

## **Curatieve zorg 2.0**

11. Curatieve zorg

Rapport brede heroverwegingen

Datum      April 2010



## Colofon

Titel	Curatieve zorg 2.0
Werkgroep	11. Curatieve zorg
Bijlage(n)	8
Inlichtingen	<b>Inspectie der Rijksfinanciën</b> Bureau Beleidsonderzoek T 070-342 7335 e-mailadres BBO@minfin.nl



# Inhoud

Samenvatting—7

## **1 Inleiding en besparingsopdracht—17**

- 1.1 Inleiding—17
- 1.2 Besparingsopdracht curatieve zorg—17
- 1.3 Verantwoording—17

## **2 Stuck in the middle—19**

- 2.1 De curatieve zorg: publieke belangen en beleidsontwikkelingen—19
- 2.2 Waarom stijgen de uitgaven voor curatieve zorg?—20
- 2.3 De zorg wordt duur betaald—22
- 2.4 Welke uitdagingen liggen voor ons?—24

## **3 'Reset' naar curatieve zorg 2.0—27**

- 3.1 Inleiding—27
- 3.2 Bronnen besparingen—27
- 3.3 Maatregelen te allen tijde—28
- 3.4 Bron 1: sturing van het zorgstelsel—28
- 3.5 Bron 2: eigen betalingen—31
- 3.6 Bron 3: verzekerde basispakket—32

## **4 Technische beschrijving varianten curatieve zorg—33**

- 4.1 Inleiding—33
- 4.2 Maatregelen te allen tijde—34
- 4.3 Maatregelen bron 1: sturing van het stelsel—37
- 4.4 Maatregelen bron 2: eigen betalingen—43
- 4.5 Maatregelen bron 3: pakketbeperking op basis van het ziektelastbeginsel—45

Bijlage 1 Taakopdracht—51

Bijlage 2 Samenstelling werkgroep—53

Bijlage 3 Groslijst—55

Bijlage 4 Geraadpleegde organisaties en personen—59

Bijlage 5 Verantwoording—61

Bijlage 6 Stappen en tijdpad invoering maatregelen te alle tijden en sturingsvarianten (varianten A en B)—65

Bijlage 7 Capita selecta—69

Bijlage 8 Samenvatting IBO GGZ—75



## Samenvatting

De huidige financiële en economische crisis stelt Nederland voor grote uitdagingen. Het Kabinet heeft om die reden werkgroepen ingesteld die diverse beleidsthema's moeten analyseren en concrete beleidsalternatieven moeten voorbereiden. In dit rapport van de werkgroep curatieve zorg (cure), wordt een besparing van € 6,35 miljard (20% van de premiegefinancierde uitgaven) uitgewerkt.

### **Stuck in the middle**

Het overheidsbeleid richt zich op toegankelijke, kwalitatief goede curatieve zorg die ook betaalbaar is. De stelselherziening van 2006 heeft de realisatie van sommige publieke doelen versterkt. De toegankelijkheid is verbeterd, dankzij een 'brede' en 'diepe' basisverzekering voor iedereen, met beperkte eigen betalingen. Ook zijn voorwaarden voor meer doelmatigheid gecreëerd. Maar de oversteek naar een nieuw stelsel hebben we nog niet helemaal gemaakt. Het sturingsmodel voor de zorg bevindt zich thans tussen het oude model (aanbodbudgettering) en het beoogde nieuwe model (gereguleerde concurrentie) in. Een deel van het aanbod is gedereguleerd, een ander deel is nog gebudgetteerd en de zorgverzekeraars zijn weliswaar verantwoordelijk voor de zorginkoop maar zijn nog niet volledig risicodragend.

De curatieve zorg is ondertussen een van de grootste en snelst groeiende collectieve uitgavenposten. Met een reële groei van 4½ procent per jaar (bij ongewijzigd beleid) voor de periode 2011-2015 soupeert de curatieve zorg nagenoeg alle collectieve groei ruimte op en verdringt daarmee andere overheidsuitgaven. Dit is zowel op de middellange als de lange termijn onhoudbaar. Ook dreigen forse personeelstekorten en looninflatie. Vooral sinds 2000 zijn de zorgkosten sterker gestegen dan de demografische trend.

De informatievoorsprong van zorgaanbieders maakt het in de huidige situatie mogelijk dat zij overwinsten naar zich toe trekken, bijvoorbeeld doordat feitelijke kosten onder vastgestelde of uitonderhandelde tarieven liggen en door verruiming van indicaties. Dit heeft ertoe bijgedragen dat veel Nederlandse artsen inmiddels tot de best betaalde ter wereld horen. Daarnaast nemen de zorgkosten toe door nieuwe medische technologie en behandelingen die min of meer automatisch het collectief gefinancierde pakket instromen, ongeacht de vraag of het in alle gevallen doelmatige en (kosten-)effectieve behandelingen zijn. Het CPB noemt als belangrijke oorzaken van de snelle toename van de zorgkosten sinds 2000 de verankering van het recht op zorg waardoor een zekere beperking van zorggebruik door wachtlijsten niet langer mogelijk is. Daarbij zijn alternatieve instrumenten voor kostenbeheersing zoals het gebruik van voldoende eigen betalingen en krachtige prikkels voor verzekeraars om de beoogde rol van countervailing power te spelen beperkt en kunnen verzekeraars maar over een beperkt deel van de zorg goede afspraken maken, omdat een groot deel nog is gebudgetteerd.

Deze analyse wordt globaal bevestigd door de prestaties van ons zorgstelsel te vergelijken met het buitenland: we scoren goed op toegankelijkheid en bereikbaarheid. Eigen betalingen zijn in internationaal perspectief zeer laag. We scoren in vergelijking met omringende landen echter matig op kwaliteit, doelmatigheid en de (macro)betaalbaarheid: onze curatieve zorg wordt duur betaald.

De werkgroep is, gegeven deze analyse, van mening dat we nu het slechtste van twee werelden hebben. Er is sprake van een budgetteringsinstrumentarium dat steeds botter wordt door deregulering van het aanbod en het recht op zorg, terwijl de countervailing power van sterk geprikkelde risicodragende zorginkopers en verzekeren nog ontbreekt. Het gevolg is dat de prijs-kwaliteit verhouding van de zorg niet optimaal is (microdoelmatigheid) en groei van de totale collectieve zorguitgaven onhoudbaar is. Bovendien is een duidelijk beeld over de richting en het tempo van het transitieproces gewenst. We zijn momenteel *stuck in the middle*. Dat is niet alleen problematisch voor partijen in de sector die geacht worden gefundeerde (investerings)beslissingen te nemen gegeven een onzekere toekomst. Het is ook problematisch voor patiënten die kwalitatief matige zorg ontvangen tegen een te hoge en in rap tempo toenemende (collectief verplichte) prijs. Naar het oordeel van de werkgroep is het dan ook tijd voor een heldere keuze ten aanzien van het eindmodel en een geloofwaardig commitment aan de beweging daarheen.

Met betrekking tot de voorstellen voor 20% bezuiniging komt de werkgroep vanuit het voorgaande tot de conclusie dat er drie bronnen zijn die kunnen bijdragen aan een betaalbare en kwalitatief goede curatieve zorg:

- de werkgroep streeft primair naar doelmatigheidswinst. Een heldere keuze ten aanzien van het sturingsmodel (bron 1) draagt op termijn bij aan de doelmatigheid van het systeem: wel of niet doorgaan op het pad van gereguleerde concurrentie. Die keuze moet systematisch en consequent worden geïmplementeerd. Welke keuze ook gemaakt wordt, het is cruciaal voor de (collectieve) betaalbaarheid dat er aan de vraagzijde zo snel mogelijk een volledig risicodragende tegenmacht komt;
- in de tweede plaats dient de eigen verantwoordelijkheid van zorggebruikers te worden vergroot. Dit betekent dat eigen betalingen (bron 2) toenemen;
- tenslotte is ook een versmalling van het verzekerde pakket (bron 3) en een rem op de autonome groei van dit pakket noodzakelijk. Zowel om de gestelde besparingsopdracht te realiseren als om de omvang van de solidariteit in het stelsel te herijken en de eigen verantwoordelijkheid van zorggebruikers duidelijker af te bakenen.

### **'Reset' naar curatieve zorg 2.0: twee varianten**

Besparingen op de collectieve uitgaven voor de curatieve zorg kunnen komen uit (combinaties) van maatregelen uit de genoemde drie bronnen. Deze benadering met bronnen en scenario's biedt een keuzepalet voor politieke beleidsbeslissingen. Keuzemogelijkheden betreffen het aandeel van de drie bronnen in het totaal van de besparingen, de verschillende maatregelen binnen elke bron en het tempo waarin maatregelen worden doorgevoerd. De werkgroep beschrijft op basis van combinaties van deze bronnen, twee varianten voor besparingen van 20% op de uitgaven in de curatieve zorg. Daarnaast zijn er enkele randvoorwaardelijke maatregelen die te allen tijde genomen kunnen worden, onafhankelijk van de verdere keuzes. Daarbij is het belangrijk op te merken dat een belangrijk deel van de besparingen die voortkomen uit de maatregelen te allen tijde en het sturingsmodel met grote onzekerheid zijn omgeven.

#### *Maatregelen te allen tijde*

De *maatregelen te allen tijde* richten zich op transparantie over en toezicht op de kwaliteit van de zorg, de governance binnen de instelling en op een stringent pakketbeheer. Deze maatregelen zijn randvoorwaardelijk voor de uitkomsten in ieder sturingsmodel, en behelzen:



- er komt één nationaal instituut (samengesteld uit meerdere bestaande instituten) voor kwaliteit en transparantie van de zorg dat verantwoordelijk is voor het (doen) opstellen, onderhouden en toezien op protocollen, richtlijnen en zorgstandaarden en de informatievoorziening over de mate waarin aan deze standaarden wordt voldaan;
- stringent pakketbeheer dat aanspraken helder definieert en expliciet beoordeelt of nieuwe behandelmethoden en technieken in het pakket opgenomen dienen te worden. De *default* is nu dat alles in het pakket zit tenzij de pakketbeheerder beslist dat dat niet het geval is. De *default* wordt dat de zorg pas in het pakket zit als de minister, op voordracht van de pakketbeheerder, beslist dat dit het geval is;
- versterking van de Raad van Bestuur ten opzichte van de medische staf (materieel leidend tot loondienst van specialisten, als zij geen ondernemersrisico lopen) en het mogelijk maken van taakherschikking van artsen naar niet-artsen (zoals een practitioner of gespecialiseerde verpleegkundige), of van een gespecialiseerde naar een generalistische arts.

#### *Sturingsvarianten*

Sturingsmodellen onderscheiden zich door de manier waarop doelmatigheid wordt afgedwongen: budgetten, concurrentie of een combinatie van beide. De varianten grijpen aan bij het kernprobleem uit de probleemanalyse; organiseren van voldoende geprikkelde en geïnstrumenteerde tegenmacht op de zorginkoopmarkt. Twee varianten zijn mogelijk ten aanzien van de *zorginkoopmarkt*. Variant A is een voorzieningenstelsel met zorginkoop door regionale zorginkoopkantoren en vormt een breuk met de huidige ontwikkeling van het zorgstelsel. De zorginkoop vindt in deze variant plaats door gebudgetteerde zorginkoopkantoren, waarbij benchmarking plaatsvindt tussen de regionale kantoren. Het huidige risicovereveningsmodel dient daartoe omgebouwd te worden tot een budgetverdeelmodel. In deze variant kan op termijn de huidige nominale premie en zorgtoeslag vervangen worden door een geheel door de belastingdienst uitgevoerde inkomensafhankelijke zorgpremie (zie ook de werkgroep Toeslagen). Variant B gaat uit van een versnelde ontwikkeling richting concurrerende en risicodragende verzekeraars op de zorginkoopmarkt. Daartoe wordt de ex-post risicoverevening en macro nacalculatie afgebouwd en kunnen verzekerden meer gestuurd worden door hogere collectiviteitskortingen toe te staan. De rol van de overheid richt zich op het voorkomen van risicoselectie en maximale transparantie voor de verzekerden voor keuze voor een zorgverzekeraar.

De *zorgverlenersmarkt* in het eindbeeld van beide varianten is concurrerend. Budgettering als sturingsinstrument bij het *zorgaanbod* staat haaks op de filosofie van variant B en heeft in variant A weinig meerwaarde. Deze richting voor de sturing van het zorgaanbod is ook aanbevolen door vrijwel alle partijen en personen die de werkgroep heeft gesproken. De rol van overheid richt zich veel sterker dan voorheen op de kwaliteit en de inhoud van de zorg (maatregelen te allen tijde) en veel minder dan voorheen op de wijze waarop het zorgaanbod is ingericht. De directe sturing door de overheid beperkt zich dan in extremo tot die vormen van zorg waar concurrentie niet mogelijk is. Daarbij gaat het om vormen van zorg waar de beschikbaarheidsfunctie voorop staat, namelijk spoedeisende hulp (SEH) en topreferente zorg. Voor die vormen van zorg kan via publieke aanbesteding en met beschikbaarheidsvergoedingen de beschikbaarheid en dienstverlening worden zekergestellt. Het aantal aanbestede SEH's wordt beperkt tot 60, wat betekent dat de SEH met 40 posten zal afnemen. De gemiddelde ritduur naar een SEH neemt daarop met 2 minuten toe. In het eindbeeld is de contractvorm vrij, maar in de uiteindelijke contractkeuze zullen er verschillen zijn tussen variant A en B. Tenslotte

is aangenomen dat in variant B op termijn uitkeerbare winst mogelijk is. In de transitie naar het eindbeeld wordt, gegeven de analyse van de werkgroep, een aantal maatregelen genomen om de positie van zorginkopers te versterken. Voorbeelden daarvan zijn verplichte vormen van contractering (capitation fee voor huisartsen), een uniforme productdefiniëring (DOT), verplicht degressieve tarieven, en het zwaar meewegen van kwaliteit in de prijzen. In een latere fase kunnen deze maatregelen weer worden teruggedraaid, om het beoogde eindmodel te bereiken.

De ontwikkeling naar variant A of B vergt een transitiepad van meerdere stappen en jaren waarbij steeds de balans tussen onderhandelingsmacht en prikkels moet worden bewaard. In dit rapport wordt een concreet voorstel gedaan voor een transitiepad. Daarbij stelt de werkgroep voor om op basis van feitelijke informatie vast te stellen in hoeverre aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan alvorens verdere stappen in de transitie worden gezet. Voorbeelden zijn:

- de beschikbaarheid van goed vergelijkbare informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders, zowel voor verzekeraars als voor verzekerden
- is er daadwerkelijk sprake van selectief inkopende zorginkopers en die de zorgvragers (in B: hun verzekerden) richting kwalitatief goede en doelmatige aanbieders sturen?
- zijn er geen verontrustende prijs en volume ontwikkelingen in de reeds vrijgegeven segmenten?

De werkgroep beveelt aan dat nadat een heldere keuze is gemaakt voor een eindmodel, een concreet plan gemaakt wordt voor de volgorde en het tempo van de verschillende stappen in de transitiefase, waarbij volgende stappen conditioneel gemaakt worden op het bereiken van (bij voorkeur kwantitatief gedefinieerde) grenswaarden voor indicatoren als de bovenstaande.

De werkgroep heeft de transitiekosten van de varianten niet berekend, het ligt echter in de rede dat deze aanzienlijk kunnen zijn. In variant A kan de vervanging van het verzekeringsstelsel door een voorzieningensstelsel en de vervanging van zorgverzekeraars door ZBO's gepaard gaan met substantiële overgangskosten. Los van de transitiekosten is het denkbaar dat er door budgettering in variant A wachtlijsten ontstaan (rantsoenering).

#### *Eigen betalingen*

In aanvulling op een consistent sturingsmodel kunnen *eigen betalingen* het kostenbewustzijn van burgers vergroten en hen helpen in hun keuzegedrag in de zorg en in hun leefstijl. Eigen betalingen leveren ook een financieringsbijdrage. Om transparantie voor de burger te bewerkstelligen, en administratieve lasten voor zorgverzekeraars en zorginstellingen zoveel mogelijk te beperken, is de werkgroep van mening dat een relatief simpel en effectief systeem van eigen betalingen de voorkeur verdient. De werkgroep kiest vanuit dat perspectief voor de volgende twee maatregelen:

- 1) een verhoging van het eigen risico naar €775 zoals ook verondersteld in de recente middellange termijn raming voor de zorg van het CPB. Kinderen blijven uitgezonderd van het verplichte eigen risico en huisartsen, verloskunde en kraamzorg vallen ook niet onder het eigen risico. De compensatieregeling chronisch zieken (die het eigen risico voor chronisch zieken deels compenseert) wordt gehandhaafd op het huidige niveau en stijgt dus niet mee met de verhoging van het eigen risico;
- 2) Een eigen bijdrage van €5 per huisartsenconsult. De gedragseffecten voor huisartsenzorg zijn relatief groot omdat verzekerden zelf kunnen beïnvloeden of ze wel of geen zorg vragen. Vanuit deze gedachte is het doelmatig een

verzekerde een eigen bijdrage te laten betalen van €5 per bezoek aan de huisarts contant, af te rekenen ter plaatse. De administratieve lasten kunnen aldus beperkt blijven.

Eigen betalingen van deze omvang leiden tot financieringseffecten en gedragseffecten waardoor de nominale premie met circa 300 euro kan dalen. Per saldo is de combinatie van maatregelen voor iets minder dan de helft van de huishoudens positief. Voor zo'n 97% van de huishoudens bevinden de inkomenseffecten van de combinatie van deze maatregelen in de range tussen -3% en +3%.

#### *Pakketbeperking*

Pakketbeperkingen worden idealiter gerealiseerd op basis van criteria als ziektelast, kosten per behandeling en kosteneffectiviteit. De werkgroep doet langs deze lijnen een aantal voorstellen, waarbij de nadruk ligt op ziektelast als criterium. De werkgroep kiest daarmee primair voor de benadering noodzakelijk te verzekeren zorg: rechtvaardigt de ziekte of benodigde zorg een claim op de solidariteit? De collectieve verzekering richt zich dan geheel op genezing van ziekte. Volgens deze benadering heeft de werkgroep besparingen geïdentificeerd:

- 1) voor de medisch specialistische zorg zijn DBC's geïdentificeerd naar ziektelast, variërend van 1 (=geen tot beperkte ziektelast) tot 5 (= zeer grote ziektelast). Prioritering van hoge ziektelastcategorieën, en uitsluiten van ziektelastcategorie 1, betekent dat de behandeling van een aantal lichte aandoeningen uit het pakket verdwijnt;
- 2) de ziektelastmethode kan ook worden toegepast op de GGZ. Bij het schrappen van ziektelastcategorie 1 wordt bijvoorbeeld de behandeling van lichte gevallen van angststoornissen en alcoholstoornissen in belangrijke mate uit het verzekerde pakket gehaald;
- 3) het is lastig gebleken om geneesmiddelen te classificeren in verschillende ziektelastcategorieën. Het ligt echter in de rede dat cholesterolverlagers en maagzuurremmers voor een aandoening met een lichte ziektelast zijn bestemd. Ook de anticonceptiepil boven de 21 jaar wordt niet meer vergoed. Verder onderzoek naar besparingen op geneesmiddelen langs de lijn van ziektelast 1 wordt aanbevolen;
- 4) vanuit de ziektelastmethode is het voorstel om dieetvoeding en hulpmiddelen met een lage ziektelast (zoals incontinentiemateriaal, gehoortoestellen, enkele verbandmiddelen) uit het pakket te verwijderen;
- 5) paramedische behandelingen vallen redelijkerwijs in ziektelastcategorie 1 en de kosten van behandeling zijn zodanig dat deze door patiënt zelf betaald kunnen worden. Daarnaast is er de afgelopen jaren een uitzonderlijke uitgavenstijging geweest in de paramedische zorg zonder direct aanwijsbare medische redenen. Het voorstel is om alleen nog evidence based paramedische zorg te vergoeden.

#### **20% besparingsopdracht**

Met het totaal van de maatregelen uit de drie bronnen kan in 2015 een besparing van 20% worden gerealiseerd op de collectief verzekerde curatieve zorg, waarbij gecorrigeerd wordt voor dubbelstellingen tussen de maatregelen (zie tabel). In aanvulling op deze maatregelen heeft de werkgroep een groslijst geïnventariseerd van alternatieve of aanvullende mogelijkheden.

## Tabel Overzicht besparingen

(bedrag x € mln)	Variant A		Variant B	
	2015	Struct*	2015	Struct*
<b>1. Maatregelen te allen tijde</b>	<b>530</b>	<b>530</b>	<b>530</b>	<b>530</b>
<i>wv: kwaliteit en transparantie**</i>	100	100	100	100
<i>wv: governance in zorginstellingen</i>	300	300	300	300
<i>wv: stringent pakketbeheer</i>	130	130	130	130
<b>2. Bron 1: sturing van het stelsel</b>	<b>590</b>	<b>950</b>	<b>550</b>	<b>1060</b>
Maatregelen zorginkoopmarkt	230	590	180	650
Maatregelen zorgverlenersmarkt	360	360	370	410
<i>wv aanbesteding publiek segment</i>	260	260	260	260
<i>wv bekostiging huisartsen</i>	100	100	100	100
<i>wv uitkeerbare winst (alleen variant B)</i>	-	-	10	50
<b>3 Bron 2: eigen betalingen</b>	<b>4.070</b>	<b>4.070</b>	<b>4.070</b>	<b>4.070</b>
<i>wv: verhoging eigen risico €775***</i>	3.800	3.800	3.800	3.800
<i>wv: €5 per consult voor de eerstelijns</i>	260	260	260	260
<b>4. Bron 3: pakketmaatregelen (verzekerde pakket geneezing gerichte zorg)</b>	<b>2.320</b>	<b>2.320</b>	<b>2.320</b>	<b>2.320</b>
5 correctie overlap besparingen	-1.190	-1.240	-1.190	-1.250
<b>Totale besparingen (1+2+3+4+5)</b>	<b>6.320</b>	<b>6.630</b>	<b>6.280</b>	<b>6.730</b>
<b>TOTAAL BENODIGDE BESPARING</b>	<b>6.350</b>	<b>6.350</b>	<b>6.350</b>	<b>6.350</b>

\* Alle structurele besparingen zijn netto contant gemaakt naar 2015.

\*\* Deze besparing is met extra veel onzekerheid omgeven, daarom is gekozen voor een zeer behoedzame raming van de opbrengsten;

\*\*\* Cfm MLT-doorrekening CPB, oplopend naar €840 in 2015 (€775 reëel in 2015); handhaving compensatieregeling eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten op niveau 2012.

De beoogde besparingen uit maatregelen die betrekking hebben op de sturing van het zorgstelsel zijn notoir moeilijk aan te geven. De literatuur van de gezondheidseconomie geeft daarbij onvoldoende empirisch houvast. Een complicerende factor is ook dat het niet altijd op voorhand duidelijk is of de eventuele doelmatigheidswinst zich zal vertalen in lagere kosten of in hogere kwaliteit. Dit blijkt ook uit de plausibiliteitstoets van het CPB. De werkgroep presenteert een integraal pakket aan maatregelen binnen twee varianten. Meninge kunnen verschillen hoeveel dit precies zal opleveren. Mede tegen die achtergrond bevatten de varianten een structurele overdekking van ca €0,3 à €0,4 miljard, die kan worden ingezet als besparingen uit maatregelen te allen tijde of de sturingsvarianten zich onvoldoende materialiseren. Deze overdekking, in combinatie met de plausibiliteitstoets van het CPB, geeft de werkgroep het vertrouwen dat het totaal aan maatregelen in varianten A en B voldoende zal zijn om een besparing van 20% te realiseren.

# Thema 11 Curatieve zorg

## Beleidsvariant A gebudgetteerde zorginkoop, voorzieningenstelsel

### Besparingen in 2011-2015, in mld. euro's

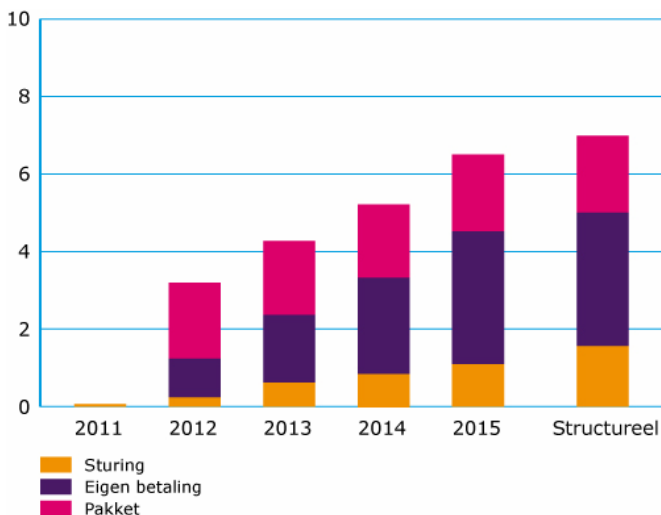
	2011	2012	2013	2014	2015	Structureel
Variant 11.A	0	3,16	4,20	5,11	6,32	6,63

### Omschrijving variant

- De huidige situatie in de curatieve zorg is te omschrijven als 'stuck in the middle'; halverwege een gebudgetteerd systeem en een model van gereguleerde concurrentie. De toegankelijkheid is goed, maar de kwaliteit, microdoelmatigheid en macro betaalbaarheid zijn matig. Partijen kennen slechts beperkte prikkels om de macro kosten te beheersen. Een heldere keuze over het ordeningsmodel is nodig om zo de publieke belangen van kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid te waarborgen.
- In variant A kopen regionale stringent gebudgetteerde zorginkoopkantoren in bij concurrerende zorgaanbieders. Om effectieve budgettering mogelijk te maken wordt overgestapt op een voorzieningenstelsel. Een nominale premie is niet langer noodzakelijk en er kan gekozen worden de voorziening te financieren uit inkomensafhankelijke belastingen of premies. De zorgverlenersmarkt is concurrerend. De directe sturing door de overheid beperkt zich tot die zorg waar de beschikbaarheidsfunctie voorop staat.
- De eigen verantwoordelijkheid van zorggebruikers wordt vergroot door een verhoging van eigen betalingen en een versmalling van het verzekerde pakket tot zorg gericht op genezing van ziekte.

### Besparingen variant A.

In miljarden.



### Onderbouwing en maatschappelijke effecten

- Besparingen op de collectieve uitgaven in de zorg kunnen komen uit (combinaties) van maatregelen uit drie bronnen: (1) verbetering van de sturing in de zorg, (2) verhoging van eigen betalingen, en (3) versoering van het verzekerde basispakket. Naast de drie bronnen zijn er enkele maatregelen die te allen tijde genomen kunnen worden om het functioneren van het stelsel te verbeteren, onafhankelijk van de keuze van een bepaald stelsel. Dit zijn maatregelen ter bevordering van kwaliteit en transparantie, governance van de zorg en stringent pakketbeheer. Geen van de drie bronnen alleen is voldoende om de 20% besparing te realiseren.
- Circa 1 miljard van de structurele besparing wordt gerealiseerd door een gebudgetteerde regionale zorginkoop, in combinatie met concurrerend zorgaanbod, met uitzondering van zorg waar geen concurrentie mogelijk is; deze wordt publiek aanbesteed. De omvang van deze besparingen is onzeker. Het voorzieningenkarakter van deze variant kan leiden tot wachtlijsten.
- Hogere eigen bijdragen en een beperking van het pakket tot op genezing gerichte zorg - betekent dat de reikwijdte van de (risico)solidariteit binnen het zorgstelsel wordt herijkt. Een verhoging van het eigen risico naar € 775 en een consultatarief van € 5 voor de huisarts leveren circa de helft van de besparing. Voor zo'n 97% van de huishoudens bevinden de inkomenseffecten van deze maatregel zich in de range van -3% en +3%. De resterende besparing wordt geleverd door behandelingen en hulp- en geneesmiddelen met een lage ziektelast te verwijderen uit het pakket (voorbeelden zijn behandeling voor bepaalde voetafwijkingen, incontinentiemateriaal, maagzuurremmers).

### Implementatie

- Het tempo waarin de stappen worden genomen, en het aandeel van elk van de drie besparingsbronnen zijn politieke keuzen. Het sneller of langzamer invoeren van maatregelen betekent verschillen in besparingsopbrengsten.
- De overgang naar een gebudgetteerd voorzieningenstelsel vergt een transitiepad van meerdere stappen en jaren waarbij steeds de balans tussen onderhandelingsmacht en prikkels moet worden herzien.
- Met de versoering van het basispakket kan in 2012 begonnen worden; het eigen risico kan stapsgewijs worden verhoogd.



# Thema 11 Curatieve zorg

## Beleidsvariant B geprikkelde zorginkoop, verzekeringsstelsel

### Besparingen in 2011-2015, in mld. euro's

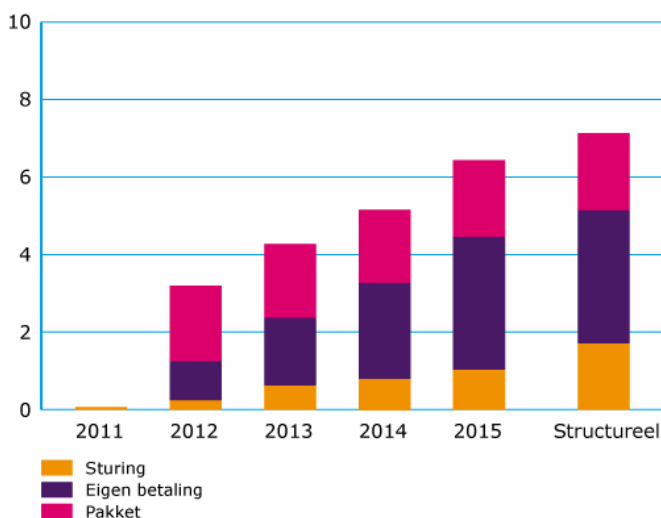
	2011	2012	2013	2014	2015	Structureel
Variant 11.B	0	3,19	4,20	5,09	6,28	6,73

### Omschrijving variant

- De huidige situatie in de curatieve zorg is te omschrijven als 'stuck in the middle'; halverwege een gebudgetteerd systeem en een model van gereguleerde concurrentie. De toegankelijkheid is goed, maar de kwaliteit, microdoelmatigheid en macro betaalbaarheid zijn matig. Partijen kennen slechts beperkte prikkels om de macro kosten te beheersen. Een heldere keuze over het ordeningsmodel is nodig om zo de publieke belangen van kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid te waarborgen.
- Variant B gaat uit van een ontwikkeling richting concurrerende en risicodragende verzekeraars op de zorginkoopmarkt door afbouw van de ex-post verevening. De zorgverlenersmarkt is concurrerend. De directe sturing door de overheid beperkt zich dan in extremo tot die vormen van zorg waar de beschikbaarheidsfunctie voorop staat.
- De eigen verantwoordelijkheid van zorggebruikers wordt vergroot door een verhoging van eigen betalingen en een versmalling van het verzekerde pakket tot zorg gericht op genezing van ziekte.

### Besparingen variant B.

In miljarden.



### Onderbouwing en maatschappelijke effecten

- Besparingen op de collectieve uitgaven in de zorg kunnen komen uit (combinaties) van maatregelen uit drie bronnen: (1) verbetering van de sturing in de zorg, (2) verhoging van eigen betalingen, en (3) versoering van het verzekerde basispakket. Naast de drie bronnen zijn er enkele maatregelen die te allen tijde genomen kunnen worden om het functioneren van het stelsel te verbeteren, onafhankelijk van de keuze van een bepaald stelsel. Dit zijn maatregelen ter bevordering van kwaliteit en transparantie, governance van de zorg en stringent pakketbeheer. Geen van de drie bronnen alleen is voldoende om de 20% besparing te realiseren.
- Circa 1,1 miljard van de structurele besparing wordt geleverd doordat de ex-post risicoverevening en de macronacalculatie voor de zorgverzekeraars wordt afgebouwd, in combinatie met concurrerend zorgaanbod, met uitzondering van zorg waar geen concurrentie mogelijk is; deze wordt publiek aanbesteed. De omvang van deze besparingen is onzeker.
- Hogere eigen bijdragen en een beperking van het pakket tot op genezing gerichte zorg - betekent dat de reikwijdte van de (risico)solidariteit binnen het zorgstelsel wordt herijkt. Een verhoging van het eigen risico naar € 775 en een consulttarief van € 5 voor de huisarts leveren circa de helft van de besparing. Voor zo'n 97% van de huishoudens bevinden de inkomenseffecten van deze maatregel zich in de range van -3% en +3%. De resterende besparing wordt geleverd door behandelingen en hulp- en geneesmiddelen met een lage ziektelast te verwijderen uit het pakket (voorbeelden zijn behandeling voor bepaalde voetafwijkingen, incontinentiemateriaal, maagzuurremmers).

### Implementatie

- Het tempo waarin de stappen worden genomen, en het aandeel van elk van de drie besparingsbronnen zijn politieke keuzen. Het sneller of langzamer invoeren van maatregelen betekent verschillen in besparingsopbrengsten.
- De doorontwikkeling van deze variant vergt een transitiepad van meerdere stappen en jaren waarbij steeds de balans tussen onderhandelingsmacht en prikkels moet worden herzien.
- Met de versoering van het basispakket kan in 2012 begonnen worden; het eigen risico kan stapsgewijs worden verhoogd.





# 1 Inleiding en besparingsopdracht

## 1.1 Inleiding

De huidige financiële en economische crisis stelt Nederland voor grote uitdagingen. Daarom heeft het Kabinet gekozen voor een fundamentele herijking van het beleid. De kaasschaaf biedt dan onvoldoende uitkomst. Er zullen verstrekkende keuzes gemaakt moeten worden over de omvang en het niveau van de collectieve voorzieningen en keuzes over de verdeling van verantwoordelijkheden. Dit vraagt om een gedegen en grondige analyse en afweging van mogelijke beleidsopties.

Het kabinet heeft om die reden werkgroepen ingesteld die diverse beleidsthema's moeten analyseren en concrete beleidsalternatieven voor de toekomst moeten ontwikkelen. De taak van de werkgroepen is om de politieke besluitvorming zo goed mogelijk voor te bereiden. Een van de werkgroepen is de werkgroep curatieve zorg.

## 1.2 Besparingsopdracht curatieve zorg

De besparingsopdracht luidt:

"De werkgroep wordt gevraagd beleidsvarianten te ontwikkelen die structureel besparen op de hieronder genoemde uitgaven op dit thema, waarbij tenminste één variant (al dan niet bestaand uit verschillende subvarianten) structureel 20% van de netto uitgaven in 2010 bespaart, conform de spelregels van de brede heroverwegingen. Gezien de reële groei van de uitgaven voor de curatieve zorg, kan de werkgroep daarnaast besparingsvarianten presenteren met maatregelen die gericht zijn op het beperken van de niet-demografische reële groei, zodanig dat een netto contante waarde van minimaal 20% wordt gehaald in 2015. De beschrijving van de beleidsvarianten besteedt in ieder geval aandacht aan de volgende aspecten: doelmatigheid (gelet op de beoogde doelstelling), draagvlak voor solidariteit tussen gezond en ongezond in de bekostiging, beheersbaarheid van de uitgaven en inkomsten, inkomenseffecten, private verzekerbaarheid van (zorg)kosten en uitvoerbaarheid."

De *grondslag* van deze taakopdracht zijn de *netto*<sup>1</sup> gepremieerde Zvw uitgaven, die ten laste komen van het budgettair kader zorg (BKZ). De gepremieerde bruto Zvw uitgaven in 2010 zijn €33,2 mld; de netto uitgaven zijn €31,7 mld. De benodigde besparing van 20% is €6,35 mld.

Als onderdeel van deze brede heroverweging is parallel een IBO-onderzoek GGZ uitgevoerd. Een deel van de besparingen daaruit (pakketbeperkingen) is meegenomen in deze brede heroverweging en de besparingen lopen mee in de €6,35 mld. De samenvatting van het rapport IBO GGZ is opgenomen in bijlage 8. Het volledige rapport is te vinden op [www.minfin.nl](http://www.minfin.nl).

## 1.3 Verantwoording

De besparingsopbrengst van de voorstellen van de werkgroep is op basis van meerdere bronnen berekend. Het CPB heeft hier het volgende oordeel over:

1 Het verschil tussen de bruto en de netto gepremieerde Zvw uitgaven zijn de wettelijke eigen betalingen.

“Het CPB heeft een plausibiliteitstoets uitgevoerd op de berekeningen. Het CPB acht de inschattingen van de opbrengsten bij de pakketmaatregelen en de eigen betalingen plausibel. Het CPB onderschrijft de notie van de werkgroep dat het streven naar meer doelmatigheid cruciaal is om de zorg toekomstbestendig te maken. Het CPB heeft echter wel reserves bij de hoogte van de besparingen van een drietal doelmatigheidsmaatregelen. Deze reserves hebben te maken met het feit dat de opbrengsten notoir moeilijk zijn in te schatten en de onzekerheden rond deze maatregelen groot zijn. Recente ervaringen met de invoering van nieuwe maatregelen in de zorg laten immers zien dat er ook financiële tegenvallers kunnen optreden.” Nadere toelichting op deze plausibiliteitstoets en verantwoording van de berekeningen is opgenomen in bijlage 4.

## 2 Stuck in the middle

### 2.1 De curatieve zorg: publieke belangen en beleidsontwikkelingen

De zorg is één van de grootste collectieve uitgavenposten, daarbinnen is de curatieve zorg het meest omvangrijk en het snelst groeiend. Zonder ingrepen groeien de uitgaven voor curatieve zorg reëel met 4½ procent per jaar, bijna drie keer zoveel als de totale economie. Een dergelijke groei soupeert nagenoeg alle collectieve groei ruimte op en is zowel op de middellange als de lange termijn onhoudbaar<sup>2</sup>. Daar komt bij dat de verplichte collectieve zorgpremies het karakter hebben van een belasting en verstorend werken op de beslissing om te gaan werken. Bovendien heeft de totale zorgsector bij ongewijzigd beleid in 2025 enige honderdenduizenden extra werknemers nodig. Bij ongewijzigd beleid dreigen dan ook forse personeelstekorten en een significante looninflatie.

Het overheidsbeleid richt zich op toegankelijke, kwalitatief goede curatieve zorg die ook betaalbaar is. Box 2.1 beschrijft deze drie centrale publieke belangen.

#### **Box 2.1 Publieke belangen**

Bij *toegankelijkheid* gaat het om solidariteit tussen zieken en gezonden en tussen hoge- en lage inkomens. Hiernaast gaat het om de tijdigheid van zorg (wachtijd) en om de bereikbaarheid binnen de eigen leefomgeving (reistijd). De solidariteit tussen gezonden en zieken is groot. De curatieve zorg is voor verreweg de meeste mensen binnen (zeer) korte tijd bereikbaar. De wachttijstproblematiek is het afgelopen decennium behoorlijk afgenomen.

*Kwaliteit* is primair effectiviteit (werkt het?), veiligheid (schaadt het?) en in toenemende mate ook de patiëntgerichtheid van de zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg borgt dat de kwaliteit van zorg niet door een 'bodem' zakt. Hiernaast wordt gewerkt aan het transparant maken van de kwaliteit van zorg waardoor patiënten en verzekeraars steeds beter in staat zijn keuzes te maken.

De *(collectieve) betaalbaarheid* loopt via het vaststellen en bewaken van het Budgetair Kader Zorg (BKZ). *Doelmatigheid* is daarbij ook belangrijk: de afstemming van het aanbod, tegen de laagste kosten, op de vraag. Dit lukt in de regel beter op een decentraal niveau met gereguleerde concurrentie. De recente hervormingen hebben in de praktijk een groter accent gelegd bij het aspect van doelmatigheid. De onzekerheid of de uitkomsten van het gedrag van partijen in de zorg binnen het BKZ passen is toegenomen.

De stelselherziening van 2006 heeft de realisatie van sommige publieke doelen versterkt. De toegankelijkheid is verbeterd (met name voor de groep ouderen en chronisch zieken die eerder op een dure particuliere verzekering waren aangewezen en alleen tegen hoge kosten van verzekeraar konden wisselen) en er zijn voorwaarden voor meer doelmatigheid gecreëerd (meer mogelijkheden tot selectieve inkoop voor verzekeraars, gekoppeld aan ex-ante risicoverevening). Dit roept wel de vraag op of het belang van de (collectieve) betaalbaarheid niet teveel op de achtergrond is gekomen.

<sup>2</sup> De zorg neemt de komende jaren nagenoeg alle lastenverzwaringen en driekwart van de uitgavengroei onder de kaders voor haar rekening. Zie de Economische Verkenning 2011-2015 van het CPB (gepubliceerd op 17 maart 2010) voor het precieze cijfermatige beeld.

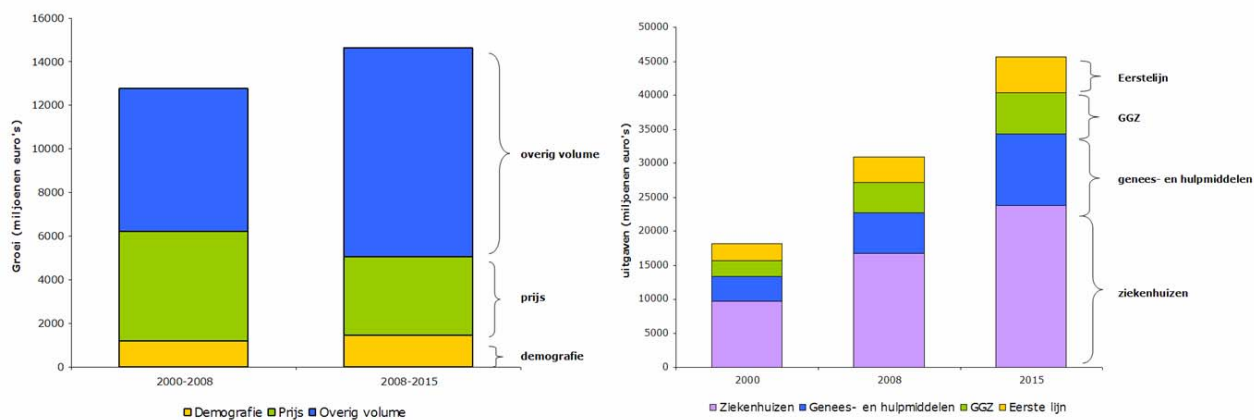
Wat zijn de belangrijkste kenmerken van het curatieve zorgstelsel? Ten eerste is er een 'brede' en 'diepe' basisverzekering voor iedereen, met ruime en wettelijk gegarandeerde keuzemogelijkheden, met beperkte eigen betalingen en - via een zorgtoeslag - met de garantie dat burgers niet meer dan een beperkt deel van hun inkomen kwijt zijn aan de kosten van hun zorg. De premiestijgingen zijn de afgelopen jaren beperkt gebleven. Verzekeraars hebben gesneden in hun overhead en met de inzet van 'overtollige' reserves hard geconcurrereerd om de gunst van de verzekerde. Dit betreft echter eenmalige winst waardoor de opwaartse druk op de premies nu snel kan toenemen. Ten tweede is kenmerkend dat van verzekeraars wordt gevraagd om via selectieve zorginkoop doelmatigheidswinsten af te dwingen. Daartoe wordt aan de aanbodkant geleidelijk toegewerkt naar: 1) vrije contractering van aanbieders, 2) waar mogelijk vrije prijsvorming en 3) vrije toetreding tot de zorgmarkt<sup>3</sup>. De eerste resultaten zijn inmiddels zichtbaar (geneesmiddelen). Het sturingsmodel voor de zorg bevindt zich thans tussen het oude model (aanbodbudgettering) en het beoogde nieuwe model (selectieve zorginkoop via gereguleerde concurrentie) in. Opvallend is dat ook nieuw overheidsbeleid steeds kenmerken van beide sturingsmodellen in zich heeft, zonder dat twijfels worden weggenomen welke kant het uiteindelijk opgaat: de zorgsector bevindt zich op dit moment 'stuck-in-the-middle'.

## 2.2

### Waarom stijgen de uitgaven voor curatieve zorg?

Met de demografische ontwikkelingen kan slechts een klein deel van de uitgavenstijging worden verklaard (figuur 2.1).

**Figuur 2.1 Groei en samenstelling uitgaven curatieve zorg (2000 – 2015)**



NB: De totale groei in 2000-2008 bedraagt 70%, in 2008-2015 bedraagt deze 47%.

Dat de kosten in de zorg als percentage van het BBP toenemen, hangt samen met: 1) het feit dat de lonen harder stijgen dan de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit waardoor de sector steeds duurder wordt ten opzichte van andere economische sectoren (de zogenaamde ziekte van Baumol); en 2) een moeilijk definieerbare restpost die als 'overig volume' te boek staat. In de praktijk bestaat het 'overig volume' vooral uit: de extra kosten van nieuwe ontwikkelingen (medische technologie en farmacie), meer 'luke' (eenpersoonskamers), meer administratieve lasten en overhead en indicatieverruiming (waardoor zorg beschikbaar komt voor steeds grotere patiëntengroepen). Zeker sinds 2000 zijn de

<sup>3</sup> "Waardering voor betere zorg IV" (TK, 2009-2010, 29 248, nr. 109) en de brief met technische en financiële consequenties hiervan (TK, 2009-2010, 29 248, nr. 113).

zorgkosten sterker gestegen dan de demografische trend. Het CPB noemt als belangrijke oorzaken de verankering van het recht op zorg waardoor ontmoediging van zorggebruik door wachtlijsten niet langer mogelijk is. Daarbij ontbreken alternatieve instrumenten voor kostenbeheersing en krachtige prikkels voor verzekeraars om de beoogde rol van countervailing power te spelen<sup>4</sup>.

### **Arbeidsproductiviteit vertaalt zich onvoldoende in lagere zorguitgaven**

Zorgaanbieders hebben de afgelopen jaren financieel kunnen profiteren van deze situatie. De informatievoorsprong van zorgaanbieders maakt het in de huidige situatie mogelijk dat zij overwinsten (*rents*) naar zich toe kunnen trekken, bijvoorbeeld door aanbodgeïnduceerde vraag, door *upcoding* of doordat werkelijke kosten fors lager liggen dan vastgestelde of uitonderhandelde tarieven. Daarbij speelt zowel het feit dat er onvoldoende tegenmacht vanuit de vraagzijde is, als het feit dat bekostigingsregels in de zorg dergelijke overwinsten niet automatisch afromen. Deze ontwikkelingen hebben bijgedragen aan het feit dat veel Nederlandse artsen inmiddels op afstand tot de best betaalde ter wereld horen. Onze zorguitgaven zijn hierdoor in de loop der jaren sterk opgestuwd, zonder dat daar evenredig meer zorg tegenover stond. Meer tegenmacht aan de vraagzijde, maar ook betere bekostigingsregels bieden kansen om enerzijds arbeidsproductiviteit te stimuleren en anderzijds overwinsten af te romen en beloningen voor aanbieders en professionals die boven de toename van de arbeidsproductiviteit uitgaan ten goede te laten komen aan de premiebetalers.

### **Hoge individuele baten en aanzienlijke marktimperfecties**

De budgettaire ventielwerking van het 'overig volume' wordt door verschillende zaken ondersteund. De gemiddelde burger hecht grote waarde aan gezondheid en aan zijn zorg. Studies indiceren dan ook dat een extra jaar in goede gezondheid al snel op ongeveer € 80.000 – 100.000 wordt gewaardeerd<sup>5</sup>. Vanuit het perspectief van de openbare financiën is daarbij echter een probleem dat deze baten vooral aan het individu zijn toe te rekenen<sup>6</sup>, terwijl de kosten op de collectieve verzekering kunnen worden afgewenteld. Ook vanuit de verzekerden zelf ondervinden zorgaanbieders dus weinig tegenmacht. De logische manier om dit spanningsveld hanteerbaar te houden is via het profijtbeginsel (eigen betalingen), maar dat wordt in Nederland weinig toegepast.

Verder is aannemelijk dat eventuele marktverstoringen en de daarmee gepaard gaande ondoelmatigheden vooral tot uiting komen in extra 'overig volume'. Het gaat daarbij vooral om de informatievoorsprong van professionals en aanbieders op verzekeraars en patiënten, de zogenaamde informatieasymmetrie. Doordat de zorg een sector is met hoge vaste kosten en specifieke kennis en investeringen bestaan er ook de nodige (natuurlijke) monopolies – wederom vooral aan de kant van de aanbieders en professionals. De omvang van deze marktverstoringen neemt overigens af bij meer transparantie en lagere toetredingsbarrières en bij proactief optreden van de marktmeesters (NZA en NMA).

Nieuwe medische technologie en indicatieverruiming vormen een belangrijk bestanddeel van het 'overige volume'; dit hangt samen met de relatief eenvoudige instroom van dergelijke nieuwe mogelijkheden in het collectieve basispakket. Dit heeft namelijk een grotendeels 'open' karakter. Veranderingen in de stand der

4 Economische Verkenning, 2011-2015, CPB Document 203, maart 2010, pp 54-55.

5 Voor een overzicht zie M. Pomp, De Gouden Eieren van de gezondheidszorg, Balans, 2010 (in druk).

6 Uitzonderingen zijn bijvoorbeeld curatieve zorg aan het begin van het leven of zorg die mensen in het arbeidsproces houdt.

wetenschap en de praktijk van de beroepsbeoefening komen 'automatisch' (*default*) in het pakket.

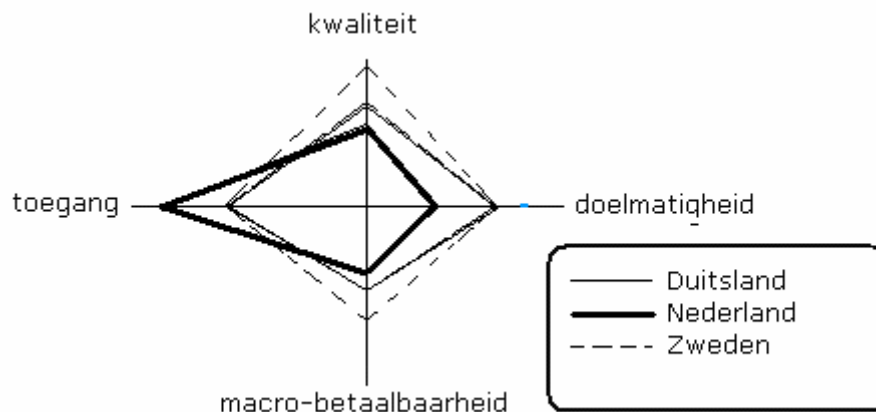
De conclusie uit bovenstaande is dat besparen op curatieve zorg neerkomt op: 1) zorgen dat de ondoelmatigheden en overwinsten in de vorm van beloningen die uitstijgen boven de productiviteit uit het systeem geperst worden; en 2) het beheersen van het 'overig volume'. Dergelijke besparingen kunnen worden bereikt via doelmatigheidskortingen (aanbodbudgettering) of via het leggen van (ondernemers)risico bij zorgaanbieders en –inkopers. Doelmatigheidskortingen bieden de budgettaire zekerheid, maar kunnen ten koste gaan van productiviteit (met als gevolg oplopende wachtlijsten en minder micro-doelmatigheid). Bij gereguleerde marktwerking geldt het omgekeerde.

### 2.3

#### De zorg wordt duur betaald

De curatieve zorg is van grote maatschappelijke en economische waarde. Dit roept vervolgens de vraag op of de prijs die we daarvoor betalen in overeenstemming is met die waarde. Om daar achter te komen biedt een internationale vergelijking uitkomst. Hoe scoort Nederland internationaal op toegang tot en de kwaliteit, de betaalbaarheid en de doelmatigheid van curatieve zorg? Ons land bungelt weliswaar niet onderaan, maar er zijn problemen en deze liggen met name bij de kosten en in mindere mate – juist gezien het hoge kostenniveau – ook bij de kwaliteit van zorg. Figuur 2 geeft de sterke en zwakke kanten van ons systeem schematisch weer.

**Figuur 2.2 Prestaties zorgstelsel in internationaal perspectief<sup>7</sup>**



#### Kwaliteit van zorg

De kwaliteit – effectiviteit en veiligheid - van onze gezondheidszorg is gemiddeld. Net als veel andere landen kent ook ons land een grote mate van praktijkvariatie, richtlijnen worden lang niet altijd gevolgd. Hier bestaat dus nog veel ruimte voor verbetering, overigens vaak zonder dat dit met hogere kosten gepaard zal gaan. Maar er is meer. De sterftestatistieken zijn in een aantal gevallen zorgwekkend: 1) de sterfte rondom de geboorte is hoog; 2) de sterfte aan longontsteking is fors hoger dan in andere noordelijke landen, zoals Zweden, Duitsland en de Verenigde Staten; 3) de 30-dagen sterfte in het ziekenhuis bij sommige belangrijke en gevaarlijke aandoeningen zoals hart- en herseninfarcten en hersenbloedingen ligt (veel) hoger dan in andere landen.

<sup>7</sup> Bron: OECD; Lundberg e.a. "The Nordic Experiment" (2008). Zie verantwoordingsbijlage.

Aan de andere kant staat onze geestelijke gezondheidszorg op een hoog niveau en is het aantal zelfmoorden erg laag. De vaccinatiegraden liggen ook boven het Europese gemiddelde; en ons land scoort ook iets hoger dan gemiddeld bij de 5-jaars overleving van een aantal veelvoorkomende kankervormen (cervix-, colon- en mamacarcinoom). Ook de behandeling van chronische aandoeningen, zoals diabetes, gaat relatief goed. Dit komt doordat de afstemming tussen de verschillende professionals relatief goed geregeld lijkt te zijn<sup>8</sup>.

### **Macrobetaalbaarheid en doelmatigheid**

De totale per capita uitgaven voor zorg zijn na Noorwegen, Luxemburg en Zwitserland het hoogste van Europa. Als percentage van het BBP liggen deze uitgaven nog steeds op een bovengemiddeld niveau. Dit hoge niveau van uitgaven wordt nog pregnanter als we ons realiseren dat Nederland veel minder vergrijsd is dan veel van de andere West-Europese landen. Volgens de RVZ impliceert dit dat onze zorguitgaven circa 0,6% BBP lager zouden moeten liggen<sup>9</sup>.

De zorgactiviteiten liggen op een laag niveau. Zo neemt Nederland een startpositie in als het gaat om het aantal consulten, ziekenhuisopnames, en verpleegdagen per hoofd van de bevolking. Ditzelfde geldt voor een aantal dure verrichtingen zoals open hartoperaties, dotterbehandelingen en nierdialyses. Het aantal bevallingen met keizersnede is het laagste van Europa<sup>10</sup> en ook de consumptie van geneesmiddelen is zeer laag<sup>11</sup>. Tot slot is ook het aantal (werkzame) specialisten, huisartsen, tandartsen en apothekers relatief laag<sup>12</sup>.

De combinatie van bovengemiddelde tot hoge zorguitgaven en een laag volume indiceert dat de prijs-per-eenheid product relatief hoog is. Deze hoge prijs vertaalt zich zo op het eerste gezicht niet in een hoger kwaliteitsniveau. Conclusie: de zorg wordt duur betaald. Dit wordt onderstreept door de genoemde hoge inkomens van vrij gevestigde medisch specialisten en in mindere mate voor andere ziekenhuisfuncties. Ook de kosten voor kapitaal liggen hoog, terwijl tegelijkertijd de bedcapaciteit en de bedbezetting laag is. Dit roept niet alleen vragen op over de omvang van deze investeringen, maar ook over de richting ervan.

8 Voor een uitgebreidere beschrijving, zie: RIVM, Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg, Bilthoven 2010 (in druk).

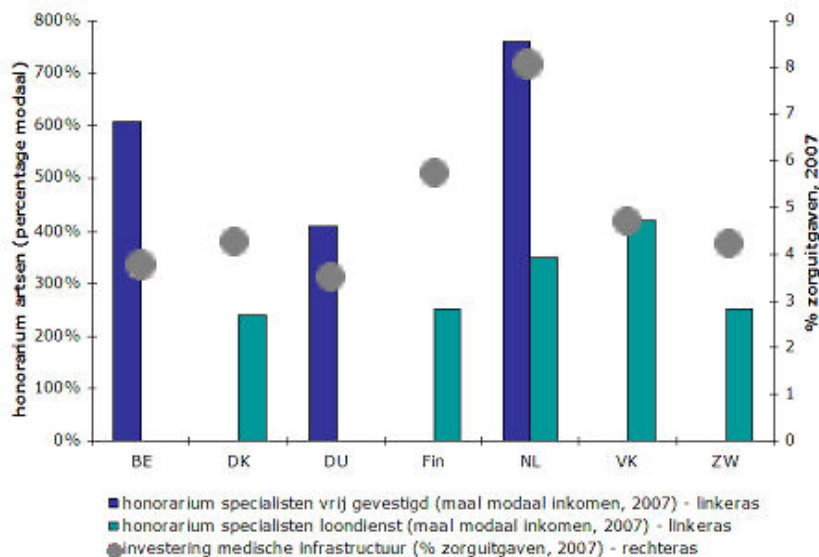
9 RVZ, Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg, Den Haag 2008, p. 33.

10 Het aantal cataracten, heupen en knieën – procedures ligt wel relatief hoog las gevolg van de 'boter bij de vis' maatregelen.

11 Brekke, Holmas en Straume, Are pharmaceuticals inexpensive in Norway. A comparison of prices of prescription pharmaceuticals between Norway and nine West European countries, Bergen 2008.

12 Zie bijvoorbeeld, OECD, Health at a Glance 2009. OECD indicators, Parijs, 2009.

**Figuur 2.3 Hoge investeringen; hoge artsenhonoraria**



Bron: OECD

### Toegang

Nederland scoort zeer goed op toegang tot zorg. Het verzekerde pakket is qua breedte vergelijkbaar met omliggende landen<sup>13</sup>; de eigen betalingen zijn laag (tabel 2.1). Nederland heeft in vergelijking met zeven andere rijke landen het kleinste percentage van burgers (1%) en chronisch zieken (3%) dat wel eens afziet van zorg vanwege de kosten<sup>14</sup>. Opvallend is ook dat Nederland de laagste spreiding heeft in levensverwachting van de hele OECD, een indicator voor de goede toegang van lagere sociaaleconomische groepen tot curatieve zorg<sup>15</sup>. Verder heeft iedereen wel een huisarts of een ziekenhuis in de buurt. Uit recente RIVM calculaties blijkt bijvoorbeeld dat ca. 40 ziekenhuizen dicht kunnen, zonder dat het aantal mensen dat binnen 45 minuten een spoedeisende hulp kan bereiken noemenswaardig toeneemt<sup>16</sup>. Wel is de telefonische bereikbaarheid van de huisarts onvoldoende en bestaan er voor enkele zorgvormen problematische wachttijden (geestelijke gezondheidszorg, transplantatiegeneeskunde, sommige ziekenhuispoliklinieken).

**Tabel 2.1 Percentage eigen betalingen (in % gezinsconsumptie)**

Ned.	Zwe.	Ita.	Dui.	Den.	VK.	Bel.	Fin.	Fra.	VS
1,2	3,2	3,0	2,5	2,8	1,6	3,6	3,2	1,4	2,8

Bron: OECD, 2009.

## 2.4 Welke uitdagingen liggen voor ons?

### Grote veranderingen zijn nodig, maar de middelen daarvoor zijn schaars

13 Daarnaast is deelname aan (en acceptatie voor) de aanvullende verzekering zeer hoog.

14 Dit betreft Australië, Canada, Frankrijk, Duitsland, Nieuw-Zeeland, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten (RIVM (Zorgbalans 2010, Bilthoven).

15 OECD, Health care systems: efficiency and institutions, Parijs 2010.

16 RIVM, Brief dd. 18 maart 2010, Effecten sluiting SEH's voor de bereikbaarheid.



De komende jaren staan de zorgsector en haar bestuurders voor grote uitdagingen. De stelselhervorming is nog niet af, terwijl een heldere richting is geboden, om te voorkomen dat we 'stuck-in-the-middle' blijven. De aarzelingen over de ingeslagen weg nemen toe door onzekerheid over de budgettaire gevolgen, over de moeizame implementatie van een aantal cruciale randvoorwaarden (transparantie, DBC's etc.) en over de noodzaak tot meer financieel risico. Successen zijn er vooral op het terrein van toegankelijkheid en in mindere mate de kwaliteit van zorg. Maar: de zorg wordt nog steeds duur betaald. Zorgverleners, zorgverzekeraars en verzekerden zijn elk onvoldoende geprikkeld tot beheersing van de kosten. Zonder veel meer financieel risico voor verzekeraars, aanbieders en consumenten zal de gereguleerde concurrentie onvoldoende bijdragen aan de collectieve betaalbaarheid van zorg.

Als bovendien niet massaal wordt ingezet op een verhoging van arbeidsproductiviteit, dreigt een groot arbeidsmarkttekort. Voorts leggen de oplopende zorguitgaven een steeds grotere druk op de beschikbare collectieve middelen en daarmee op de collectieve lasten. Dit dwingt tot afwegingen over de vormgeving en de omvang van de collectieve zorg. De brede heroverwegingsoperatie illustreert dit. Uitgaande van implementatie van (een deel van) de brede heroverweging zal de sector het met aanzienlijk minder collectief opgebrachte middelen moeten doen. Kortom, beperkte middelen waarmee een snel veranderende en groeiende zorgvraag moet worden aangepakt. De onderhavige rapportage laat zien dat lagere uitgaven, scherpere verantwoordelijkheidsverdeling en betere kwaliteit samen kunnen gaan.

Internationale 'best practices' die lage kosten met een hoge kwaliteit van zorg combineren hebben veelal gemeenschappelijk kenmerken: 1) hun zwaartepunt ligt extramuraal, niet intramuraal; 2) er is veel samenhang in de zorg en men heeft succes met substitutie van dure door goedkopere zorg<sup>17</sup>; 3) men investeert volop in ICT, elektronische patiëntendossiers, e-health en arbeidsbesparende technologie, minder in 'stenen'; 4) men heeft veel aandacht voor onderzoek en kennismanagement; en 5) de bekostiging wordt afgestemd op zorginhoudelijke ontwikkelingen, zelfmanagement en therapietrouw worden expliciet gestimuleerd.

### **Aanknopingspunten voor een aanpak**

Met betrekking tot de opdracht om voorstellen te doen om 20% te bezuinigen komt de werkgroep tot de conclusie dat:

- heldere keuzen over het ordeningsmodel nodig zijn: wel of niet doorgaan op het pad van de gereguleerde concurrentie. Die keuze moet systematisch en consequent worden geïmplementeerd. Hierbij moet meer aandacht komen voor de (collectieve) betaalbaarheid, door zo snel mogelijke introductie van een serieus geprikkelde en geïnstrumenteerde countervailing power aan de vraagzijde. Daarnaast moeten financiële en budgettaire prikkels voor aanbieders geïntensiveerd worden;
- de eigen verantwoordelijkheid van zorggebruikers moet worden vergroot. Dit betekent dat eigen betalingen toenemen;
- de werkgroep streeft primair naar doelmatigheidswinst. Niettemin is ook een versmalling van het verzekerde pakket en rem op de autonome groei van dit pakket noodzakelijk. Zowel om de gestelde besparingsopdracht te realiseren als om de omvang van de solidariteit in het stelsel te herijken en de eigen verantwoordelijkheid van zorggebruikers duidelijker af te bakenen.

<sup>17</sup> Zo heeft de Amerikaanse Veterans Administration de behandelkosten van psychiatrische patiënten met 22% doen dalen, enkel door betere coördinatie en meer inzet van farmaceutische therapieën.



## 3 'Reset' naar curatieve zorg 2.0

### 3.1 Inleiding

De analyse laat zien dat de huidige situatie in de zorg te omschrijven is als 'stuck in the middle'; zorgverleners, zorgverzekeraars en de verzekerde zijn elk onvoldoende geprikkeld tot beheersing van de macrokosten terwijl de uiteindelijke rekening bij de premiebetaler terecht komt. Dit betekent dat qua sturingsmodel heldere keuzes nodig zijn. Dit biedt aanknopingspunten voor de besparingsopdracht van de werkgroep. Maar de analyse inspireert ook tot andere besparingsbronnen.

### 3.2 Bronnen besparingen

Besparingen op de collectieve uitgaven voor de curatieve zorg kunnen komen uit (combinaties) van maatregelen uit drie bronnen:

bron 1: verbetering van de sturing in de zorg;

bron 2: verhoging van eigen betalingen;

bron 3: versoering van het verzekerde basispakket.

Bron 1 adresseert hoofdzakelijk de fricties in het huidige sturingstelsel; bron 2 en 3 gaan voornamelijk om de begrenzing van de inkomens- en risicosolidariteit. Naast de drie bronnen zijn er enkele maatregelen die te allen tijde genomen moeten worden om het functioneren van de zorg te verbeteren, onafhankelijk van de keuze van een bepaald stelsel.

De werkgroep zal uit elk van deze bronnen putten voor de beschrijving van besparingsvarianten. Geen van de drie bronnen is voldoende om de gevraagde besparing van 20% te realiseren. Overigens is de werkgroep van mening dat er ook inhoudelijke redenen zijn om elk van de bronnen te benutten. De overheid moet een heldere keuze maken voor de richting van het sturingsmodel, met goede prikkels voor kwaliteit, toegankelijkheid, micro- en macrodoelmatigheid. Een richting die vervolgens consequent wordt gevolgd. Partijen in de zorg kunnen zich dan richten op het realiseren van de doelmatigheidswinsten binnen het gekozen model (bron 1). Het relatief geringe niveau van eigen betalingen in Nederland impliceert dat de betrokkenheid bij en de gevoelde eigen verantwoordelijkheid van burgers voor de kosten van de zorg beperkt is. Benutting van bron 2 kan dit kostenbewustzijn vergroten en de toegankelijkheid op dit punt naar meer internationaal vergelijkbare niveaus brengen. De grote toegankelijkheid van de zorg komt bovendien tot uitdrukking in een omvangrijk verzekerd pakket met een "open" karakter. Beperking van dit pakket kan eveneens de eigen verantwoordelijkheid van burgers versterken, daar waar dat ook mogelijk is. Daarmee kan ook de benutting van bron 3 worden herleid tot de analyse. De inzet van bron 2 en 3 impliceert dat de overheid de reikwijdte van de (risico)solidariteit binnen het zorgstelsel herijkt.

#### **Keuzemogelijkheden**

Deze benadering met bronnen en scenario's biedt een keuzepalet voor politieke beleidsbeslissingen. Een eerste keuzemogelijkheid betreft het aandeel van elk van de drie bronnen in het totaal van de besparingen. Daarbij zij aangetekend dat de potentiële besparingsopbrengsten per bron verschillen, met name de opbrengst van bron 1 is begrensd. Een tweede keuzemogelijkheid betreft de verschillende maatregelen binnen elke bron. Een derde keuzemogelijkheid betreft het tempo waarin maatregelen worden doorgevoerd. Binnen bron 1 gaat het bijvoorbeeld zowel om de keuze van het sturingsscenario als om het tempo waarin het beschreven

transitiepad naar het gekozen scenario wordt afgelopen. In hoofdstuk 4 schetst de werkgroep op basis van combinaties van deze bronnen, twee varianten voor besparingen van 20% op de uitgaven in de curatieve zorg. Daarnaast is een groslijst met aanvullende maatregelen geïnventariseerd, die bij de keuze kan worden betrokken (zie bijlage 3).

### **3.3 Maatregelen te allen tijde**

Welke variant ook wordt gekozen voor de inrichting van de zorgsector en het realiseren van besparingen, enkele maatregelen zijn te allen tijde noodzakelijk om daadwerkelijk resultaat te bereiken.

Een belangrijk kenmerk van de zorgsector is de informatie-asymmetrie tussen zorgaanbieders (ziekenhuizen, artsen) en zorgvragers (patiënten en zorgverzekeraars). Er is nauwelijks systematische en gevalideerde informatie beschikbaar over kwaliteit, kosten en doelmatigheid van geleverde zorg. Patiënten en zorginkopers zijn daardoor onvoldoende in staat een goede keuze te maken tussen zorgaanbieders. Ook de overheid en de Inspectie Gezondheidszorg kunnen daardoor maar beperkt oordelen over de kwaliteit van zorgaanbieders. Zorgaanbieders worden daardoor onvoldoende aangesproken op hun kwaliteit en op de relatie met kosten. In alle gevallen dient dan ook voorop te staan dat snel informatie over kwaliteit, kosten en doelmatigheid beschikbaar komt en transparant wordt gemaakt.

Een vergelijkbaar gebrek aan transparantie doet zich voor bij de autonome groei van het verplicht verzekerde basispakket, waar 'de stand der wetenschap' op incrementele wijze tot pakketuitbreidingen kan leiden. Stringent pakketbeheer is nodig, zodat op basis van adequate afweging en besluitvorming alleen noodzakelijke en kostenefficiënte zorg wordt toegevoegd aan het pakket.

Ook binnen zorginstellingen is informatie-asymmetrie een knelpunt, met name tussen specialisten en raden van bestuur. Aanpassing van de governance binnen zorginstellingen kan de opwaartse gevolgen van deze asymmetrie op de kosten, tegengaan.

Informatie, transparantie en besluitvorming over en handhaving van kwaliteit van de zorg en de groei van het basispakket alsmede de governance binnen zorginstellingen zijn te allen tijde van belang voor het borgen van de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

### **3.4 Bron 1: sturing van het zorgstelsel**

Het sturingsmodel in de zorg geeft aan op welke wijze vraag naar en aanbod van zorg wordt georganiseerd, geordend en aangestuurd. Het sturingsmodel is geen doel op zich, maar een middel om de publieke belangen te waarborgen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Bepalend voor het sturingsmodel is of doelmatigheid wordt afgedwongen door middel van budgetten, door middel van concurrentie (gereguleerde marktwerking) of door een combinatie van beide (zie figuur 3.1). De werkgroep beschrijft hiervoor twee varianten, waarbij voor zorgvraag de keuze is tussen beide sturingsinstrumenten, terwijl voor de aanbodkant in beide varianten gekozen is voor sturing via concurrentie.

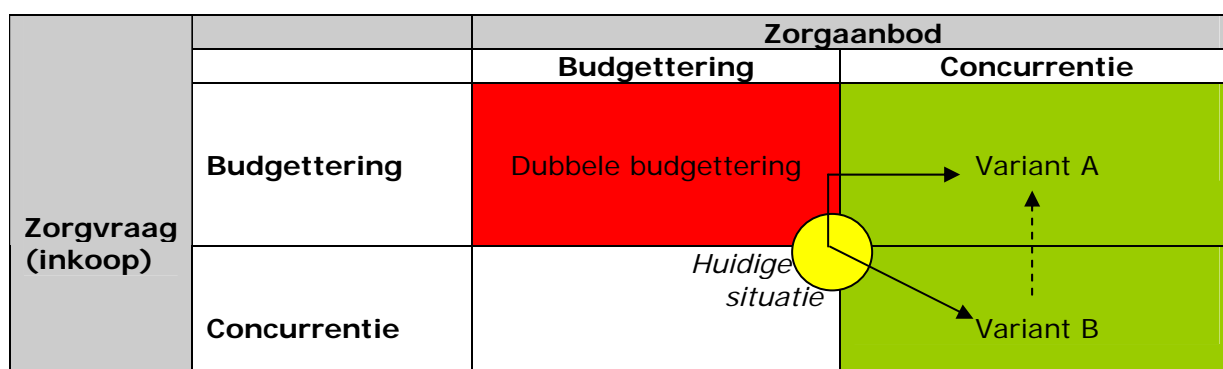
### Zorgvraag

Aan de vraagkant is er in de huidige situatie geen sprake van budgettering, maar wel van diverse vormen van nacalculatie, waardoor verzekeraars nog steeds beperkt risico lopen over hun kosten. Macro kostenstijgingen worden geheel nagecalculeerd. Dit illustreert 'stuck in the middle' aan de inkoopkant.

Voor de zorginkoopmarkt ziet de werkgroep twee mogelijke varianten. Enerzijds het doorontwikkelen van de huidige zorgverzekeraars tot volwaardige (selectieve) zorginkopers, met alle prikkels die daarbij horen (variant B). Dat impliceert het verder verbeteren van de ex ante risicoverevening en het zo snel mogelijk afbouwen van bestaande vormen van nacalculatie voor zorgverzekeraars. Anderzijds een model waarbij de overheid regionale zorginkoopkantoren opricht of aanwijst, die met een vast budget zorg inkopen bij concurrerende aanbieders. Bij deze variant A is het mogelijk dat de curatieve zorg geheel wordt gefinancierd uit inkomensafhankelijke premies of belastingen. In deze variant speelt de nominale premie immers geen rol meer bij het prikkelen van de zorginkopers. Gelet op de budgettering is een verzekerd recht op zorg in die variant niet te realiseren, zodat een overstap van een verzekeringskarakter naar een voorzieningenmodel noodzakelijk is.

Variant A en B kunnen, onder een aantal duidelijke randvoorwaarden (zie transitiepad hierna) beide rechtstreeks worden ingevoerd vanuit de huidige situatie. Bij een keuze voor A is het daarbij aan te bevelen dit met voorrang te regelen, en pas daarna verdere stappen te zetten aan de aanbodkant; na aankondiging van de keuze voor regionale zorginkoopkantoren zullen de huidige verzekeraars de opbouw van hun inkooprol snel afbouwen, omdat hier geen rendement meer op zal kunnen behaald in de toekomst. Het is echter ook denkbaar dat in beginsel wordt gekozen voor variant B, zodat verzekeraars de kans krijgen hun inkooprol waar te maken. Slagen zij daar onvoldoende in, dan kan op een later moment alsnog worden overgestapt op variant A. Daarmee worden zorgverzekeraars gestimuleerd om hun rol serieus waar te maken.

**Figuur 3.1 Sturing in de zorg**



### Zorgaanbod

De meeste zorgaanbieders zijn nog altijd gebonden aan een budget, zij het dat er bij verschillende zorgaanbieders (met name ziekenhuizen) elementen van doelmatigheidsprikkels zijn geïntroduceerd, waarbij het budgetplafond is losgelaten. Dit sluit aan bij het eerder beschreven beeld: 'stuck in the middle'. Partijen zijn gevangen in dit midden, zonder dat helder en zeker is hoe de toekomst er uit ziet. Deze onzekerheid belemmert stappen en investeringen en noodzaakt niet tot een aanpassing van het gedrag van zorgaanbieders en verzekeraars om te komen tot

meer doelmatige zorg. Van belang is dan ook dat de overheid een heldere keuze maakt voor het sturingsmodel van de toekomst en het pad daar naartoe systematisch afloopt.

Als gekozen wordt voor een gebudgetteerd voorzieningenstelsel, vindt in principe budgettering van de zorginkoop plaats (variant A). In dat geval is het denkbaar dat ook het aanbod wordt gebudgetteerd. De Nederlandse ervaringen met een dergelijke dubbele budgettering zijn gemengd. En als we kijken naar de Britse NHS (National Health Service), dan blijkt de budgettering daar beperkt te blijven tot de zorginkoopmarkt; bij het zorgaanbod is in toenemende mate sprake van concurrerende aanbieders. De budgettering op de zorginkoopmarkt wordt in de NHS in feite doorvertaald naar het zorgaanbod door de gelimiteerde budgetten van de inkopers, die op basis daarvan productieafspraken en maximumtarieven afspreken. Gelijktijdige budgettering van de aanbieders zelf heeft in die situatie weinig meerwaarde, terwijl de potentie voor doelmatigheidswinst kleiner is.

In scenario B ligt budgettering van de aanbieders evenmin in de rede, aangezien de concurrerende verzekeraars dan te weinig speelruimte hebben om hun inkooprol waar te maken en verbetering van de doelmatigheid af te dwingen.

Dit impliceert dat de werkgroep voor de sturing van het zorgaanbod het systematisch doorontwikkelen van doelmatigheidsprikkels door concurrentie aangewezen acht voor het bereiken van een efficiënte, effectieve en hoogwaardige zorg die voorziet in de behoeften van burgers. Deze richting voor de sturing van het zorgaanbod is ook aanbevolen door vrijwel alle partijen en personen die de werkgroep heeft gesproken. Daarbij verschilt het tempo en de volgorde van de verschillende stappen in de transitie wel tussen de verschillende scenario's (zie transitiepad).

De directe sturing door de overheid beperkt zich dan in extremo tot die vormen van zorg waar concurrentie niet mogelijk is. Daarbij gaat het om vormen van zorg waar de beschikbaarheidsfunctie voorop staat, namelijk acute zorg en topreferente zorg. Voor die vormen van zorg kan via publieke aanbesteding en met budgetgaranties de beschikbaarheid en dienstverlening worden zekergestellt. De rol van overheid richt zich veel sterker dan voorheen op de kwaliteit en de inhoud van de zorg (maatregelen te allen tijde) en veel minder dan voorheen op de wijze waarop het zorgaanbod is ingericht. Na aanbesteding van een landelijk dekkend netwerk van voorzieningen voor acute zorg en topreferente zorg, zullen bestaande aanbieders van zorg zich bezinnen op hun toekomst. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat ziekenhuizen zich richten op een beperkt aantal specialismen, dat samenwerking met andere aanbieders wordt geïntensiveerd of dat voor sluiting wordt gekozen. De opgeroepen dynamiek zal de inrichting van de zorg veranderen, zonder dat dit vooraf in een blauwdruk kan of moet worden gevangen. Eerste en tweede lijn, psychische en somatische zorg, ambulante en klinische zorg, fysieke zorg en e-health kunnen daarbij elk in nieuwe verhoudingen tot elkaar komen te staan, terwijl overcapaciteit vermindert. De ruimte en de stimulans die dit biedt voor (proces)innovatie binnen en tussen instellingen betekent dat de doelmatigheid, de arbeidsproductiviteit en de kwaliteit van de zorg kan toenemen, wat bijvoorbeeld wordt geïllustreerd door gespecialiseerde ZBC's, zoals oogklinieken en gespecialiseerde ziekenhuizen voor bevallingen.

Een dergelijke herbezinning en innovaties kunnen extra worden gestimuleerd door de inzet van privaat kapitaal en winstuitkeringen mogelijk te maken in de zorg. Dit

ligt meer voor de hand in variant B dan in variant A. In een context waarin meer zorginstellingen worden afgerekend op hun resultaten zullen banken hogere risico-opslagen vragen bij de financiering van de zorg. Privaat risicodragend kapitaal kan de financieringskosten van de zorg verlagen en de prikkels voor doelmatigheid vergroten. Als de countervailing power aan de vraagzijde onvoldoende is, dan zal privaat kapitaal echter ook de prikkels om volume te draaien versterken, zodat het risico op aanbodgedreven zorg toeneemt. Dat betekent dat uitkeerbare winst pas geïntroduceerd kan worden als aan belangrijke randvoorwaarden is voldaan, met name het daadwerkelijk invulling geven aan de zorginkooprol door zorgverzekeraars.

### **Transitiepad**

Het bereiken van variant A of B, elk met doelmatigheidsprikkels, vergt een transitiepad van meerdere stappen gespreid over meerdere jaren. Elke stap impliceert een nieuwe balans tussen de onderhandelingsmacht en prikkels van de verschillende spelers in het stelsel. Voor elke nieuwe stap in het transitieproces is het van belang dat de met voorgaande stappen beoogde resultaten zijn bereikt. Deze randvoorwaarde betreft zowel de beoogde wijzigingen in gedrag van partijen in de zorg als de beoogde verbetering van doelmatigheid en effectiviteit. Verdere deregulering van het zorgaanbod veronderstelt bijvoorbeeld voldoende countervailing power en dus daadwerkelijk selectief inkopende zorginkopers op de zorginkoopmarkt. Omdat in de beginperiode nog niet alle prikkels volledig zullen zijn geïntroduceerd, zijn in beide varianten eerst maatregelen nodig om verzekeraars of inkoopkantoren te 'helpen' hun inkooprol waar te maken. Voorbeelden daarvan zijn verplichte vormen van contractering (capitation fee voor huisartsen), productdefiniëring (DOT), verplichte degressieve tarieven, en het zwaar meewegen van kwaliteit in de prijzen. In een latere fase kunnen deze maatregelen weer worden teruggedraaid, om het beoogde eindmodel te bereiken.

## **3.5**

### **Bron 2: eigen betalingen**

Kenmerkend voor het Nederlandse zorgstelsel is de hoge mate van solidariteit, wat zich onder meer uit in een relatief laag niveau van eigen betalingen. De individuele burger heeft daardoor maar beperkt zicht op de financiële gevolgen van zijn zorggebruik. Eigen betalingen kunnen het kostenbewustzijn van burgers vergroten en daarmee de gevoelde eigen verantwoordelijkheid voor de kosten in de zorg.

Eigen betalingen kunnen verzekerden sturen in hun gedrag, doordat zij kiezen voor een goedkopere vorm van zorg, voor een door de verzekeraar geselecteerde vorm van zorg of doordat zij afzien van zorggebruik. Dat laatste kan mede het gevolg zijn van het (positieve) effect van eigen betalingen op de leefstijl van burgers. Eigen betalingen kunnen ook een financieringsbron vormen voor de kosten van de zorg, waarbij meer de nadruk komt te liggen op het profijtbeginsel. De solidariteit neemt daarmee af.

De werkgroep heeft een scala aan vormen van eigen betalingen geïnventariseerd. Binnen de gepresenteerde varianten heeft de werkgroep gekozen voor zo eenvoudig mogelijke eigen betalingen met een minimum aan administratieve lasten. Dit betreft enerzijds een verhoging van het plafond van het eigen risico, anderzijds de introductie van een beperkt contant af te rekenen consulttarief bij de huisarts. Voor de eerstelijns GGZ bestaat reeds een eigen bijdrage. Daarmee komen de eigen betalingen op een internationaal vergelijkbaar niveau. Aldus wordt het kostenbewustzijn vergroot en een financiële bijdrage toegevoegd daar waar de

afweging van de patiënt om al dan niet een beroep te doen op de zorg het sterkste is: bij een beroep op de poortwachter van de zorg.

### 3.6 **Bron 3: verzekerde basispakket**

Het verzekerde basispakket geeft de grenzen aan tussen wat collectief verzekerd is en wat niet. Door het nauwer omschrijven van de grenzen kunnen besparingen worden bewerkstelligd. In alle gevallen is van belang dat er collectieve dekking blijft voor die vormen van zorg waarvoor dat maatschappelijk gezien noodzakelijk wordt geacht. Daarbij zijn ook ethische vragen aan de orde. De werkgroep doet daar geen uitspraak over.

Voorop staat dat te allen tijde het in paragraaf 1.3 beschreven stringent pakketbeheer noodzakelijk is. Daarmee wordt de groei van het pakket onderworpen aan expliciete besluitvorming.

Daarnaast zijn er verschillende methoden op basis waarvan het huidige verzekerde pakket kan worden doorgelicht, teneinde mogelijke pakketbeperkingen op te sporen. Een eerste methode ordent de verstrekkingen in de zorg naar vijf niveaus van ziektelast. De gedachte daarbij is: hoe hoger de ziektelast, hoe ernstiger de aandoening, hoe noodzakelijker opname in het verplichte basispakket. Verstrekkingen gericht op de laagste ziektelast (ziektelast 1) zouden in aanmerking kunnen komen voor verwijdering uit het pakket. Een tweede methode ordent de verstrekkingen op basis van kosten. De gedachte daarbij is dat hoe hoger de kosten zijn, hoe noodzakelijker opname is in het basispakket. Een derde methode gaat uit van kostenefficiëntie: des te lager de kosten in verhouding tot het aantal gewonnen gezonde levensjaren (QALY's), des te meer ligt opname in het pakket in de rede. Vanzelfsprekend zijn ook combinaties van deze varianten mogelijk.

In de gepresenteerde 20% besparingsvariant hanteert de werkgroep de ziektelastmethode. De collectieve verzekering kan zich daarbij geheel richten op genezing van ziekte. Verstrekkingen met andere doelen, bijvoorbeeld het tegengaan van ongemak, vallen dan buiten het pakket.



## 4 Technische beschrijving varianten curatieve zorg

### 4.1 Inleiding

Op basis van de hoofdlijnen uit hoofdstuk 3 worden in dit hoofdstuk de besparingsvarianten gepresenteerd. Daarbij gaat het om de maatregelen die te allen tijde getroffen kunnen worden en de twee varianten met maatregelen uit elk van de drie bronnen: sturing van het stelsel, eigen betalingen en pakketmaatregelen. Besparingen uit eigen betalingen en pakketmaatregelen zijn onmisbaar voor het realiseren van voldoende besparingen. Zij vergen een expliciete keuze over nieuwe grenzen voor risico- en inkomenssolidariteit. Getracht is zoveel mogelijk besparingen te realiseren via maatregelen te allen tijde en specifieke interventies ter verbetering van de sturing van het stelsel. De twee varianten verschillen qua sturing van het zorgstelsel, maar bevatten dezelfde maatregelen uit de bronnen eigen betalingen en pakketmaatregelen.

De totale besparingen van de twee varianten worden getoond in tabel 4.1. In deze tabel worden de besparingen zo gepresenteerd dat al rekening is gehouden met besparingen uit andere bronnen. Een verbetering van de sturing van het stelsel verkleint de omvang van het BKZ, zodat besparingen via verhoging van de eigen betalingen en versoering van het verzekerde basispakket minder opleveren. In bijlage 6 is een tijdpad geschetst voor het implementeren van de maatregelen.

**Tabel 4.1 Overzicht besparingen**

(bedrag x € mln)	2011	2012	2013	2014	2015	Structureel (NCW 2015)*
<b>1. Maatregelen te allen tijde</b>	<b>50</b>	<b>200</b>	<b>360</b>	<b>470</b>	<b>530</b>	<b>530</b>
wv: kwaliteit en transparantie**	10	30	50	80	100	100
wv: governance in zorginstellingen	10	120	230	290	300	300
wv: stringent pakketbeheer	30	50	80	100	130	130
2. Bron 1: sturing van het stelsel						
<b>2A Variant A: budgettering zorginkoopkantoren</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>310</b>	<b>500</b>	<b>590</b>	<b>950</b>
wv. A. stringente budgettering zorginkoop	0	0	0	150	310	790
wv. A. correctie voor lager zorgvolume	0	0	0	-40	-80	-200
<b>2B Variant B: concurrerende zorgverzekeraars</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>310</b>	<b>430</b>	<b>550</b>	<b>1.060</b>
wv. B. volledig risicodragende zorgverzekeraars	0	0	0	80	180	650
wv. B. vrije deelname privaat kapitaal	0	0	0	0	10	50
in beide varianten:						
Zorgaanbod: aanbesteding publiek segment ziekenhuizen	0	0	230	250	260	260
Zorgaanbod: bekostiging huisartsen	20	40	80	100	100	100
<b>3. Bron 2: eigen betalingen</b>	<b>0</b>	<b>1.080</b>	<b>2.010</b>	<b>2.960</b>	<b>4.070</b>	<b>4.070</b>
wv: verhoging eigen risico €775 ***	0	850	1.760	2.710	3.800	3.800
wv: €5 per consult voor de huisarts	0	240	250	260	260	260
<b>4. Bron 3: pakketmaatregelen (verzekerde</b>	<b>0</b>	<b>2.070</b>	<b>2.570</b>	<b>2.230</b>	<b>2.320</b>	<b>2.320</b>

<b>pakket beperken tot op genezing gerichte zorg)</b>						
<b>5. Totale opbrengst (1+2+3+4)</b>						
Besparing cumulatief scenario A (zonder samenloop)	70	3.390	4.820	6.130	7.510	7.870
Besparing cumulatief scenario B (zonder samenloop)	70	3.390	4.820	6.100	7.460	7.890
correctie overlap besparingen variant A	0	-240	-630	-1.020	-1.190	-1.240
correctie overlap besparingen variant B	0	-240	-630	-1.020	-1.190	-1.250
<i>Totale besparingen variant A</i>	<i>70</i>	<i>3.160</i>	<i>4.200</i>	<i>5.110</i>	<i>6.320</i>	<i>6.630</i>
<i>Totale besparingen variant B</i>	<i>70</i>	<i>3.160</i>	<i>4.200</i>	<i>5.090</i>	<i>6.280</i>	<i>6.730</i>
<b>TOTAAL BENODIGDE BESPARING</b>					<b>6.350</b>	<b>6.350</b>

\* *De structurele besparing wordt voor de genoemde maatregelen in verschillende jaren bereikt (wanneer besparing structureel is, kan zijn in 2015, 2018 of in 2020), alle structurele besparingen zijn netto contant gemaakt naar 2015.*

\*\* *Deze besparing is met extra veel onzekerheid omgeven, daarom is gekozen voor een zeer behoedzame raming van de opbrengsten;*

\*\*\* *Cfm MLT-doorrekening CPB, oplopend naar €840 in 2015 (€775 reëel in 2015); handhaving compensatieregeling eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten op niveau 2012.*

De beoogde besparingen uit maatregelen die betrekking hebben op de sturing van het zorgstelsel zijn notoir moeilijk aan te geven. De literatuur van de gezondheidseconomie geeft daarbij onvoldoende empirisch houvast. Een complicerende factor is ook dat het niet altijd op voorhand duidelijk is of de eventuele doelmatigheidswinst zich zal vertalen in lagere kosten of in hogere kwaliteit. Dit blijkt ook uit de plausibiliteitstoets van het CPB (zie hoofdstuk 1). De werkgroep presenteert een integraal pakket aan maatregelen binnen twee varianten. Meningingen kunnen verschillen hoeveel dit precies zal opleveren. Mede tegen die achtergrond bevatten de varianten een structurele overdekking van ca €0,3 à €0,4 miljard, die kan worden ingezet als besparingen uit maatregelen te allen tijde of de sturingsvarianten zich onvoldoende materialiseren. Deze overdekking, in combinatie met de plausibiliteitstoets van het CPB, geeft de werkgroep het vertrouwen dat het totaal aan maatregelen in varianten A en B voldoende zal zijn om een besparing van 20% te realiseren.

Naast de besparingsvarianten in dit hoofdstuk is in bijlage 3 een groslijst met maatregelen opgenomen die de gepresenteerde varianten kunnen aanvullen dan wel in de plaats kunnen komen van bepaalde onderdelen.

#### 4.2 Maatregelen te allen tijde

Maatregelen te allen tijde hebben betrekking op de kwaliteit, transparantie, de governance binnen zorginstellingen en stringent pakketbeheer. Deze maatregelen bevorderen de doelmatigheid en gaan de aanbodgeïnduceerde vraag tegen. Deze 'no regret' maatregelen zijn van belang, ongeacht de keuze voor het sturingsmodel, teneinde de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te waarborgen.

De doelmatigheidsmaatregelen in dit verband betreffen een samenhangend geheel van:

- het transparant maken van kwaliteitsnormen en prestaties voor verzekerden, verzekeraars en overheid, waarmee partijen consequent kunnen sturen op kwaliteit en doelmatigheid;
- het institutioneel borgen van samenhangende sturing op kwaliteit, richtlijnconformiteit, verzekerde aanspraak en pakketbeheer middels samenvoeging van relevante instituties op dit terrein;

- het borgen van het bieden van doelmatige kwaliteit door wettelijk de positie van de Raden van Bestuur te versterken ten opzichte van de medisch specialisten en;
- het regelen van een stringenter pakketbeheer, waarbij toelating van innovaties tot het verzekerde pakket eenduidiger, samenhangend en consequenter worden beoordeeld; verouderde behandelingsmethoden worden uit het pakket verwijderd en behandelingen die afwijken van richtlijnen vergen toestemming vooraf van de zorginkoper.

**Tabel 4.2 Overzicht besparingen maatregelen te allen tijde**

(bedrag x € mln)	2011	2012	2013	2014	2015	Structureel (NCW 2015)
<b>1. Maatregelen te allen tijde</b>	<b>50</b>	<b>200</b>	<b>360</b>	<b>470</b>	<b>530</b>	<b>530</b>
wv: kwaliteit en transparantie	10	30	50	80	100	100*
wv: governance in zorginstellingen	10	120	230	290	300	300
wv: stringente pakketbeheer	30	50	80	100	130	130

\* De werkgroep onderkent dat het werken volgens evidence based richtlijnen, het terugdringen van praktijkvariatie e.d. tot aanzienlijke besparingen kan leiden, die macro zouden kunnen oplopen tot een veelvoud hiervan. Er is veel onderzoek op microniveau gedaan dat dit bevestigt. Omdat het onzeker is of dergelijke besparingen met de voorgestelde maatregelen ook op macroniveau optreden, is gekozen voor een zeer behoedzame raming van de opbrengsten.

#### 4.2.1

##### *Kwaliteit en transparantie*

Uit internationale voorbeelden zoals Kaiser Permanente in California, Grand Junction in Colorado en de Veterans Administration in de VS, blijkt dat kwalitatief goede zorg gunstig is voor de kosten. Dit blijkt ook uit een recente inventarisatie van ZonMW van Nederlandse innovatieprojecten<sup>18</sup>. Alleen al de enorme praktijkvariatie die wordt waargenomen toont aan dat richtlijn conform werken opbrengsten genereert. Datzelfde geldt voor een krachtige sturing en handhaving van veiligheidsnormen. Er is een brede overtuiging dat hier potentiële opbrengsten zitten, mede vanwege het neerwaartse effect op aanbodgeïnduceerde vraag. Maatregelen zijn nodig om deze potentie ook daadwerkelijk te realiseren. De afhankelijkheid van gedragsvariabelen is hier groot en de onzekerheidsmarges rond de ramingen evenzeer. Er is bovendien een duidelijke samenhang met de opbrengsten vanwege de aanpassing van het sturingsmodel (bron 1). De kwaliteitsmaatregelen zijn een noodzakelijke voorwaarde om deze opbrengsten te genereren; daarmee zijn beide posten in zekere zin communicerende vaten. De ervaringen van de afgelopen jaren laten zien dat een succesvolle selectieve zorginkoop niet van de grond komt zonder een strak kwaliteitsbeleid en transparantie daarover.

In Nederland is het sturen op kwaliteit en doelmatigheid en de transparantie daarvan institutioneel sterk gefragmenteerd. Betrokken partijen zijn onder andere Wetenschappelijke verenigingen, NHG, IGZ, CVZ, NZa, DBC-Onderhoud, ZonMw, ZiZo, Regieraad, KiesBeter en CBG. Behalve de fragmentatie ontbreekt het aan doorzettingsmacht. Veel energie gaat aan 'polderen' verloren. De verantwoordelijkheid van de wetenschappelijke beroepsorganisaties voor de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen blijft gehandhaafd. Maar de autorisatiefunctie en indien nodig het organiseren van doorzettingsmacht moet komen te liggen bij één nationaal instituut voor kwaliteit, doelmatigheid en transparantie van de gezondheidszorg. Een groot aantal bestaande organisaties kan

18 Deze inventarisatie is gemaakt voor de werkgroep.

daarin opgaan, zoals Zizo, KiesBeter, DBC-onderhoud, Regieraad, CBG en delen van CVZ en ZonMw.

Taken van het instituut moeten tenminste zijn:

- zorgen dat er up to date protocollen, richtlijnen en zorgstandaarden worden opgesteld waarbij voldoende aandacht wordt besteed aan doelmatigheid (o.a. stepped care benadering, waarbij pas bij gebleken noodzaak naar intensievere behandeling wordt overgegaan) en de mogelijkheden voor taakherschikking;
- zorgen dat er op basis van de protocollen, richtlijnen en standaarden veiligheidsnormen en kwaliteitsindicatoren worden opgeteld;
- indien veldpartijen niet, niet tijdig of onvoldoende invulling geven aan de totstandkoming van protocollen, richtlijnen, standaarden, normen en indicatoren, dan zal het Instituut daar zelf voor zorgdragen; daarbij is van belang dat behandeling zonder richtlijn niet voor financiering in aanmerking komen (zie stringent pakketbeheer);
- het openbaar maken van uitkomsten ten aanzien van veilige zorg (o.a. sterftecijfers, infectiecijfers), scores op kwaliteitsindicatoren, richtlijnconformiteit en de outcome daarvan.

De effectiviteit hiervan zal moeten worden geflankeerd door een versterking van het toezicht door de IGZ, die daarvoor zo nodig uitgebreid moet worden.

#### 4.2.2 *Stringent pakketbeheer*

Een stringent pakketbeheer is nodig om zowel toevoegingen aan het verzekerd pakket als onnodig gebruik van het pakket te beteugelen. In het verlengde van het te voeren kwaliteitsbeleid zal wettelijk worden geregeld dat zorg die niet voldoet aan de vastgestelde richtlijnen of zorgstandaarden niet zal worden vergoed (en evenmin aan de patiënt in rekening kan worden gebracht), tenzij de verzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft verleend. Door enerzijds de zorginkoper meer instrumenten te geven om te sturen op standaarden en richtlijnen en anderzijds de mogelijkheid te houden om hier in overleg met de zorginkoper vanaf te wijken krijgt de inkoper een instrument om ondoelmatige over- en onderbehandeling tegen te gaan, maar met de mogelijkheid om innovatieve en effectieve behandelwijze die van de standaarden afwijken wel toe te kunnen staan.

Wat betreft uitbreiding van het pakket op grond van innovatieve ontwikkelingen zal worden geregeld, dat toekomstige pakketuitbreidingen ministeriele goedkeuring behoeven (vergelijk Australië). Een nieuwe behandeling of technologie komt dus pas voor vergoeding in aanmerking nadat de minister op expliciet advies van de pakketbeheerder heeft besloten dat dat het geval is. Daarmee is het criterium "stand van de wetenschap" nog wel een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde meer voor toelating tot het pakket.

#### 4.2.3 *Governance in zorginstellingen*

In het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg wordt de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en de positie van De Raad van Bestuur van het ziekenhuis ten opzichte van de medisch specialisten versterkt. Dit voorstel moet worden doorgezet. Op deze wijze wordt het fiscaal ondernemerschap voor medisch specialisten genormaliseerd; dit impliceert dat het fiscaal ondernemerschap beperkt blijft tot die specialisten die aan reguliere kenmerken van ondernemerschap voldoen. Materieel is voor specialisten op deze wijze een (fictieve) loondienst gecreëerd, waardoor bij reguliere ziekenhuizen materieel een situatie ontstaat van specialisten in loondienst. Voor specialisten die niettemin niet in loondienst werken zal de (Model)

ToelatingsOvereenkomst (MTO) tussen Bestuur en Specialist wettelijk van een duidelijker kader worden voorzien ten aanzien van de informatieverplichting en de uitgangspunten voor honorering van medisch specialisten. In dat perspectief zullen de vaste normtijden die in DBC's voor behandeling zijn opgenomen en het vaste uurtarief komen te vervallen.

#### 4.2.4 *Taakherschikking wordt bevorderd*

Onder taakherschikking wordt verstaan dat taken structureel verschuiven van een arts naar een niet-arts (zoals een practitioner of gespecialiseerde verpleegkundige), of van een gespecialiseerde naar een generalistische arts. Taakherschikking levert een positieve bijdrage aan veilige, effectieve, patiëntgerichte en toegankelijke zorg<sup>19</sup>. Taakherschikking leidt ook tot besparingen omdat de taken vaak naar lager gekwalificeerd en dus goedkoper personeel worden verschoven. Om meer taakherschikking mogelijk te maken zijn maatregelen nodig waarbij de behandelingsvrijheid van niet-artsen geborgd wordt in protocollen en wet- en regelgeving, zoals de wet BiG. Een voorbeeld is dat nurse practitioners en praktijkondersteuners medicatie kunnen voorschrijven.

### 4.3 **Maatregelen bron 1: sturing van het stelsel**

Bij de maatregelen ter verbetering van de sturing van het zorgstelsel (bron 1) worden twee varianten onderscheiden. In variant A kopen regionale zorginkoopkantoren met een vast budget in bij concurrerende zorgaanbieders. De beschikbare zorgbudgetten worden over de zorgkantoren verdeeld op basis van demografische en sociaaleconomische criteria. De zorgverzekering wordt vervangen door een voorzieningenstelsel. Omdat er geen sprake meer is van concurrerende zorgverzekeraars is een nominale premie niet langer noodzakelijk en zou er voor kunnen worden gekozen de voorziening te financieren uit inkomensafhankelijke belastingen. In variant B ontwikkelen de huidige zorgverzekeraars zich door tot onderling concurrerende volwaardige en selectieve zorginkopers met alle prikkels die daar bij horen.

De zorgverlenersmarkt in het eindbeeld van beide varianten is concurrerend. De directe sturing door de overheid beperkt zich dan in extremo tot die vormen van zorg waar concurrentie niet mogelijk is. Daarbij gaat het om vormen van zorg waar de beschikbaarheidsfunctie voorop staat, namelijk acute zorg en topreferente zorg. Voor die vormen van zorg kan via publieke aanbesteding en met beschikbaarheidsvergoedingen de beschikbaarheid en dienstverlening worden zekergesteld.

De stappen naar het eindbeeld van beide varianten worden geschetst in bijlage 6. Het transitiepad is essentieel, inclusief voortgang op de maatregelen te allen tijde, voor het nemen van vervolgstappen. Gekozen is voor een reeks jaarlijkse bundels van maatregelen, die zowel naar samenstelling als volgorde een logische samenhang vertonen. Voor het nemen van volgende stappen moet worden getoetst aan randvoorwaarden. Tabel 4.3 presenteert een overzicht van de besparingen uit bron 1.

<sup>19</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, Staat van de gezondheidszorg 2007: Taakherschikking blijft positief voor de kwaliteit van de zorg".

**Tabel 4.3 Overzicht besparingen maatregelen sturing van het zorgstelsel**

(bedrag x € mln)	2011	2012	2013	2014	2015	Structureel (NCW 2015)
<b>2A Variant A: budgettering zorginkoopkantoren</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>310</b>	<b>460</b>	<b>590</b>	<b>950</b>
wv. A. stringente budgettering zorginkoop	0	0	0	150	310	790
wv. A. correctie voor lager zorgvolume	0	0	0	-40	-80	-200
<b>2B Variant B: concurrerende zorgverzekeraars</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>310</b>	<b>430</b>	<b>550</b>	<b>1.060</b>
wv. B. volledig risicodragende zorgverzekeraars	0	0	0	80	180	650
wv. B. vrije deelname privaat kapitaal	0	0	0	0	10	50
in beide varianten:						
Zorgaanbod: aanbesteding publiek segment ziekenhuizen	0	0	230	250	260	260
Zorgaanbod: bekostiging huisartsen	20	40	80	100	100	100

#### 4.3.1

##### *Eindbeeld zorgverleningsmarkt in varianten A en B*

Het eindbeeld is in beide varianten vergelijkbaar, en wordt gekarakteriseerd door een segment dat niet aan concurrentie onderhevig is en door de overheid wordt aanbesteed (Spoedeisende hulp (SEH), topreferente zorg) en voor het overige vrije contractvormen tussen zorginkopers en alle zorgaanbieders.

##### **SEH en topreferente zorg**

De overheid stelt een spreidings- en capaciteitsplan voor SEH vast en een capaciteitsplan voor topreferente zorg. Hierbij kunnen verschillende niveaus worden onderscheiden, variërend van grote regionale traumacentra tot kleinere SEH's en ambulancstandplaatsen. In alle gevallen zal een SEH moeten samenwerken met een naastgelegen huisartsenpost.

De randvoorwaarde van de bereikbaarheid van acute zorg betekent dat inkrimping van de spoedeisende hulp capaciteit in de praktijk kan plaatsvinden in de stedelijke gebieden, te verdelen via aanbesteding; winnaars van de aanbesteding ontvangen een beschikbaarheidsvergoeding. In die gebieden zullen de ziekenhuizen scherp moeten aanbesteden om hun SEH posten te houden. Het wegvallen van een SEH is voor een ziekenhuis onaantrekkelijk omdat dit de front-office van een ziekenhuis is. Dit legt extra druk op de aanbesteding naast de kostenbesparingen als gevolg van de aanbesteding.

Alle zorgaanbieders kunnen deelnemen aan de aanbestedingsprocedure. In de offerte wordt aangegeven hoe de beschikbaarheid van de vereiste poortspecialismen<sup>20</sup> wordt gegarandeerd en hoe wordt voorzien in de naast aanwezige huisartsenpost. De SEH-afdeling blijft juridisch gescheiden van de offerende zorginstelling. Periodiek wordt opnieuw aanbesteed, waarbij nieuwe partijen zich kandidaat kunnen stellen voor de exploitatie van een bestaande SEH in de komende periode. Doordat elke zorginstelling op zich een SEH-functie mag behouden (zij het zonder beschikbaarheidsvergoeding), en de additionele vaste kosten van een SEH voor een zorginstelling relatief beperkt zijn, kunnen

20 De vereiste poortspecialismen zijn: interne geneeskunde, heelkunde, gynaecologie en verloskunde, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en dermatologie. Ondersteunende specialismen die aanwezig dienen te zijn: radiodiagnostiek, anesthesiologie, medische microbiologie, klinische pathologie, chemie en neurofysiologie en high care- en ademhalingsfaciliteiten.

zorginstellingen relatief eenvoudig meedoen aan een volgende aanbestedingsronde, en worden SEH-monopolies voorkomen.

Het aantal aanbestede SEH's wordt beperkt tot 60, wat betekent dat de SEH met 40 posten zal afnemen<sup>21</sup>. Het aantal SEH's halveert in deze gebieden weliswaar, maar de capaciteit kan niet halveren en wellicht wordt er een groter beroep op het ambulancevervoer gedaan. De resterende SEH-capaciteit kan beter worden benut. De overige ziekenhuizen krijgen geen bekostiging meer voor SEH. In de praktijk betekent dit dat er geen beschikbaarheidsvergoeding wordt betaald en dat eventuele SEH-activiteiten moeten worden gedekt uit de overige inkomsten (op dit moment is dat de DBC-omzet), waarvoor een opslag in rekening zal moeten worden gebracht. Overige ziekenhuizen hebben daardoor een concurrentienadeel voor SEH ten opzichte van de door de overheid gecontracteerde aanbieders en zullen zich moeten herbezinnen op hun strategische koers. Zij hebben daarbij verschillende opties. Een mogelijkheid is om zich te specialiseren op bijvoorbeeld oncologie, orthopedie of cardiologie. Een andere mogelijkheid is om zich te ontwikkelen in de richting van anderhalve-lijns zorg, met producten als ketenzorg voor chronisch zieken, kleine ingrepen of diagnostiek. Ook sluiten of fuseren zijn opties.

Bij aanbesteding van topreferente zorg zullen academische ziekenhuizen naar verwachting tegen lagere bedragen offeren dan de huidige prijzen. Sluiting van (delen van) academische ziekenhuizen kan het gevolg zijn, aangezien de aanbesteding slechts de helft omvat van de huidige topreferente zorg.

#### **Box 4.1 Numerus fixus en opleidingsplaatsen**

De RVZ heeft recent geadviseerd over de numerus fixus voor de medische opleiding. Daarnaast heeft het Capaciteitsorgaan geadviseerd om meer artsen op te leiden. Bovendien wordt deze zomer een evaluatie van het opleidingsfonds afgerond.

Teneinde een kunstmatige schaarste te verminderen en het aanbod van artsen op peil te houden, kan opheffing van de numerus fixus en van de beperking van het aanbod van specialistenopleidingsplaatsen overwogen worden. Daarmee kunnen specialisten niet meer eigenstandig de omvang van de eigen beroepsgroep bepalen, en aldus de eigen schaarste reguleren. Door de resulterende extra opleidingsplaatsen zullen de opleidingskosten toenemen. Dit kan gemitigeerd worden door bij de financiering van de opleidingen het profijtbeginsel te introduceren (in lijn met de aanbeveling van de werkgroep Hoger onderwijs). Consequentie is dat specialisten zelf (een deel van) hun opleiding betalen danwel hun werkgever (het ziekenhuis), naar analogie van andere beroepsgroepen zoals advocaten en accountants. Hierdoor kunnen besparingen worden gerealiseerd, bijvoorbeeld doordat de samenloop tussen betalingen uit het opleidingsfonds en vergoedingen voor verrichtingen door de arts-in-opleiding, wordt vermeden.

Via de VWS-begroting wordt jaarlijks € 0,8 miljard uitgegeven aan bekostiging van specialistenopleidingen en nog eens ruim €0,1 miljard aan huisartsenopleidingen. Dit bedrag telt mee in het budgettair kader zorg, maar valt niet onder de reikwijdte van de Heroverweging curatieve zorg. De potentiële besparingen en de meerkosten van het opleiden van meer artsen zijn dan ook niet meegenomen in de berekeningen.

<sup>21</sup> Huisartsenposten worden niet aanbesteed; slechts vereist is dat 60 HAP's een samenwerking hebben met een SEH.

### **Contractvormen en tarieven**

Op termijn kunnen verzekeraars onderhandelen met aanbieders over een vergoeding op basis van zorgwaarde, het verwijs- en voorschrijfgedrag, en de gezondheidsuitkomsten. Dan kan de contractvorm vrij worden gelaten. Het is aannemelijk dat deze contractvormen in het eindbeeld zullen verschillen tussen A en B. In het eindbeeld is het – zeker in variant A – denkbaar dat zorginkopers lump sum contracten afsluiten met zorgaanbieders en delen van de budgetten koppelen aan kwaliteit. Beschikbare budgetten zullen immers leidend zijn, en zorginkopers willen het risico op budgetoverschrijdingen beperken door de vormgeving van de contracten. In variant B zal het recht op zorg centraal staan en zullen prestatie- en doelmatigheidsprykkels waarschijnlijk groter zijn (maar het risico op aanbodgeïnduceerde vraag dus ook).

### **Vrije deelname privaat kapitaal**

In beide varianten is privaat kapitaal met winstoogmerk mogelijk, echter in variant A is er voor gekozen om geen risicodragend kapitaal op te nemen. In variant B wordt vrije deelname van privaat kapitaal toegestaan met zeggenschap en winstuitkering, inclusief verticale integratie met een verzekeraar. De mogelijkheid tot inbreng van risicodragend kapitaal maakt het gemakkelijker voor nieuwkomers om een kliniek op te zetten, terwijl publieke instellingen via de concurrentie worden gedwongen potentiële doelmatigheidsverbeteringen te realiseren. Bovendien kunnen de financieringskosten van zorgaanbieders dalen doordat financiering met privaat kapitaal goedkoper is dan met vreemd vermogen.

#### *4.3.2 Transitie naar eindbeeld zorgverleningsmarkt*

Omdat in de beginperiode nog niet alle prykkels volledig zullen zijn geïntroduceerd, zijn in beide varianten eerst maatregelen nodig om verzekeraars of inkoopkantoren te 'helpen' hun inkooprol waar te maken. Voorbeelden daarvan zijn verplichte vormen van contractering (capitation fee voor huisartsen), productdefiniëring (DOT), verplichte degressieve tarieven, en het zwaar meewegen van kwaliteit in de prijzen. In een latere fase kunnen deze maatregelen weer worden teruggedraaid, om het beoogde eindmodel te bereiken. Op deze maatregelen wordt hieronder ingegaan.

### **Bekostiging van de huisarts**

De huisarts wordt (in ieder geval tijdelijk) bekostigd via een capitation model op basis van de populatiekenmerken van de praktijk. De gezondheidsuitkomsten zullen transparant worden gemaakt zodat de zorginkopers die kunnen betrekken bij het niveau van het abonnementstarief (kwaliteitsbonus). Deze maatregel heeft ook budgettaire effecten door de (tijdelijke) afschaffing van de openeinde bekostiging via het huidige consulttarief.

### **Productdefinities en tarieven**

Om de onderhandelingen tussen zorginkopers en aanbieders te vereenvoudigen zal in de transitieperiode behoefte zijn aan een uniforme onderhandelingstaal (productdefinities DOT). Invoering van prestatiebekostiging geschiedt op basis van deze producten, waarbij de prijs geleidelijk kan worden vrijgegeven. Om prykkels voor vraaginductie te beperken kunnen degressieve tarieven in de overgang bovendien verplicht worden. Daarnaast worden (in ieder geval tijdelijk) keten-DBC's voor chronische aandoeningen ingevoerd.

Tabel 4.4 schetst de stappen en een tijdspad voor de zorgverleningsmarkt voor beide varianten. Een gedetailleerd beeld met de inhoud van de stappen is opgenomen in bijlage 5.



**Tabel 4.4 Tijdpad en stappen in de zorgverleningsmarkt**

	Variant A	Variant B
<b>Transitiemaatregelen (invoering en beëindiging)</b>		
Capitation model (abonnement) voor huisartsen	2012-2015	2012-2015
DOT	2012-2015	2012-2015
Prestatiebekostiging	2013-2015	2012-2015
Verplichte degressieve tarieven	2013-2015	2012-2015
Keten DBC's	-	2012-2015
<b>Maatregelen eindbeeld (invoering)</b>		
Winstuitkering	-	2014
SEH/topreferent aanbesteden	2013	2013

4.3.3 *Zorginkoop en zorgverzekeringsmarkt in varianten A en B*

**Variant A – voorzieningenstelsel en zorginkoop door regionale zorginkoopkantoren**

Variant A vormt een breuk met de huidige ontwikkeling van het zorgstelsel. De zorginkoop in variant A gebeurt door gebudgetteerde zorginkoopkantoren, waarbij benchmarking plaats vindt tussen de regionale kantoren. Het huidige risicovereveningsmodel dient daartoe omgebouwd te worden tot een budgetverdeelmodel. Bovendien dienen zorgkantoren te worden aangewezen (ZBO's) dan wel een aanbestedingsprocedure te worden gestart, en moet de invoering van een voorzieningensysteem worden voorbereid. Als sluitstuk van de operatie van invoering van gebudgetteerde regionale zorginkopers en invoering van een voorzieningensysteem kan tenslotte de huidige nominale premie en zorgtoeslag vervangen worden door een geheel door de Belastingdienst uitgevoerde inkomensafhankelijke zorgpremie (zie ook de werkgroep Toeslagen).

**Variant B – concurrerende verzekeraars**

Deze variant gaat uit van een verdere implementatie van de stelselwijziging die in 2006 in gang is gezet. Zorgverzekeraars worden door de verzekerden, die jaarlijks van verzekeraar kunnen wisselen, geprikkeld om doelmatige zorg in te kopen bij zorgaanbieders. De rol van de overheid richt zich op het voorkomen van risicoselectie en maximale transparantie voor de verzekerden voor keuze voor een zorgverzekeraar.

**Afbouw ex-post compensaties**

Verzekeraars zijn per 2014 volledig risicodragend voor de kosten van de somatische zorg<sup>22</sup>. Om dit te bewerkstelligen is de afbouw van de nog bestaande ex-post compensaties noodzakelijk. Met de afbouw van de ex-post compensaties kan in 2011 worden gestart, te beginnen met een beperking van de macronacalculatie tot 70% en een beperking van de bandbreedte regeling. In 2012 kan de ex ante risicoverevening worden uitgebreid met de hogerisicoverevening of meerjarig hoge schades, zodat in dat jaar een forse afbouw of zelfs een afschaffing van de hogekostenverevening kan plaatsvinden. Ten slotte kunnen de bandbreedteregeling, de nacalculatie op de A-DBC's en de macronacalculatie uiterlijk in 2014 worden afgeschaft. Doordat de perverse prikkels van de uiteenlopende ex post compensaties zijn weggenomen, zullen zorgverzekeraars zich richten op een verdere extramuralisering van de zorg.

<sup>22</sup> Waardering voor betere zorg IV (zie noot 3).

### **Collectiviteiten en werkgevers**

Werkgevers krijgen meer invloed op verzekerde prestaties en zorgkosten, door het los laten van de grens van 10% aan collectiviteitskorting. Dit geeft werkgevers meer prikkels afspraken te maken over de verzekerde prestaties en de ingekochte zorg voor hun werknemers. Dit heeft tot voordeel dat er meer preventie en synergievoordelen gerealiseerd kunnen worden tussen ziekte, verzuim en re-integratie (zie ook bijlage 7). Het blijft hierbij voor een werknemer vrij zich aan te sluiten bij het collectief of om te kiezen voor een andere verzekeraar. De werkgever zal echter geprikkeld worden zijn werknemers te sturen naar de verzekeraar waar hij de collectieve verzekering mee heeft afgesloten; de werkgever zal hier, met een hoger kortingspercentage in de hand, ook meer middelen voor hebben.

Voorts worden collectiviteiten beperkt tot werkgevers, gemeenten en patiëntenorganisaties, die gericht zijn op het verkrijgen van een betere prijs-kwaliteitverhouding. Dat betekent dat het geven van een premiekorting aan gelegenheidscollectiviteiten wordt verboden. Gelegenheidscollectiviteiten worden nu vaak als marketinginstrument gehanteerd door verzekeraars en tussenpersonen en creëren geen waarde in de vorm van betere zorginkoop of synergie. Ook kunnen ze worden gebruikt voor risicoselectie. Door deze gelegenheidscollectiviteiten niet langer toe te staan kunnen de collectiviteiten die wel blijven toegestaan zich beter profileren.

#### *4.3.4*

#### *Tijdpad en volgorde van maatregelen*

Zoals aangegeven is het transitiepad en de volgorde van stappen van groot belang. Tabel 4.5 schetst de stappen en een tijdpad voor de zorginkoopmarkt voor beide varianten. De ontwikkeling naar variant A of B vergt een transitiepad van meerdere stappen en jaren waarbij steeds de balans tussen onderhandelingsmacht en prikkels moet worden bewaard. Daarom stelt de werkgroep voor om op basis van feitelijke informatie vast te stellen in hoeverre aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan alvorens verdere stappen in de transitie worden gezet (zie ook SER rapport<sup>23</sup>).

Voorbeelden zijn:

- de beschikbaarheid van goed vergelijkbare informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders, zowel voor verzekeraars als voor verzekerden;
- is er daadwerkelijk sprake van selectief inkopende zorginkopers (en in B) die hun verzekerden richting kwalitatief goede en doelmatige aanbieders sturen;
- zijn er geen verontrustende prijs en volume ontwikkelingen in de reeds vrijgegeven segmenten.

De werkgroep beveelt aan dat nadat een heldere keuze is gemaakt voor een eindmodel, een concreet plan gemaakt wordt voor de volgorde en het tempo van de verschillende stappen in de transitiefase, waarbij volgende stappen conditioneel gemaakt worden op het bereiken van (bij voorkeur kwantitatief gedefinieerde) grenswaarden voor indicatoren als de bovenstaande.

23 SER (2010) Overheid én markt: Het resultaat telt! Voorbereiding bepalend voor succes.

**Tabel 4.5 Stappen en tijdpad zorginkoop- en zorgverzekeringsmarkt varianten A en B**

	Variant A	Variant B
Afschaffen ex post verevening	-	2012-2014
Collectiviteiten werkgevers	-	2012
Vorbereiding zorgkantoren	2012-2014	-
Implementatie zorgkantoren	2014	-
Invoering voorzieningenwet	2014 e.v.	-
Evt afschaffen nominale premies en zorgtoeslag	2014 e.v.	-

#### 4.3.5 *Maatschappelijke effecten sturingsvarianten*

Het RIVM heeft berekend wat de effecten zijn van het sluiten van 40 SEHs voor de bereikbaarheid (zie Verantwoordingsbijlage 5). In de huidige situatie wonen 45.500 mensen buiten de 45-minuten norm, in de nieuwe situatie zouden dat 59.500 zijn. De gemiddelde ritduur naar een SEH post neemt van 22 tot 24 minuten toe.

Bij variant A kan de budgettering van de zorginkoper leiden tot wachtlijsten (rantsoenering). Bij variant B kan een grotere doelmatigheidswinst worden geboekt, hetgeen mede tot uitdrukking komt in de hogere besparingsopbrengst.

#### 4.4 **Maatregelen bron 2: eigen betalingen**

Zoals blijkt uit hoofdstuk 2 is de financiële toegankelijkheid tot de zorg in Nederland zeer hoog. Eigen betalingen kunnen het kostenbewustzijn van burgers vergroten en daarmee de gevoelde eigen verantwoordelijkheid voor de kosten in de zorg. Omdat de eigen betalingen, en specifiek de inrichting van het eigen risico, in Nederland relatief gering zijn, wordt de zorgconsument weinig geprikkeld tot kritisch gedrag ten opzichte van noch de zorgverzekeraar noch de zorgaanbieder.

Om transparantie voor de burger te bewerkstelligen, en administratieve lasten voor zorgverzekeraars en zorginstellingen zoveel mogelijk te beperken, is een relatief simpel eigen betalingen systeem te verkiezen boven bijvoorbeeld een systeem met een gedifferentieerd verplicht eigen risico (zoals naar leeftijd) en verschillende vaste of procentuele eigen bijdragen van gebruik van specifieke zorgvoorzieningen.

Tabel 4.6 presenteert de besparingen in de door de werkgroep gekozen variant. De werkgroep heeft daarnaast nog een scala van andere eigen betalingen geïnventariseerd, deze zijn opgenomen in de groslijst (bijlage 3).

**Tabel 4.6 Overzicht (bruto) besparingen eigen betalingen**

(bedrag x € mln)	2011	2012	2013	2014	2015	Structureel (NCW 2015)
<b>3. Bron 2: eigen betalingen</b>	<b>0</b>	<b>1.080</b>	<b>2.010</b>	<b>2.960</b>	<b>4.070</b>	<b>4.070</b>
wv: verhoging eigen risico €775 *	0	850	1.760	2.710	3.800	3.800
wv: €5 per consult voor de huisarts	0	240	250	260	260	260

\* = cfm MLT-doorrekening CPB, oplopend naar €840 in 2015; met volgende reeks, 165/175/300/450/620/840. Reëel 775 in 2010 is gelijk aan nominaal 840 in 2015. Handhaving compensatieregeling eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten op niveau 2012.

#### 4.4.1 *Verhogen eigen risico*

In de recente middellange termijn raming voor de zorg heeft het CPB gerekend met een eigen risico van reëel €775<sup>24</sup>. Het CPB heeft technisch verondersteld dat de collectieve financiering van de groei beperkt blijft tot het groeitempo van het BBP en de groei als gevolg van de vergrijzing, samen een groei van 3%. De feitelijk geraamde groei van de zorguitgaven (cure en care) ligt hoger, op 4%. De extra 1% groei van de zorgkosten wordt verondersteld te worden opgebracht door individuele zorgconsumenten via hogere eigen bijdragen. Om dat te bereiken is voor de curatieve zorg gerekend met een verhoging van het eigen risico van €165 naar reëel €775 per persoon per jaar (reëel €775 betekent een eigen risico van € 840 in 2015). Kinderen blijven uitgezonderd van het verplichte eigen risico, evenals huisartsen, verloskunde en kraamzorg.

Verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten kunnen nu een compensatie van het eigen risico krijgen. De verzekerden die aan de criteria voldoen ontvangen een compensatie voor het eigen risico zodat zij dan evenveel aan eigen risico kwijt zijn als een gemiddelde verzekerde die de compensatie niet krijgt. Deze regeling staat los van de Wet tegemoetkoming chronische zieken en gehandicapten (Wtcg) en kost circa €100 miljoen in 2010. In totaal ontvangen 1,9 miljoen mensen deze compensatieregeling.

Bij een aanzienlijke verhoging van het eigen risico is het meeverhogen van de compensatieregeling onhoudbaar. De veronderstelling dat alle rechthebbenden het eigen risico ieder jaar geheel volmaken is dan ook niet meer zo vanzelfsprekend als bij het huidige niveau van het eigen risico. Daarom wordt gerekend met het handhaven van de compensatieregeling op het huidige niveau en tegelijkertijd overheveling daarvan naar de Wtcg<sup>25</sup>. De compensatieregeling stijgt dus niet mee met de verhoging van het eigen risico.

#### 4.4.2 *Consult bijdrage €5 voor de huisarts*

De gedragseffecten van eigen bijdragen voor huisartsenzorg zijn groter dan bijvoorbeeld voor ziekenhuiszorg, omdat verzekerden zelf kunnen beïnvloeden of ze wel of geen zorg vragen. Vanuit deze gedachte is het doelmatig een verzekerde een eigen bijdrage te laten betalen voor deze vorm van zorg, zodat een kritische afweging wordt gemaakt tussen wel of geen bezoek aan de huisarts. Voorgesteld wordt een eigen bijdrage van €5 per bezoek aan de huisarts, contant af te rekenen ter plaatse; voor de eerstelijns GGZ bestaat reeds een eigen bijdrage. De administratieve lasten kunnen aldus beperkt blijven omdat geen verrekening met de verzekeraar plaatsvindt. De capitation fee voor de huisarts wordt neerwaarts aangepast met de verwachte gemiddelde eigen bijdrage per verzekerde.

#### 4.4.3 *Inkomenseffecten eigen betalingen*

Onder de Zorgverzekeringswet geldt een verplicht eigen risico van €165 in 2010. In deze variant wordt het eigen risico verhoogd naar €775 in 2010. De compensatieregeling voor het eigen risico wordt gehandhaafd op het huidige niveau. De verhoging van het eigen risico leidt tot een daling van de gemiddelde nominale premie per verzekerde met circa €300. Daarnaast wordt in deze variant een eigen betaling voor huisartsconsulten geïntroduceerd. Voor ieder consult (korter of langer dan 20 minuten) en voor iedere visite (korter of langer dan 20 minuten) wordt een

<sup>24</sup> CPB Economische Verkenning 2011-2015, document 203, maart 2010.

<sup>25</sup> Bij zowel de algemene tegemoetkoming van de Wtcg als de compensatie eigen risico wordt de doelgroep bepaald aan de hand van bepaald zorggebruik. Hoewel de overlap van de doelgroepen groot is, bestaan er verschillen tussen de groepen rechthebbenden.

eigen betaling van €5,- geïntroduceerd. Door de introductie van deze eigen betaling neemt de gemiddelde nominale premie verder af, met gemiddeld €15,- per verzekerde. De inkomenseffecten in deze variant zijn doorgerekend zonder rekening te houden met gedragseffecten en effecten op zorgtoeslag. Verder wordt er geen rekening gehouden met de effecten van eventuele pakketmaatregelen, alsmede de interactie tussen eventuele pakketmaatregelen en het verhogen van het eigen risico.

Tabel 4.7 geeft de inkomenseffecten weer van de bovenstaande maatregelen, gesplitst naar een totaal inkomenseffect, het inkomenseffect van het verhogen van het eigen risico (inclusief verandering nominale premie) en het inkomenseffect van het introduceren van een eigen betaling voor huisartsconsulten/visites (inclusief verandering nominale premie). Het totaal aan maatregelen heeft voor iets minder dan de helft van de huishoudens een positief inkomenseffect. Voor de huishoudens met een negatief inkomenseffect van het totaal aan maatregelen geldt voor iets meer dan eenderde dat dit effect zich beperkt tot maximaal 0,5% van het besteedbaar inkomen (20% van de totale huishoudens). Voor iets minder dan eenderde ligt dit negatieve effect tussen 0,5% en 1,5% (16% van alle huishoudens) en voor ongeveer eenderde is dit negatieve effect groter dan 1,5% (19% van alle huishoudens).

**Tabel 4.7 Verdeling inkomenseffecten (in %) in aandelen huishoudens**

Inkomenseffect	Verhogen eigen risico	Eigen betaling huisartsconsult	Totaal maatregelen bron 2
groter dan 5%	0%	0%	0%
tussen 3% en 5%	0%	0%	1%
tussen 1,5% en 3%	12%	0%	13%
tussen 0,5% en 1,5%	24%	0%	24%
tussen 0% en 0,5%	8%	68%	8%
geen effect	0%	0%	0%
tussen 0% en -0,5%	20%	31%	20%
tussen -0,5% en -1,5%	16%	1%	16%
tussen -1,5% en -3%	17%	0%	17%
tussen -3% en -5%	1%	0%	2%
kleiner dan -5%	0%	0%	0%
<i>Totaal</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

*Bron: berekeningen ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid*

#### 4.5

##### **Maatregelen bron 3: pakketbeperking op basis van het ziektelastbeginsel**

Uitgangspunt bij de door de werkgroep geformuleerde maatregelen uit bron 3 is toepassing van het criterium ziektelast. Dit wil zeggen dat de besparing wordt gerealiseerd door behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit te sluiten van de collectieve verzekering. Met dit criterium behoudt de patiënt zoveel mogelijk recht op relevante, noodzakelijke zorg. De collectieve verzekering richt zich aldus geheel op genezing van ziekte. De maatregelen zijn gepresenteerd in tabel 4.8.

**Tabel 4.8 Overzicht (bruto) besparingen pakketmaatregelen**

(bedrag x € mln)	2011	2012	2013	2014	2015	Structureel (NCW 2015)
<b>Totaal pakketmaatregelen - Inhoud verzekerde basispakket gericht op genezing gerichte zorg</b>	<b>0</b>	<b>2.070</b>	<b>2.150</b>	<b>2.230</b>	<b>2.320</b>	<b>2.320</b>
wv: ziekenhuiszorg	0	760	790	820	860	860
wv: GGZ	0	180	180	190	200	200
wv: geneesmiddelen						
- maagzuurremmers	0	110	110	120	120	120
- cholesterolverlagers	0	110	110	120	120	120
- anticonceptiemiddelen	0	60	70	70	70	70
wv: hulpmiddelen	0	380	390	410	420	420
wv: paramedisch	0	220	220	230	240	240
wv: gebitsprotheses	0	110	110	120	120	120
wv. mondzorg 18-21 jaar	0	110	110	120	120	120

### Ziekenhuiszorg

Deze maatregel betreft aandoeningen waarvoor DBC's worden ingezet. Alle aandoeningen zijn ingedeeld op een vijfpuntenschaal variërend van 1 (geen tot beperkte ziektelast) tot 5 (zeer grote ziektelast). Criteria waarop de ziektelast is beoordeeld, zijn: cosmetiek, onvruchtbaarheid, acute sterfte plausibel, eenmalig, chronisch, handicap veroorzakend, pijn, sociaal functioneren, verminking en acute trauma. Vervolgens is gekeken welke DBC's op de aandoeningen met ziektelast 1 van toepassing zijn en is de omzet daarvan berekend.

Op basis van een berekening van het CVZ kan worden geconcludeerd dat door het schrappen van DBC's voor ziekenhuiszorg met ziektelast 1 uit het verzekerd pakket, een besparing van €650 miljoen (in 2010) kan worden bereikt. Daarvan is thans 120 miljoen hard onderbouwd. De grootste posten in deze 120 miljoen zijn chronische voorhoofdsholteontsteking, bepaalde voetafwijkingen en lichte vormen van incontinentie.

Voor de onderbouwing van de resterende €530 miljoen is nader onderzoek noodzakelijk. Op basis van informatie van het CVZ gaat de werkgroep ervan uit dat deze onderbouwing ook mogelijk is. Daarbij zouden ook kunnen worden betrokken de extramurale geneesmiddelen die samenhangen met de DBC's met ziektelast 1 (circa €150 miljoen) en een aantal DBC's dat het CVZ niet heeft toegerekend aan het laagste ziektelastniveau, zoals de DBC's voor IVF en bepaalde (lichte) diagnostiek (het CVZ gebruikt de term 'geruststellingsDBC's').

Mocht het nadere onderzoek naar de invulling van de besparing van €650 miljoen met DBC's voor ziektelast 1 onvoldoende besparingen opleveren, dan zal naar een alternatieve invulling moeten worden gezocht. Daartoe worden in box 4.2 alternatieve oplossingen gepresenteerd om aanvullende besparingen te realiseren. Hierbij gaat het om maatregelen waarbij ook behandelingen voor hogere ziektelast niet meer zouden worden vergoed.

#### Box 4.2 Alternatieve benaderingen voor pakketbeperkingen

##### a) Herverzeerbare DBC's uit het B-segment voor ziektelast 2 of 3

In aanvulling op de DBC's uit ziektelast 1 kunnen B-DBC's geselecteerd worden uit ziektelast 2 en 3. Deze DBC's hebben een electief karakter (niet acuut of levenbedreigend), zijn eenmalig, hebben een geringe spreiding van ziektelast, en komen algemeen voor en zijn in redelijkheid voorzienbaar. Op grond van deze kenmerken is sprake van een mate van keuzevrijheid van behandeling en van een goede herverzeekerbaarheid. Voor ziektelast 2 ging het in 2008 om ca € 590 mln en voor ziektelast 3 om € 370 mln (voorbeelden: oogcataract, artrose knie/heup, hernia).

##### b) DBC's met een lage prijs voor ziektelast 2 of 3

Alternatief kan gekeken worden naar DBC's uit ziektelast 2 en 3 met een lage prijs, zodat verzekering niet noodzakelijk is omdat patiënten de DBC in redelijkheid zelf kunnen betalen. Hierbij kan naar ziektelast worden gedifferentieerd. De cumulatieve omzet (\* €1 mln) van de DBC's tot en met een prijs van €500 is weergegeven in onderstaande tabel. Zo zou het uit het pakket halen van alle DBC's met een prijs onder de €200 maximaal 270 mln kunnen opleveren.

Prijspeil 2008	ziektelastniveau					
Omzet DBC's in prijsklasse (€mln)	1	2	3	4	5	alle
0 - €100	20	0	0	20	0	30
0 - €200	100	40	10	100	10	270
0 - €300	300	120	50	160	10	640
0 - €400	410	180	130	240	20	970
0 - €500	630	240	170	270	20	1.330

#### GGZ-aandoeningen met een lage ziektelast

De ziektelastmethode voor noodzakelijk te verzekeren zorg kan ook worden toegepast op de GGZ. Het schrappen van behandeling van lichte vormen van angststoornissen, alcoholstoornissen en depressie, levert een besparing op van 200 miljoen in 2015. Deze besparingen worden verder onderbouwd in het IBO-GGZ (zie de samenvatting in bijlage 8, en [www.minfin.nl](http://www.minfin.nl) voor het volledige rapport).

#### Paramedische zorg

Zorg door fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en andere paramedische beroepen voor chronische aandoeningen (volgens een positieve lijst) en voor jongeren tot 18 jaar hoort thans tot het basispakket. Het uitgangspunt van ziektelast wordt hier dus al toegepast. Een deel van deze zorg bestaat uit behandeling die ook tot zelfzorg kan worden gerekend, zoals deelname aan sportactiviteiten in sportscholen en fitnesscentra. Het is niet altijd duidelijk of het om evidence based en (kosten)effectieve behandeling gaat. Daarnaast is er de afgelopen jaren een uitzonderlijke uitgavenstijging geweest in de paramedische zorg zonder direct aanwijsbare medische redenen.

Vanuit ziektelast geredeneerd blijft paramedische zorg voor hoge ziektelast verzekerd, maar wel worden de reguliere pakketcriteria stringent toegepast. Stringente toepassing van de criteria effectiviteit en noodzakelijkheid houdt in dat het hele pakket verzekerde paramedische zorg in eerste instantie buiten de

collectieve verzekering wordt geplaatst, waarna een deel opnieuw wordt toegelaten. De werkgroep kan niet op voorhand een raming van de besparing maken, maar gaat voorsnug uit van de inschatting dat de helft van de paramedische zorg weer kan worden teruggeplaatst in het pakket. Dat zou een besparing opleveren van €240 miljoen in 2015.

### **Geneesmiddelen**

Het is lastig gebleken om geneesmiddelen te classificeren in verschillende ziektelastcategorieën, omdat geneesmiddelen in het algemeen bij uiteenlopende ziektelast worden toegepast. Het ligt echter in de rede dat cholesterolverlagers en maagzuurremmers voor een aandoening met een lichte ziektelast zijn bestemd. Ook de kosten per gebruiker zijn relatief laag; €223 per jaar voor cholesterolverlagers en €134 voor maagzuurremmers<sup>26</sup>. Het uitsluiten van deze (patentloze) geneesmiddelen levert een besparing op van per saldo €240 miljoen in 2015.

In de afgelopen decennia zijn er diverse malen pakketmaatregelen genomen over anticonceptie, het meest recent in 2004 (uitstroom) en 2008 (instroom). Op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid kan de anticonceptiepil boven de 21 jaar voor eigen rekening komen gezien de geringe kosten van de goedkoopste eerste keus middelen (€20 per jaar). Voor meisjes tot 21 jaar dient anticonceptie beschikbaar te blijven in het basispakket.

De werkgroep verwacht dat op basis van het criterium van ziektelast 1 een verdere inperking van geneesmiddelen in het verzekerde pakket mogelijk is en beveelt dit nader te onderzoeken.

### **Hulpmiddelen**

Hulpmiddelen die van toepassing zijn op een lage ziektelast zijn onder andere:

- incontinentiemateriaal;
- gehoortoestellen;
- hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering;
- eenvoudige verbandmiddelen;
- inrichtingselementen van woningen niet rechtstreeks verbonden met de zorg;
- prothesen.

Het verwijderen van deze hulpmiddelen uit het pakket zou een besparing van €420 miljoen opleveren in 2015.

### **Overig: mondzorg, gebitsprothese en dieetvoeding**

In 2007 is de leeftijd tot waarop jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg verhoogd van 18 naar 21 jaar, omdat dit een risicogroep zou betreffen. Op basis van onderzoeken van CVZ blijkt dat er geen aanleiding tot bezorgdheid is over de ontwikkeling van de mondgezondheid voor deze groep<sup>27</sup> en dat niet gesproken kan worden van een 'ziektelast' die een beroep op collectief gefinancierde zorg rechtvaardigt. Verwijderen van mondzorg voor 18-21 jarigen zou een besparing van €120 miljoen opleveren. Dieetvoeding kan worden uitgesloten van het verzekerde basispakket omdat voeding niet direct op genezing is gericht.

#### *4.5.1 Maatschappelijke effecten pakketmaatregelen*

De maatschappelijke effecten van de pakketmaatregelen zijn tweeledig. Enerzijds neemt de eigen verantwoordelijkheid van burgers toe, waardoor zij meer bewust

<sup>26</sup> CVZ, 2009, GIP peilingen.

<sup>27</sup> In het Signalement Mondzorg 2007 heeft het CVZ geconcludeerd dat 23-jarigen in 2005 even vaak naar controle naar de tandarts gaan als in 1999. Voor deze groep zat de controle in 1999 wel, en in 2005 niet meer in het pakket.



met hun gezondheid om zullen gaan. Een gezondere leefstijl kan hierdoor worden bevorderd. Anderzijds is het denkbaar dat mensen als gevolg van deze maatregelen afzien van behandeling van een lichte aandoening omdat die niet verzekerd is, met de kans dat daardoor verergering optreedt en alsnog verzekerde basiszorg moet worden geleverd. Ook kan afwenteling op aanpalende domeinen (AWBZ, WMO) optreden.

De toegankelijkheid van de zorg en de solidariteit tussen gezonde en zieke mensen zal afnemen. De sociaal-economische gezondheidsverschillen zullen hierdoor worden vergroot. Maar de solidariteit tussen mensen met en beperkte ziektelast en mensen die met en zware ziektelast te kampen hebben zal juist toenemen.



## Bijlage 1 Taakopdracht

### **Thema**

Deze heroverweging betreft de collectieve uitgaven voor de curatieve zorg. Jaarlijks groeien de totale uitgaven aan de curatieve zorg met 6%, hiervan is 4,6%-punt reële groei (boven de algemene inflatie). Eenderde van de reële groei wordt veroorzaakt door demografie en tweederde door 'overig volume', wat inhoudt technologische vooruitgang, kwalitatief betere zorg en meer vraag naar zorg door een stijging van de welvaart (CPB, 2006). In totaal gaat het in 2010 om circa 33 mld.

### **Opdracht aan de werkgroep**

Beleidsvarianten te ontwikkelen die structureel besparen op de hieronder genoemde uitgaven op dit thema, waarbij tenminste één variant (al dan niet bestaand uit verschillende subvarianten) structureel 20% van de netto uitgaven in 2010 bespaart, conform de spelregels van de brede heroverwegingen.<sup>1</sup> Gezien de reële groei van de uitgaven voor de curatieve zorg, kan de werkgroep daarnaast besparingsvarianten presenteren met maatregelen die gericht zijn op het beperken van de niet-demografische reële groei, zodanig dat een netto contante waarde van minimaal 20% wordt gehaald in 2015. De beschrijving van de beleidsvarianten besteedt in ieder geval aandacht aan de volgende aspecten: doelmatigheid (gelet op de beoogde doelstelling), draagvlak voor solidariteit tussen gezond en ongezond in de bekostiging, beheersbaarheid van de uitgaven en inkomsten, inkomenseffecten, private verzekeraarbaarheid van (zorg)kosten en uitvoerbaarheid.

De werkgroep wordt gevraagd, waar relevant, verbinding te maken met aanverwante thema's.

### **Afbakening**

De heroverweging betreft de cure-regelingen zoals opgenomen in tabel 1.

**Tabel 1 De in de heroverweging minimaal te betrekken regelingen (mln euro)<sup>2</sup>**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>(a) Zorgverzekeringswet (Zvw)</b>	<b>32.568</b>	<b>33.187</b>	<b>34.424</b>			
<i>Waaronder:</i>						
- Verplicht eigen risico	1.448	1.473	1.608			
- Eigen risicocompensatie	100	100	100			
<b>(b) Regeling zorgverzekering</b>						
<i>Waaronder:</i>						
- Eigen bijdrage <sup>3</sup>	7	8	8			
<b>Totaal<sup>4</sup></b>	<b>32.575</b>	<b>33.195</b>	<b>34.432</b>			

*NB: In de tabel zijn de zorguitgaven in reële termen opgenomen. De ontwikkeling van de zorguitgaven is gebaseerd op de CPB-analyses over de budgettaire ontwikkelingen van de collectieve sector. Hiervoor heeft het CPB een scenario voor de zorguitgaven gemaakt voor de middellange termijn bij ongewijzigd beleid (2008-2011). Vanaf 2012 ontbreekt een dergelijke (CPB-)analyse. Daarom zijn voor de jaren vanaf 2012 geen bedragen opgenomen.*

<sup>1</sup> Voor zover van toepassing: besparingen op collectieve verzekeringen leiden niet per definitie tot verbetering van het EMU saldo omdat tegenover lagere collectieve uitgaven ook lagere collectieve lasten staan. Een aanvullende lastenverzwaring, waarbij de totale lastendruk ongewijzigd blijft, verbetert het EMU saldo wel. De werkgroep wordt gevraagd de uitwerking hiervan in de varianten op te nemen.

<sup>2</sup> Cijfers op basis van ontwerpbegroting 2010 (bruto BKZ-uitgaven curatieve zorg).

<sup>3</sup> Binnen de Zvw kent alleen de eerstelijnspsycholoog (EPZ) momenteel een eigen bijdrage van 10 euro per zitting.

<sup>4</sup> Voor zover op de hierbij genoemde artikelen apparaatsuitgaven niet zijn meegenomen, zal de werkgroep deze in principe alsnog meenemen.

## Bijlage 2 Samenstelling werkgroep

Voorzitter:	drs. M.R.P.M. Camps	Ministerie van SZW
Leden:	drs. J.F.P. Hers drs. Ing. A.H.J. Moerkamp mr. L.J.S. Wever drs. M. Stal drs. C. Kaatee	Ministerie van Financiën Ministerie van VWS Ministerie van VWS Ministerie van EZ Ministerie van AZ
Externe deskundigen:	drs. P.J. Besseling dr. R.C.M.H. Douven	Centraal Plan Bureau Centraal Plan Bureau
Secretariaat:	drs. M.R. Schoch drs. F.J. van Sloten	Ministerie van Financiën Ministerie van VWS

De werkgroep is bij haar werkzaamheden ondersteund door een groot aantal medewerkers van de ministeries van VWS (in het bijzonder Sander van der Meer, Robert Segaar en Patrick Jeurissen), Financiën en SZW, het Centraal Planbureau en het College voor Zorgverzekeringen. De voorzitter is hen bijzonder dankbaar voor hun inzet en hun bijdrage.



## Bijlage 3 Groslijst

De groslijst van maatregelen bevat besparingsmogelijkheden die niet zijn opgenomen in één van de varianten maar die wel overwogen kunnen worden. Besparingsmogelijkheden uit de groslijst kunnen niet bij elkaar worden opgeteld vanwege mogelijke dubbelstellingen, ook zijn ze niet gecorrigeerd voor mogelijke maatregelen uit de andere besparingsbronnen.

### Overzicht besparingen

(bedrag x € mln)	2011	2012	2013	2014	2015	Structureel NCW 2015*
<b>1. Maatregelen te allen tijde</b>	<b>50</b>	<b>200</b>	<b>360</b>	<b>470</b>	<b>530</b>	<b>530</b>
wv: kwaliteit en transparantie**	10	30	50	80	100	100
wv: governance in zorginstellingen	10	120	230	290	300	300
wv: stringent pakketbeheer	30	50	80	100	130	130
2. Bron 1: sturing van het stelsel						
<b>2A Variant A: budgettering zorginkoopkantoren</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>310</b>	<b>500</b>	<b>590</b>	<b>950</b>
wv. A. stringente budgettering zorginkoop	0	0	0	150	310	790
wv. A. correctie voor lager zorgvolume	0	0	0	-40	-80	-200
<b>2B Variant B: concurrerende zorgverzekeraars</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>310</b>	<b>430</b>	<b>550</b>	<b>1.060</b>
wv. B. volledig risicodragende zorgverzekeraars	0	0	0	80	180	650
wv. B. vrije deelname privaat kapitaal	0	0	0	0	10	50
in beide varianten:						
Zorgaanbod: aanbesteding publiek segment ziekenhuizen	0	0	230	250	260	260
Zorgaanbod: bekostiging huisartsen	20	40	80	100	100	100
<b>3. Bron 2: eigen betalingen</b>	<b>0</b>	<b>1.080</b>	<b>2.010</b>	<b>2.960</b>	<b>4.070</b>	<b>4.070</b>
wv: verhoging eigen risico €775 ***	0	850	1.760	2.710	3.800	3.800
wv: €5 per consult voor de huisarts	0	240	250	260	260	260
<b>4. Bron 3: pakketmaatregelen (verzekerde pakket beperken tot op genezing gerichte zorg)</b>	<b>0</b>	<b>2.070</b>	<b>2.570</b>	<b>2.230</b>	<b>2.320</b>	<b>2.320</b>
<b>5. Totale opbrengst (1+2+3+4)</b>						
Besparing cumulatief scenario A (zonder samenloop)	70	3.390	4.820	6.130	7.510	7.870
Besparing cumulatief scenario B (zonder samenloop)	70	3.390	4.820	6.100	7.460	7.890
correctie overlap besparingen variant A	0	-240	-630	-1.020	-1.190	-1.240
correctie overlap besparingen variant B	0	-240	-630	-1.020	-1.190	-1.250
<i>Totale besparingen variant A</i>	<i>70</i>	<i>3.160</i>	<i>4.200</i>	<i>5.110</i>	<i>6.320</i>	<i>6.630</i>
<i>Totale besparingen variant B</i>	<i>70</i>	<i>3.160</i>	<i>4.200</i>	<i>5.090</i>	<i>6.280</i>	<i>6.730</i>
<b>TOTAAL BENODIGDE BESPARING</b>					<b>6.350</b>	<b>6.350</b>

\* De structurele besparing wordt voor de genoemde maatregelen in verschillende jaren bereikt (wanneer besparing structureel is, kan zijn in 2015, 2018 of in 2020), alle structurele besparingen zijn netto contant gemaakt naar 2015;

\*\* Deze besparing is met extra veel onzekerheid omgeven, daarom is gekozen voor een zeer behoedzame raming van de opbrengsten;

\*\*\* Cfm MLT-doorrekening CPB, olopend naar €840 in 2015 (€775 reëel in 2015); handhaving compensatieregeling eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten op niveau 2012.

### Groslijst maatregelen (extra) eigen betalingen

(bedrag x € mln)	Hoogte	1 <sup>e</sup> jaar
Eigen risico €200	€ 200	240
Eigen risico €300	€ 300	870
Eigen risico €400	€ 400	1.420
Eigen risico €500	€ 500	1.920
Eigen risico €600	€ 600	2.370
Eigen bijdrage per dbc (€25)	€ 25	435
Eigen bijdrage geneesmiddelen	€ 2	380
Eigen bijdrage voedingsmiddelen per ligdag ziekenhuisverblijf	€ 5	60
Procentuele eigen bijdrage geneesmiddelen	15%	480
Eigen bijdrage no-show GGZ		40
Huisarts onder eigen risico (bij een eigen risico van €165)		110
Huisarts onder eigen risico (bij een eigen risico van €775)		370
Eigen risico voor kinderen (bij een eigen risico van €165)		310

*NB: De compensatieregeling voor chronisch zieken en gehandicapten is bij deze berekeningen gehandhaafd op niveau 2010.*



### Overzicht besparingen pakketmaatregelen

(bedrag x € mln)	2011	2012	2013	2014	2015	Structureel (NCW 2015)
<b>Totaal pakketmaatregelen - <i>Inhoud verzekerde basispakket gericht op genezing gerichte zorg</i></b>	<b>0</b>	<b>2.070</b>	<b>2.150</b>	<b>2.230</b>	<b>2.320</b>	<b>2.320</b>
wv: ziekenhuiszorg	0	760	790	820	860	860
wv: GGZ	0	180	180	190	200	200
wv: geneesmiddelen						
- maagzuurremmers	0	110	110	120	120	120
- cholesterolverlagers	0	110	110	120	120	120
- anticonceptiemiddelen	0	60	70	70	70	70
wv: hulpmiddelen	0	380	390	410	420	420
wv: paramedisch	0	220	220	230	240	240
wv: gebitsprothesen	0	110	110	120	120	120
wv. mondzorg 18-21 jaar	0	110	110	120	120	120



## Bijlage 4 Geraadpleegde organisaties en personen

De voorzitter uit zijn dank aan de deskundigen en belanghebbenden die kennis en inzichten met de werkgroep hebben gedeeld. De volgende personen hebben deelgenomen aan de consultatiebijeenkomsten.

- dhr. J. van Amstel (Het Roessingh, Centrum voor Revalidatie)
- dhr. H. Feenstra (Martini Ziekenhuis)
- dhr. C. Guindo (Merck, Sharp & Dohme)
- dhr. P. Kamsteeg (Zorgopnoord)
- dhr. J. Maljers (Plexus Medical Group; Alant Medical)
- dhr. P. Smits (Maasstad Ziekenhuis)
- dhr. R. van Boxtel (MENZIS)
- dhr. B. Leerink (MENZIS)
- dhr. R. Konterman (ACHMEA Zorg)
- dhr. B van Vliet (CZ)
- dhr. M. Canoy (Universiteit van Tilburg)
- mw. P. Polman (College van Zorgverzekeringen)
- dhr. G. Schrijvers (Universitair Medisch Centrum Utrecht)
- dhr. P. Hasekamp (Zorgverzekeraars Nederland)
- dhr. J. Coolen (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie)
- dhr. R. Klimbie (Consumentenbond)
- mw. C. Vogeler (Consumentenbond)
- dhr. T. van Houten (Vereniging van Nederlandse kwaliteitszorgverzekeraars)
- dhr. O. Suttorp (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)
- dhr. C. Huffmeijer (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)
- dhr. S. Weijenborg (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)
- mw. L. Gunning (Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra)
- dhr. J. Landman (Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra)
- dhr. V. Verrijp (Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra)
- dhr. J. de Beer (GGZ Nederland)
- dhr. H. Meppelink (GGZ Nederland)
- mw. M. Barth (GGZ Nederland)
- dhr. W. van der Ham (Orde van Medisch Specialisten)
- mw. S. Lipjes (Orde van Medisch Specialisten)
- dhr. S. van Eijck (Landelijke Huisartsen Vereniging)
- dhr. B. Stegeman (Landelijke Huisartsen Vereniging)
- dhr. L. Hennink (Landelijke Huisartsen Vereniging)
- mw. M. Kaljouw (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland)
- mw. A. Schipaanboord (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland)
- dhr. L. Tinke (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie)
- dhr. J. Smits (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie)
- mw. M. Stroetenga (NU'91)
- dhr. E. Haket (MHP)
- dhr. E. Sniijders (VNO/NCW & ING)
- dhr. T. Schoenmaekers (MKB)
- mw. G. Dolsma (VNO/NCW)
- dhr. H. van der Velden (FNV)
- dhr. E. van Velsen (CNV)
- dhr. D. Postema (BNG)
- dhr. E. Sniijders (ING)
- mw. A. van Balen (Fortis)
- dhr. F. Mreijen (Nederlandse Vereniging van Banken)
- dhr. M. van Schaik (Rabobank)

- mw. P. Zuidhoek (Triodos)
- dhr. L. Dijkstra (ABN Amro)
- dhr. M. Mulder (Nederlandse Zorgautoriteit)
- dhr. M. Mikkers (Nederlandse Zorgautoriteit)
- dhr. W. Schellekens (Inspectie voor de Gezondheidszorg)
- dhr. B. Boer (College voor Zorgverzekeringen)
- mw. J. Zwaap (College voor Zorgverzekeringen)

## Bijlage 5 Verantwoording

### Hoofdstuk 1

#### *Toelichting bij CPB plausibiliteitstoets*

"Bij de maatregel "governance in zorginstellingen" ziet het CPB naast potentiële opbrengsten ook hogere kosten van bestuur en toezicht, daling per productie per specialist door een hoger aandeel specialisten in loondienst en mogelijke kosten voor afkoop goodwill. In variant A, budgettering zorginkoopkantoren blijven de transitiekosten buiten beeld in de kwantificering, die kunnen optreden bij het afschaffen van het huidige verzekeringsstelsel. Daarnaast zijn in deze budgetteringsvariant de doelmatigheidswinsten notoir moeilijk te onderscheiden van de opbrengsten die ontstaan door rantsoenering op volume en kwaliteit van de zorg. Bij de maatregel "aanbesteding publiek segment ziekenhuizen" past de kanttekening dat het de ziekenhuismarkt ingrijpend kan wijzigen. Er kunnen doelmatigheidswinsten optreden door verdergaande concentratie van ziekenhuizen maar daar staat tegenover dat ook nieuwe machtconcentraties kunnen ontstaan."

### Hoofdstuk 2

Figuur 2.2 is samengesteld op basis van de volgende scores:

	Rangorde		
	Nederland	Zweden	Duitsland
<b>Toegang</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
1) eigen bijdragen	1	3	2
2) Spreiding leeftijd van overlijden	1	1	-
3) beletsels voor toegang tot medisch onderzoek	1	2	-
4) toegang tot huisarts, naar inkomen (2000)	1	-	2
5) toegang tot specialist, naar inkomen (2000)	2	-	1
<b>Kwaliteit</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
6) 30-dagen sterfte	3	1	2
7) Perinatale sterfte	3	1	2
<b>Doelmatigheid</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
8) Inkomens zelfstandige specialisten	3	1	1
9) Investeringen in medische faciliteiten	3	1	1
10) Levensverwachting i.r.t. zorguitgaven	2	1	2
<b>Betaalbaarheid</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
11) groei uitgaven gezondheidszorg	3	1	2
12) Niveau uitgaven gezondheidszorg	3	1	2

Bronnen:

- OECD Health at a glance 2009 (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10);
- OECD Health data (9, 11, 12);
- Lundberg e.a. The Nordic experiment (2008) (2)

### Hoofdstuk 4

Bij de verantwoording wordt onderscheid gemaakt tussen:

- de bruto besparingsopbrengsten van de bronnen 1, 2 en 3;
  - de verzamelopbrengst, met correctie van dubbeltellingen en overlap.
- Alle berekeningen zijn gevalideerd door het CPB (zie ook hoofdstuk 1).

## **Ad a) bruto besparingsopbrengsten per bron**

### *Bron 1*

De berekening van de opbrengst van bron 1 kan uit de aard der zaak niet meer dan tentatief zijn. Bron 1 bevat ingrediënten voor een substantiële aanpassing van het zorgstelsel waarbij de uitkomsten onder meer afhankelijk zijn van de werking van prikkels op het gedrag van individuele actoren (verzekeraars, aanbieders; gedragseffecten van zorgvragers zijn niet meegenomen; prikkels voor zorgvragers komen aan de orde bij bron 2 en 3). Dit leidt tot grote onzekerheidsmarges<sup>28</sup>. Niettemin zijn op grond van beschikbare data (analyse van het bestaande stelsel, historische reeksen, internationale vergelijking) taxaties te maken van de potentiële doelmatigheidswinst, waarna op basis van de maatregelen uit Bron 1 een taxatie kan worden gemaakt van de mate waarin deze doelmatigheidswinst kan leiden tot lagere zorguitgaven en lagere premies. De werkgroep heeft voor deze becijferingen gebruik gemaakt van de diensten van het bureau APE, dat over veel expertise beschikt op het gebied van de zorguitgaven en het zorgstelsel. De uitkomst van de berekeningen is op plausibiliteit getoetst door het CPB.

De kwantificering in euro's is geschiedt op basis van meerjarencijfers van het Ministerie van VWS en door het CPB opgestelde trends voor de ontwikkeling van de zorguitgaven. Specifieke gegevens zijn opgevraagd bij RIVM, NZa en DIS (onder meer effect sluiting SEH's op bereikbaarheid en omvang van het topklinische segment). De uitkomst van de berekeningen is op plausibiliteit getoetst door het CPB.

### *Bron 2*

De bruto-opbrengsten van de maatregelen uit bron 2 Eigen betalingen zijn gebaseerd op data over zorggebruik van Vektis (zorgconsumptie per 5%-groep naar hoogte van de zorguitgaven), c.q. (voor de GGZ) van NZa en DIS. Waar nodig is het ruwe materiaal technische aangevuld (zoals bij onvolledige vulling; ontbrekende verzekeren). Vervolgens is door VWS een rekenmodel gemaakt waarmee de verhoging van het eigen risico, de handhaving van de compensatieregeling op het bestaande niveau en de eigen betaling voor het huisartsconsult konden worden berekend. De uitkomst van de berekeningen is op plausibiliteit getoetst door het CPB.

### Verantwoording koopkracht:

- de berekeningen van de inkomenseffecten zijn uitgevoerd op een representatief microbestand (WOON 2006) met gegevens over 65,000 huishoudens. Het microbestand is speciaal voor de berekeningen voor de werkgroep verrijkt met gegevens over bruto zorgkosten op basis van leeftijd en postcode. Alle berekeningen hebben betrekking op 2010;
- de procentuele inkomenseffecten voor huishoudens zijn berekend door de mutatie in het besteedbaar inkomen;
- een huishouden is gedefinieerd als het hoofd en indien van toepassing de partner en thuiswonende kinderen van 18 jaar of ouder. Het besteedbaar inkomen is dus ook gebaseerd op deze definitie;
- gegevens over aantallen huisartsenconsulten/visites waren niet direct beschikbaar. Deze zijn benaderd op basis van de kosten per persoon, gegevens over de verdeling van verrichtingen van huisartsen naar type en leeftijd (bron: linh) en gegevens over tarieven per verrichting (bron: NZa);

28 Zie ook de CPB-notitie 2009/30 d.d. 9 september 2009 over Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg.

- De inkomenseffecten zijn berekend zonder rekening te houden met gedragseffecten, zoals het remgeldeffect van eigen betalingen.

*Bron 3*

De pakketmaatregelen zijn gebaseerd op DIS-gegevens (waar het DBC's betreft) en gegevens van VWS over de omvang en samenstelling van de gepremieerde zorguitgaven. De inschatting van aandoeningen naar ziektelast is uitgevoerd door VWS en op plausibiliteit getoetst door het CVZ.

**Ad b) de verzamelopbrengst**

Voor het berekenen van de verzamelopbrengst is in opdracht van de werkgroep een rekenmodel opgesteld, dat door het CPB is getoetst. In dit model wordt rekening gehouden met:

- (stap 1 in het model) het feit dat pakketmaatregelen leiden tot
  - een besparing op het bruto-BKZ. Het effect op het netto-BKZ is kleiner als gevolg van derving van eigen risico;
  - in theorie kunnen ook gedragseffecten optreden, maar die zijn bij het berekenen van de verzamelopbrengst op nihil gesteld.
- (stap 2 in het model) het feit dat verhoging van eigen betalingen (kan) leiden tot
  - in eerste instantie een verlaging van de netto BKZ-uitgaven;
  - in tweede instantie gedragseffecten waardoor het bruto-BKZ daalt. Dit leidt ook tot enige derving van eigen betalingen zodat de afname van het netto-BKZ minder groot is. Deze gedragseffecten zijn in het model verondersteld voor de groep zorggebruikers met uitgaven juist boven het maximum van het eigen risico.
- (stap 3 in het model) het feit dat aanpassingen van het sturingsmodel (variant A of B) leiden tot doelmatigheidswinst die doorwerkt in de zorguitgaven, als volgt:
  - een verlaging van de bruto-BKZ-uitgaven, die doorwerkt in het netto-BKZ na vermindering met de bijbehorende derving van opbrengsten van eigen betalingen; hiervoor is het bovengenoemde bedrag uit Bron 1 genomen, met correctie voor de vermindering van de grondslag na de boven beschreven stappen 1 en 2;
  - in theorie kunnen extra gedragseffecten optreden doordat zorggebruikers/premiebetalers kritischer worden door de hogere eigen bijdragen en pakketmaatregelen. Dergelijke extra effecten zijn bij de berekening van de verzamelopbrengst niet verondersteld.

Het model bleek geschikt om uiteenlopende combinaties van maatregelen uit Bron 1, 2 en 3 door te rekenen en af te wegen. Ook de combinatie zoals in het rapport gepresenteerd, op basis van een overzichtelijke set maatregelen ten aanzien van eigen bijdragen en een eenduidige benadering van het pakket vanuit ziektelast, kon op robuuste wijze met het model worden afgeleid.





## Bijlage 6 Stappen en tijdpad invoering maatregelen te alle tijden en sturingsvarianten (varianten A en B)

### Stappen en tijdpad maatregelen te allen tijden

	Kwaliteit en transparantie	Governance in zorginstellingen	Stringent pakketbeheer
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>IGZ ontwikkelt standaard kwaliteitsnormen voor de zorg.</li> <li>DOT is gereed.</li> <li>Afspraken zorgaanbieders over transparantie in: invulling KiesBeter, standaard sterftecijfer en prijzen.</li> <li>Afspraken zorgverzekeraars over consumenteninformatie over de kwaliteit van de ingekochte zorg. Wanneer zelfregulering niet tot resultaten in 2011 leidt, wordt regelgeving voorbereid met ingang in 2012.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De zorginstelling wordt verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg (Wet Cliëntenrechten Zorg)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wettelijke aanpassing: 'redelijkerwijs op aangewezen' toespitsen op noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit.</li> <li>Uitbreiding capaciteit pakketbeheer.</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proefdraaien kwaliteitsnormen.</li> <li>In werking treden wet zorginkoper systematisch inzage in patientendossiers te contracteren en gecontracteerde zorgaanbieders.</li> <li>Verplichte toepassing richtlijnen (die dan aanwezig zijn).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanpassing Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) zodat taakherschikking mogelijk is.</li> </ul>	
2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kwaliteitsnormen zijn verplicht en kwaliteitsborging operationeel.</li> <li>Uitbreiding aantal richtlijnen</li> </ul>		

### Stappen en tijdpad maatregelen variant A

ZORGINKOOPMARKT	ZORGVERLEENERSMARKT	ZORGVERZEKERINGSMARKT
<p><i>Stap 1: 2011</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ontwikkeling budgetverdeelmodel obv huidige ex ante risicoverevening</li> </ul>	<p><i>Stap 1: 2011</i>  <i>Handreikingen voor Raden van Bestuur komen beschikbaar, bijvoorbeeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg</li> <li>herziene toelatingsovereenkomst medisch specialisten</li> </ul> <p><i>Vorbereiding noodzakelijke tijdelijke ondersteunende maatregelen voor verzekeraars</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>proefdraaien DOT</li> <li>Ontwikkeling protocollen en richtlijnen (Regieraad)</li> <li>Verzekerden ontvangen periodiek overzicht van gedeclareerde zorg</li> </ul>	<p><i>Stap 1: 2011</i></p>
<p><i>Stap 2: 2012</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vorbereiden aanwijzing regionale zorginkopers</li> </ul>	<p><i>Stap 2: 2012</i>  <i>Zorginstellingen: 1<sup>e</sup> lijn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Afschaffing consulttarief; invoering capitation fee (abonnementstarief).</li> </ul> <p><i>Zorginstellingen: 2<sup>e</sup> lijn</i></p>	<p><i>Stap 2: 2012</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaduwdraaien DOT</li> <li>• Beëindiging bekostiging overtollige SEH-capaciteit</li> </ul>	
<p><i>Stap 3: 2013</i> <i>Publiek segment:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementatie concentratie- en spreidingsplan SEH</li> <li>• Implementatie gebudgetteerde zorgkantoren die curatieve zorg inkopen voor inwoners van hun regio</li> <li>• Aanbesteding SEH</li> <li>• Aanbesteden topreferente zorg</li> </ul>	<p><i>Stap 3: 2013</i> <i>Zorginstellingen: 2<sup>e</sup> lijn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Invoering prestatiebekostiging op basis van DOT</li> <li>• Invoering nieuwe systematiek honorering specialisten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- samenvoegen budgettaire kaders ziekenhuizen/ specialisten</li> <li>- afschaffen normtijden en uurloon</li> </ul> </li> <li>• Verplichte degressieve en gemaximeerde tarieven</li> </ul>	<p><i>Stap 3: 2013</i></p>
<p><i>Stap 4: 2014- en verder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Benchmarking zorgkantoren, doelmatigheid als parameter voor verdeling budgetten toevoegen</li> </ul>	<p><i>Stap 4: 2014-en verder</i> <i>Zorginstellingen: 1<sup>e</sup> lijn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verplichte contracteervormen en tarieven, capitation fee afgeschaft.</li> </ul> <p><i>Zorginstellingen: 2<sup>e</sup> lijn</i> <i>Publiek segment:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanbesteding publiek deel topklinische verrichtingen</li> </ul> <p><i>Privaat segment</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eerste fase afbouw vergunningen topklinische zorg</li> </ul>	<p><i>Stap 4: 2014- en verder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Invoering voorzieningssysteem</li> <li>• Introductie inkomensafhankelijk premie af te dragen via BD / verhoging tarieven IB</li> </ul>

## Stappen en tijdpad maatregelen variant B

ZORGINKOOPMARKT	ZORGVERLEENERSMARKT	ZORGVERZEKERINGSMARKT
<p><i>Stap 1: 2011</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eerste tranches afbouw ex post compensaties en macronacalculatie cf. brief Prestatiebekostiging</li> <li>Invoering verbeterd vereveningsmodel</li> </ul>	<p><i>Stap 1: 2011</i></p> <p><i>Handreikingen voor Raden van Bestuur komen beschikbaar, bijvoorbeeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg</li> <li>herziene toelatingsovereenkomst medisch specialisten</li> </ul> <p><i>Vorbereiding noodzakelijke tijdelijke ondersteunende maatregelen voor verzekeraars</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proefdraaien DOT</li> <li>KetenDBC's voor aantal chronische aandoeningen</li> <li>Ontwikkeling protocollen en richtlijnen (Regieraad)</li> <li>Verzekerden ontvangen periodiek overzicht van gedeclareerde zorg</li> </ul>	<p><i>Stap 1: 2011</i></p>
<p><i>Stap 2: 2012</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Volgende tranche afbouw ex post compensaties en macronacalculatie cf. Brief prestatiebekostiging. 50/50 wordt evenredig beperkt.</li> </ul>	<p><i>Stap 2: 2012</i></p> <p><i>Zorginstellingen: 1<sup>e</sup> lijn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Invoering bekostiging op basis van ketenDBC's (COPD, VRM, hartfalen en diabetes)</li> <li>Afschaffing consulttarief; invoering capitation fee (abonnementstarief).</li> </ul> <p><i>Zorginstellingen: 2<sup>e</sup> lijn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Volgende tranche invoering prestatiebekostiging op basis van DOT;</li> <li>Invoering nieuwe systematiek honorering specialisten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- samenvoegen budgettaire kaders ziekenhuizen/ specialisten</li> <li>- afschaffen normtijden en uurloon</li> </ul> </li> <li>Verplichte degressieve tarieven</li> </ul>	<p><i>Stap 2: 2012</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Invoering nieuwe collectiviteitenregeling</li> </ul>
<p><i>Stap3: 2013</i></p> <p><i>Publiek segment:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementatie concentratie- en spreidingsplan SEH</li> <li>Volledige afbouw ex post: in samenhang met voortgang prestatiebekostiging (zie maatregelen Zorginstellingen tweede lijn)</li> <li>Aanbesteding SEH</li> <li>Aanbesteden topreferente zorg</li> </ul>	<p><i>Stap 3: 2013</i></p> <p><i>Zorginstellingen: 2<sup>e</sup> lijn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verdere invoering prestatiebekostiging en afbouw ex post compensaties. Versnelling ten opzichte van brief prestatiebekostiging</li> </ul>	<p><i>Stap 3: 2013</i></p>
<p><i>Stap 4: 2014- en verder</i></p>	<p><i>Stap 4: 2014-en verder</i></p> <p><i>Zorginstellingen: 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verplichte contracteervormen (keten DBC's) en degressieve</li> </ul>	<p><i>Stap 4: 2014- en verder</i></p>

	<p>tarieven, capitation fee afgeschaft.</p> <p><i>Zorginstellingen: 2<sup>e</sup> lijn</i></p> <p><i>Publiek segment:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanbesteding publiek deel topklinische verrichtingen</li> <li>• Vrije deelname privaat kapitaal met zeggenschap en winstuitkering.</li> </ul> <p><i>Privaat segment</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Invoering volledig vrije prijzen (parallel met volledige afbouw ex post compensaties)</li> </ul>	
--	--	--

## Bijlage 7 Capita selecta

Bij het opstellen van dit rapport, met name in de consultatiegesprekken met de personen en organisaties vermeld in bijlage 4, is de werkgroep een aantal thema's op het spoor gekomen die relevant zijn voor de inrichting van de zorgsector, maar die tegelijkertijd lastig in te passen waren in de beschreven varianten. Achtergrond is dat deze thema's veelal een meer flankerend karakter hebben, en niet direct aanwijsbare besparingen opleveren. Daarom zijn deze capita selecta samengebracht in dit agenderende slothoofdstuk. De werkgroep acht het van belang deze onderwerpen te betrekken bij de verdere inrichting van het zorgstelsel en waar nodig nader onderzoek te doen.

### **a) Raakvlakken tussen Zvw en AWBZ**

Hoewel de curatieve zorg (Zvw) en de langdurige zorg (AWBZ) los van elkaar worden heroverwogen, zijn er duidelijke raakvlakken tussen beide onderdelen van de zorg. Zo komen de kosten van verpleging en verzorging van curatieve patiënten na een jaar ten laste van de AWBZ. Dit speelt bij thuiszorg na ziekenhuisopname en bij revalidatiezorg, maar ook bij de GGZ. De trends vergrijzing en toename aantal chronisch zieken zullen er toe leiden dat de gebruikersgroepen van beide vormen van zorg elkaar steeds meer gaan overlappen: zowel in de Zvw als in de AWBZ genereren de ouderen de meeste kosten per persoon.

De heroverwegingswerkgroep langdurige zorg heeft een beleidsvariant verkend onder de naam "Zorg verzekerd" waarin een versoberd pakket AWBZ-zorg, bestaande uit ouderenzorg, langdurige GGZ en kortdurende zorg, maar behoudens de gehandicaptenzorg (in totaal bijna €10 mrd), onderdeel wordt van de Zvw. In het desbetreffende hoofdstuk wordt stilgestaan bij de randvoorwaarden waaronder dit tot een efficiëntere uitvoering van de AWBZ zou kunnen leiden. Waar de werkgroep langdurige zorg niet bij stil heeft kunnen staan is de vraag in hoeverre een overgang van een dergelijke omvang langdurige zorg interfereert met de variant waarin wordt ingezet op concurrentie in de curatieve zorg. De werkgroep curatieve zorg is van mening dat randvoorwaarde voor het realiseren van de efficiencywinst die de werkgroep langdurige zorg heeft berekend is, dat de betreffende zorgvormen in alle opzichten onder het Zvw-regime komen te vallen, en dat er geen technische belemmeringen zijn om dit mee te nemen in het vereveningsmodel.

Een beperktere variant zou kunnen zijn om alleen daar schotten in de financiering op te heffen waar zich afwentelingsprikkelers voordoen, bijvoorbeeld rond de jaargrens.

### **b) Preventie**

Preventie speelt op verschillende niveaus. Zo kan preventie gericht zijn op het voorkomen dat iemand ziek wordt maar ook preventiebeleid op het voorkomen dat een ziekte zich verergert. Preventie is een investering: de kost gaat voor de baat uit. Preventieve gezondheidsbeschermende instrumenten in de zorg zijn gericht op het voorkomen van ziekten, bijvoorbeeld vaccinatie en screening. Daarnaast zijn er gezondheidsbevorderende maatregelen en bevordering van gezond gedrag. De omgeving kan gezondheid bevorderen: bijvoorbeeld de aanwezigheid van groen en speelruimte. Gezond gedrag wordt daarnaast mede bepaald door opvoeding, sociale omgeving en cultuur. Maar gezond gedrag heeft daarnaast vooral met individuele keuzes te maken. Aan veel voorkomende chronische ziektes, zoals diabetes en

COPD, liggen naast familiale of individuele factoren ook omgevings- én gedragsfactoren ten grondslag.

De inzet van preventieve maatregelen kost geld (bijv. vaccinatie), maar kan bijdragen aan beperking van de kosten van zorg (voorkomen van ernstige ziekte). Vanwege het effect van ongezond gedrag op de kosten kan het zowel voor de overheid als voor zorgverzekeraars aantrekkelijk zijn om meer aan preventie te doen, bijvoorbeeld:

- het aanbieden van preventieve interventies voor mensen uit risicogroepen of met een aandoening (ter voorkoming van erger), zoals cursus stoppen met roken of drinken;
- een premiestelling voor collectieve contracten die beloont voor preventieve inspanningen van het collectief, zoals fitnesstrainingen en bewustwordingsacties;
- het verwijderen van zorg die de gevolgen van ongezond gedrag wegneemt uit het pakket, bijvoorbeeld een *life style* medicijn als maagzuurremmers.

Preventieve maatregelen komen evenwel vaak niet tot stand omdat de kosten en de baten niet bij de zelfde partij neerslaan. Zo kunnen de baten (lagere zorgkosten) van door een zorgverzekeraar gesponsorde preventie bij een concurrent neerslaan, als de verzekerde naar een andere verzekeraar is overgestapt. Dat betekent dat het effectief en (op langere termijn) kostenbesparend kan zijn om kosteneffectieve preventieve interventies in het basispakket dan wel het aanvullende pakket op te nemen<sup>29</sup>.

### **c) Bedrijfsgezondheidszorg**

Dankzij de tweejaars loondoorbetalingsverplichting bij ziekte hebben bedrijven sterke prikkels om ziekteverzuim te voorkomen, onder andere door goede arbeidsomstandigheden. Werkgever en werknemer hebben beide belang bij het gezond blijven van een werknemer. De bedrijfsarts speelt hierbij een sleutelrol bij het weer aan de slag krijgen van zieke werknemers. De bedrijfsarts bespreekt gezondheidsklachten van individuele werknemers, vooral bij werkgerelateerde klachten. Op basis van zijn kennis over arbeidsomstandigheden en de risico's voor de gezondheid in het bedrijf kan hij de achtergrond en oorzaak van gezondheidsklachten van medewerkers beoordelen. Daarbij redeneert hij mede vanuit werkhervatting als behandeldoel. De bedrijfsarts mag doorverwijzen naar de specialistische zorg en neemt aldus de rol van de huisarts over.

Werkgevers die een verzuimverzekering hebben afgesloten hebben doorgaans via deze verzekeraar de mogelijkheid om een werknemers sneller te laten behandelen of een specifieke behandeling te laten ondergaan. Zowel de werkgever als de verzuimverzekeraar heeft hier een financieel belang bij. De werknemer heeft een persoonlijk belang. De ingezette interventies vinden vooral plaats in de private zorg, maar winnen ook terrein in de reguliere zorg (zeker daar waar verzuim- en zorgverzekeraars afspraken hebben om te verrekenen). De kosten van een verzuimverzekering zijn voor de werkgever. De kosten van de ingezette interventies zijn vaak gedeeltelijk voor de werkgever en gedeeltelijk voor de verzuimverzekeraar. Daarmee betaalt de werkgever in zekere zin dubbel voor curatieve zorg: enerzijds rechtstreeks (bedrijfsarts, specialistische zorg), anderzijds via de inkomensafhankelijke bijdrage aan de Zvw.

<sup>29</sup> Zie bijvoorbeeld CVZ-advies "Stoppen-met-rokenprogramma: te verzekeren zorg! D.d. 21 april 2009.

Tegen die achtergrond heeft de SER voorgesteld om andere bekostigingswijzen van de bedrijfsarts te onderzoeken<sup>30</sup>; dit onderzoek start najaar 2010. Overigens richt de reguliere zorgsector zich niet zo zeer op werkhervatting, maar voornamelijk op genezing. Het opnemen van werkhervatting als behandeldoel in de kwaliteitsstandaarden, kan in deze lacune voorzien.

#### **d) E-health**

Bij toepassing van e-health<sup>31</sup>, waarbij gebruik wordt gemaakt van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, is het niet langer nodig dat zorgverlener en zorgconsument fysiek op dezelfde plaats zijn. E-health kan een uitkomst bieden voor het groeiende tekort aan arbeidskrachten in de zorg en voor het beperken van de kosten. Bovendien biedt het een mogelijkheid om de patiënt een actievere rol te geven bij het managen van zijn gezondheid.

Momenteel zijn er barrières voor de toepassing van e-health. Er dient een adequate informatievoorziening beschikbaar zijn en medische professionals moeten bereid zijn e-health te gebruiken. Wettelijk verplicht gebruik van standaarden (voor gegevenstransport, gegevensstructuur en semantiek) voor elektronische gegevensuitwisseling en de beveiliging van deze gegevensuitwisseling kan de toepassing van e-health verder stimuleren.

#### **e) Privacy**

De Wet bescherming persoonsgegevens legt beperkingen op aan het gebruik van privacy-gevoelige gegevens. Enerzijds is deze bescherming nodig om risicoselectie tegen te gaan op de arbeidsmarkt en bij het aangaan van verzekeringen. Anderzijds kan privacy-bescherming belemmerend werken bij de organisatie en de kwaliteit van de zorg.

Een voorbeeld van een belemmering deed zich voor bij de landelijke invoering van het EPD, waar een oplossing is gevonden via de vereiste instemming van de individuele zorgvrager. Ook bij de zorginkoop kan het privacy aspect een rol spelen, als de zorgverzekeraar op basis van individuele patiëntendossiers inzicht zou wensen in de doelmatigheid en effectiviteit van de aanbieder. De IGZ dient bij onderzoek waarbij individuele patiëntinformatie een rol speelt, de betrokken patiënten om toestemming te vragen. Een versoepeling van de privacyregels kan dan ook de mogelijkheden voor verzekeraars om selectief zorg in te kopen versterken.

#### **f) Administratieve lasten**

Administratieve lasten zijn op elk van de onderscheiden markten aan de orde. In alle gevallen is het van belang aandacht te hebben voor de omvang van deze lasten: geld dat aan administratie wordt besteed kan niet aan zorg worden uitgegeven.

Op de zorgverzekeringsmarkt zijn de administratieve lasten fors afgenomen toen in 2006 de Zvw werd ingevoerd. Ook de collectieve verzekeringscontracten nemen de verzekeraars veel administratie uit handen, onder meer bij de incasso. Op de zorginkoopmarkt vloeien administratieve lasten voort uit de contractering van zorg. Op de zorgverleningsmarkt hebben de administratieve lasten te maken met

30 "Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties", SER, 2009.

31 Er zijn drie typen e-health: e-zorg, e-zorgondersteuning en e-public health. Tot e-zorg behoren e-diagnose (waaronder het stellen van diagnose op afstand, intercollegiale consultatie, e-consulten door patiënten), e-therapie (waaronder psychotherapie via het internet en medicatie op afstand) en e-care (e-monitoring, patiënt instrueren op afstand). E-zorgondersteuning gaat o.a. over elektronische patiëntendossiers en elektronische voorschriftsystemen. E-public health houdt in het bepalen en benaderen van risicogroepen via het internet en het monitoren van de gezondheidstoestand van de patiënt.

facturering en declaratie en met transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg. Bij de facturering en de declaratie spelen de DBC's een belangrijke rol; de beoogde DOT-systematiek zou vereenvoudiging moeten brengen.

Veel van de voorstellen in het onderhavige rapport leiden tot extra administratieve lasten voor zorgaanbieders, bijvoorbeeld de nadruk op transparantie van kwaliteit van de geleverde zorg. Daar staat tegenover dat deze maatregelen een noodzakelijke voorwaarde zijn voor het realiseren van belangrijke doelmatigheidswinsten. Dat neemt niet dat bij de uitwerking in alle gevallen gezocht moet worden naar een vormgeving met zo min mogelijk administratieve lasten.

#### **g) Zorginnovatie (en relatie met pakketbeheer)**

Zorginnovatie is een belangrijke bron van gezondheidswinst, maar ook van stijgende zorguitgaven (zie hoofdstuk 2). Om aan de toenemende en veranderende vraag te blijven voldoen en naar oplossingen te zoeken voor de hoge kosten en de groeiende krapte op de arbeidsmarkt, is (arbeidsbesparende) innovatie echter evenzeer essentieel. Het is daarom van belang dat innovaties (zowel zorginhoudelijk als in het zorgproces) snel beschikbaar zijn en breed toegepast kunnen worden. De relatie tussen innovaties enerzijds en het verzekerde basispakket en richtlijnen en protocollen anderzijds is daarbij relevant, zeker bij stringent pakketbeheer. Opname in het basispakket is dan immers alleen mogelijk als een innovatie voldoet aan de gestelde criteria.

Inherent aan zorginhoudelijke innovatie is dat er vrijwel altijd onzekerheid bestaat over de effectiviteit en veiligheid van een interventie, ook als er methodologisch goed onderzoek is verricht. Zij zullen dus vaak niet voldoen aan de gestelde pakketcriteria. Dit is een belangrijk dilemma voor de pakketbeheerder.

Ook in de huidige situatie van een 'open pakket' zijn er belemmeringen waardoor mogelijk veelbelovende innovaties moeilijk hun weg vinden naar het verzekerde pakket. Daarom zijn er binnen het huidige zorgstelsel diverse regelingen voor zorginnovaties<sup>32</sup>. Vrijwel al deze regelingen hebben echter gemeen dat de financiering niet gekoppeld is aan het genereren van bewijs voor de effectiviteit en veiligheid van een nieuwe interventie. Dit betekent dat er niet direct relevante informatie beschikbaar komt voor pakketvraagstukken. Door een andere vormgeving en koppeling aan de pakketvraag kan het rendement van de innovatiesubsidies worden verhoogd.

Overigens worden in veel landen dezelfde innovatieve interventies onderzocht, zodat meer samenwerking met het buitenland tot besparingen zou kunnen leiden.

#### **h) Zorgsparen**

Zorgsparen betreft een andere manier van financiering van de zorg. In plaats van een financiering van de zorgkosten op jaarbasis (omslagstelsel) is het een financiering over de gehele levensloop (kapitaaldekking). De verzekerde spaart in dit systeem voor (delen van) zijn zorguitgaven. Sparen kan op individuele of op collectieve wijze. De gedeeltelijke kapitaaldekking (sparen) leidt op termijn tot een enigszins solidere financiering, omdat de afhankelijkheid van de solidariteit van toekomstige generaties afneemt. De intergenerationele solidariteit neemt op zich dus af, omdat ieder voor een deel van de eigen zorgkosten spaart. Inkomens- en

32 Enkele regelingen ten behoeve van innovatie in de zorg: subsidieregelingen VWS waarvan het voornemen bestaat deze op te nemen in het verzekerde basispakket, beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten, module modernisering en innovatie, beleidsregel dure geneesmiddelen, lokale productiegebonden toeslag, academische component en subsidies verstrekt door het Zorginnovatieplatform.



risicosolidariteit kan in stand worden gehouden via fiscale faciliteiten. De overheid kan bijvoorbeeld via het belastingstelsel het sparen voor toekomstig zorggebruik steunen, met extra spaarmogelijkheden voor chronisch zieken.

Zorgsparen zou tot besparingen kunnen leiden omdat de 'spaarder' uit eigen middelen put, naar analogie van eigen betalingen. Ook is er een grotere prikkel tot zelfzorg en preventie. Een belangrijk nadeel is dat mensen in financiële problemen kunnen komen als hun spaarpot leeg is, maar zij nog wel zorg nodig hebben. Verzekerden met weinig zorggebruik bouwen een kapitaaloverschot op, dat niet automatisch wordt ingezet voor de zorgkosten van iemand die veel zorg nodig heeft. Ook ontbreekt het traditionele voordeel van een verzekering, namelijk risicopooling.

Gelet op de tijd die nodig is om een bedrag bij elkaar te sparen, ligt zorgsparen vooral in de rede voor zorg waar op latere leeftijd een beroep op wordt gedaan, zoals ouderenzorg. Daarbij zou een relatie kunnen worden gelegd met pensioenopbouw. Ook is het denkbaar spaarmogelijkheden te creëren voor de financiering van het eigen risico in de Zvw.



## Bijlage 8 Samenvatting IBO GGZ

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een bijzonder onderdeel van de gezondheidszorg. Het aantal gebruikers is de laatste jaren sterker toegenomen dan in de rest van de zorg, meer ook dan je mag verwachten op grond van demografische ontwikkelingen. De uitgaven aan GGZ zijn navenant toegenomen. Bij GGZ-gebruikers is vaak sprake van een combinatie van psychische klachten (angst, depressief en verslaving), die bovendien vaak gepaard gaan met problemen op sociaal of maatschappelijk vlak. Psychische problemen vormen een van de belangrijkste oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsuitval. Een effectieve GGZ kan problemen op andere gebieden voorkomen of verkleinen.

Het beleid op het gebied van de GGZ is gefragmenteerd en sterk in verandering. In zijn fragmentatie wijkt het af van de rest van de curatieve zorg. De curatieve GGZ is sinds twee jaar onderdeel van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw verzekert de volledige extramurale geneeskundige GGZ en het eerste jaar intramurale geneeskundige GGZ. De AWBZ richt zich op de niet-geneeskundige GGZ en intramurale geneeskundige GGZ na het eerste jaar. Voor de openbare GGZ en de maatschappelijke ondersteuning zijn gemeenten verantwoordelijk (Wmo). Ten slotte is er de forensische zorg voor cliënten met een strafrechtelijke veroordeling, waar sinds enkele jaren de minister van Justitie de financiële verantwoordelijkheid voor draagt.

In het zorgbeleid hanteert de overheid drie publieke belangen: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De wetgeving en beleidsinstrumenten die VWS in de GGZ inzet om deze belangen te dienen, zijn grotendeels identiek aan die van de somatische curatieve zorg. Wel loopt de zorginhoudelijke en beleidsontwikkeling van de GGZ op veel terreinen achter op die van de somatische curatieve zorg (bv risicodragendheid zorgverzekeraars en vormgeving dbc-productstructuur).

Het onderzoek beschrijft de curatieve GGZ in Nederland en analyseert de mogelijkheden om de doelmatigheid te verbeteren. Omdat dit onderzoek deel uitmaakt van de brede heroverweging curatieve zorg bevat het onderzoeksrapport ook maatregelen om 20% te besparen op de Zvw-uitgaven voor de GGZ.

### **Situatieschets en analyse**

#### **Cliënten**

Het aantal GGZ-cliënten is in de periode 2001-2007 met 58% gestegen. De uitgaven aan GGZ zijn in 10 jaar tijd meer dan verdubbeld (110%). (ter vergelijking: de totale kosten in de Zvw zijn in die jaren met 84% gegroeid). Uit een oogpunt van toegankelijkheid is deze ontwikkeling positief te duiden, uit een oogpunt van kostenbeheersing niet. Er zijn veel mogelijke oorzaken van deze groei. Zij variëren van maatschappelijke ontwikkelingen (toenemende eisen op het gebied van werk, medicalisering van allerlei problemen en afnemende sociale verbanden) tot systeemeigenschappen van de zorg (het aanbod scheidt de vraag, verbeterde diagnostiek en behandelmogelijkheden, het ontbreken van voldoende prikkels voor kostenbeheersing en tegelijkertijd prikkels om de marktpositie te versterken).

### **Eerstelijnszorg**

Een deel van de mensen met psychische problemen zoekt hulp. Zij komen meestal bij de huisarts terecht (2 miljoen mensen per jaar). De huisarts verwijst 13% door naar de specialistische GGZ in eerste- en tweedelijns. Dat is meer dan in de somatische zorg. De behandeling van de huisarts bestaat meestal uit het voorschrijven van geneesmiddelen. De kosten daarvan zijn de afgelopen jaren sterk gedaald als gevolg van de prijsverlagingen die VWS en de zorgverzekeraars hebben afgedwongen.

De eerstelijns psychologische zorg behandelt circa 125.000 mensen per jaar. Dit aantal groeit, ook als gevolg van de mogelijkheid om zonder verwijzing van de huisarts naar de eerstelijnspsycholoog te gaan. Voor de meest voorkomende psychische stoornissen zijn behandelrichtlijnen opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Deze worden relatief vaak door de huisartsen gevolgd. Het valt op dat bij ongeveer een derde van de cliënten van de eerstelijnspsycholoog geen diagnose conform de DSM-IV standaard wordt gesteld (wat wel een vereiste is voor vergoeding krachtens de Zvw met uitzondering van geïndiceerde preventie voor alcohol en depressie). De eerstelijnspsycholoog verwijst 12% van de cliënten door, procentueel bijna net zoveel als de huisarts.

Voor een aantal behandelingen is de ontwikkeling van 'e-mental-health' veelbelovend. Hulp via internet blijkt laagdrempelig, veel goedkoper en net zo effectief te zijn (vaak wel in combinatie met face-to-face begeleiding) als meer klassieke vormen van zorg. De bekostiging van deze innovatie is nog wel een probleem, zeker waar sprake is van een anonieme hulpvraag.

### **Tweedelijnszorg**

De tweedelijns GGZ kan ambulante of intramuraal plaatsvinden. Daar worden op jaarbasis bijna één miljoen cliënten behandeld. Opvallend is dat het aantal jeugdige cliënten van de GGZ fors is gegroeid, desondanks zijn in de kinder- en jeugdpsychiatrie de wachttijden vaak langer dan de norm. Dat was al zo, voordat de GGZ per 2008 naar de Zvw werd overgeheveld. Dit patroon is identiek aan de groei van andere jeugdregelingen, maar wijkt af van de somatische curatieve zorg.

Bij circa 30% van de cliënten in de tweedelijns GGZ is sprake van relatief lichte problematiek die naar verwachting ook in de eerstelijnszorg kan worden behandeld. Van hen heeft meer dan de helft al eerder een psychische stoornis gehad. Het intramurale zorgaanbod in de GGZ is internationaal gezien ruim. Nederland had 189 intramurale plaatsen per 100.000 inwoners Duitsland en Zweden stonden op de tweede plaats met 146 (cijfers van 2002). Dit aantal in Nederland is sindsdien gegroeid. Dit wijkt af van de somatische curatieve zorg en van het VWS-beleid, dat gericht is op extramuralisering.

Over de effectiviteit en doelmatigheid van de tweedelijns GGZ kan weinig worden gezegd. De richtlijnontwikkeling verloopt goed, maar de implementatie van behandelrichtlijnen komt beperkt op gang. Er is weinig inzicht in de prestaties van de zorgaanbieders.

Het GGZ-stelsel bevat diverse prikkels die het publieke belang van de betaalbaarheid en de kwaliteit niet optimaal dienen. Net zoals in de somatische curatieve zorg zit de GGZ in een transitiefase van overheidssturing naar gereguleerde concurrentie. Dat leidt tot een mix van bekostigingsprijkkels met onbedoelde effecten. De meest in het oog springende voorbeelden zijn:

- de cliënt moet voor de eerstelijnspsycholoog een eigen bijdrage betalen en voor de tweedelijnszorg niet. Dit is een prikkel om meer (relatief dure) tweedelijnszorg te gebruiken;
- de financiering van de tweedelijnszorg vindt plaats op basis van diagnosebehandelcombinaties (DBC), waarmee feitelijk niet veel meer wordt gedaan dan tijd geschreven. Dit is een prikkel om meer zorg te leveren;
- de toelating van intramurale capaciteit heeft door VWS vanaf 2008 de facto ongeclausuleerd plaatsgevonden. Door de huidige financiering van kapitaalslasten komen bezettingsverliezen op intramurale GGZ zorg nu voor rekening van de fondsen (AWBZ en Zvw). Dit is een prikkel om meer intramurale zorg te leveren.

### **Zorgverzekeraars**

Zorgverzekeraars kunnen minder goed dan in de somatische curatieve zorg beoordelen of er sprake is van een rechtmatige uitvoering van de Zvw. Daarvoor ontbreekt de informatie. Ook zijn de wettelijke aanspraken ruim geformuleerd. Zorgverzekeraars hebben toenemende aandacht voor kwaliteit in de onderhandelingen. Deze richt zich met name op het verbeteren van de transparantie en nog niet op het afspraken maken met zorgaanbieders over prestaties. Er wordt hard gewerkt aan de prestatie-indicatoren. Maar de informatie over de prestaties in de GGZ is nog onvoldoende beschikbaar, of wordt onvoldoende beschikbaar gesteld. Daarnaast bestaat er bij zorgverzekeraars ook nog weinig inzicht in volume.

De door de VWS en NZa opgestelde bekostigingsregels bevatten prikkels met onbedoelde effecten. Daar zijn ook zorgverzekeraars aan gebonden. Zorgverzekeraars vergoeden – in het belang van (behoud van) hun cliënten en vanwege de restitutie verplichting - meestal ook zorg (geldt cure-breed) als die niet wordt geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder. Dit staat op gespannen voet met een beleid gericht op inkoopvoordelen. Ook is er in veel regio's nauwelijks wat te kiezen. Veel GGZ-instellingen zijn gefuseerd. Er zijn wel nieuwe toetreders, maar die bedienen een (nog) zeer beperkt deel van de markt. Daarbij komt dat zorgverzekeraars voor de tweedelijns-GGZ nauwelijks financieel risico lopen. Uitgaventegenvallers worden via het vereveningssysteem grotendeels gecompenseerd. Aangezien zorgverzekeraars wel financieel risico lopen voor de eerstelijnszorg, is er voor hen geen financieel belang om te streven naar vervanging van relatief kostbare tweedelijnszorg naar relatief goedkope eerstelijnszorg.

### **Aanpalende terreinen**

GGZ wordt grotendeels op grond van de Zvw geleverd. Maar ook de AWBZ, Justitie en gemeenten (Wmo) hebben hier een verantwoordelijkheid. Dat heeft twee nadelen.

Ten eerste zijn de mogelijkheden om kosten af te wentelen op de Zvw aanzienlijk. De Zvw werkt de facto voor alle betrokkenen – met uitzondering van VWS – als een openeinderegeling. In de Zvw hebben patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars weinig direct belang (prikkels) bij gepast zorggebruik.

Het tweede nadeel is dat door de verschillende financieringsstromen het voor patiënten, zorgaanbieders en betalende partijen een aanzienlijke inspanning kost om de weg in de zorg te vinden, respectievelijk een samenhangend zorgaanbod te creëren. Dat klemt temeer, doordat een belangrijk deel van de GGZ wordt gebruikt door kwetsbare mensen.

### **Beleidsvarianten**

Uit het onderzoek volgt dat – nog afgezien van de brede heroverweging – het noodzakelijk is het beleid op het gebied van de GGZ te wijzigen. Er is geen goed evenwicht in het dienen van de publieke belangen van de Zvw. De toegankelijkheid van de GGZ is groot, maar scheef verdeeld (teveel intramuraal ten opzichte van extramuraal, teveel tweedelijns ten opzichte van eerstelijns). De kwaliteit is slecht inzichtelijk en behandelrichtlijnen worden beperkt gebruikt. Het publieke belang van de betaalbaarheid wordt onvoldoende gediend door verkeerde prikkels in het systeem en de brede pakketafbakening.

Er is een samenhangende aanpak nodig, die ingrijpt op:

- a. de omschrijving en het beheer van het verzekerde pakket;
- b. het gebruik van eigen betalingen;
- c. de (financiële) prikkels in het systeem.

Deze drie wegen kunnen ook worden bewandeld, indien besloten moet worden tot een bezuiniging van 20%, conform de opdracht van de heroverweging curatieve zorg. Gezien het specifieke karakter van de GGZ is op onderdelen een apart beleid gewenst. In dit rapport zijn besparingsopties geïnventariseerd en de voor- en nadelen van de varianten geschetst.

### **Pakket**

Analoog aan de brede heroverweging curatieve zorg kan worden overgegaan tot een verkleining van het verplicht verzekerde pakket (vergroting van het privaat te verzekeren pakket) door uitsluiting van behandeling van aandoeningen met de laagste ziektelast.

Voor de GGZ kunnen de aanspraken scherper gedefinieerd worden door zorg zonder DSM-IV-classificatie en zorg met de DSM-IV-classificatie aanpassingsstoornis niet meer onder het verzekerde pakket te laten vallen. Dit kan leiden tot een besparing op de collectieve uitgaven van circa € 115 mln.

Daarnaast kunnen de aanspraken ingeperkt of verwijderd worden voor zorg voor relatief lichte angststoornissen, alcoholstoornissen en depressie. Dit kan leiden tot een bezuiniging op de collectieve uitgaven van € 100 - € 150 mln afhankelijk of de relatief lichte problemen helemaal niet meer onder het verplicht verzekerde pakket vallen dan wel alleen bij behandeling in de eerstelijns onder het verplicht verzekerde pakket vallen. Bij deze opbrengsten moet wel rekening worden gehouden met het risico dat de financiële opbrengsten lager zullen zijn, omdat zorgaanbieders de problematiek anders gaan benoemen/classificeren.

Zorgverzekeraars moeten – meer dan nu het geval is – toezien op het rechtmatig gebruik van de Zvw. De informatievoorziening tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet dit mogelijk maken.

De grens van Zvw-verzekerde GGZ moet worden opgetrokken van een jaar tot bijvoorbeeld drie jaar. Dit voorkomt een groot deel van de substitutie naar langdurende en duurdere AWBZ-zorg. Het leidt tot een budgettaire verschuiving tussen AWBZ en Zvw.

### **Eigen betalingen**

Om de prikkels voor de cliënt in het stelsel te versterken kunnen (aanvullende) eigen bijdragen worden ingevoerd. Gezien de samenloop tussen de GGZ en somatische zorg is het in principe wenselijk de GGZ qua eigen bijdragen niet anders te behandelen dan de somatische zorg. Indien uit bezuinigingsoverwegingen bijvoorbeeld het eigen risico groter moet worden, dan is dat ook van toepassing op de GGZ.

Er zijn drie terreinen waar specifieke maatregelen kunnen worden overwogen. Ten eerste moeten de eigen betalingen voor de eerstelijnspsycholoog en de tweedelijnszorg geharmoniseerd worden of dienen de eigen betalingen in de tweedelijnszorg hoger te zijn dan in de eerstelijnszorg, om ongewenste substitutie tegen te gaan. De zogeheten drie-drempel variant levert afhankelijk van de precieze vormgeving € 150 – € 180 mln op. De werkgroep heeft ook alternatieve varianten ontwikkeld (trapsgewijze variant of per DBC variant) die respectievelijk € 220 mln of € 280 mln kunnen opleveren.

Ten tweede kunnen voor de intramurale zorg die betaald wordt via de Zvw – net zoals in de AWBZ – eigen betalingen worden ingevoerd. Dit zou een stevige prikkel kunnen zijn om de zorg te extramuraliseren. Dat kan tot een besparing van € 10 mln leiden.

Ten derde kan besloten worden zogenaamde ‘no-shows’, afspraken waar de cliënt niet komt opdagen, niet meer te vergoeden. Dat kan € 40 mln opleveren.

Ten vierde kan worden overwogen specifieke eigen betalingen te vragen voor geneesmiddelen, die voor lichte psychische aandoeningen worden voorgeschreven, waarbij sprake kan zijn van onnodige medicalisering. Een dergelijke maatregel kan tot een besparing leiden van € 15 mln.

### *Doelmatigheid*

Voor de verbetering van de doelmatigheid in de zorg worden twee scenario's onderscheiden. Scenario A berust grotendeels op overheidssturing via zorgkantoren nieuwe stijl en de stringente budgettering van deze zorgkantoren. Scenario B is vooral gebaseerd op sturing door volledig risicodragende zorgverzekeraars. Een tentatieve doorrekening laat zien dat scenario A € 170 mln oplevert en scenario B € 220 mln.

Daarnaast zijn een aantal te allen tijde maatregelen te onderscheiden die in elk scenario toepasbaar zijn, zij het dat de specifieke invulling kan verschillen. Het betreft:

- stimuleren innovatie (zelfmanagement en e-mental health);
- substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg;
- substitutie van intramurale naar extramurale zorg;
- doorgaan met het versterken van kwaliteit en transparantie;
- versterken (financiële) prikkels in het systeem.

Een tentatieve doorrekening laat zien dat, voor zover deze maatregelen al niet in scenario A en B zijn meegerekend, hier nog een aanvullende opbrengst van circa € 200 mln te behalen is.

Het samenstel van deze maatregelen moet leiden tot efficiënter gebruik van (kostbare vormen van) GGZ, verkleining van wachtlijsten en tot lagere prijzen van de geleverde zorg.

### Totaaloverzicht besparingen

Onderstaande tabel laat de uitgaven in de GGZ (+) en de bandbreedte van de geïnventariseerde besparingen (-) zien.

**Tabel Maatregelen en opbrengsten (in mln €)**

<b>Uitgaven</b>	<b>2015</b>
Geneeskundige GGZ33	3.694
<b>Besparingen</b>	
Pakket	100-260
Eigen betalingen	220-350
Doelmatigheid	
- Scenario A/Scenario B	170 - 220
- Maatregelen te allen tijde	200
<b>Totaal</b>	690 – 1030

Nota bene:

- bij de berekening van de opbrengsten van de verschillende maatregelen is geen rekening gehouden met eventuele overlap. Dit betekent dat, afwijkend van wat in de tabel hierboven gedaan is, de opbrengsten niet zondermeer opgeteld kunnen worden. Bijvoorbeeld, ingrijpen in het pakket leidt ook tot lagere opbrengsten van de eigen bijdragen;
- in de berekeningen zijn geen gedragseffecten meegenomen;
- voor de berekening van de opbrengsten van pakket en eigen betalingen geldt dat geen rekening is gehouden met toekomstige groei van de GGZ-uitgaven;
- gegeven de beperkt beschikbare tijd en gegevens zijn niet alle doorrekeningen even hard. Dit geldt voor de doorrekening van de pakketmaatregelen die voor een groot deel gebaseerd zijn op beperkte data van 1997. En dit geldt in nog sterkere mate voor de doelmatigheidsopbrengsten. Deze zijn sterk tentatief en kunnen als niet meer gezien worden dan ruwe indicaties;
- de opbrengsten van de eigen bijdrage maatregelen zijn niet gecorrigeerd voor het effect dat hierdoor de opbrengsten van het eigen risico kunnen afnemen.

33 Dit is exclusief kosten huisartsen en geneesmiddelen.