanbieders*

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none">• Legt de verantwoordelijkheid voor bekostigingswijze neer bij de verzekeraar en de aanbieder die gezamenlijk tot een doelmatige zorguitkomst moeten komen.• Liberalisering kan onnodige administratieve lasten die uitgaan van DBC's tegengaan.	<ul style="list-style-type: none">• De complexiteit kan toenemen als verzekeraars verschillende bekostigingsmodellen met één aanbieder hanteren. Dit vergt volgeleid.• Voor het afrekenen van het eigen risico, zoals momenteel vormgegeven, zal altijd een prijs moeten worden bepaald voor een behandeling.

Bijlage 5: Oplossingsrichtingen arbeidsmarktknelpunten

Bij ongewijzigd beleid is de voorspelling dat in 2040 één op de vier mensen in de zorg moet werken om in toenemende zorgvraag te voorzien. Ook nu zijn de arbeidsmarkttekorten al merkbaar. In 2018 gaf 94% van de ziekenhuizen, 84% van de GGZ-instellingen en 76% van de aanbieders van verpleging en verzorging aan moeilijk vervulbare vacatures te hebben. In 2019 was met name verzorgenden en mbo- en hbo-verpleegkundigen in de arbeidsmarkt zeer krap. Schaarste aan goed opgeleide zorgverleners leidt tot knelpunten voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Naast knelpunten bij de instroom is ook de uitstroom van (vaak nieuwe) zorgmedewerkers een probleem. Jaarlijks verlaat ongeveer 1 op de 10 medewerkers de zorg.

Om personeelstekorten tegen te gaan, zullen zorgaanbieders over het vermogen moeten beschikken om met andere middelen en andere leveringsvormen te voorzien in zorgvraag. Dit vraagt om voldoende instroom van nieuwe zorgprofessionals, anticiperend werkgeverschap, breed en flexibel inzetbare zorgprofessionals en inzet van arbeidsbesparende innovaties voor een structurele verhoging van de arbeidsproductiviteit. Dit vraagt ook dat zorginkopers hierop sturen.

Hoewel de werkgroep geen specifieke beleidsopties heeft verkend voor de huidige en toekomstige arbeidsmarktknelpunten, benadrukt zij de urgentie van de arbeidsmarktknelpunten en het belang om deze knelpunten te adresseren. Daarbij geldt dat de overheid verantwoordelijk is voor de randvoorwaarden en de organisatie van het zorgstelsel en dat werkgevers verantwoordelijk zijn voor een aantrekkelijke werkomgeving. De werkgroep signaleert daarbij de volgende potentiële oplossingsrichtingen:

Opleidingen

- Het stimuleren van nieuwe instroom van zorgprofessionals via opleiding. Het voorkomen van de *numerus fixus* voor de HBO-V en MBO verpleegkunde, kan de aanwas van deze nieuwe professionals vergroten.
- Indien de instroom van nieuwe artsen in de toekomst niet voldoende is om de zorgvraag te accommoderen kan de *numerus fixus* voor geneeskundestudenten worden aangepast, eventueel in combinatie met een eigen bijdrage van studenten om de uitgaven te drukken.
- Breder opleiden om bredere inzetbaarheid van zorgprofessionals mogelijk te maken, zowel in initiële zorgopleidingen als vervolgoopleidingen. Hierbij dient ook meer te worden geïnvesteerd in het leven lang leren binnen de zorg en het vernieuwen van het zorgcurricula.

Zorgaanbieders

- Verminderen van administratieve lasten en gericht inzetten van zorgpersoneel voor de taken waarvoor ze zijn opgeleid.
- Aanbieden van meer maatwerk in de aanstellingsvormen, om in te spelen op de wens van werkenden voor meer flexibiliteit (o.a. t.b.v. werk/privébalans).
- Heldere werkafspraken tussen sociale partners en zzp-organisaties over gelijke beloning en behandeling van werknemers in loondienst bij de zorginstelling en flexwerkers (o.a. zzp'ers en uitzendkrachten).
- Benutten van het potentieel van werknemers die bereid zijn meer te werken en het stimuleren van het breder benutten van talenten (e.a. het opknippen van functies (jobcarving), taakherschikking of een bonus voor werknemers die bereid zijn fulltime te werken).
- Door bij de organisatie van zorgprocessen niet meer alleen uit te gaan van beroepen en disciplines en meer uit te gaan van competenties en professionele ontwikkeling kunnen de beschikbare zorgverleners breder ingezet worden. De overheid kan hier ook een rol spelen door wettelijke bepalingen rondom beroepskwalificatie te heroverwegen. Dit vergt nader onderzoek. De gevolgen hiervan moeten niet overschat worden. Daarbij moet rekening gehouden worden met Europese wet- en regelgeving én evidente opleidingseisen die moeten worden gesteld aan zorgverleners.

Zorginkopers

- Bij oplopende personeelstekorten komt ook de zorgplicht van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten in het geding. Om dit te voorkomen kunnen zij via de contractering resultaatsafspraken maken met zorgaanbieders over doelmatigheid, het terugdringen van onnodige administratieve lasten, goed werkgeverschap en de beschikbaarheid van voldoende opleidingsplekken. Het afsluiten van meerjarige contracten stelt zorgaanbieders daarbij beter in staat om te investeren in een goed werk- en leerklimaat.

Overheid

- Aanpassen van het "kwaliteitskader ouderenzorg". Momenteel is kwaliteit gedefinieerd in termen van de hoeveelheid werknemers (i.e. twee zorgprofessionals per acht cliënten). Aanpassing van het kwaliteitskader (bv. naar twee zorgprofessionals per tien cliënten) faciliteert het opschalen van arbeidsbesparende technologie.
- In beleidsoptie 22 is voorzien een uitbreiding van de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor de continuïteit van zorg. Deze maatregel stelt de IGJ in staat om, wanneer zich risico's voordoen voor de continuïteit van zorg, bij zorgaanbieders maatregelen te vereisen op de bovenstaande punten.
- Niet alles wat kan moet. Scherpere afbakening van collectieve zorg kan nodig zijn om in de toekomst de druk op het zorgpersoneel te beperken. Zo dekken de huidige collectieve zorgverzekeringen niet alleen zorguitgaven die medisch gezien noodzakelijk zijn, maar ook zaken die niet direct aan zorg gerelateerd zijn, en wel een beslag leggen op het zorgpersoneel, zoals huishoudelijke hulp, maaltijden en dagbesteding voor ouderen.

Bijlage 6: aanvullende oplossingsrichtingen op basis van gedragsinterventies

Omschrijving

- Er is een uitgebreide literatuur van gedragsonderzoek waarin interventies zijn uitgetest om de zorgkosten in de hand te houden of het gebruik van preventieve maatregelen te stimuleren. Deze resultaten zijn vooral in het buitenland geboekt. Hierbij kan gedacht worden aan: het opvolgen van richtlijnen door zorgprofessionals te bevorderen, de therapietrouw van patiënten vergroten en de preventie van overgewicht door aanpassingen in keuzeomgeving van voedsel.
- De werkgroep heeft in dit verband een aantal deskundigen op het gebied van gedragsinzichten gevraagd om kansrijke (gedrags)interventies en maatregelen te identificeren. Mede op basis daarvan zijn de volgende aanvullende oplossingsrichtingen geïdentificeerd.

Vergroten therapietrouw

Er zijn verschillende maatregelen die kunnen bijdragen aan een toename in therapietrouw. Gezien de verschillende redenen waarom mensen medicijnen niet goed innemen is maatwerk geboden. Ook is het belangrijk dat verschillende zorgverleners rondom een patiënt (huisarts, apotheek, thuishulp, wijkverpleegkundige etc.) hierin samenwerken. Gedacht kan worden aan:

- Het verder vereenvoudigen van medicijngebruik. Denk aan stappenplannen en filmpjes waarin alle handelingen eenduidig worden uitgelegd. Simpele inname regimes van medicijnen en verpakkingen met kalenderaanduidingen kunnen helpen. Ook het herinneren aan herhaalrecepten via e-mail/sms, en het zo makkelijk mogelijk maken van het aanvragen en ophalen van herhaalrecepten kunnen drempels wegnemen.
- Bij het voorschrijven van medicatie wordt door de (huis)arts in het gesprek met de patiënt structureel aandacht besteed aan mogelijke vragen en zorgen over de behandeling en goed medicijngebruik. Bij langdurige medicatie stelt arts tijdens vervolgspraken structureel vragen over medicijngebruik.
- Apotheken maken structureel gebruik van effectief bewezen gesprekshulpen en praktische vragensets tijdens de eerste keer dat medicijnen worden opgehaald en tijdens (vervolg) afgiftes van medicijnen. Bij aandoeningen/geneesmiddelen waarvan bekend is dat therapietrouw laag is belt de apotheek 2 weken na het verstrekken van het medicijn om te vragen hoe het gaat. Tijdens deze gesprekken worden (eventuele) barrières voor goed gebruik geïdentificeerd en naar aanleiding hiervan worden oplossingen op maat gezocht. Geleerde lessen uit het "Make it consortium" worden hierin meegenomen.
- Experimenteren met apps die patiënten helpen met medicijnen innemen. Er zijn verschillende medicijnapps beschikbaar die patiënten waarschuwen wanneer ze een medicijn in moeten nemen, waarin je medicijnvoorraad kan beheren en herhaalrecepten kan aanvragen. Er is nog weinig bekend over wat mensen motiveert om een dergelijke app te gaan gebruiken en wat de effecten zijn hiervan op therapietrouw.

Het aanpassen van de keuzeomgeving van voedsel

- Alle scholen in Nederland worden verplicht de richtlijn *Gezonde School* van het Programma *De Gezonde School* te volgen en het thema vignet voeding te behalen. Hierin worden onder andere afspraken gemaakt over het aanbod van gezonde voeding in de kantine en de manier waarop gezonde en ongezonde opties worden aangeboden en zichtbaar zijn.
- Volgens inschattingen van het RIVM hadden in 2016 tussen de 30 en 50% van de vo-scholen een gezonde schoolkantine en tussen de 20 en 70% van de mbo scholen. In 2019 is een evaluatie van de effecten van de gezonde school aanpak van start gegaan. Bij de invoering van deze maatregel worden lessen uit dit onderzoek meegenomen.

Keuzegedrag van zorgprofessionals

Tal van gedragsprikkelers zijn van invloed op gepast gebruik van de zorg. Voor het slagen van de maatregel is het belangrijk om ook inzicht te hebben in wat het keuzegedrag van de zorgprofessional zelf bepaalt. Keuzes worden, ook bij zorgprofessionals, niet puur rationeel gemaakt maar worden beïnvloed door (al dan niet bewuste) cognitieve, sociale en emotionele factoren. Verschillende buitenlandse onderzoeken naar gedragsfactoren suggereren dat er mogelijkheden zijn om de naleving van richtlijnen te bevorderen:

- *Inrichting van keuze context*: De manier waarop systemen zoals EPD's worden vormgegeven hebben groot effect op keuzes die zorgprofessionals maken in medicijnen voorschrijven, het doorverwijzen voor behandelingen, of het bestellen van testen. Onderzoek vanuit de VS liet zien dat 68% van de patiënten die palliatieve bestralingstherapie ondergingen dagelijkse bestraling kregen, terwijl de richtlijn voor patiënten in dit stadium wekelijkse bestraling voorschreef. Het instellen van wekelijkse bestraling als 'default' (standaard) keuze in het EPD leidde tot een halvering van het percentage dat dagelijkse bestraling onderging.
- *Informatie overload*: Mensen zijn cognitief beperkt in de hoeveelheid informatie die ze efficiënt kunnen verwerken. Bij een teveel aan informatie vallen mensen eerder terug op oude gewoonten en vuistregels, en neemt de kwaliteit van beslissingen af. De hoeveelheid medisch wetenschappelijk onderzoek is zodanig groot en neemt zo snel toe dat het voor medisch specialisten moeilijk is om alle relevante kennis voor een individuele patiënt paraat te hebben. Bredere ontwikkeling en inzet van keuzehulpen of alerts, bijvoorbeeld in EPD's kunnen daarbij helpen.
- *Psychosociale factoren*: Psychosociale factoren zoals het gevoel ingeperkt te worden in je autonomie of ervaren druk vanuit patiënten kunnen een rol spelen bij het afwijken van richtlijnen. Ook het gedrag van collega zorgprofessionals kan (onbewust) van invloed zijn. In Australisch onderzoek werd uitgetest wat het effect was van het sturen van gepersonaliseerde brieven naar huisartsen die veel antibiotica voorschreven. De meest succesvolle brief gaf in een grafiek het voorschrijfgedrag van de huisarts weer ten opzichte van huisartsen in hun regio. Dit leidde tot een reductie van 12% van het aantal uitgeschreven antibiotica recepten gedurende een half jaar na het versturen van de brief.

Bij het ontwikkelen van interventies zijn onder andere de volgende onderwerpen nuttig om kennis over op te bouwen: (1) in hoeverre keuzeomgevingen zoals EPD's en instellingen van apparatuur het opvolgen van richtlijnen kunnen stimuleren door middel van *defaults*, (2) in hoeverre keuzehulpen en aanwijzingen en alerts zorgprofessionals kunnen helpen alle relevante medische kennis op het juiste moment paraat te hebben en (3) in hoeverre sociale normen rond de wijze van zorg verlenen binnen zorginstellingen van invloed zijn op het volgen of afwijken van richtlijnen.

Bijlage 7: Memo randvoorwaarden decentralisaties of aanpassing van taken van gemeenten

Dit memo geeft inzicht in de algemene randvoorwaarden die gelden bij het afwegen van de gevolgen en uitvoerbaarheid van beleidsopties waarbij sprake is van overheveling van nieuwe taken naar gemeenten, of aanpassing van bestaande gemeentelijke taken.

1. Er moet sprake zijn van heldere taakdefinitie en taakafbakening

- Waarvoor worden gemeenten verantwoordelijk; welke uitkomst, inspanning wordt van gemeenten verwacht?
- Welke mate van beleidsvrijheid krijgen gemeenten? Daar waar het niet mogelijk is om een heldere taakdefinitie en taakafbakening te formuleren, moet de beleidsvrijheid voor gemeenten groot genoeg zijn om zelf invulling te kunnen geven.
- Bij afweging decentralisatie wat betreft beleidsvrijheid: is er bereidheid om lokale verschillen toe te staan? Hoe groter de beleidsvrijheid voor gemeenten, hoe meer verschillen er zullen zijn. Is er landelijke bereidheid om dat te accepteren?

2. Bij risicodragende taken: zorg voor adequate wettelijke mogelijkheden om te sturen

- Heeft een gemeente voldoende directe sturingsmogelijkheden om zelf ook grip op de verwachte resultaten te kunnen organiseren. Bijvoorbeeld: kan de gemeente zelf besluiten over de toegangseisen van voorzieningen?
- Er moet sprake zijn van een passend budget om taken risicodragend te kunnen uitvoeren.

3. Taken en risicodragendheid moeten in verhouding staan tot het vermogen van de desbetreffende overheidslaag om de taak te realiseren

- Past de opgave bij het schaalniveau? Onder andere: past het bij bijvoorbeeld de schaalgrootte van gemeenten, past het in operationele zin (ambtelijke en bestuurlijke slagkracht), past het qua risicoplafond, etc.
- Taakdifferentiatie: krijgen alle gemeenten/provincies dezelfde taak?

4. Taken & middelen moeten passen binnen bestuurlijke verhoudingen

- Het uitgangspunt is een zo groot mogelijke beleidsvrijheid voor de decentrale overheden, financiering via de algemene uitkering, alleen de noodzakelijke interbestuurlijke informatie (conform de IBI-spelregels) en tot slot verantwoording en vermindering van regels (deregulering en ontbureaucratisering).
- Voor interbestuurlijk toezicht geldt als uitgangspunt het kader zoals opgenomen in de Wet revitalisering generiek toezicht.

5. Er is voldoende implementatietijd

- Krijgen gemeenten voldoende tijd om de taak eigen te maken?
- Er worden niet meteen besparingen ingeboekt; gemeenten kunnen sommige taken wellicht efficiënter uitvoeren, maar niet vanaf het eerste moment.