



Zorgkeuzes in Kaart

*Analyse van beleidsopties voor de zorg
van tien politieke partijen*



Technische werkgroep
Zorgkeuzes in Kaart

Inhoud

- 1 Zorgkeuzes in Kaart—5
 - 1.1 Aanleiding—5
 - 1.2 Taakopdracht Technische werkgroep—5
 - 1.3 Leeswijzer—6

- 2 Projectaanpak en -afbakening—7
 - 2.1 Projectaanpak—7
 - 2.2 Afbakening—8

- 3 Analyse kader—9
 - 3.1 Ontwikkeling zorgstelsel—9
 - 3.2 Juridische context privaatrechtelijk zorgverzekeringsstelsel—10
 - 3.3 Analyse beleidsopties—11

- 4 Eigen betalingen—14
 - 4.1 Vormen van eigen betalingen—14
 - 4.2 Effecten van eigen betalingen—15

- 5 Preventie—17
 - 5.1 Inleiding—17
 - 5.2 Effecten van preventiemaatregelen—17
 - 5.3 Preventie binnen de curatieve zorg—18

- 6 Transitiekosten en gedragseconomie—19
 - 6.1 Analyse kader transitiekosten—19
 - 6.2 Gedragseconomie—21

- 7 Overzicht resultaten analyse—23
 - 7.1 Presentatie beleidsopties—23
 - 7.2 Beleidsopties zorgbreed en arbeidsmarkt—24
 - 7.3 Beleidsopties pakketbeheer—26
 - 7.4 Beleidsopties eigen betalingen—27
 - 7.5 Beleidsopties preventie—31
 - 7.6 Beleidsopties curatieve zorg—32
 - 7.7 Beleidsopties genees- en hulpmiddelen—36
 - 7.8 Beleidsopties langdurige zorg—38
 - 7.9 Beleidsopties maatschappelijke ondersteuning—41
 - 7.10 Beleidsopties transitie zorg—43

- 8 Aanbevelingen—45

Bijlage 1: Taakopdracht Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart—48

Bijlage 2: Samenstelling Technische werkgroep en secretariaat—50

Digitale bijlagen

Bijlage 3: Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsopties Zorgkeuzes in Kaart

Bijlage 4: Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg (Centraal Planbureau)

Bijlage 5: Transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg (SiRM)

Bijlage 6: Eigen betalingssystemen en de vraag naar zorg: Inzichten van een laboratoriumexperiment (Tilburg University)

1 Zorgkeuzes in Kaart

1.1 Aanleiding

Het Centraal Planbureau (CPB) verzorgt op verzoek van politieke partijen sinds 1986 een doorrekening van de verkiezingsprogramma's. Hiermee beoogt het CPB op basis van zijn economische expertise een bijdrage te leveren aan het onderling vergelijkbaar maken van de verschillende verkiezingsprogramma's.

Op 26 november 2013 is de notitie 'Vernieuwing doorrekening verkiezingsprogramma's' van het CPB aangeboden aan de voorzitter van de Tweede Kamer en de fractievoorzitters.¹ De notitie beschrijft de resultaten van de uitgevoerde evaluatie naar 'Keuzes in Kaart 2013-2017'. Geadviseerd is om de gehanteerde werkwijze te heroverwegen zodat het project ook in de toekomst organisatorisch behapbaar en inhoudelijk verantwoord kan worden uitgevoerd. Voor de zorg is in de rapportage de volgende maatregel geformuleerd: "Verbetering van de analyse van voorstellen op het terrein van de zorg is mogelijk door meer onderzoek, instigatie en deelname aan expertgroepen op dit vlak, alsmede het aanbod om grote innovatieve hervormingen buiten de verkiezingsperiode om te analyseren."

1.2 Taakopdracht Technische werkgroep

De ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Financiën hebben vervolgens de Tweede Kamer op 23 mei 2014 geïnformeerd over het instellen van een interdepartementale Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart.² In de opdracht is aangegeven dat de werkgroep een breed scala aan beleidsmaatregelen voor de zorg inventariseert en waar mogelijk de budgettaire effecten kwantificeert (zie bijlage 1). In de taakopdracht zijn twee belangrijke inhoudelijke accenten opgenomen:

1. Bij de analyse van toekomstige maatregelen voor de zorg is het van belang dat wordt gekeken naar de verandering van gedrag van actoren of van volume en niet alleen naar het verschuiven van lasten.
2. Het geven van een nadere toelichting op de gehanteerde methodiek voor de raming van de gedragseffecten bij aanpassingen van het stelsel, eigen betalingen en van het collectief verzekerde pakket.

¹ Centraal Planbureau (2013, november 26). Vernieuwing doorrekening verkiezingsprogramma's - Evaluatie 'Keuzes in Kaart 2013-2017'. Den Haag.

² De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Financiën (2014, mei 13). Taakopdracht Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart. Kamerstuk 29 689 nr. 515.

Deze rapportage is het resultaat van het aanbod aan politieke partijen om hun opties voor beleidsmaatregelen voor de zorg in een vroegtijdig stadium, buiten de verkiezingsperiode om, geanonimiseerd uit te werken. In totaal hebben tien politieke partijen (50PLUS, CDA, ChristenUnie, D66, GroenLinks, PvdA, PVV, SGP, SP en VVD) beleidsopties aangedragen. In het verlengde daarvan is een aantal technische varianten in beeld gebracht, wat uiteindelijk heeft geleid tot ruim honderd beleidsopties voor de zorg.

De beleidsopties hebben geen betrekking op de huidige kabinetsperiode, maar nemen een volgende kabinetsperiode als startpunt. Elke maatregel is geanalyseerd met als uitgangspunt dat er een parlementaire meerderheid voor is. De rapportage is bedoeld voor politieke partijen. De analyse en aanbevelingen voor verder onderzoek worden zonder nadere standpuntbepaling van het kabinet aan u voorgelegd.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een toelichting op de projectaanpak en afbakening. Hoofdstuk 3 gaat in op de analyse van de beleidsopties. Hoofdstuk 4 gaat over vormen van eigen betalingen en hoofdstuk 5 over preventie. Hoofdstuk 6 gaat in op de transitiekosten van stelselwijzigingen en op gedragseconomie. Hoofdstuk 7 bevat een totaaloverzicht van de resultaten van de analyse van de maatregelen. Hoofdstuk 8 sluit af met een aantal aanbevelingen. De technische uitwerking van de beleidsopties zijn gebundeld in bijlage 3.

2 Projectaanpak en -afbakening

2.1 Projectaanpak

Voor Zorgkeuzes in Kaart is een Technische werkgroep samengesteld. De secretaris-generaal van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) fungeerde als onafhankelijk voorzitter van de werkgroep. De groep was daarnaast samengesteld uit vertegenwoordigers van het Centraal Planbureau, de ministeries van VWS, Financiën, Algemene Zaken en Economische Zaken (zie bijlage 2). De werkgroep is ondersteund door een projectsecretariaat dat de contacten met de politieke partijen, externe deskundigen en beleidsmakers heeft onderhouden.

Externe deskundigen zijn op verschillende momenten bij het project betrokken. Zo heeft Celsus Academie voor betaalbare zorg op verzoek van de Technische werkgroep wetenschappelijk literatuuronderzoek gedaan naar de effecten van vergelijkbare maatregelen in binnen- en buitenland. De resultaten zijn meegenomen bij de uitwerking van de beleidsopties (zie bijlage 3).

Gelijktijdig met Zorgkeuzes in Kaart is met behulp van onderzoek naar prijsgevoeligheid de methodiek verbeterd om de effecten van eigen betalingen vast te stellen. Hiervoor zijn zowel experts uit de academische wereld als onderzoeks- en adviesbureaus geconsulteerd. De budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied van eigen betalingen zijn doorgerekend met behulp van de nieuwe inzichten. Een samenvattende beschrijving van de resultaten is in bijlage 4 van deze rapportage opgenomen.

Het onderzoeksbureau SiRM heeft onderzoek gedaan naar transitiekosten van stelselwijzigingen voor de zorg. Het onderzoek heeft een algemeen analysekader opgeleverd voor verschillende typen stelselwijzigingen. Daarbij kon overigens niet aan alle uitvoerings- en juridische aspecten volledig aandacht worden besteed. De rapportage is bijgevoegd (zie bijlage 5). Bij de uitwerking van beleidsopties zijn experts op het gebied van gedragseconomie geraadpleegd. Zo is een expertmeeting over gedragseconomie gehouden en zijn beleidsopties met complexere gedragselementen aan hen voorgelegd. Daarnaast heeft de Tilburg University onderzocht hoe de vraag naar zorg verandert bij verschillende vormen van eigen betalingen. De rapportage van dit experimenteel onderzoek is als bijlage 6 beschikbaar.

2.2 Afbakening

Zorgkeuzes in Kaart richt zich op beleidsopties na de huidige kabinetsperiode. Het is een noviteit om op deze wijze, buiten de verkiezingsperiode om, beleidsopties door het CPB, departementen en andere experts te laten analyseren. De uitgewerkte maatregelen vormen mogelijk 'nieuw beleid' ten opzichte van het huidige regeerakkoord, dat verondersteld wordt te zijn of te worden uitgevoerd. Voor de berekening van de kosten en de baten van de maatregelen is als budgettaire grondslag het niveau van de zorguitgaven in 2017 (stand VWS-begroting 2015) gehanteerd.

De beleidsopties die in het kader van Zorgkeuzes in Kaart zijn verkend, hebben betrekking op uitgaven die worden gerekend tot het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Concreet gaat het daarbij om uitgaven die worden gedaan op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de overige begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven. Beleidsopties binnen de Zvw hebben door kostendekkende premies in beginsel geen impact op het EMU-saldo. De effecten van maatregelen op het gebied van de Wlz, de Wmo en de zorgtoeslag³ zijn wel EMU-relevant. Maatregelen die betrekking hebben op de financiering van de zorg (inkomstenkant), zijn uitsluitend meegenomen als de verwachting is dat deze een significante invloed hebben op de werking van het stelsel en op het niveau van de uitgaven. Door de verschillende politieke partijen zijn zowel intensiveringen als ombuigingsvoorstellen ingebracht.

Bij de analyse van de maatregelen is uitgegaan van de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel per 2017, inclusief lopend en voorgenomen beleid (bekendgemaakt voor 1 maart 2015). Uitgangspunt in de analyses is dat de verschillende transities, zoals de invoering van de Wlz en de uitbreiding van ondersteunings- en zorgtaken binnen de Wmo en de Zvw conform de kabinetsafspraken zijn voltrokken.

De afgelopen periode zijn in de zorg met veldpartijen diverse bestuurlijke akkoorden tot en met 2017 gesloten. In de rapportage wordt ervan uitgegaan dat deze akkoorden geheel worden uitgevoerd en dat geen aanvullende afspraken zijn gemaakt voor de periode daarna.

³ De zorgtoeslag is een bijdrage van de overheid om tegemoet te komen in de kosten van een zorgverzekering.

3 Analysekader

3.1 Ontwikkeling zorgstelsel

De Nederlandse zorg kent meerdere stelselwetten en uitvoeringsregimes. Dit komt omdat de vraag naar zorg en ondersteuning verschilt: van gezond blijven, beter worden, leven met ziekte en handicap tot ondersteuning en zorg aan het einde van het leven. Daarmee is rekening gehouden bij de inrichting van de zorg. Ook zijn per stelselwet specifieke nuances aangebracht op de gebieden van privacy, ethiek, kwaliteit, eigen verantwoordelijkheid en solidariteit.

De minister van VWS is stelselverantwoordelijk voor de publieke gezondheid, jeugdhulp, curatieve en langdurige zorg en ondersteuning. De regierol voor de uitvoering van de Wet publieke gezondheid (Wpg), Jeugdwet en Wmo ligt voor een belangrijk deel bij gemeenten. In de curatieve (Zvw) en langdurige zorg (Wlz) vervullen de zorgverzekeraars, dan wel zorgkantoren een centrale rol bij het doelmatig uitvoeren van de zorgtaken.⁴

Met de inrichting van de zorg wordt beoogd drie publieke (maatschappelijke) belangen zo goed mogelijk te borgen: het leveren van kwalitatief goede zorg en ondersteuning die voor iedere Nederlander toegankelijk en betaalbaar is. Dit bepaalt voor een belangrijk deel de eisen aan de institutionele inrichting van het stelsel, dat daarom een mengvorm is van zowel marktelementen als van publieke interventies omwille van doelmatigheid en solidariteit. Hierbij geldt ook het subsidiariteitsbeginsel: (overheids)taken worden op het laagste niveau uitgevoerd waarop dit goed en efficiënt mogelijk is. Ook wordt waar mogelijk het profijtbeginsel gehanteerd. Dit houdt in dat de baat en de last zo dicht mogelijk bij elkaar blijven, omdat dit de doelmatigheid en doeltreffendheid bevordert.

De zorg is een kennis- en informatie-intensieve sector. Dit geldt bijvoorbeeld voor de kwaliteit van zorg (transparantie en richtlijnen), het benodigde kennisniveau van zorgverleners (o.a. de lengte van de medische opleidingen) en voor de beschikbaarheid van informatie voor het goed laten functioneren van de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt (o.a. productkennis en financiële informatievoorziening). Aan de informatiebehoefte zijn wel beperkingen en expliciete restricties verbonden. Zo gelden informatierestricties voor zorgverzekeraars omwille van het borgen van een brede toegankelijkheid en privacybescherming conform de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

Dit maakt dat de zorgsector complex is. Bij de analyse van de beleidsopties is zo goed mogelijk met deze complexiteit rekening gehouden. Niet altijd was gevalideerde informatie beschikbaar. Hierdoor heeft de kwantificering van sommige maatregelen het karakter van

⁴ Douven, R., Ewijk, C. van (2013). Curatieve zorg. In: Ewijk, C. van., A. van der Horst, P. Besseling (red). Toekomst voor de zorg. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB).

een *educated guess*, gebaseerd op kennis van de leden van de Technische werkgroep en andere experts.

Het Nederlandse zorgstelsel bevindt zich in een dynamische omgeving. Dit vergt continue (bij)sturing en vraagt van tijd tot tijd meer substantiële aanpassingen. Een meer fundamentele vraag daarbij is welke inrichting van het stelsel ideaaltypisch 'het beste' is voor de Nederlandse situatie en wanneer het stelsel 'af' is. Het rapport *Health care systems* geeft een overzicht van de verschillende zorgsystemen binnen de OESO-landen. In het onderzoek zijn de prestaties van de zorgsystemen van dertig verschillende landen onderzocht. Deze zijn geordend naar institutionele setting: van een meer publiek tot een meer privaat ingericht stelsel. Een belangrijke conclusie uit het onderzoek is dat geen causaal verband is gevonden tussen de institutionele vormgeving en de werking van het stelsel uitgedrukt in kosteneffectiviteit en de gezondheid van de bevolking.⁵ Uit het OESO-rapport blijkt tevens dat de effecten van beleidskeuzes anders moeten worden gewaardeerd, afhankelijk van de specifieke inrichting en werking van een zorgstelsel. Binnen de gehanteerde clusters zijn wel goed en slecht presterende landen aan te wijzen. Dit geeft aan dat binnen gekozen stelsels nog mogelijkheden zijn tot verbetering van de kwaliteit en kosteneffectiviteit. Transitie naar een ander stelseltype gaat gepaard met aanzienlijke tijdelijke kosten (zie paragraaf 6.1). Het toevoegen van elementen die niet passen bij een stelsel, heeft een suboptimaal effect.

3.2 Juridische context privaatrechtelijk zorgverzekeringsstelsel

De curatieve zorg kent een privaatrechtelijk verzekeringsstelsel: burgers zijn verplicht een (basis)zorgverzekering met een privaatrechtelijke zorgverzekeraar af te sluiten. Zorgverzekeraars concurreren met elkaar (op de hoogte van de nominale premie, kwaliteit en diversiteit van de ingekochte zorg en op de kwaliteit van de dienstverlening) om de gunst van verzekerden. Hierbij geldt een acceptatieplicht: zorgverzekeraars mogen geen klanten weigeren voor de basisverzekering. Ook geldt een verbod op premiedifferentiatie: zorgverzekeraars mogen geen hogere premie vragen aan mensen die meer kosten maken, zoals chronisch zieken of ouderen. Omwille van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars worden deze via de zogenoemde risicoverevening zo goed mogelijk gecompenseerd voor de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. Een derde essentieel onderdeel van het stelsel is de zorgplicht van zorgverzekeraars: verzekerden moeten binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van zorgaanbod gebruik kunnen maken.

Zorgverzekeraars zijn schadeverzekeraars. Op grond van de EU-richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf is het niet toegestaan om regels over de inhoud van schadeverzekeringen of de bedrijfsvoering van schadeverzekeraars te stellen. De overheid mag extra regels opleggen voor zover de regels noodzakelijk zijn ter bescherming van het

⁵ Joumard, I., André, C., Chantal, N. (2010). Health care systems: efficiency and institutions, Organisation for Economic Co-operation and Development. Executive summary, p.14.

algemeen belang ('geoorloofde staatssteun'). De rechter en uiteindelijk het Europese Hof van Justitie toetst of de regels eventueel in strijd zijn met het Europese recht. Zorgverzekeraars zijn ondernemingen die grondrechtelijk bescherming genieten via het verbod van onteigening zonder volledige compensatie. Dat is een cruciale randvoorwaarde bij de beleids optie van een overstap naar een publiek stelsel. De beleids opties in dit rapport die de beleidsvrijheid van zorgverzekeraars inperken, zijn vanuit deze achtergrond juridisch getoetst. Het huidige privaatrechtelijke zorgverzekeringstelsel kent publiekrechtelijke randvoorwaarden. Het toevoegen van extra publieke elementen in verband met bijvoorbeeld aanbodsturing is in beginsel mogelijk. Dit vergt niet alleen wetswijziging, maar ook een nauwkeurige analyse van de effecten op de werking van het stelsel.

3.3 Analyse beleids opties

De beleids opties zijn op een geüniformeerde manier geanalyseerd met als uitgangspunt dat daarvoor een parlementaire meerderheid bestaat. Hieronder worden de elementen van deze analyse kort toegelicht. Van elke beleids opties is een technische beschrijving beschikbaar. Deze zijn gebundeld in bijlage 3. Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleids opties Zorgkeuzes in Kaart.

Omschrijving beleids optie

De titel en omschrijving bestaan uit een beschrijving van de maatregel op basis van de rol en bevoegdheden van de Rijksoverheid, veelal de minister van VWS. De werkgroep heeft de beleids opties door politiek partijen aangedragen geherformuleerd, soms om ze concreter te maken, soms om tot een overzichtelijk geheel aan maatregelen te komen.

In deze rapportage zijn alleen maatregelen doorgerekend die een regering zelf kan nemen. Dit betekent dat convenanten of akkoorden waarvan de uitkomst mede afhankelijk is van de onzekere inbreng van andere partijen, niet zijn meegenomen.

Achtergrond en juridische aspecten

Voor alle maatregelen zijn de status en context van het huidige beleid verkend. Tevens is gekeken naar de aard van het veronderstelde probleem of vraagstuk. Er is geen diepgaande analyse uitgevoerd van de onderliggende problematiek. De mate waarin deze problematiek wordt opgelost, ligt buiten de scope van deze rapportage. Voor de uitvoerbaarheid is zowel gekeken naar de technische als de juridische aspecten van een maatregel.

Er bestaan drie verschillende niveaus van regelgeving waarop een maatregel kan aangrijpen: een wet, een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) en een ministeriële regeling. Wetgeving wordt door regering en parlement vastgesteld. Uitvoeringskwesaties worden door de regering uitgewerkt op een lager niveau van regelgeving. De regering kan voor nadere regeling gebruik maken van een AMvB. Afhankelijk van wat de wet daarover bepaalt, kan deze voorafgaand aan de vaststelling worden voorgelegd aan de Staten-Generaal (voorhangprocedure). Een andere mogelijkheid is het uitwerken van details in een ministeriële regeling.

Een aantal maatregelen voorziet in een aanwijzing aan een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) om de uitvoering op te nemen in een beleidsregel. Een beleidsregel is een besluit over de wijze waarop het ZBO belangen afweegt, feiten vaststelt, wettelijke voorschriften uitlegt of van een bevoegdheid gebruik maakt.

Nederland is als lidstaat van de Europese Unie (EU) niet alleen gebonden aan EU-wetgeving, maar ook partij bij een aantal relevante verdragen, zoals: het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), de Europese Code inzake sociale zekerheid en het bijbehorende Protocol, de International Labour Organisation (ILO-)Verdragen, het Europees Sociaal Handvest en het Europees Verdrag betreffende sociale en medische bijstand. De internationale regels begrenzen de nationale beleidsvrijheid. Hierbij kan worden gedacht aan het verbod van onteigening van private partijen (zoals zorgverzekeraars) zonder volledige compensatie, de mate waarin tussenkomst is toegestaan binnen de wijze van bedrijfsvoering van ondernemingen als zorgverzekeraars en zorgaanbieders, of de grenzen aan het opleggen van eigen bijdragen, afhankelijk van de vorm van ondersteuning en zorg. In de analyse van beleidsopties zijn aanpassingen van Europese wet- en regelgeving of verdragen als niet afdwingbaar beschouwd.

Bij de uitwerking van maatregelen is rekening gehouden met onderstaande gemiddelde doorlooptijden voor juridische procedures. De doorlooptijden kunnen in de praktijk afwijken (langer zijn), wanneer een betreffende maatregel slechts op één tijdstip in het jaar (bijvoorbeeld 1 januari) kan worden doorgevoerd. De implementatieperiode kan ook langer zijn dan de hier genoemde tijden vanwege benodigde uitvoeringstechnische of beleidsmatige voorbereidingen:

- Wetswijziging: gemiddeld 2 jaar;
- AMvB: gemiddeld 6 maanden (exclusief eventuele voorhang);
- Ministeriële regeling: 1 tot 3 maanden;
- Beleidsregel: 1 tot 2 maanden;
- Bestuurlijke afspraken: 6 maanden;
- Europese wet- en regelgeving en verdragen: niet afdwingbaar.

Gedrags- en neveneffecten

De beleidsopties in deze rapportage bestaan veelal uit voorstellen om 'iets nieuws' dan wel 'iets anders' te gaan doen. De beleidsaanpassing bestaat bijvoorbeeld uit het aanpassen van de keuzemogelijkheden van de cliënt (zoals in de vorm van eigen betalingen), het wijzigen van de wijze van marktordening van zorgaanbieders of de inrichting van de prikkelwerking voor zorgverzekeraars of gemeenten. Gedragseffecten spelen hierbij een belangrijke rol, zowel in de voorbereidende fase als ook bij de uitvoering van de maatregel.

Op basis van de beschikbare kennis en (achtergrond)informatie zijn gedrags- en neveneffecten in de analyse van beleidsopties meegenomen. Voorbeelden hiervan zijn:

- de hoogte van het remeffect op de vraag naar zorg;
- de mate van afwenteling van (budgettaire) risico's op derden;
- de omvang van verplaatsing van zorgvraag naar aangrenzende domeinen ('weglekeffecten');
- invloeden van prijs-, volume- en marktontwikkelingen in aangrenzende zorgdomeinen;
- (on)mogelijkheden voor substitutie naar de private verzekeringsmarkt;
- en in beperkte mate: de 'gedragseconomische' effecten (zie ook paragraaf 6.2).

Budgettaire effecten

Voor de grondslagen zijn de niveaus van de zorguitgaven in 2017 (stand VWS-begroting 2015) gehanteerd. Het budgettaire effect per maatregel wordt in deze rapportage weergegeven in miljoenen euro's in jaar 1, jaar 2, jaar 3, jaar 4 en jaar 10. Waar relevant en mogelijk zijn gedragseffecten, transitie- en uitvoeringskosten, overgangsrecht, eigen betalingen en weglekeffecten in de kwantificering meegenomen. Bij de berekening zijn gegevens uit de meest recente onderzoeksrapporten betrokken. Uitvoeringskosten door zorgverzekeraars zijn geen collectieve zorguitgaven en zijn in de uitwerking van de budgettaire effecten buiten beschouwing gelaten. Deze kosten zijn wel van invloed op de hoogte van de zorgpremie en de zorgtoeslag. De budgettaire effecten van maatregelen bestaan veelal uit het verschil in prijs en hoeveelheid geleverde zorg (PxQ) na invoering van de maatregel.

In de technische uitwerking van de beleidsopties zijn de onafgeronde bedragen in de tekst opgenomen. De nettobedragen in de tabellen zijn als volgt afgerond: bedragen groter dan 5 miljoen euro tot 100 miljoen euro op vijftallen, bedragen groter dan 100 miljoen euro tot 1 miljard euro op tientallen, bedragen groter dan 1 miljard euro op honderden.

Sommige beleidsopties in deze rapportage staan ook in 'Keuzes in Kaart'.⁶ Bij een aantal beleidsopties wijkt de budgettaire opbrengst daarvan af. De belangrijkste verklaring hiervoor is dat in deze rapportage de transitiekosten zijn geëxpliciteerd. Waar relevant is het verschil toegelicht in bijlage 3.

Interactie met andere maatregelen

Een deel van de maatregelen kent interactie-effecten met andere uitgewerkte beleidsopties. Indien relevant is bij de beschrijving van een beleidsoptie deze samenhang aangegeven. Voor een aantal maatregelen zijn verschillende varianten uitgewerkt om hetzelfde effect te bereiken. Voor deze beleidsopties geldt dat in de praktijk een van de alternatieven kan worden geïmplementeerd en dat er dus ook een enkele opbrengst of intensivering is.

⁶ Centraal Planbureau (2012). Keuzes in Kaart 2013-2017. Den Haag.

4 Eigen betalingen

4.1 Vormen van eigen betalingen

Dit hoofdstuk gaat over verschillende vormen van eigen betalingen. Specifieke beleidsopties ten aanzien van eigen betalingen staan in hoofdstuk 7. Er zijn verschillende vormen van eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) mogelijk.

In de Zvw zijn 'eigen betalingen' de verzamelnaam voor het 'algemene eigen risico' en 'eigen bijdragen' voor bepaalde vormen van zorg. Eigen betalingen hebben een tweeledig doel: als zelfstandige financieringsbron voor zorguitgaven en om een 'remeeffect' op (bepaalde) zorguitgaven te hebben. Eigen bijdragen kunnen er ook toe bijdragen dat het draagvlak voor een solidair verzekeringsstelsel in stand blijft: niet alleen van de premiebetaler, maar ook van de zorggebruiker wordt een bijdrage gevraagd. Voor 2017 is een nominaal eigen risico van 405 euro geraamd. Huisartsenzorg, wijkverpleging, keten-DBC's (diagnosebehandelcombinaties), verloskunde en kraamzorg zijn hiervan uitgezonderd, net als diverse bevolkingsonderzoeken en de griepvaccinatie voor bepaalde risicogroepen. Ook voor mensen onder de 18 jaar geldt geen eigen risico. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden korting op de premie geven bij een vrijwillig hoger eigen risico. Zij hebben ook de bevoegdheid om verzekerden onder voorwaarden een korting op het verplicht eigen risico te geven. Verder gelden enkele eigen bijdragen bovenop het eigen risico. Het eigen risico wordt jaarlijks trendmatig verhoogd, dat wil zeggen dat het eigen risico meestijgt met de groei van de zorguitgaven. In 2013 vond een beleidsmatige verhoging plaats van 220 euro naar 350 euro.

In de Wlz worden alle eigen bijdragen vastgesteld op basis van het inkomen. Het inkomen wordt vastgesteld aan de hand van het 'bijdrageplichtig inkomen': het inkomen uit arbeid, uitkering, pensioen, eigen woning en het toegerekende inkomen uit vermogen.

De hoogte van de eigen bijdrage in de Wmo is afhankelijk van inkomen, vermogen, leeftijd en gezinssamenstelling. Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) int de eigen bijdrage voor een maatwerkvoorziening voor de gemeenten. Voor kinderen tot 18 jaar geldt alleen een eigen bijdrage voor woningaanpassingen uit de Wmo 2015.

Toelichting vormen van eigen betalingen

- **Eigen bijdrage - vast:** Dit houdt in dat een verzekerde een deel van de kosten van een behandeling, geneesmiddel of hulpmiddel uit eigen middelen betaalt. Denk bijvoorbeeld aan de medicijnknaak uit 1983. Voor elk recept gold destijds een vaste eigen bijdrage van f 2,50 tot een maximum van 125 gulden per jaar.
- **Eigen risico - procentueel:** Een verzekerde betaalt uit eigen middelen een percentage van zijn zorgkosten. Van 1997 tot 1999 gold een procentuele eigen risico in Nederland: de 'Algemene Eigen Bijdrageregeling'. Een verzekerde betaalde een privaat bedrag van 25% van zijn gemaakte zorgkosten.
- **Eigen risico 'aan de voet'- verplicht:** Sinds 2008 geldt een verplicht eigen risico voor verzekerden vanaf 18 jaar en ouder in Nederland. Dit betekent dat een patiënt de eerste zorgkosten tot aan het eigen risico zelf moeten betalen.
- **Eigen risico - vrijwillig:** Bovenop het verplichte eigen risico kan een verzekerde kiezen voor een vrijwillig eigen risico. In ruil hiervoor krijgt de verzekerde een premiekorting.
- **Eigen risico - inkomensafhankelijk:** Het bedrag van het eigen risico verschilt per inkomen. Verzekerden met een laag inkomen hebben een relatief laag eigen risico en verzekerden met een hoog inkomen hebben een relatief hoog eigen risico.
- **Eigen risico - verschoven:** Bij een verschoven eigen risico (of 'donut hole') hebben verzekerden een verschillend start- en eindpunt van het eigen risico, afhankelijk van hun verwachte zorggebruik. Het eigen risico kan bij een chronisch zieke bijvoorbeeld ingaan op 2000 euro in plaats van de huidige situatie op 0 euro.
- **No-claimkorting:** De no-claimkorting is een korting die mensen kunnen krijgen als ze in een bepaald jaar lage zorgkosten hebben. Als hun zorgkosten onder een vastgesteld bedrag blijven, krijgen ze het verschil terug. De Zvw kende in 2006 en 2007 een no-claim korting.
- **Two tier-systeem:** Dit is een combinatie van een verplicht eigen risico en een procentueel eigen risico. Eerst geldt een verplicht eigen risico aan de voet. De verzekerde betaalt zijn zorg volledig zelf. Boven het eigen risico geldt vervolgens een procentueel eigen risico tot een maximum. Daarboven worden de zorgkosten volledig vergoed.

4.2 Effecten van eigen betalingen

De verplichte basiszorgverzekering in Nederland (Zvw) beschermt burgers tegen hoge en onzekere zorgkosten. De basisverzekering heeft echter ook nadelen. Mensen kunnen meer zorg gebruiken dan nodig, omdat ze minder op de kosten letten, omdat het lijkt alsof de zorg 'gratis' of 'goedkoop' is, of omdat ze de premie toch al hebben betaald (*moral hazard*).

De eigen betaling ontmoedigt enerzijds onnodige zorgconsumptie en anderzijds risicovol of ongezonder gedrag. Een laag eigen risico remt verzekerden relatief weinig: met een of twee behandelingen is vaak het eigen risico volgemaakt. Het eigen risico heeft een beperkt remeffect op het gebruik van zorg door chronische patiënten, omdat mag worden verwacht dat de zorgkosten ver boven het eigen risico uit zullen komen. Een hoog verplicht eigen risico kan zorg minder toegankelijk maken (met name voor lage inkomensgroepen) en dient daarbij te voldoen aan internationaal geldende verplichtingen. Voor de maximale hoogte van eigen betalingen gelden bijvoorbeeld ILO-verdragen. Die schrijven voor dat een eigen bijdrage niet meer mag zijn dan 25% van de totale zorgkosten. Bij geen van de voorgestelde maatregelen in deze rapportage vormen internationale verplichtingen op deze gronden een belemmering.

Om de effecten van zorgconsumptie bij gewijzigde eigen betalingen te bepalen, zijn elasticiteiten uit de literatuur gebruikt en *expert educated guesses* betrokken. De prijselasticiteit van het eigen risico geeft bijvoorbeeld aan hoeveel meer of minder zorg wordt gebruikt wanneer de hoogte van het eigen risico verandert.⁷ De onderzoekers vonden dat mensen zowel onnodige als nodige zorg gingen mijden als gevolg van de eigen betaling. Dit leidde bij de meerderheid van de mensen niet tot een slechtere gezondheid. Alleen bij mensen met een laag inkomen die al een slechte gezondheid hadden, trad er een negatief effect op hun gezondheid (zie bijlage 4. Kwantificering van maatregelen voor eigen betalingen in de zorg).⁸

Uitvoering van de verschillende vormen van eigen betalingen voor inkomensafhankelijke regelingen is alleen mogelijk als een toets aan de privacywetgeving wordt doorstaan. In het kader van die toets moeten vragen worden beantwoord als: welk belang is met de maatregel gediend; is de inbreuk die de maatregel maakt op de persoonlijke levenssfeer noodzakelijk; kan het doel worden bereikt op een wijze die de privacy minder belast; en zijn doel en middel proportioneel? De introductie van nieuwe eigen betalingen kan, afhankelijk van het moment van invoering, binnen een jaar plaatsvinden. De invoering of wijziging van een eigen bijdrage vereist een aanpassing van het Besluit Zorgverzekering (Algemene Maatregel van Bestuur) die voor 1 juli t-1 moet worden doorgevoerd. Een aanpassing van het eigen risico moet voor 1 juni t-1 via een wetswijziging publiekelijk bekend worden gemaakt. Zorgverzekeraars kunnen hier vervolgens bij het bekendmaken van de polissen in het najaar van t-1 rekening mee houden. Bij de uitwerkingen is ervan uitgegaan dat in beginsel geen specifiek overgangsrecht is toegepast conform het gelijkheidsbeginsel, dat stelt dat gelijke gevallen op gelijke wijze worden behandeld.

⁷ Een hoge negatieve elasticiteit, bijvoorbeeld, betekent een groot remeffect. Wanneer bijvoorbeeld het eigen risico met 100% toeneemt (bijvoorbeeld van € 150 naar € 300) kan het zorggebruik afnemen met 10% (van gemiddeld € 5000 naar € 4500 per persoon). De berekening van de prijselasticiteit is dan als volgt: $((4500 - 5000) / 5000) / ((300 - 150) / 150) = -0,1$.

⁸ Newhouse, J.P. (1993). *Free for All? Lessons from the RAND Health insurance experiment*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

5 Preventie

5.1 Inleiding

Preventie heeft betrekking op gezondheidsbescherming (adequate riolering, schoon drinkwater), ziektepreventie (vaccinatieprogramma's) en gezondheidsbevordering. De in deze rapportage uitgewerkte preventiemaatregelen hebben voornamelijk betrekking op gezondheidsbevordering. Hierbij gaat het met name om het beïnvloeden van leefstijl en gedrag.

Preventiebeleid is een belangrijk instrument om gezondheid en maatschappelijke participatie te bevorderen. De relatie tussen een preventiemaatregel en de uiteindelijke maatschappelijke kosten en baten loopt over vele schakels. Zo is voor het evalueren van de kosten en baten van een verhoging van bijvoorbeeld de accijns op tabak niet alleen inzicht nodig in het effect op het rookgedrag, maar ook in het effect van deze gedragsverandering op de preventie van longkanker en andere chronische ziekten. Vervolgens moet worden bepaald in hoeverre de resulterende gezondheidsverbetering de relevante maatschappelijke uitkomsten beïnvloedt. In veel gevallen is wel iets bekend over de samenhang tussen gezondheid en een bepaalde maatschappelijke uitkomst, maar ontbreekt kwantificering van het causale effect.

5.2 Effecten van preventiemaatregelen

Bij het doorrekenen van preventiemaatregelen is het van belang dat de bredere maatschappelijke context wordt meegewogen. Op basis van de beschikbare informatie blijkt dat veel preventiemaatregelen niet goed zijn te kwantificeren. Ten eerste vinden de effecten van preventie vaak pas op lange termijn plaats. Zo leidt, wederom gebruikmakend van het eerder genoemde voorbeeld, een reductie van het aantal rokers niet onmiddellijk, maar pas na een flink aantal jaren, tot een daling van de incidentie van longkanker. Bij een inventarisatie van de effecten over de eerste tien jaar blijven zulke langetermijneffecten buiten beeld. Ten tweede liggen de baten van preventie deels buiten de zorg. Zo heeft het tegengaan van overmatig alcoholgebruik ook effect op het verminderen van geweldpleging en het aantal verkeersongevallen. Ook deze effecten worden, voor zover ze geen directe impact hebben op de zorguitgaven, niet meegenomen.

Preventie leidt op de lange termijn niet noodzakelijkerwijs tot lagere zorguitgaven. In veel gevallen nemen door preventie de individuele zorgkosten per saldo niet af, maar verschuiven zij naar een later moment in het leven. Het RIVM laat zien dat wanneer roken en overgewicht in Nederland in één keer zouden worden uitgebannen, de aan leefstijl gerelateerde zorguitgaven weliswaar zouden dalen, maar als gevolg van de stijgende

levensverwachting de totale zorguitgaven op lange termijn juist zouden stijgen.⁹ Bovendien zouden de opbrengsten van accijns op tabaksproducten dalen. De baten voor de volksgezondheid van preventie liggen in deze situatie vooral in de waarde van een langer en gezonder leven.

Daarnaast hangt een betere gezondheid samen met hogere participatie, vooral op de arbeidsmarkt.¹⁰ Wanneer gezondheidswinst inderdaad leidt tot meer en langer werken lijken de financiële baten voor de overheid positief te zijn. Verder is duidelijk dat een samenhang bestaat tussen gezondheid aan het begin van het leven en uitkomsten zoals opleidingsniveau en inkomen later in het leven.¹¹ In het onderzoeksprogramma 'Toekomst voor de zorg' is het CPB nader ingegaan op het effect van gezonder leven op de kosten en baten voor de burger, overheid en pensioenfondsen.

5.3 Preventie binnen de curatieve zorg

De Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt de wettelijke kaders voor verzekerde individuele curatieve zorg. Voorbeelden van individuele preventiemaatregelen die onderdeel uit (kunnen) maken van het verzekerde basispakket zijn 'de beweegkuur', of 'stoppen met roken'. De mogelijkheden om binnen de Zvw meer collectieve preventie (c.q. leefstijl) initiatieven aan te moedigen, zijn beperkt.¹² Wel is het mogelijk om individueel gerichte leefstijlinterventies aan het verzekerde pakket toe te voegen, mits bewezen effectief en doelmatig.

Het ministerie van VWS voert in 2015 het project 'preventie in de zorgstelsels' uit naar aanleiding van een aantal toezeggingen van de minister van VWS en een motie van Wolbert tijdens de begrotingsbehandeling van november 2014.¹³ Onderzocht wordt welke mogelijkheden voor preventie in de verschillende wetten (Zvw, Wpg, Wlz, Wmo, Jeugdwet), er nu al zijn, hoe knelpunten kunnen worden weggenomen en welke verbeterpunten er zijn. Dit met de onderzoeksvraag hoe preventie beter kan worden verankerd in deze wetten en wat de (on)mogelijkheden en voor- en nadelen zijn van een betaaltitel voor selectieve preventie in de Zvw. Ook wordt bezien wat geleerd kan worden van buitenlandse voorbeelden.

⁹ Panhuis-Plasmans, M. in 't, Luijben, G., en Hoogenveen, R. (2012). Zorgkosten van ongezond gedrag, Kosten van ziekten. Notities 2012-2.

¹⁰ Harbers, M. M., en Hoeymans, N. (2014). Gezondheid en maatschappelijke participatie, Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning.

¹¹ Ter Weel, B., Van Erp, F., Van der Horst, A., en Prevoo, T. (2014). Onderzoek naar de economische mechanismen van ontwikkeling van menselijk kapitaal en de rol van gezondheidspreventie. Centraal Planbureau: Notitie.

¹² Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2011, december). Preventie van welvaartsziekten - Effectief en efficiënt georganiseerd.

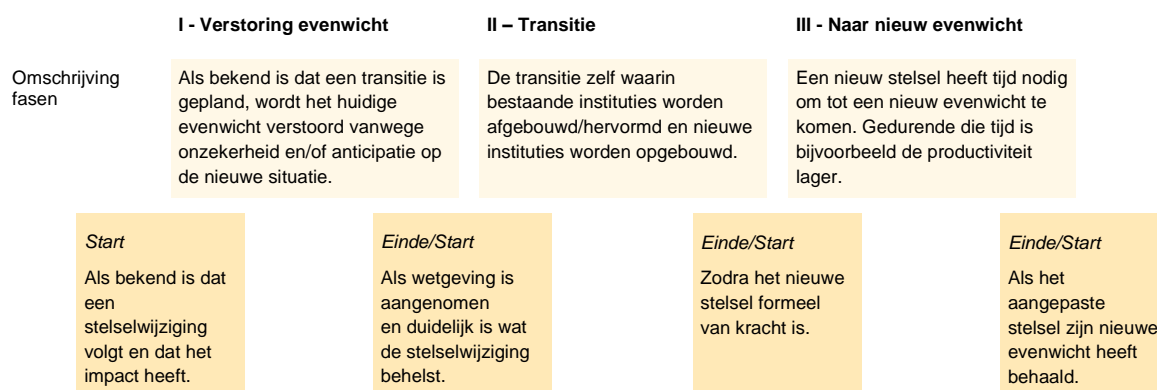
¹³ Motie van het lid Wolbert (2014, november 20). Motie over een betaaltitel voor preventie in de Zorgverzekeringswet. Kamerstuk 34 000-XVI nr. 65.

6 Transitiekosten en gedragseconomie

6.1 Analyse kader transitiekosten

Een transitie kan bestaan uit het overhevelen van delen van ondersteuning of zorg van het ene naar het andere uitvoeringsregime (bijvoorbeeld van Wmo naar Zvw), het toevoegen van elementen van publieke aanbodsuring aan het bestaande privaatrechtelijke verzekeringsstelsel (bijvoorbeeld uitbreiding Wbmv; Wet op bijzondere medische verrichtingen) of een fundamentele aanpassing binnen een uitvoeringsregime (bijvoorbeeld een aanpassing van - een deel van - de inrichting van de Wlz). De hoogte van de transitiekosten van stelselwijzigingen, dus om vanuit de bestaande situatie naar een nieuw evenwicht te komen, hangt van diverse factoren af. Om meer inzicht in de omvang van de transitiekosten voor de zorg te verkrijgen, is verdiepend extern onderzoek uitgevoerd door SiRM.¹⁴ De centrale vragen hierbij waren: welke elementen spelen een rol bij transities, wat is de tijdsduur van de verschillende transities en hoe hoog zijn de bijbehorende transitiekosten? Het onderzoek heeft een analysekader voor transitiekosten opgeleverd. Deze paragraaf gaat hier kort op in.

Figuur 6.1 Analyse kader aanpassing zorgstelsel¹⁴



Het analysekader voor transities in de zorg kent drie fasen. Voorafgaand aan de daadwerkelijke transitie treedt allereerst een verstoring van het evenwicht op. Deze onzekere periode wordt afgesloten met het aannemen van nieuwe wet- en regelgeving. Vervolgens worden tijdens de feitelijke overgang bestaande instituties ontmanteld en nieuwe opgebouwd. De governance (waaronder het bestuurlijk-informatie-financieel stelsel¹⁵) wordt heringericht en de veranderde wet- en regelgeving wordt ingebed in de uitvoeringspraktijk. Nieuwe werkwijzen, kennis en vaardigheden worden ontwikkeld en een aanpassing van de *checks and balances* wordt doorgevoerd. In de laatste fase, nadat de

¹⁴ SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015). Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg.

¹⁵ Boerboom, H., Nijenhuis, J. (2013). Het BIF-stuk - Samen werken aan een goed financieel stelsel.

transitie heeft plaatsgevonden, zal het enige tijd duren voordat een nieuw evenwicht wordt bereikt.

De drie fasen van het transitieproces gaan gepaard met verschillende typen transitiekosten voor de betrokken partijen (patiënten, aanbieders van zorg en ondersteuning, zorgverzekeraars, gemeenten, Rijksoverheid). De relevantie van het type kosten verschilt per stelselwijziging. In het gehanteerde onderzoekskader zijn de volgende vier typen van transitiekosten meegenomen.

- Lopende kosten: kosten van de dagelijkse operaties die voortvloeien uit de stelselwijziging. Voorbeelden hiervan zijn het opstellen van nieuwe wet- en regelgeving, een nieuwe structuur voor handhaving en toezicht en de ontwikkeling van een nieuw bekostigingssysteem.
- Waardeoverdracht en -verandering: kosten ter compensatie voor de overdracht van eigendomsrechten en toekomstige inkomensstroom en de afkoop van bestaande contracten. Ook de kosten van versnelde afschrijving, omdat bepaalde activa na de stelselwijziging niet langer nodig zijn, vallen hieronder.
- Onzekerheid: het 'onbekende' kan ervoor zorgen dat extra financiële buffers worden aangelegd, investeringsbeslissingen worden uitgesteld en het personeelsbeleid wordt herzien. Dit zorgt mogelijk tijdelijk voor een lagere productiviteit en dus efficiencyverlies.
- Gedragseffecten: de handelwijze van betrokken partijen verschilt per transitiefase en omvat zowel beoogde als ongewenste effecten. Bijvoorbeeld door informatieasymmetrie hebben uitvoerders doorgaans betere informatie over kosten en opbrengsten dan de Rijksoverheid. Dit betekent dat in dergelijke situaties de kans groot is dat de Rijksoverheid een te hoge compensatie voor de overdracht van eigendomsrechten overeenkomt.

Het analysekader is benut om een algemene rekenregel op te stellen om effecten van de omvangrijke transitie maatregelen te kwantificeren. De algemene rekenregel, gebaseerd op een aantal uitgevoerde voorbeeldberekeningen, gaat uit van de veronderstelling dat gedurende de transitie de kosten per jaar 1,5% van de budgettaire grondslag zijn. Onderscheid wordt gemaakt tussen kleine, middelgrote en grote stelselwijzigingen. Bij kleine transities wordt uitgegaan van een transitie van twee jaar, bij middelgrote van vijf jaar en bij grote stelselwijzigingen van acht jaar. In geval van een grote transitie, zoals een overgang van zorg van het ene domein naar het andere, zijn de transitiekosten berekend op $8 \text{ jaar} \times 1,5\% = 12\%$. Bij een kleine transitie (bijvoorbeeld het overhevelen van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget) of een middelgrote transitie (bijvoorbeeld medisch specialisten in loondienst) is dat respectievelijk 3% of 7,5%. In deze percentages zit een zekere onzekerheidsmarge en het betreft ondergrenzen van de te verwachten tijdelijke transitiekosten. De werkelijke transitiekosten kunnen in praktijk veel hoger uitvallen, bijvoorbeeld in het geval van de transitie van een privaat stelsel naar een publiek stelsel die gepaard gaat met onteigening. Het verdient aanbeveling om bij een voorgenomen stelselwijziging vooraf de geraamde transitiekosten en opbrengsten afzonderlijk in beeld te brengen.

6.2 Gedragseconomie

In de taakopdracht is aangegeven dat niet alleen verschuiving van lasten van maatregelen wordt onderzocht, maar ook mogelijke verandering van gedrag van actoren, of van het volume aan zorg.

In het zorgstelsel zijn uiteenlopende partijen actief waarbij hun gedragingen tezamen de werking van het geheel bepalen. De standaard economische theorie gaat uit van het beeld van de mens als rationele beslisser die bij volledige informatie keuzes maakt in lijn met zijn voorkeuren. De gedragseconomie leert dat het handelen van mensen ook wordt beïnvloed door onvolledige informatie en onzekerheid. De uitdaging is om deze meer irrationele, maar deels voorspelbare, patronen in het keuzegedrag van groepen mensen in te kunnen schalen. Ter illustratie staat in onderstaande box een aantal voorbeelden van menselijke gedragingen. Deze zijn relevant voor het functioneren van het zorgstelsel en de vormgeving van het beleid.

Voorbeelden

- **Mensen zijn verliesavers:**
In tegenstelling tot wat het rationele mensbeeld doet vermoeden, geldt vaak dat mensen verliezen zwaarder wegen dan even grote winsten.
Raakvlak zorgstelsel – Dit element kan bijvoorbeeld een rol spelen in de maatschappelijke discussie bij overhevelingen van zorg uit het basispakket naar de aanvullende verzekering.
- **Mensen zijn niet stressbestendig bij keuzes:**
Het rationele mensbeeld suggereert dat meer opties en meer informatie leiden tot gelijke of betere uitkomsten. In werkelijkheid geldt echter dat een overvloed aan beide juist regelmatig leidt tot slechtere of geen uitkomsten.
Raakvlak zorgstelsel – Voor de zorgverzekeringswet kan gekozen worden uit verschillende soorten zorgpolissen.
- **Mensen zijn slecht in schatten en rekenen:**
In tegenstelling tot waar het rationele mensbeeld van uitgaat, zijn mensen niet altijd goed in staat om kansen goed in te schatten en te berekenen. Sterker nog, schat- en rekenfouten zijn niet willekeurig maar in zekere zin voorspelbaar.
Raakvlak zorgstelsel – De kans dat een ziekte zich daadwerkelijk ontwikkelt op basis van eigen gedrag en leefstijl.

In deze rapportage zijn gedragseffecten meegenomen als onderdeel van de gehanteerde voorspelmodellen voor de beleidsopties eigen betalingen. Hiervoor zijn elasticiteiten gebruikt om een totaaleffect van gedrag op zorggebruik in te schalen.

Voor het Nederlandse zorgstelsel is nog beperkt (wetenschappelijk) onderzoek gedaan naar de impact van gedragseffecten. Daarom heeft de Technische werkgroep ervoor gekozen om gedragseconomische expertise binnen en buiten de zorg te betrekken bij de analyse van de beleidsopties. De verkregen inzichten zijn bij de uitwerking van de beleidsopties betrokken.

Een aanbeveling van de experts is om meer praktijkgerichte kennis en ervaring op te doen. Om de brug tussen theorie en praktijk te kunnen maken, zijn verschillende alternatieven voorstelbaar. Gekozen is om in een zogenaemde 'laboratoriumsetting' de effecten van gedrag

op de werking van verschillende vormen eigen betalingen voor de zorg te onderzoeken. De rapportage van dit onderzoek is als bijlage 6 beschikbaar. Een dergelijk experiment is nieuw voor de Nederlandse zorg en vergt nog nadere analyse en vervolgonderzoek. Daarom zijn de uitkomsten van dit labexperiment niet gebruikt bij de kwantificering van de beleidsopties eigen betalingen. Het ministerie van VWS laat in 2015 onderzoek verrichten naar zorgmijding en naar het effect van verhoging van het eigen risico op het gebruik van tweedelijnszorg.¹⁶

¹⁶ De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015, februari 27). Evaluatie Zorgverzekeringswet. Vergaderjaar 2014-2015, 29 689 nr. 591.

7 Overzicht resultaten analyse

7.1 Presentatie beleidsopties

In dit hoofdstuk worden de budgettaire effecten van de beleidsopties gepresenteerd. In totaal zijn ruim honderd maatregelen beschreven en waar mogelijk doorgerekend. De beleidsopties zijn geanonimiseerd uitgewerkt en worden per thema gepresenteerd. Voor een aantal beleidsopties geldt dat in de praktijk een van de alternatieven kan worden geïmplementeerd; de opbrengsten kunnen daarom niet worden opgeteld.

De bedragen in de tabellen zijn in miljoenen euro's. Een '+' betekent een verhoging van de zorguitgaven en een '-' een verlaging; bijvoorbeeld -200 is een besparing van 200 miljoen euro. Als een maatregel technisch of juridisch niet uitvoerbaar is, wordt dit in de uitwerking toegelicht. In de tabel is dan een 'x' opgenomen. Voor maatregelen waarvoor onvoldoende informatie beschikbaar is om het resultaat te bepalen, is een p.m. in de tabellen opgenomen. Voor enkele beleidsopties beveelt de Technisch werkgroep specifiek aan nader onderzoek te doen. Deze maatregelen komen terug bij de aanbevelingen in hoofdstuk 8.

In bijlage 3. Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsopties Zorgkeuzes in Kaart worden de beleidsopties nader beschreven. In deze beschrijving zijn waar relevant en mogelijk de gedragseffecten, transitie- en uitvoeringskosten, overgangsrecht, eigen betalingen en weglekeffecten benoemd. In onderstaande tabellen worden alleen de effecten op de netto collectieve zorguitgaven gepresenteerd.

7.2 Beleidsopties zorgbreed en arbeidsmarkt

In deze paragraaf worden de budgettaire effecten van zorgbrede beleidsopties en op het gebied van arbeidsmarkt beschreven.

Tabel 7.1 Overzicht beleidsopties zorgbreed en arbeidsmarkt (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
001 Honderd procent borging door Waarborgfonds voor de Zorgsector	0	+100	+200	+300	+400
002 Overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg	0	0	-85	-85	-85
003 Overheadnorm ziekenhuizen	x				
004 Boete voor zorgverzekeraars bij onvoldoende fraudeopsporing	0	0	p.m.	p.m.	p.m.
005 Kortingen op de loonindexatie:					
a. Eenmalig 1%	0	0	0	-340	-340
b. 1% gedurende 2 jaar	0	0	0	-340	-680
006 Medisch specialisten verplicht in loondienst:	+150	+150	+150	+2200	-100
				-p.m.	
007 Medisch specialisten onder de Wet normering topinkomens	0	0	0	-10	-65
008 Medisch specialisten verplicht in loondienst en onder de Wet normering topinkomens	+300	+300	+300	+2300	-540
				-p.m.	
009 Kortingen op opleidingsbudgetten medisch specialisten	0	-15	-30	-50	-50
010 Banenplan voor de langdurige zorg	+350	+700	+1100	+1400	+1400

001: Honderd procent borging door Waarborgfonds voor de Zorgsector

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) gaat alle vastgoedleningen die banken bereid zijn te verstrekken, 100% borgen. De Rijksoverheid is achterborg voor de garanties die het WFZ afgeeft.

002: Overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg

De overheid verplicht zorgkantoren om bij de zorginkoop in de Wet langdurige zorg (Wlz) gedifferentieerde tarieven te hanteren die afhangen van het overheadpercentage en het ziekteverzuim van de aanbieder. Aanbieders die slechter scoren dan de vastgestelde normen, krijgen een lager tarief vergoed.

003: Overheadnorm ziekenhuizen

Het invoeren van een norm die stelt dat de overhead van ziekenhuizen maximaal 20% van de omzet bedraagt. Wanneer de instelling de norm niet haalt, legt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een boete op. Daarnaast worden zorginstellingen verplicht verantwoording over de overhead af te leggen in hun jaarverslag.

004: Boete voor zorgverzekeraars bij onvoldoende fraudeopsporing

Zorgverzekeraars sporen 3% fraude op in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor zover een zorgverzekeraar deze doelstelling verwijtbaar niet haalt, volgt een boete ter hoogte van een bedrag van 3% van de omzet minus het opgespoorde bedrag aan fraude.

005: Korten op de loonindexatie

Op de looncomponent van de macrobudgetten en gereguleerde tarieven in de zorg wordt een eenmalige of een tweejarige korting van 1% toegepast. Eenzelfde korting geldt voor de (fictieve) looncomponent van het (fictieve) aandeel in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdzorg in het Gemeentefonds.

006: Medisch specialisten verplicht in loondienst

Alle medisch specialisten komen verplicht in loondienst, maar vallen niet onder de Wet normering topinkomens (WNT). Drie varianten zijn uitgewerkt:

- a. Alle nieuw in diensttredende artsen komen in loondienst. Leden van bestaande maatschappen krijgen de optie om vrijwillig in loondienst te treden.
- b. Alle vrijgevestigde medisch specialisten die in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) werken, komen gefaseerd in loondienst. Voor artsen die korter dan tien jaar in een maatschap zitten, en die zich ingekocht hebben, geldt dat zij pas in loondienst komen nadat ze in totaal (maximaal) tien jaar in een maatschap hebben gewerkt.
- c. Alle vrijgevestigde medisch specialisten die in een ziekenhuis of een ZBC werken, komen direct in loondienst van het ziekenhuis.

007: Medisch specialisten onder de Wet normering topinkomens

Medisch specialisten in loondienst worden aan de werkingssfeer van de WNT toegevoegd. Het maximale salaris dat een medisch specialist mag ontvangen, wordt zo genormeerd.

008: Medisch specialisten verplicht in loondienst en onder de Wet normering topinkomens

Medisch specialisten komen verplicht in loondienst en worden onder de WNT gebracht. Deze maatregel is dus een combinatie van de beleidsopties 006 en 007.

009: Korten op opleidingsbudgetten medisch specialisten

Het vergoedingsbedrag dat zorginstellingen ontvangen voor de 27 medisch specialistische vervolgopleidingen, wordt gekort met 7,5%. Daarnaast wordt een verplichting voor ziekenhuizen ingesteld om gedetailleerd verantwoording af te leggen over de besteding van de subsidie ten behoeve van medische vervolgopleidingen.

010: Banenplan voor de langdurige zorg

Er komen extra middelen beschikbaar voor de langdurige zorg, die worden verdeeld over de contracteeruimte Wlz en de uitkering aan gemeenten. In de Zvw wordt het budgettair kader voor wijkverpleging verhoogd. De totale investering bedraagt 1,4 miljard euro structureel. Er is geen verplichting voor zorginstellingen om de extra middelen te gebruiken om extra personeel aan te trekken.

7.3 Beleidsopties pakketbeheer

In deze paragraaf worden de budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied van het verzekerde pakket beschreven.

Tabel 7.2 Overzicht beleidsopties pakketbeheer (budgettair effect, miljard euro, + = hogere uitgaven)

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
011 Verkleinen basispakket op basis van ziektelast	0	0	0	-250	-500
012 QALY als norm voor het basispakket	0	0	p.m.	p.m.	p.m.
013 Aanpassen voorwaardelijke toelating:					
a. Voorwaardelijke toelating als subsidie	0	-20	-40	-60	-80
b. Verbreding voorwaardelijke toelating	0	+1	+1	+2	+2
014 Gepast gebruik (onderdelen a. en c. gecombineerd)	0	-25	-50	-75	-75
015 Beperken pakket voor ouderdomsgerelateerde zorg	0	-220	-220	-220	-220
016 Beperken recht op kraamzorg en invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage	0	0	-110	-110	-110

011: Verkleinen basispakket op basis van ziektelast

Vormen van zorg of diensten voor aandoeningen die een lagere ziektelast hebben dan een bepaald minimum, worden uit het basispakket verwijderd. De maatregel gaat uit van een ziektelastgetal van 0,05 als grens. Dat wil zeggen dat maximaal 5% van de gezondheid verloren gaat als de aandoening onbehandeld blijft.

012: QALY als norm voor het basispakket

Er wordt voor het basispakket een financiële norm per *quality adjusted life year* (QALY) ingevoerd. Een behandeling in het basispakket mag niet duurder zijn dan dit normbedrag. De grenzen die voor deze maatregel worden verkend zijn 50.000, 80.000 en 100.000 euro per QALY. Het Zorginstituut Nederland scherpt op basis van de gekozen QALY-norm het pakketbeheer en de toelating aan. Artsen en hun wetenschappelijke verenigingen worden opgeroepen de QALY-grens als richtsnoer te gebruiken bij het ontwerpen van richtlijnen en bij de keuzes die ze in de spreekkamer maken.

013: Aanpassen voorwaardelijke toelating

De vormgeving van het instrument voorwaardelijke toelating wordt gewijzigd door de aanspraak in de Zvw te versoberen tot een subsidieregeling, die de voorwaardelijk toegelaten zorg beperkt tot de patiënten die deelnemen aan het onderzoek naar de effectiviteit van die zorg. Daarnaast wordt het instrument voorwaardelijke toelating breder ingezet.

014: Gepast gebruik

De maatregel bestaat uit drie onderdelen, gericht op a) het aanscherpen van de kwaliteitsstandaarden en het opstellen van een overzicht van 'redelijke' volumes voor specifieke patiëntencategorieën; b) bewezen effectiviteit als pakketcriterium; en c) verplichte registratie van nevendiaagnosen van intramurale zorgproducten.

015: Beperken pakket voor ouderdomsgerelateerde zorg

Betaalbare aanspraken die samenhangen met ouderdom, gaan uit het basispakket voor verzekerden vanaf 67 jaar. Deze zorg kwalificeert niet meer als noodzakelijk te verzekeren zorg. Dit is uitgewerkt voor twee pakketonderdelen: incontinentiemateriaal voor ouderen en auditieve hulpmiddelen bij leeftijdsgerelateerde slechthorendheid.

016: Beperken recht op kraamzorg en invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage

Het minimum aantal uren kraamzorg wordt beperkt en de eigen bijdrage voor kraamzorg wordt grotendeels inkomensafhankelijk gemaakt.

7.4 Beleidsopties eigen betalingen

In deze paragraaf staan de beleidsopties op het gebied van eigen betalingen. De beleidsopties ten aanzien van eigen betalingen gelden niet voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

De Technische werkgroep beveelt aan om de komende periode vervolgonderzoek te doen naar de effecten van verschillende vormen van eigen betalingen op het zorggebruik van verzekerden (zie ook hoofdstuk 8).

Tabel 7.3 Overzicht beleidsopties eigen betalingen (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
017 Verhogen vermogensinkomensbijtelling	0	-45	-45	-45	-45
018 Invoeren vermogenstoets voor eigen bijdrage in Wet langdurige zorg en Wet maatschappelijke ondersteuning	0	-130	-130	-90	-90
019 Vermogen eigen woning gelijk behandelen in vermogensinkomensbijtelling	0	0	+25	-300	-300
020 Invoeren eigen bijdrage wijkverpleging:					
a. Inkomensafhankelijke eigen bijdrage	0	0	-5	-5	-5
b. Generieke eigen bijdrage van 5 euro per uur	0	0	-25	-25	-25
021 Verhogen of verlagen van het eigen risico:					
a. Eigen risico € 505	0	-870	-870	-870	-870
b. Eigen risico € 305	0	+940	+940	+940	+940
c. Eigen risico € 185	0	+1800	+1800	+1800	+1800
d. Eigen risico € 0	0	+3700	+3700	+3700	+3700
022 Huisartsenzorg onder het eigen risico	0	-340	-340	-340	-340
023 Invoeren procentueel eigen risico:					
a. 75% EB gelijk aan eigen risico 2017 van € 405	0	+210	+210	+210	+210
b. 50% EB gelijk aan eigen risico 2017 van € 405	0	+530	+530	+530	+530
c. 25% EB gelijk aan eigen risico 2017 van € 405	0	+1100	+1100	+1100	+1100
d. 75% EB gelijk aan eigen risico van € 440	0	-30	-30	-30	-30
e. 50% EB gelijk aan eigen risico van € 495	0	-95	-95	-95	-95
f. 25% EB gelijk aan eigen risico van € 725	0	-510	-510	-510	-510
024 Invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting:					
a. Maximale eigen bijdrage gelijk aan eigen risico 2017 van € 405	0	0	+1100	+1100	+1100
b. Maximale eigen bijdrage van € 725	0	0	-510	-510	-510
025 Herintroduceren verplichte no-claimkorting	0	0	+140	+140	+140
026 Invoeren inkomensafhankelijk eigen risico	0	0	+60	+60	+30
027 Invoeren two-tier systeem (het Zwitserse systeem):					
a. Grens X is 320 euro en grens Y is 640 euro	0	0	+80	+80	+80

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
b. Grens X is 300 euro en grens Y is 800 euro	0	0	-55	-55	-55
028 Verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico:					
a. Maximale vrijwillige eigen risico naar 1000 euro	0	-5	-5	-5	-5
b. Maximale vrijwillige eigen risico naar 2500 euro	0	-10	-10	-10	-10
029 Invoeren eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen:					
a. Eigen bijdrage 3 euro per receptregel	0	-45	-45	-45	-45
b. Eigen bijdrage 4 euro per receptregel	0	-130	-130	-130	-130
c. Eigen bijdrage 5 euro per receptregel	0	-190	-190	-190	-190
d. Eigen bijdrage 25% per receptregel tot maximaal 200 euro per jaar	0	-160	-160	-160	-160
030 Invoeren eigen risico voor hulpmiddelen in de Zorgverzekeringswet	0	-290	-290	-290	-290
031 Invoeren eigen bijdrage tandheelkundige zorg in de Zorgverzekeringswet	0	-30	-30	-30	-30
032 Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in het ziekenhuis	0	-70	-70	-70	-70
033 Invoeren eigen bijdrage voor bezoek aan de huisartsenpost:					
a. Eigen bijdrage van 25% van zorgkosten per bezoek HAP	0	-35	-35	-35	-35
b. Eigen bijdrage alleen voor 'zelfverwijzers'	0	-3	-3	-3	-3
034 Invoeren verschoven eigen risico ('donut hole'):					
a. Generiek verschoven eigen risico	0	+370	+370	+370	+370
b. Gedifferentieerd verschoven eigen risico	x				
035 Hoge eigen bijdrage eerste zes maanden intramurale zorg in de Wet langdurige zorg	0	-140	-140	-140	-140

017: Verhogen vermogensinkomensbijtelling

Het percentage van de vermogensinkomensbijtelling wordt verhoogd van 8% naar 12% voor zowel de eigen bijdrage van de Wlz als de eigen bijdrage van de Wmo. De geschatte opbrengst hiervan wordt in mindering gebracht op het gemeentefonds. Overigens blijft de maximale eigen bijdrage gelijk aan de huidige maximale eigen bijdrage.

018: Invoeren vermogenstoets voor eigen bijdrage in de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning

Cliënten in de Wlz en de Wmo gaan direct uit hun vermogen bijdragen. Alle vermogen boven het heffingsvrije vermogen (vanaf 21.139 euro in box 3) wordt meegerekend bij het bepalen van de grondslag waarover de eigen bijdrage wordt berekend. Cliënten komen daardoor eerder aan een maximale eigen bijdrage. Gemeenten hebben niet meer de bevoegdheid om zelf te bepalen of en in hoeverre vermogen in aanmerking wordt genomen bij de Wmo; dat wordt wettelijk geregeld.

019: Vermogen eigen woning gelijk behandelen in vermogensinkomensbijtelling

Vermogen in de eigen woning en vermogen in box 3 worden op dezelfde wijze meegenomen in de berekening van de eigen bijdrage voor de Wlz: over het opgebouwde vermogen in de eigen woning wordt een vermogensbijtelling van 8% gerekend. De maximale eigen bijdrage blijft ongewijzigd.

020: Invoeren eigen bijdrage wijkverpleging

Er wordt een eigen bijdrage voor wijkverpleging ingevoerd. De eerste variant is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De parameters van de regeling worden zo gekozen dat de eigen bijdrage gemiddeld 5 euro per uur zorg bedraagt. De tweede variant is een eigen

bijdrage ingevoerd van 5 euro per uur, ongeacht de hoogte van het inkomen. In beide varianten wordt het verplichte eigen risico generiek verlaagd.

021: Verhogen of verlagen van het eigen risico

Vier mogelijke wijziging van het verplicht eigen risico: a) een verhoging met 100 euro, b) een verlaging met 100 euro, c) een verlaging met 220 euro, of d) het schrappen van het verplicht eigen risico. De eerste drie varianten betreffen 'incidentele' aanpassingen. In de laatste variant wordt het verplicht eigen risico verlaagd met 405 euro. Hiermee wordt het eigen risico de facto afgeschaft.

022: Huisartsenzorg onder het eigen risico

De aanspraak op huisartsenzorg wordt onder het eigen risico geplaatst. Dit geldt zowel voor algemene huisartsenzorg als huisartsenposten. Het inschrijftarief voor een huisarts wordt niet onder het eigen risico geplaatst.

023: Invoeren procentueel eigen risico

Het verplichte eigen risico wordt vervangen door een procentueel eigen risico. De verzekerde betaalt een percentage van zijn zorgkosten (75%, 50% of 25%) tot een maximum bedrag. In de varianten a, b, c, blijft het maximum bedrag gelijk aan het huidige eigen risico van 405 euro. In variant d wordt het maximum bedrag hoger dan de huidige 405 euro namelijk 440 euro bij 75% eigen betaling. In variant e wordt het maximum 495 euro bij 50% eigen betaling en in variant f wordt gerekend met een maximum 725 euro bij 25% eigen betaling.

024: Invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting

Het huidige eigen risico wordt vervangen door een systeem met vaste eigen betaling per verrichting totdat een bepaald maximum is bereikt. In de eerste variant blijft de maximale eigen bijdrage gelijk aan het huidige eigen risico (405 euro in 2017); in de tweede variant wordt de maximale eigen bijdrage verhoogd naar 725 euro.

025: Herintroduceren verplichte no-claimkorting

Het huidige eigen risico wordt afgeschat en een no-claimkorting geïntroduceerd (is de facto een no-claim van 405 euro). De nominale premie wordt verhoogd en het vrijwillig eigen risico blijft bestaan.

026: Invoeren inkomensafhankelijk eigen risico

Een inkomensafhankelijk eigen risico wordt geïntroduceerd op basis van niveaus die afhankelijk zijn van het individuele inkomen of het huishoudinkomen. Alle varianten zijn budgettair neutraal ten opzichte van het basispad (exclusief transitiekosten en administratieve lasten).

027: Invoeren two-tier systeem (het Zwitserse systeem)

Het eigen risico wordt (procentueel) gerelateerd aan de hoogte van de zorguitgaven van een verzekerde. Drie 'stappen' zijn hierin te onderkennen:

- Verzekerden betalen de eerste zorgkosten tot grens X volledig uit eigen zak (100%);
- Daarna wordt tot grens Y 25% van de gemaakte zorgkosten betaald;
- Boven grens Y worden vervolgens de zorgkosten volledig vergoed (0%).

028: Verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico

Het maximale vrijwillige eigen risico wordt opgehoogd naar 1000 euro of 2500 euro. Een verzekerde die hiervoor kiest krijgt een premieverlaging.

029: Invoeren eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen

Voor de introductie van een eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen zijn verschillende varianten uitgewerkt. Een eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen van maximaal 3, 4 of 5 euro wordt per receptregel 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. Een andere variant betreft het invoeren van een eigen bijdrage van 25% per receptregel voor medicijnen tot een maximale eigen bijdrage per jaar van 200 euro. Over de extramurale geneesmiddelen wordt geen eigen risico meer geheven.

030: Invoeren eigen risico voor hulpmiddelen in de Zorgverzekeringswet

Een algemeen eigen risico voor hulpmiddelen in de Zvw wordt ingevoerd met een maximum van 200 euro. Alle extramurale hulpmiddelen in het basispakket worden uit private middelen betaald, tot een jaarlijks maximum van 200 euro per persoon. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar het type hulpmiddel. Over hulpmiddelen wordt geen eigen risico geheven. De huidige specifieke eigen betalingen voor hulpmiddelen komen te vervallen.

031: Invoeren eigen bijdrage tandheelkundige zorg in de Zorgverzekeringswet

Het invoeren van een eigen bijdrage voor tandheelkundige zorg in de Zvw van 15% van de kosten. De eigen bijdrage van 25% voor gebitsprothesen blijft bestaan.

032: Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in het ziekenhuis

Een eigen bijdrage van 10 euro per ligdag wordt ingevoerd bij verblijf in het ziekenhuis, met een maximum van 100 euro per patiënt per jaar.

033: Invoeren eigen bijdrage voor bezoek aan de huisartsenpost

Het invoeren van een eigen bijdrage van 25% van de zorgkosten per bezoek aan de huisartsenpost. Een variant op de maatregel is om alleen zelfverwijzers de eigen bijdrage te laten betalen.

034: Invoeren verschoven eigen risico ('donut hole')

Het verplichte eigen risico begint niet meer aan de voet, maar vanaf een bepaald bedrag aan gemaakte zorgkosten. Tot dat bedrag worden de zorgkosten volledig vergoed, daarna betaalt de patiënt de kosten zelf tot een jaarlijks maximum. De kosten boven dit maximum worden weer volledig vergoed.

035: Hoge eigen bijdrage eerste zes maanden intramurale zorg in de Wet langdurige zorg
Nieuwe cliënten in de Wlz-zorg betalen een hoge eigen bijdrage voor de eerste zes maanden intramurale zorg. Een overgangssituatie wordt gehanteerd, alleen nieuwe cliënten krijgen te maken met de maatregel.

7.5 Beleidsopties preventie

In deze paragraaf staan de beleidsopties op het gebied van preventie centraal. De maatregel 'Oprichten preventiefonds' en 'Preventie in het zorgbudget' zijn verschillende manieren om hetzelfde doel te bereiken.

De Technische werkgroep beveelt aan om in 2015-2016 een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) uit te voeren naar de wijze waarop onderzoeksprogramma's voor preventiebeleid en gezonde leefstijlmaatregelen moeten worden ingericht (zie ook hoofdstuk 8).

Tabel 7.4 Overzicht beleidsopties preventie maatregelen (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
036 Oprichten preventiefonds	0	+470	+470	+470	+470
037 Preventie in het zorgbudget	0	+250	+250	+250	+250
038 Preventieve health check	0	+15	+15	+15	+15
		+p.m.	+p.m.	+p.m.	+p.m.
039 Introduceren bonus voor verminderen ondervoeding en uitdroging	0	0	+15	+15	+15
040 Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg	0	+1	+1	+1	+1

036: Oprichten preventiefonds

Er komt een gezamenlijk door gemeenten en verzekeraars beheerd preventiefonds met een omvang van 470 miljoen. Dit is gelijk aan 1% van de premieopbrengsten van de Zvw plus een bijdrage van gemeenten en andere belanghebbenden vanuit het brede zorgwelzijnsveld van gezamenlijk 150 miljoen euro. Maatschappelijke baten worden door invoering van de maatregel verwacht in de vorm van verbetering van de publieke gezondheid.

037: Preventie in het zorgbudget

Een geormerkt deel van het zorgbudget wordt gereserveerd voor preventieve activiteiten in de zorg, zoals het treffen van maatregelen gericht op vroegtijdige opsporing en voorkomen van ziekten. In totaal wordt 250 miljoen euro geormerkt voor preventie, dit is 0,8% van de middelen van de Zvw in 2017.

038: Preventieve health check

Het preventieconsult (preventieve health check) wordt door de huisarts actief aangeboden aan patiënten tussen de 45 en 70 jaar oud, conform de standaard van het Nederlandse Huisartsen Genootschap. Deze groep wordt eens in de vijf jaar benaderd voor het consult.

039: Introduceren bonus voor verminderen ondervoeding en uitdroging

Er komt een bonus voor zorginstellingen in de langdurige zorg die de mate van ondervoeding en uitdroging van hun bewoners onder de landelijke norm weten te houden. De bonus wordt door zorgkantoren uitgekeerd en komt bovenop het afgesproken tarief.

040: Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg

De Rijksoverheid rolt een programma uit - bestaande uit masterclasses voor zorginstellingen - dat voedselverspilling in de ouderenzorg tegengaat.

7.6 Beleidsopties curatieve zorg

In deze paragraaf worden de budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied van de curatieve zorg beschreven.

Tabel 7.5 Overzicht beleidsopties curatieve zorg (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
041 Capaciteitsregulering dure infrastructuur	0	0	0	-30	-30
042 Capaciteitsplan spoedeisende hulp	0	0	-15	-35	-55
043 Meldkamer 'geen spoed, wel zorg'	0	0	+20	+10	+10
044 Huisarts in dienst van de spoedeisende hulp	x				
045 Mogelijk maken meerjarige polissen	0	0	p.m.	p.m.	p.m.
046 Verplicht aanbesteden zorginkoop door zorgverzekeraars	x				
047 Uitkomstbekostiging in de Zorgverzekeringswet	0	0	0	0	p.m.
048 <i>Shared savings</i> model in de Zorgverzekeringswet	0	0	0	0	p.m.
049 Verplichte verwijzing door huisarts voor eerstelijns paramedische zorg	0	0	0	0	0
050 Verplichte groepsbeslissing bij dure behandelingen en betrokkenheid geriater	0	0	0	0	0
051 Substitutie eenvoudige tweedelijnszorg	0	0	-15	-15	-15
052 Afschaffen eigen bijdrage bevalling in instelling zonder medische noodzaak	0	+10	+10	+10	+10
053 Integraal tarief geboortezorg	0	0	-30	-30	-30
054 Convenant terugdringen no show	0	0	0	0	0
055 Palliatieve zorg van ziekenhuis naar thuissetting	+50	+50	-15	-15	-65
056 Versoberen zorg in het basispakket voor vreemdelingen en asielzoekers	0	0	-1	-1	-1
057 Reclameverbod zorgverzekeraars	x				
058 Afromen winsten/vermogens zorgverzekeraars	x				
059 Belonen infectiepreventie in ziekenhuizen	0	+5	0	-5	-20
060 Verminderen vermijdbare heropnames	0	0	-10	-25	-45
061 Bestuurlijk akkoord mondzorg	0	0	-10	-25	-35
062 Continueren macrobeheersinstrument en afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
063 Gedifferentieerd macrobeheersinstrument	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
064 Verlagen nominale premie	0	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

In tabel 7.5 worden diverse p.m.-en gepresenteerd. De Technische werkgroep beveelt aan om de komende periode (2015-2016) vervolgonderzoek te doen naar de mogelijkheden tot volumebeheersing voor de curatieve zorg (zie ook hoofdstuk 8).

041: Capaciteitsregulering dure infrastructuur

Aanpassing van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) zodat deze ook ingezet kan worden voor capaciteitsregulering. Het uitvoeren van medisch specialistische behandelingen met dure infrastructuur wordt vergunningsplichtig.

042: Capaciteitsplan spoedeisende hulp

De overheid stelt een capaciteitsplan voor de spoedeisende-hulpposten op.

043: Meldkamer 'geen spoed, wel zorg'

Voor zorgvragen zonder spoedkarakter voor onder meer de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)-crisisopvang, de thuiszorg en de kindertelefoon wordt een extra meldkamer opgericht. Dit naar voorbeeld van het vergelijkbare initiatief bij de politie: 'Geen spoed, wel politie'.

044: Huisarts in dienst van de spoedeisende hulp

Spoedeisende-hulpposten van ziekenhuizen worden verplicht een huisarts in dienst te nemen als poortwachter die de triage doet tegen huisartsenposttarief.

045: Mogelijk maken meerjarige polissen

Naast het aanbieden van de 1-jarige polis wordt het aanbieden van meerjarige polissen door zorgverzekeraars mogelijk. De jaarlijkse opzeggingstermijn wordt voor deze meerjarige polissen afgeschaft.

046: Verplicht aanbesteden zorginkoop door zorgverzekeraars

De overheid verplicht zorgverzekeraars om de zorg conform de Zvw in te kopen via aanbesteding. Bij deze aanbesteding zijn zowel prijs als kwaliteit een criterium.

047: Uitkomstbekostiging in de Zorgverzekeringswet

Er wordt een product 'kwaliteitstoeslag' toegevoegd aan de DBC-productstructuur. Deze toeslag kan worden uitbetaald op basis van (aspecten van) toegevoegde waarde (gedefinieerd als kwaliteit/kosten) na afloop van de behandeling op populatieniveau. Als een ziekenhuispopulatie voor een bepaalde behandeling voldoet aan de kwaliteitsindicatoren, mag deze toeslag bij de diagnosebehandelcombinatie (DBC) worden opgeteld.

048: Shared savings model in de Zorgverzekeringswet

De overheid past de huidige tarief- en prestatieregulering in de Zvw aan, zodat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om zelf regiobudgetten vast te stellen. Deze regiobudgetten omvatten zowel de eerstelijns- als tweedelijnszorg. Hierdoor wordt het *shared savings model* mogelijk gemaakt dat een betere gezondheid per geïnvesteerde euro moet stimuleren.

049: Verplichte verwijzing door huisarts voor eerstelijns paramedische zorg

Alleen na verwijzing van de huisarts bestaat het recht op vergoeding van de kosten van paramedische zorg in de eerste lijn (zoals door fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten) ten laste van de zorgverzekering.

050: Verplichte groepsbeslissing bij dure behandelingen en betrokkenheid geriater

Bepaalde dure behandelingen worden alleen vergoed na een groepsbeslissing van medisch specialisten, waarbij in het geval van oudere patiënten in ieder geval een geriater betrokken is.

051: Substitutie eenvoudige tweedelijnszorg

DBC-zorgproducten voor eenvoudige zorg, die ook in de eerste lijn kan worden geleverd, worden in het A-segment ondergebracht. De (maximum-)tarieven voor deze producten worden door de NZa op eerstelijnsniveau vastgesteld.

052: Afschaffen eigen bijdrage bevalling in instelling zonder medische noodzaak

De eigen bijdrage voor een bevalling in een instelling zonder medische indicatie wordt afgeschaft.

053: Integraal tarief geboortezorg

Het invoeren van integrale bekostiging (integrale prestatie en tarief) voor zwangerschap en geboorte. Alle zorgaanbieders ontvangen samen voor alle zorgactiviteiten één tarief per zwangere. De zorgaanbieders spreken samen af hoe het integrale tarief wordt verdeeld.

054: Convenant terugdringen no show

De overheid sluit een convenant met ziekenhuizen gericht op het terugdringen van het aantal patiënten dat niet komt opdagen bij een afspraak (*no show*). Indien ziekenhuizen onvoldoende werk maken van het terugdringen van het aantal *no shows*, zou de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) boetes moeten kunnen uitdelen aan de desbetreffende ziekenhuizen.

055: Palliatieve zorg van ziekenhuis naar thuissetting

Er wordt ingezet op het verminderen (van de duur van) ziekenhuisopnamen door meer palliatieve zorg in een thuissetting te verlenen. Allereerst worden de DBC's met palliatieve zorg die ook in een thuissetting kunnen worden geleverd, gedurende vijf jaar onder het A-segment gebracht. De tarieven hiervan worden gemaximeerd op de tarieven van extramurale palliatieve zorg. Daarnaast wordt een tijdelijke impuls gegeven van 50 miljoen euro aan de subsidieregeling 'palliatief terminale zorg' voor de versterking van hospices en ondersteuning van zorgnetwerken.

056: Versoberen zorg in het basispakket voor vreemdelingen en asielzoekers

De zorg conform de Zvw wordt versoberd voor mensen zonder verblijfsrecht (die verblijven in een opvang- of onderdaklocatie) of asielzoekers gedurende hun asielprocedure in Nederland.

057: Reclameverbod zorgverzekeraars

Op grond van de Zvw wordt het zorgverzekeraars verboden om reclame te maken.

058: Afromen winsten/vermogens zorgverzekeraars

Winsten/vermogens van zorgverzekeraars worden afgeroomd. Een maximumsolvabiliteitseis wordt gesteld aan het eigen vermogen/de reserves van zorgverzekeraars. Het overige eigen vermogen wordt afgeroomd en vloeit terug naar alle premiebetalers.

059: Belonen infectiepreventie in ziekenhuizen

De overheid voert een bonusregeling in die infectiepreventie in ziekenhuizen beloont. In het eerste jaar wordt een nulmeting gedaan van het aantal ziekenhuisinfecties. Een prevalentie van minder dan 6% wordt beloond.

060: Verminderen vermijdbare heropnames

Zorgaanbieders draaien op voor de kosten van vermijdbare (her)opnames en heroperaties binnen de looptijd van de DBC.

061: Bestuurlijk akkoord mondzorg

De overheid sluit met de sector een bestuurlijk akkoord voor mondzorg. Hierin is optimale en effectieve zorg gedefinieerd, zijn evidence-based richtlijnen en best practices uitgewerkt en is een taakstelling opgenomen.

062: Continueren macrobeheersinstrument en afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden

Het macrobeheersinstrument (MBI) blijft bestaan om eventuele overschrijdingen van het macrokader zorg terug te halen met een generieke korting op zorgaanbieders. Tevens wordt een vervolg gegeven aan de verschillende hoofdlijnenakkoorden voor de periode na 2017. In de akkoorden wordt door de Rijksoverheid ingezet op concrete maatregelen ter verhoging van de doelmatigheid en kwaliteit.

063: Gedifferentieerd macrobeheersinstrument

De overheid redresseert een bepaalde macrobudgettaire overschrijding met het MBI en kort zorgaanbieders op 'gedifferentieerde wijze' in plaats van 'generiek' (naar rato van de omzet).

064: Verlagen nominale premie

De nominale premie van de Zvw wordt verlaagd en de zorgtoeslag verdwijnt. In plaats daarvan komt een inkomensafhankelijke premie. Twee varianten: een lagere nominale premie en een nul-premie.

7.7 Beleidsopties genees- en hulpmiddelen

In deze paragraaf worden de budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied genees- en hulpmiddelen beschreven.

Tabel 7.6 Overzicht beleidsopties genees- en hulpmiddelen (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
065 Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen	0	0	0	-50	-50
066 Herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem	0	-250	-250	-250	-250
067 Overhevelen specialistische geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget	0	-5	-10	-10	-10
068 Invoeren preferentiebeleid intramurale geneesmiddelen	0	0	0	0	0
069 Invoeren preferentiebeleid medische hulpmiddelen	0	0	0	0	0
070 Verplichte centrale inkoop van genees- en hulpmiddelen door ziekenhuizen	x				
071 Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de Rijksoverheid:					
a. Eigenaarschap bij de Rijksoverheid	x				
b. Financiële arrangementen geneesmiddelen	0	0	-30	-70	-130
072 Toelaten geneesmiddelen in lijn met Duits model	x				
073 Verplichten uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen	0	0	0	-20	-40
074 Verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek	x				
075 Verminderen verspilling genees- en verbandmiddelen	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
076 Verplichte jaarlijkse medicatiebeoordeling	x				

065: Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen

Het aanpassen van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en van de Regeling aanwijzing referentieprijslijsten. Het aantal referentielanden wordt hiertoe uitgebreid en de rekensystematiek aangepast.

066: Herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem

De overheid berekent nieuwe vergoedingslimieten voor de geneesmiddelen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

067: Overhevelen specialistische geneesmiddelen naar ziekenhuisbudget

Specialistische (dure) geneesmiddelen die voorgeschreven worden door medisch specialisten, worden overgeheveld van de aanspraak farmaceutische zorg naar de aanspraak geneeskundige zorg ('het ziekenhuisbudget').

068: Invoeren preferentiebeleid intramurale geneesmiddelen

Het voeren van preferentiebeleid door zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij intramurale geneesmiddelen wordt wettelijk mogelijk gemaakt.

069: Invoeren preferentiebeleid medische hulpmiddelen

Het voeren van preferentiebeleid door zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor medische hulpmiddelen wordt wettelijk mogelijk gemaakt.

070: Verplichte centrale inkoop van genees- en hulpmiddelen door ziekenhuizen

Ziekenhuizen worden verplicht de inkoop van genees- en hulpmiddelen centraal te organiseren. De overheid maakt in samenwerking met de ziekenhuizen een lijst van genees- en hulpmiddelen die centraal worden ingekocht. Voor deze middelen wordt de aanspraak in de Zvw beperkt tot de centraal ingekochte genees- en hulpmiddelen.

071: Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de Rijksoverheid

De Rijksoverheid neemt de inkoop van alle genees- en hulpmiddelen over (eigenaarschap bij de Rijksoverheid). Dit geldt voor zowel de intramurale middelen die door het ziekenhuis worden verstrekt, als ook voor de extramurale middelen die via de apotheker bij de patiënt terechtkomen. Een minder vergaande variant is dat het bestaande beleid van prijsonderhandelingen tussen overheid en geneesmiddelleveranciers bij pakketbesluiten wordt geïntensiveerd.

072: Toelaten geneesmiddelen in lijn met Duits model

In Duitsland wordt een geneesmiddel direct toegelaten op de markt, waarna de fabrikant een jaar de tijd heeft om de (meer)waarde van het geneesmiddel aan te tonen en een prijsarrangement met het verbond van ziekenfondsen te sluiten.

073: Verplichten uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen

Het wettelijk verplicht stellen van unieke identificatie (uniforme barcodering) voor geneesmiddelen en hulpmiddelen.

074: Verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek

Instellen van een verbod op geneesmiddelenreclame en artsenbezoek vanuit farmaceutische bedrijven.

075: Verminderen verspilling genees- en verbandmiddelen

De overheid sluit een convenant met de farmaceutische industrie, producenten van verbandmiddelen en apothekers om genees- en verbandmiddelen te produceren en te leveren in kleinere verpakkingen. Er komt regelgeving die belemmeringen wegneemt voor verpleegkundigen om grote verpakkingen met medicijnen en verbandmiddelen voor meer dan één patiënt te gebruiken. De heruitgifte van ongebruikte geneesmiddelen wordt juridisch mogelijk gemaakt, mits het geneesmiddel voldoet aan bepaalde kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden.

076: Verplichte jaarlijkse medicatiebeoordeling

Zorgverzekeraars worden verplicht om jaarlijks een medicatiebeoordeling aan te bieden aan ouderen en 'hoog risico'-patiënten, die vijf of meer geneesmiddelen gebruiken, met minimaal één risicofactor (zoals een lage nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico).

7.8 Beleidsopties langdurige zorg

In deze paragraaf staan de budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied van de langdurige zorg.

Tabel 7.7 Overzicht beleidsopties langdurige zorg (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

	jaar 1	jaar 2	jaar 3	jaar 4	jaar 10
077 Volledig scheiden van wonen en zorg in de Wet langdurige zorg:					
a. Macro volledige compensatie voor kosten wonen en verblijf	+55	+55	+80	+80	+260
b. Alleen compensatie voor financieel minder draagkrachtigen	+55	+55	+80	+80	-150
078 Bevorderen kleinschalige zorg in de Wet langdurige zorg	0	0	+250	+250	+250
079 De Wet langdurige zorg als voorziening	0	0	+40	-60	-100
080 Meer persoonsvolgende bekostiging in de Wet langdurige zorg:					
a. Bijbetalen niet toegestaan	0	0	+240	+240	+240
b. Bijbetalen wel toegestaan	0	0	+490	+490	+490
081 Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg	+160	+160	+160	+160	-620
082 Introduceren vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wet langdurige zorg	+25	+25	+25	-25	-130
083 Introduceren generieke prestatie wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet	0	+20	+35	+25	-10
084 Vereenvoudigen zorginkoop in de Wet langdurige zorg	0	0	0	0	0
085 Verplichten meerjarige contracten in de Wet langdurige zorg	0	0	-100	-200	-110
086 Beschikbaar stellen standaard softwarepakket in de thuiszorg	0	0	p.m.	p.m.	p.m.
087 Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg	0	0	+170	+370	+590
088 Maximeren indicaties Wet langdurige zorg:					
a. Totaalbudget blijft gelijk	0	0	+5	+5	+5
b. Correctie slechtst presterende kwartiel – 0,8%	0	0	+5	+5	-70
c. Correctie slechtst presterende twee kwartielen – 2,3%	0	0	+5	+5	-210
089 Introduceren objectief verdeelmodel Wet langdurige zorg:					
a. Totaalbudget blijft gelijk	0	0	+5	+5	+5
b. Correctie slechtst presterende kwartiel – 0,8%	0	0	+5	-5	-70
c. Correctie slechtst presterende twee kwartielen – 2,3%	0	0	+5	-30	-210
090 Beperken toegang Wet langdurige zorg voor vreemdelingen en zorg in niet-verdragslanden:					
a. Geen vergoeding in niet-verdragslanden	0	0	-1	-1	-1
b. Verblijf onverzekerbare vreemdelingen in Wlz-instelling niet langer toegestaan	x				
091 Stimuleren integrale dementiezorg:					
a. Overhevelen van alle dementiezorg naar de Zvw	x				
b. Subsidieregeling casemanagers dementie	0	0	-10	-25	-50
092 Geen toegang Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes	0	0	-10	-50	-140

077: Volledig scheiden van wonen en zorg in de Wet langdurige zorg

Wonen en zorg in de Wlz worden gescheiden. De eerste variant is budgetneutraal en trekt de financieringsstroom zorg en wonen/verblijf uit elkaar. De cliënt betaalt het wonen en verblijf zelf en zal hiervoor uit de vrijkomende publieke middelen op macroniveau volledig worden gecompenseerd. De tweede variant is gelijk aan de eerste variant, alleen beperkt de compensatie zich tot cliënten die hun woon- en verblijfslasten niet kunnen dragen.

078: Bevorderen kleinschalige zorg in de Wet langdurige zorg

Kleinschaligheid in de Wlz wordt gestimuleerd door tariefdifferentiatie toe te passen. Instellingen die kleinschalige zorg leveren krijgen een hoger tarief van het zorgkantoor. Zorgkantoren stellen bij de contractering vast of gewerkt wordt volgens de principes van kleinschalige zorg. Het hogere tarief wordt gefinancierd door 250 miljoen euro extra voor de Wlz beschikbaar te stellen.

079: De Wet langdurige zorg als voorziening

Het verzekerde recht op zorg in de Wlz wordt omgezet in een voorziening, waarbij de cliënt zorg op maat krijgt en rekening wordt gehouden met het sociale netwerk en mantelzorg. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) wordt opgeheven, en de uitvoering komt voor een groter gedeelte bij het zorgkantoor te liggen. Naast de inkoop beslist het zorgkantoor ook over de toegang tot de Wlz en welke zorg een cliënt krijgt. Het budget voor de Wlz wordt tegelijkertijd gekort waardoor het budget per zorgkantoorregio afneemt.

080: Meer persoonsvolgende bekostiging in de Wet langdurige zorg

Zorgkantoren maken geen productieafspraken meer met zorgaanbieders. Zij vergoeden landelijk uniforme tarieven per geïndiceerde zorgzwaarte, gelijk aan het gemiddelde van de huidige tarieven. Ook stellen ze in hun regio een lijst op van zorgaanbieders die aan de minimumkwaliteitseisen voldoen. Mensen met een indicatie voor de Wlz kunnen kiezen van welke zorgaanbieders op deze lijst zij zorg in natura (ook extramuraal) willen ontvangen. De cliënt maakt zelf afspraken over het zorgplan met de zorgaanbieder. Er is één variant waarin de cliënt mag bijbetalen voor extra kwaliteit, en een andere zonder bijbetaling.

081: Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg

Naar Zweeds voorbeeld worden in de langdurige ouderenzorg (verpleging en verzorging) vouchers geïntroduceerd. Hierbij horen twee gerelateerde beleidsopties die separaat zijn geanalyseerd 'Volledig scheiden van wonen en zorg in de Wet langdurige zorg' (beleidsoptie 077) en 'Ouderenzorg naar de Wet maatschappelijke ondersteuning' (beleidsoptie 103). De vouchers hebben een waarde van 80% van de kosten van de geïndiceerde zorg. De overige kosten komen voor eigen rekening. Op openbare marktplaatsen kopen cliënten zelf zorg in van zorgaanbieders die aan de minimumkwaliteitseisen voldoen. Mantelzorgers zonder zorgopleiding kunnen niet meer worden ingehuurd.

082: Introduceren vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wet langdurige zorg

In de Wlz worden het Volledig Pakket Thuis (VPT), het Modulair Pakket Thuis (MPT) en het persoonsgebonden budget (pgb) omgevormd aan de hand van enkele kenmerken uit het Duitse pgb-systeem in de *Pflegeversicherung*. Er komen twee opties om zorg vergoed te krijgen. De eerste is een voucher van 75% van de waarde van intramurale zorg, alleen besteedbaar bij door het zorgkantoor gecontracteerde aanbieders. De tweede optie is een Mantelzorgforfait (MZF) van 50% van het vouchertarief, oftewel 37,5% van de waarde van intramurale zorg. Het MZF is vrij besteedbaar. De huidige mogelijkheid om zorg-in-natura in een instelling te ontvangen, blijft in stand.

083: Introduceren generieke prestatie wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet

Er komt een generieke omschrijving van de prestatie wijkverpleging in de Zvw, zodat de zorgverleners zelf de zorgbehoefte kunnen vaststellen en vervolgens het werk naar eigen inzicht kunnen inrichten. Dit betekent dat er een gemiddeld uurtarief komt voor alle vormen van wijkverpleging. Dit faciliteert het Buurtzorg-concept waar de afgelopen jaren in de AWBZ al mee is gewerkt. Zorgaanbieders worden niet verplicht om hun interne bedrijfsvoering conform het Buurtzorgconcept te organiseren.

084: Vereenvoudigen zorginkoop in de Wet langdurige zorg

De zorginkoop voor de Wlz wordt vereenvoudigd conform het experiment regelarme zorg. Hiervoor worden de relevante partijen zoals zorgaanbieders en zorgkantoren door de Rijksoverheid bij elkaar gebracht.

085: Verplichten meerjarige contracten in de Wet langdurige zorg

Zorgkantoren als uitvoerders van de Wlz worden verplicht om meerjarige contracten af te sluiten met zorgaanbieders. Dit wordt gecombineerd met een (deels) meerjarige contracteerruimte en meerjarige concessies voor zorgkantoren.

086: Beschikbaar stellen standaard softwarepakket in de thuiszorg

De Rijksoverheid koopt een bestaand automatiseringspakket dat het werken met tablets en smartphones mogelijk maakt en stelt het gratis ter beschikking aan thuiszorgaanbieders. De overheid zorgt er bovendien voor dat de verantwoordingseisen die de gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars aan thuiszorgaanbieders opleggen, verenigbaar zijn met dit automatiseringspakket. Waar nodig sluit de overheid hierover met deze partijen een bestuurlijk akkoord.

087: Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg

Zorgaanbieders stellen in het kader van de Wlz de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënt vast. Dit komt in plaats van de onafhankelijke indicatiestelling door het CIZ. De eigen verantwoordelijkheid van aanbieders gaat ook gelden voor herindicaties bij een verzwaring van de zorgvraag. Tevens bepalen zij de geldigheidsduur van de indicatie. Het CIZ voert steekproefsgewijs controles uit op de door de aanbieders afgegeven indicaties.

088: Maximeren indicaties Wet langdurige zorg

Het CIZ krijgt een maximum (uitgedrukt in een geldelijke waarde) opgelegd aan de omvang van de indicaties die het mag verstrekken. De Wlz wordt een voorziening. Op basis van objectieve criteria voor het gebruik van zorg wordt per regio bepaald wat de omvang van de indicaties voor de verschillende doelgroepen zou moeten zijn. Zorgkantoren maken geen productieafspraken meer met zorgaanbieders. In plaats van budgettering van het aanbod komt er budgettering van de vraag. Er zijn varianten geanalyseerd waarbij het budget gelijk blijft, ofwel daalt op grond van de afwijking van de genormeerde uitgaven.

089: Introdiceren objectief verdeelmodel Wet langdurige zorg

De regionale contracteerruimte van de zorgkantoren binnen de Wlz wordt voortaan bepaald op basis van objectieve criteria. Er zijn varianten geanalyseerd waarbij het budget gelijk blijft, ofwel daalt op grond van de afwijking van de genormeerde uitgaven. Op voorhand is niet duidelijk of dit een andere regulering van de indicatiestelling vergt (bijvoorbeeld het CIZ onderbrengen bij het zorgkantoor).

090: Beperken toegang Wet langdurige zorg voor vreemdelingen en zorg in niet-verdragslanden

De Wlz wordt versoepeld. Er zijn twee varianten uitgewerkt. In variant a wordt de aanspraak op Wlz-zorg beperkt tot het vergoeden van Wlz-zorg in landen waarmee Nederland een verdrag mee heeft gesloten. In variant b is verblijf in een Wlz-instelling door onverzekerbare vreemdelingen niet langer toegestaan.

091: Stimuleren integrale dementiezorg

Integrale dementiezorg wordt bevorderd volgens twee varianten:

- Overhevelen van alle dementiezorg vanuit de Wlz en de Wmo naar de Zvw.
- Introdiceren van een landelijke subsidieregeling ter bekostiging van casemanagers dementiezorg.

092: Geen toegang Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes

De toegang tot Wlz-zorg vervalt voor nieuwe cliënten met 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 Wmo en de Zvw.

7.9 Beleidsopties maatschappelijke ondersteuning

In deze paragraaf staan de budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning.

Tabel 7.8 Overzicht beleidsopties maatschappelijke ondersteuning (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

	jaar 1	jaar 2	jaar 3	jaar 4	jaar 10
093 Introdiceren belastingkorting voor mantelzorgers	x				
094 Financiële prikkels voor betrekken informele zorgverleners:					
a. Lagere eigen bijdrage	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
b. Malus voor instellingen	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
095 Knelpuntenfonds decentralisaties plus uniformeren indicatie en inkoop	0	0	+1200	+1200	+1200
096 Kortingen op huishoudelijke hulp:					
a. Beperken budget huishoudelijke hulp	0	0	-75	-150	-150
b. Verhogen eigen bijdrage huishoudelijke hulp	0	-150	-150	-150	-150

093: Introduceren belastingkorting voor mantelzorgers

In de fiscaliteit wordt een mantelzorgkorting geïntroduceerd voor mensen die mantelzorg verrichten bij mensen die een indicatie hebben voor de Wlz of de Wmo.

094: Financiële prikkels voor informele zorgverlening

Er worden financiële prikkels in de Wlz geïntroduceerd, met als doel om informele zorgverleners beter te betrekken bij de formele zorg. Er zijn twee varianten uitgewerkt.

- a. Voor cliënten komt er een mogelijkheid om de intramurale en extramurale eigen bijdragen in de Wlz gedeeltelijk terug te verdienen als hun netwerk meer mantelzorg verricht en daarmee taken van de professionele zorg overneemt.
- b. Een andere variant is dat instellingen door zorgkantoren een malus krijgen opgelegd die afhankelijk is van de mate waarin zij mantelzorgers/vrijwilligers weten te betrekken bij de formele zorg.

095: Knelpuntenfonds decentralisaties plus uniformeren indicatie en inkoop

De beleids optie bestaat uit twee onderdelen. Ten eerste worden verplichtende landelijke regels opgesteld rondom de indicatiestelling en inkoop van maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg. Ten tweede wordt een knelpuntenfonds opgericht waar gemeenten een beroep op kunnen doen als zij (buiten hun eigen invloed om) tegen een tekort aanlopen. Het fonds is aanvullend op het Gemeentefonds en wordt jaarlijks gevuld met extra middelen ter hoogte van 1,2 miljard euro.

096: Korten op huishoudelijke hulp

Het beschikbare budget huishoudelijke hulp van gemeenten wordt netto gekort met 150 miljoen euro. Voor het realiseren van deze taakstelling zijn twee varianten uitgewerkt. Allereerst het beperken van het budget voor huishoudelijke hulp. Daarnaast het verhogen van de maximale eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp (maatwerkvoorziening) met 50% .

7.10 Beleidsopties transitie zorg

In deze paragraaf staan de budgettaire effecten van omvangrijke transitievoorstellen. Bij de doorrekening van de maatregelen is het analysekader transitiekosten betrokken (zie ook hoofdstuk 4).

De Technische werkgroep beveelt aan om de komende periode (2015-2016) vervolgonderzoek te doen naar de vormgeving van de ouderenzorg (zie ook hoofdstuk 8).

Tabel 7.9 Overzicht beleidsopties transitie zorg (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

	jaar 1	jaar 2	jaar 3	jaar 4	jaar 10
097 Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen')	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.
098 Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen ('zorgkantoren')	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.
099 Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders ('NHS')	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.
100 Een wettelijk kader met instellingsbudgettering voor de geestelijke gezondheidszorg	+100	+100	+100	+35	-65
101 Langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in de Zorgverzekeringswet	+30	+30	-100	-370	-950
102 De wijkverpleging naar de Wet langdurige zorg:					
a. Overhevelen met gelijkblijvend budget	+55	+55	+160	+160	+100
b. Terugdraaien besparing	+55	+55	+790	+790	+730
103 Ouderenzorg naar de Wet maatschappelijke ondersteuning	+120	+120	+120	+120	-360
104 Ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

097: Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen')

De maatregel stelt een transitie naar een publiekrechtelijk zorgstelsel in de curatieve zorg voor, waarin concurrerende ziekenfondsen een leidende rol krijgen. Er komt een wettelijke basisverzekering (het huidige basispakket) waarvoor ingezetenen van rechtswege zijn verzekerd. Het recht op zorg blijft bestaan. Er is alleen een naturaverzekering en restitutie is niet mogelijk.

098: Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen ('zorgkantoren')

De maatregel introduceert een publiekrechtelijk zorgstelsel met regionale uitvoerders. Binnen dit stelsel zijn ingezetenen van rechtswege verzekerd. Hun recht op zorg blijft bestaan binnen duidelijk afgebakende budgettaire kaders. De overheid stelt het basispakket vast, waarin alle zorg wordt verleend in natura. Verzekerden kiezen niet hun ziekenfonds, maar behoren tot het fonds in de regio waar zij wonen. De huidige zorgverzekeraars verdwijnen in het nieuwe stelsel of worden omgevormd tot regionale uitvoerders, vergelijkbaar met de huidige zorgkantoren in de Wlz. De ziekenfondsen kopen de zorg in bij onderling concurrerende zorgaanbieders. Complexe zorg wordt bovenregionaal ingekocht op basis van aanbesteding door de overheid. Er is afstemming over spoedeisende hulp.

099: Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders ('NHS')

Transitie naar een publiekrechtelijk zorgstelsel in de curatieve zorg, vergelijkbaar met de Engelse *National Health Service* (NHS). Zorg wordt een voorziening in plaats van een recht. De huidige zorgverzekeraars verdwijnen. De Rijksoverheid neemt de centrale regie over het stelsel. De centrale aansturing verloopt via regionale instituten die verantwoordelijk worden voor de zorg van de burgers in hun regio, inclusief de publieke gezondheidszorg.

100: Een wettelijk kader met instellingsbudgettering voor de geestelijke gezondheidszorg

De GGZ - behalve de forensische GGZ en de zorg door huisartsen en hun ondersteuners - wordt ondergebracht in een nieuwe wet, die net als de Wlz niet-risicodragend uitgevoerd wordt door zorgkantoren. In de regio maakt het zorgkantoor afspraken met aanbieders op basis van het beschikbare budget en op basis van de regionale zorgbehoefte. De instellingen indiceren zelf hoeveel zorg een cliënt nodig heeft en leveren die zorg vervolgens.

101: Langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in de Zorgverzekeringswet

De aanspraak wijkverpleging in de Zvw wordt beperkt tot de kortdurende zorg. Deze zorg wordt met name verstrekt na een ziekenhuisopname. Mensen die op jonge leeftijd een beperking krijgen (Wajongers) kunnen wel aanspraak blijven maken op langdurige wijkverpleging. Verder geldt een overgangstermijn voor bestaande cliënten. De kosten van de langdurige, grotendeels voorzienbare wijkverpleging draagt de burger zelf of verzekert zich hiervoor aanvullend. De overheid voert geen flankerend beleid op deze verzekeringen; er is bijvoorbeeld geen acceptatieplicht.

102: De wijkverpleging naar de Wet langdurige zorg

De wijkverpleging wordt overgeheveld van de Zvw naar de Wlz. Zorgkantoren worden weer verantwoordelijk voor de uitvoering, het CIZ doet de indicatiestelling. Er zijn twee varianten geanalyseerd. De eerste variant gaat uit van overheveling met een gelijkblijvend budget. In variant b wordt een eerdere besparing van structureel 630 miljoen euro teruggedraaid.

103: 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.

104: Ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet

De aanspraak op ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Zvw, met acceptatieplicht, zorgplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Er wordt een scheiding aangebracht tussen wonen en zorg. Dit betekent dat de ouderenzorg volledig wordt geëxtramuraliseerd. Het ex-ante risicovereveningsmodel wordt uitgebreid met deze kosten. Er wordt verondersteld dat de onafhankelijke, landelijk uniforme indicatiestelling en het stelsel van inkomensafhankelijke eigen bijdragen blijven gehandhaafd.

8 Aanbevelingen

Met Zorgkeuzes in Kaart is door verschillende departementen en het CPB buiten de verkiezingsperiode om gewerkt aan het analyseren van beleidsopties voor een volgend regeerakkoord. De Technische werkgroep beoogt met deze rapportage de politieke besluitvorming over de zorg te ondersteunen. Met de beschikbare informatie van begin 2015 heeft de Technische werkgroep de door de politieke partijen aangedragen beleidsopties zo goed mogelijk geanalyseerd en effecten gekwantificeerd. Bij toepassing van deze maatregelen in een latere fase dienen de berekeningen te worden geactualiseerd met de meest recente inzichten en data.

Dankzij deze aanpak zijn in vergelijking tot Keuzes in Kaart extra mogelijkheden gecreëerd om beter toegang te verkrijgen tot kennis van recente beleidsontwikkelingen, die binnen de departementen en bij andere stakeholders aanwezig is. Deze kennis is betrokken bij de uitwerking van de verschillende beleidsopties. Ook was meer tijd en gelegenheid om gebruik te maken van empirische gegevens en ‘harde’ wetenschappelijke informatie om de kwalitatieve en kwantitatieve effecten goed te onderbouwen. Daar waar deze informatie niet of deels beschikbaar was, is gebruik gemaakt van kennis en opvattingen van externe deskundigen.

Ondanks alle inspanningen is het voor een aantal beleidsopties nog niet mogelijk budgettaire opbrengsten te berekenen. Dit is vooral het gevolg van beperkte informatie. De Technische werkgroep acht het van belang dat voor de beleidsonderwerpen waarvoor beperkte informatie aanwezig is, de komende periode nog aanvullend onderzoek wordt uitgevoerd. Dit geldt met name voor de volgende beleidsonderwerpen:

Eigen betalingen in de zorg

In 2006 werd een no-claim in de Zvw ingevoerd. Deze werd in 2008 vervangen door een verplicht eigen risico van 150 euro. Sindsdien is het eigen risico verhoogd tot 375 euro in 2015. Onderzoek naar de effecten van het verplichte eigen risico is beperkt beschikbaar. Hoewel er veel internationale empirische literatuur beschikbaar is, is het lastig gebleken om de resultaten te vertalen naar de huidige situatie in Nederland. Dat maakt het ook lastig om effecten voor andere vormen van eigen betalingen in de zorg door te rekenen (zie ook bijlage 4. Kwantificering van maatregelen voor eigen betalingen in de zorg).

Onderzoeksvraag 1:

Onderzoek de verschillende vormen van eigen betalingen in de Zvw. Leg hierbij de focus op het effect op het zorggebruik van verzekerden van verschillende vormen van eigen betalingen. Dit vereist samenstelling van een uitgebreide dataset met zorgkosten per verzekerde voor de jaren 2006 tot en met 2013.

Gezonde leefstijl

Preventiebeleid is het totaal van maatregelen dat beoogt de gezondheid te bevorderen en ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen. In het kader van Zorgkeuzes in Kaart is het lastig gebleken om een duidelijk beeld van de effecten van preventiebeleid te krijgen. De Technische werkgroep adviseert nader onderzoek te verrichten naar onder meer de wijze waarop onderzoekprogramma's moeten worden ingericht ter ondersteuning van het preventiebeleid en gezonde leefstijlmaatregelen. Hierbij valt te denken aan specifieke analysemethodieken waardoor het kwantificeren van de effecten van preventiemaatregelen eenduidiger en transparanter worden.

Onderzoeksvraag 2:

Onderzoek de effectiviteit van de mix van overheidsinterventies bij preventie en betrek dit inzicht bij de analyse van de effectiviteit van het huidige preventiebeleid. Leg hierbij de focus op enkele specifieke deelterreinen, zoals alcohol, tabak en overgewicht.

Instrumentarium volumebeheersing curatieve zorg

Voor het optimaliseren van de doelmatigheid in de zorg speelt voor de basisverzekering de contractvrijheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders een belangrijke rol. Spelers zullen hun gedrag immers afstemmen op de vrijheid die hun in deze contracten wordt geboden. In deze rapportage zijn verschillende beheersmaatregelen van de overheid opgenomen: hoofdlijnenakkoord en gedifferentieerd MBI, het toelaten van nieuwe vormen van contracten en uitkomstbekostiging. Nader onderzoek naar optimale contracten is wenselijk. Belangrijke elementen hierbij zijn de rol van kwaliteit en transparantie in de zorg, de planning van de capaciteit en het beschikbare instrumentarium dat de overheid heeft voor volumebeheersing.

Onderzoeksvraag 3:

Onderzoek de mogelijke inzetbaarheid van instrumenten voor volumebeheersing voor de curatieve zorg.

Vormgeving ouderenzorg

Voor de ouderenzorg speelt een aantal terugkerende thema's waarvan de budgettaire effecten moeilijk zijn in te schatten en nader onderzoek vergen. Ten eerste de wijze van indicatiestelling: wat zijn de voor- en nadelen van de verschillende manieren om de indicatiestelling vorm te geven. Ten tweede de zorginkoop: hoe kan deze het beste worden georganiseerd. Ten derde is het de vraag in welk(e) domein(en) de verschillende onderdelen van de ouderenzorg idealiter thuishoren en hoe kan de zorg vervolgens het beste worden georganiseerd. Ten vierde is sprake van praktijkvariatie; er zijn regionale verschillen in zorggebruik en zorguitgaven, wat kan wijzen op mogelijkheden voor meer doelmatigheid. En tot slot: welke lessen kunnen worden getrokken uit buitenlandse ervaringen.

Onderzoeksvraag 4:

Onderzoek verschillende mogelijkheden van de organisatie van de ouderenzorg met het oog op verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid.

Bijlage 1: Taakopdracht Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart

Aanleiding

In de evaluatie van Keuzes in Kaart (KiK) heeft het CPB geconstateerd dat het wenselijk is om het draagvlak voor de zorganalyses te vergroten. Het CPB heeft de volgende maatregel geformuleerd:

“Verbetering van de analyse van voorstellen op het terrein van de zorg is mogelijk door meer onderzoek, instigatie en deelname aan expertgroepen op dit vlak, alsmede het aanbod om grote innovatieve hervormingen buiten de verkiezingsperiode om te analyseren”.

De Technische werkgroep

De ministers van VWS en Financiën geven de opdracht om tezamen met het CPB een breed scala aan beleidsopties voor de zorg te inventariseren en deze in een gezamenlijke Technische werkgroep uit te werken als bijdrage aan het publieke debat over de toekomstige ontwikkeling van de zorg. De Technische werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van CPB, de ministeries van AZ, VWS, Financiën en EZ. Via expertsessies zullen externe deskundigen worden betrokken.

De SG van VWS treedt op als voorzitter van deze werkgroep. Het CPB, VWS en Financiën zorgen voor een secretariaat, bestaande uit drie leden en hun plaatsvervangers. De leden van de Technische werkgroep hebben de intentie om gezamenlijk tot overeenstemming te komen, maar houden hun eigen verantwoordelijkheid. De werkzaamheden vangen in het voorjaar van 2014 aan en worden in beginsel eind 2014 afgerond. De publicatie komt tot stand zonder betrokkenheid van de ministers. Het rapport zal conform de procedure bij de studiegroep Begrotingsruimte worden aangeboden aan de Tweede Kamer.

De werkzaamheden

1. *Effecten van aanpassing van het stelsel van zorgverlening en -verzekering*

De Technische werkgroep inventariseert diverse manieren van aanpassing van het stelsel van zorgverlening en -verzekering. Het gaat om maatregelen die leiden tot verandering van gedrag van actoren of van volume en niet enkel om verschuiving van lasten. Separate beleidsmaatregelen kunnen daarbij geclusterd worden. Waar mogelijk maakt de Technische werkgroep een inschatting van de kwantitatieve effecten. Alle maatregelen die door de verschillende leden worden ingebracht worden meegenomen in de analyse.

2. Gedragseffecten

De werkgroep rapporteert over de in de ramingen gehanteerde methodiek van inschatting van de gedragseffecten zoals die als gevolg van verandering van het stelsel van eigen betalingen en aanpassingen van het collectieve pakket en werkt waar mogelijk de kwantitatieve effecten uit.

Waar gesproken wordt over 'effecten' wordt bedoeld op het budgettaire effect op de collectief gefinancierde zorguitgaven, de inschatting van de mate waarin eventueel een verschuiving optreedt naar particulier gefinancierde zorguitgaven en de directe werkgelegenheidseffecten.

Het CPB heeft eerder een aanbod aan politieke partijen gedaan om grote innovatieve hervormingen in een vroegtijdig stadium (buiten het verkiezingsseizoen) vertrouwelijk te analyseren. Vooraf nodigt het CPB de politieke partijen die vertegenwoordigd zijn in de Tweede Kamer, nogmaals nadrukkelijk uit beleidsmaatregelen voortvloeiend uit hun visie op de zorg aan te dragen voor de analyse. Ook de voorzitter van de Technische werkgroep zal politieke partijen benaderen. Alle opties van politieke partijen zullen worden doorgerekend en geanonimiseerd opgenomen in het rapport. Door majeure maatregelen nu al te laten analyseren door de werkgroep, is de kans groter dat het CPB die maatregelen te zijner tijd ook adequaat kan verwerken in Keuzes in Kaart. De resultaten van deze Technische werkgroep ondersteunen het CPB bij deze analyses.

Bijlage 2: Samenstelling Technische werkgroep en secretariaat

Voorzitter:	Leon van Halder	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Leden:	Ernst van Koesveld	Ministerie van Financiën (tot 1 november 2014)
	Helmer Vossers	Ministerie van Financiën
	Inge Groot	Ministerie van Economische Zaken
	Katja Mur	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	Krista Kuipers	Ministerie van Algemene Zaken
	Michiel Bijlsma	Centraal Planbureau
	Paul Besseling	Centraal Planbureau
	Rocus van Opstal	Ministerie van Financiën (vanaf 1 november 2014)
	Theo van Uum	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Secretariaat:	Christiaan Schakel	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	Elsbeth van Dam	Ministerie van Financiën
	Evert Jan van Asselt	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	Linda Brinke	Ministerie van Financiën
	Michal van Eijk	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	Minke Remmerswaal	Centraal Planbureau



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Ministerie van Algemene Zaken
Ministerie van Economische Zaken
Ministerie van Financiën
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Maart 2015 | ISBN 978-90-5833-683-5