

Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg

Achtergrondstudies

Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid
en Zorg bij het advies Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg

Den Haag, 2008

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag/vormgeving & dtp ministerie van VROM
Fotografie: Eveline Renaud:
De omslagfoto is gemaakt in MC Haaglanden
locatie Westeinde
Druk: Koninklijke Broese & Peereboom
Uitgave: 2008
ISBN-13: 978-90-5732-199-3

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van
publicatienummer 08/12.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Risico's voor het uitgavenniveau in de zorg <i>PriceWaterhouseCoopers</i>	7
Uitgavenbeheer in de ouderenzorg: drie beleidsopties <i>Marc Pomp Economische Beleidsanalyse</i>	113
Overzicht publicaties RVZ	177

Voorwoord

In deze bundel treft u een tweetal studies aan, die de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft laten uitvoeren voor zijn advies over het uitgavenbeheer in de gezondheidszorg. Risico's voor het uitgavenniveau in de zorg is uitgevoerd door PriceWaterhouseCoopers. PwC heeft het financiële instrumentarium van de zorgsector doorgelicht en een aantal interessante voorstellen voor verbetering gedaan. Daarbij is als invalshoek gekozen: hoe is de premiebetaler beter af.

De tweede studie - uitgavenbeheer in de ouderenzorg - is van de hand van Marc Pomp. Hij laat nauwkeurig zien dat de gezondheidszorg in staat is om de financiële gevolgen van de vergrijzing op te vangen. Dan moet wel een aantal ingrijpende afwegingen worden gemaakt. Zo moet een groter deel van de ouderenzorg privaat worden gefinancierd.

Ik wens u veel leesplezier.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Rien Meijerink', written in a cursive style.

Rien Meijerink,
voorzitter

**Risico's voor het
uitgavenniveau in de zorg**

PRICEWATERHOUSECOOPERS

Inhoudsopgave

	Samenvatting	11
	Inleiding	17
1	Markt voor gezondheidszorg	23
2	Eerstelijnszorg	38
3	Cure	47
4	Care	62
5	Farmacie	88
6	Risico's en instrumenten in het zorgstelsel	97
	Noten	104
	Literatuur	106
	Deelnemers expertbijeenkomsten	109
	Instrumenten voor uitgavenbeheersing in verschillende landen	110

Samenvatting

Deze achtergrondstudie behoort bij het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over uitgavenmanagement in de zorg. In deze studie gaat het over economische prikkels in de zorg: welke risico's ten aanzien van kostenbeheersing of juist –overschrijding zijn er, en tot welke prikkels leiden die? Hoe gedragen de actoren zich en zijn er maatregelen denkbaar om kostenoverschrijding te voorkomen?

De Nederlandse zorgmarkt

De Nederlandse gezondheidszorg is in een transitiefase van publiek gestuurd naar marktgeoriënteerd. De overheid wil met deze transitie de kosten beter beheersbaar maken. Van een volledig vrije markt zal vermoedelijk nooit sprake zijn, maar toch is de liberalisering van de markt steeds meer zichtbaar. Het inbouwen van de juiste prikkels voor kostenbeheersing is niet eenvoudig: enerzijds wordt van marktwerking een dempende invloed op de prijzen verwacht, maar anderzijds willen aanbieders groeien en neemt de vraag naar zorg toe. Daar komt bij dat de zorgmarkt een aantal specifieke kenmerken heeft:

- Asymmetrische informatie: de cliënt is lang niet altijd in staat om de prijs-kwaliteitsverhouding in te schatten;
- Incidentele vraag: cliënten hebben op relatief weinig momenten in hun leven zorg nodig en leren dus de markt niet goed kennen;
- Zeer lage prijselasticiteit: de vrager wil tegen elke prijs genezen of verzorgd worden,
- De vraag ontstaat niet uit vrije keus;
- Rantsoenering van zorg door beperkte aanbodcapaciteit;
- Heterogeniteit: vele verschillende aandoeningen en behandelingen;
- Supplier induced demand: de zorgaanbieder bepaalt voor een deel de vraag naar zorg.

Door deze specifieke kenmerken is er sprake van een verstoord evenwicht op de zorgmarkt. Omdat dit in een marktsituatie zou leiden tot hoge prijzen, is en wordt via regelgeving ingegrepen. Naast de zorgvrager (cliënt) en aanbieder zijn ook de financier en de werkgever (als contractpartij voor zorgverzekeringen) marktpartijen geworden. De Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet reguleren de markt. Of eigenlijk: de markten, want er is sprake van een zorgverzekeringsmarkt, een zorginkoopmarkt en een zorgverleningsmarkt.

Risico's zorgverzekeringsmarkt

De introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 heeft geleid tot een intensivering van de concurrentie tussen zorgverzekeraars. De differentiatie op productniveau is beperkt omdat de samenstelling van het basispakket voor zorgverzekeraars een gegeven is. De concurrentie is in de eerste jaren na de introductie van de Zvw mede daarom voorname-

lijk uitgevochten op prijs. Het creëren van schaalgroottes en het verlagen van kosten door het stroomlijnen van de interne processen vormden hieraan gerelateerde ontwikkelingen. In 2006 stapte bijna 19% over naar een andere zorgverzekeraar. In 2007 en 2008 daalde dit percentage tot respectievelijk 4,5% en 3,5%. De sterke daling van de verzekerdenmobiliteit hangt mede samen met de relatief beperkte prijsverschillen en geringe gepercipieerde differentiatie tussen de verschillende zorgverzekeraars.

De prijsconcurrentie heeft in de eerste jaren een positief effect op het uitgavenniveau gehad. Voor de meeste zorgverzekeraars leidde het echter tot een negatief technisch verzekeringsresultaat, dat niet door de beleggingsresultaten kon worden gecompenseerd, met een afnemende solvabiliteit tot gevolg. De combinatie van deze ontwikkelingen leidt ertoe dat gemiddelde premie in de komende jaren naar verwachting weer zal toenemen, zeker zolang de zorginkoopmarkt nog niet optimaal functioneert.

Risico's zorginkoopmarkt

De zorginkoopmarkt is nog in ontwikkeling. Risico's voor kostenbeheersing kunnen voortkomen uit een veelheid van (aanloop)perikelen:

- Nauwelijks selectieve overeenkomsten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders: in de praktijk worden verreweg de meeste aanbieders zonder meer gecontracteerd.
- Onvoldoende kennis over kosten en kwaliteit bij zorgverzekeraars. Ook verzekerden beschikken niet over deze kennis. Daarnaast ligt daarbij de uitdaging voor zorgverzekeraars om het vertrouwen te creëren bij hun verzekerden wanneer zij in de toekomst hun verzekerden gaan sturen op basis van deze gegevens;
- De huidige systematiek van kapitaalslastenvergoeding, die geen prikkel tot kostenbewustzijn in zich heeft;
- Verschillende vergoedingssystemen voor zorgaanbieders met verschillende prikkels ten aanzien van het uitgavenniveau; 'pay for performance' als vergoedingssysteem krijgt steeds meer voet aan de grond, maar wordt vooralsnog begrensd door van overheidswege ingestelde plafonds;
- Onduidelijkheid en onzekerheid ten aanzien van de rol van zorgkantoren;
- Zorgverzekeraar moeten verder groeien in regisseursfunctie;
- Nacalculatie in het risicovereenigingssysteem hindert de marktwerking.

Risico's zorgverleningsmarkt

De risico's en prikkels in de zorgverleningsmarkt verschillen per zorgsector. Niet alleen de prikkels zelf, maar ook de verhouding tussen prijs- en volumeprikkels.

In de *eerstelijnszorg* wordt voor de komende jaren een beperkte prijsstijging voorzien. De risico's voor uitgavenbeheersing in de zorg zijn daar vooral volumegedreven.

In de eerste plaats is er de volumegroei; in de huisartsenzorg bijvoorbeeld neemt het aantal consulten jaarlijks toe, vooral het aantal dubbele consulten. De verzekeraar is beperkt in staat om de kwaliteit te beoordelen, hetgeen de effectiviteit van de onderhandelingen belemmert.

In de tweede plaats is de gewenste substitutie vanuit de tweede naar de eerste lijn nog suboptimaal:

- In de tweede lijn missen zorgverzekeraars door verevening en nacalculatie een prikkel om de zorg scherp in te kopen;
- Eerstelijnszorg omvat een relatief gering deel van de zorgkosten en doelmatige inkoop daarvan heeft daarom mogelijk minder prioriteit bij de verzekeraars;
- Zorgverzekeraars hebben pas inzicht in de omvang van het gebruik van tweedelijnszorg op het moment dat de DBC wordt afgesloten en wordt gedeclareerd
- De eerstelijnszorg is niet 24 uur per dag volledig beschikbaar. Daardoor wendt de cliënt zich buiten kantooruren vaker tot de tweede lijn dan medisch gezien noodzakelijk is.
- Het derde risico de supplier induced demand.

In de *cure* is sprake van grote onzekerheid over het toekomstige uitgaven-niveau. De belangrijkste risico's worden gevormd door:

- Omvang en complexiteit DBC's: het grote aantal DBC's en het gebrek aan transparantie van inhoud en kwaliteit bemoeilijken de onderhandelingen tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Het effect wordt versterkt doordat ziekenhuizen aan de ene DBC meer verdienen dan aan de andere. Voor de cliënt is het bijna onmogelijk om onderbouwde keuzes te maken.
- Remmende factoren op marktwerking in B-segment: omdat de kwaliteit nog niet transparant is en het B-segment nog relatief klein, en omdat de ziekenhuizen in de onderhandelingen een sterkere positie in lijken te nemen dan de verzekeraars, komt de marktwerking nog onvoldoende tot zijn recht, ondanks positieve effecten op de prijsontwikkeling. Daar komt nog bij dat de volumegroei in het B-segment onevenredig groot lijkt;
- Risicoverevening: door de ex-post compensatie van risico's ontbreekt de prikkel tot scherp onderhandelen;
- De beloningsstructuur van medisch specialisten: een groter aantal verrichtingen vergroot het inkomen. Dit kan een stuwend effect hebben op het volume. Complicerende factor is dat DBC's die voor een ziekenhuis financieel interessant zijn, dat voor specialisten niet altijd zijn, en andersom.

In de *care* speelt vooral het risico van de volumetoename door de groei van de zorgvraag, met name door de vergrijzing. De effecten van de

verbeterde leefstijl remmen deze groei, maar vaak lijkt daarbij alleen sprake van uitstel van zorgkosten: in de laatste levensjaren ontstaan toch altijd aandoeningen. Ook bij een gelijkblijvend aantal aandoeningen kan de vraag toenemen door dat mensen met een handicap of geestelijke stoornis zich in de steeds complexer wordende maatschappij moeilijker kunnen handhaven, of doordat potentiële cliënten steeds beter bekend raken met de mogelijkheden die de care biedt. Een prijsopdrijvend effect zal mogelijk optreden als gevolg van de dreigende personeelsschaarste. Naast deze min of meer externe oorzaken zijn er ook oorzaken binnen de care: de roep om inzet van hoger gekwalificeerd personeel en de supplier induced demand.

De dreigende kostenoverschrijding heeft geleid tot forse ingrepen door de overheid, zowel in prijs als in volume. Een budgetplafond, maximumtarieven, verkleinen van het AWBZ-pakket, aanscherpen van de indicaties, efficiencykortingen en introduceren van de concurrentie in de Wmo zijn daarvan de belangrijkste. De zorgzwaartebekostiging en integratie van de kapitaalslasten in de tarieven staan op stapel. De zorgaanbieders en hun belangenorganisaties reageren met efficiencymaatregelen en innovaties, maar ook met protesten en publiciteit.

Vanuit het perspectief van uitgavenmanagement zijn deze maatregelen weliswaar succesvol, maar de problemen zijn daarmee niet opgelost. Een van de open einden is nog het Persoonsgebonden Budget, dat qua aantal budgethouders geen plafond kent. Het belangrijkste probleem voor de kostenbeheersing blijft echter de groei van de zorgvraag.

De farmaceutische zorgmarkt blijft groeien. Niet alleen de vergrijzing is hier debet aan, maar ook de toelating van nieuwe geneesmiddelen en het toenemend chronisch gebruik van geneesmiddelen. Er zijn beperkende maatregelen geïntroduceerd in de vorm van prijsmaatregelen, de plicht om inkoopvoordelen voor een deel door te berekenen aan de klant, bezuinigings-convenanten en introductie van prijsconcurrentie door verzekeraars. Deze hebben zeker effect, maar desondanks blijft het gebruik van geneesmiddelen (en vooral dure geneesmiddelen) stijgen. De diffuse beloningsstructuur maakt beheersing niet eenvoudig. Daarnaast drijven medicatiefouten de kosten op.

Maatregelen

Welke maatregelen zijn er denkbaar om het uitgavenniveau beter te beheersen?

In het algemeen luidt het devies: stimuleer de toename van de marktwerking in alle markten. Met de toenemende transparantie van de zorg(kwaliteit) en de integratie van kapitaalslasten in de tarieven worden al enkele belangrijke voorwaarden voor een sterkere marktwerking vervuld.

Specifiek voor de *eerste lijn* denken wij verder aan de volgende maatregelen:

- Inbouwen van financiële prikkels voor geïntegreerde zorg en doorontwikkeling van transmurale DBC's; een samenhangend aanbod is beter afgestemd op de vraag en voorkomt doublures;
- Meer aandacht bij verzekeraars voor inkoop van eerstelijnszorg;
- Grotere transparantie en betere kwaliteit, onder meer door middel van het opzetten van een systeem voor cliëntenraadpleging;
- Meer acute zorg in de eerste in plaats van in de tweede lijn.

Voor de *curesector* geldt dat met de invoering van het DBC-systeem een stap in de richting van kostenbeheersing is gezet. Het systeem dient geoptimaliseerd te worden. Te denken valt aan:

- Afschaffen van de nacalculatie binnen de risicovereeniging;
- Verminderen van het aantal DBC's;
- Invoeren van het systeem van pay-for-performance voor de bekostiging van specialisten; in dit systeem staat prestatieafspraken over kwaliteit en effectiviteit centraal, in plaats van volume;
- Doortastend uitbreiden van het B-segment.

Voor de *caresector* is er een aantal maatregelen denkbaar dat binnen het budget de kosten verlaagt:

- verdere marktwerking in de care, geleidelijk in te voeren;
- vormen van cliëntketens (samenhang in de zorg);
- verbeteren van de indicatiestelling;
- maximaliseren van efficiency daar waar mogelijk (onder meer door uitbreiden ICT-ondersteuning);
- omvormen van de PGB-constructie.

Daarnaast is het onontkoombaar om in de komende jaren de eigen bijdrage en/of de premie te verhogen. Een verschuiving naar private zorg kan daarvan het gevolg zijn.

In de *farmaceutische zorgmarkt* kunnen aanvullende maatregelen worden getroffen door de beloningsopbouw van de apotheker te koppelen aan de rol die hij vervult. Wordt hij primair beschouwd als adviseur, dan kunnen de uitgaven worden beheerst door het aandeel van kortingen en bonussen verder terug te brengen. Wordt de apotheker vooral als detaillist van geneesmiddelen beschouwd, dan ligt een herijking van de receptregelvergoeding meer voor de hand. Verder kunnen de zorgverzekeraars de concurrentie verder stimuleren. Een vergoedingenlimiet voor substitueerbare geneesmiddelen kan de cliënt kostenbewuster maken. Ten slotte kan worden gedacht aan extra (ICT-)maatregelen om medicatiefouten te beperken.

Naast de sectorale maatregelen is het uit oogpunt van uitgavenmanagement van groot belang om bekostigingsschotten tussen de sectoren

weg te nemen: ketens over de sectoren heen. De aandacht voor ketenzorg dient te worden verankerd in inkoopvoorwaarden. Verder kan de marktwerking worden bevorderd door het creëren van transparantie niet alleen in de zorg maar ook in de regelgeving. Bekostigingssystemen zullen meer moeten worden gericht op het betalen van de cliënt in plaats van de aanbieder.

Om het uitgavenmanagement te ondersteunen, kan het gebruik van moderne scenario- en simulatiemodellen de invloed van verschillende ontwikkelingen in relatie tot elkaar zichtbaar maken en de discussie objectiveren. Verder kan het bestuderen van kostenbeheersingsinstrumenten in andere landen een stimulans zijn.

Inleiding

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) bereidt een advies voor aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over het onderwerp duurzaam uitgavenmanagement, ofwel: hoe kunnen de kosten in de gezondheidszorg blijvend worden beheerst. Het nu voorliggende rapport is een achtergrondstudie voor dit advies, opgesteld door PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. Deze inleiding behandelt de achtergrond, doelstelling en aanpak van het onderzoek. Daarbij wordt tevens dieper ingegaan op het denkmodel dat aan de basis hiervan staat. Het hoofdstuk sluit af met een leeswijzer.

Achtergrond: van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd regime

Nederland is bezig aan één van de grootste economische stelselwijzigingen uit de geschiedenis. In een bestek van ongeveer tien jaar wordt het stelsel van de gezondheidszorg omgewenteld van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd regime. De Nederlandse politiek heeft in meerderheid besloten dat het bereiken van de brede maatschappelijke doelstellingen van betaalbaarheid, toegankelijkheid en hoogwaardige kwaliteit van de zorg niet primair een overheidstaak is, maar dat wat betreft een aanzienlijk gedeelte van de zorgsector ‘de markt’ een effectievere en efficiëntere allocator van schaarse middelen zal zijn dan de overheid.

Geen enkel onderdeel van de gezondheidszorg blijft hierbij ongemoeid: van klinische zorg tot tandheelkunde, en van psychiatrische verpleging tot thuiszorg, in elk van de compartimenten van de zorg worden marktprikkels ingebouwd. De veelvormigheid die inherent is aan de zorg maakt de omwenteling tot een enorme complexe zaak.

Een stelselherziening waarbij markten moeten worden gevormd is een vrij radicale affaire. Elk liberaliseringstraject doorloopt een aantal stappen, te beginnen met het nauwkeurig definiëren van wat de publieke component is van de te liberaliseren sector, en wat privaat zou kunnen zijn. Daarnaast moet een eindbeeld worden geformuleerd van de structuur van de markt nadat de omwenteling is voltooid. Vervolgens kiest men een vorm van regulering die de overgang in goede banen leidt, en een transitieplan.

Het inbouwen van de juiste prikkels is in geen enkele liberaliserende markt een sinecure, en zeker niet in de gezondheidszorg. In andere sectoren, zoals de elektriciteitssector, de post of de luchthavensector, is sprake van tamelijk eenvoudige goederen, en is ook de definitie en de borging van de publieke component goed te doen. Bovendien bestaan er in de wereld voor dergelijke sectoren meerdere voorbeelden van hoe het eindbeeld eruit zou moeten zien, en ook hoe prikkels wel en niet kunnen werken. In de gezondheidszorg echter heeft Nederland op basis van heel

weinig houvast van relevante voorbeelden keuzes moeten maken. De consequentie daarvan is dat de uitwerking van de ontworpen prikkels niet op voorhand geheel voorspelbaar is.

Precies om die reden heeft men in Nederland gekozen voor de weg van de geleidelijkheid. Het bekendste voorbeeld van die geleidelijkheid is het stapsgewijs overdragen aan de vrije markt van groepen DBC's, van 10 procent in 2006 naar 20 procent in 2008, en daarna verder naar wellicht 34 procent en uiteindelijk zelfs 70 procent van de omzet van ziekenhuiszorg. Een ander voorbeeld is de compartimentering, zoals die zich uit in een reeks van wetten die een gedeelte van het nieuwe zorgstelsel reguleren: WMG, Zvw, AWBZ en Wmo.

Hoe het ook zij, het ontwerpen van een markt is één ding, het nauwkeurig voorspellen hoe de uitgedachte prikkels werken, en of die werking ook werkelijk efficiënt en effectief is, is iets anders. Er zijn tal van praktijkvoorbeelden van het construeren van markten, waarbij geheel onvoorspelde prikkels opdoken die het bereiken van de doelstellingen in de war brachten, zie bijvoorbeeld de markt voor CO₂ (Sijm et al., 2006). Voorbeelden van liberalisering in andere industrietakken, zoals de nutsvoorzieningen, telefonie en openbaar vervoer hebben laten zien dat zich gedurende de transitiefase prikkels voordoen die aanleiding geven tot uitgavenstijgingen, en dat die tot bijsturing en herijking aanleiding geven. Doorgaans is het monitoren van het transitieproces en eventuele bijsturingmaatregelen de taak van de sectorspecifieke toezichthouder.

Uit het opduiken van prikkels tijdens de transitiefase blijkt dat het verstandig is om vooral geleidelijk om te schakelen naar het nieuwe stelsel. Het zorgstelsel in transitie is doorspekt met prikkels waarvan de uitwerking op zijn minst ter discussie staat. Sommige zijn mogelijk van voorbijgaande aard, en onvermijdelijk of zelfs noodzakelijk in de transitieperiode, andere zijn hardnekkiger.

Er is behoefte aan een samenhangend en compleet inzicht in de prikkels in het huidige zorgstelsel, omdat we merken dat veel prikkels leiden tot uitgavenstijgingen op macro- en microniveau. Vanwege de complexiteit en onderlinge samenhang tussen compartimenten in de zorg zal dat inzicht zich moeten uitstrekken over zowel alle relevante subsectoren in de zorg afzonderlijk, als over de onderlinge relaties. Wij zijn bij uitstek geïnteresseerd in die prikkels die gevolgen hebben voor de financieringsstromen.

De insteek in dit rapport is dus een economische. Dat betekent dat prikkels en gevolgen worden beschreven in termen van meer of minder gunstig in het licht van het uitgavenmanagement. De mate waarin prikkels en gevolgen gunstig zijn voor de kwaliteit van de zorg, de motivatie

van professionals of aspecten als bureaucratie, komt wel hier en daar aan de orde maar is niet systematisch in de beschouwingen meegenomen.

Het is zaak gedurende de transitie, waarin zich onvoorspelde gebeurtenissen voordoen, onderscheid te blijven maken tussen ongewenste effecten, die aangepakt moeten worden, en effecten die het onvermijdelijke effect zijn van de transitie naar de nieuwe eindsituatie, en die juist ongemoeid moeten blijven, hoe moeilijk dat politiek soms ook is. Het meest klassieke voorbeeld van het laatste is het stijgen van prijzen als een gevolg van liberalisering: als gevolg van de keuzevrijheid (hogere en duurere kwaliteit) gaan prijzen in eerste instantie omhoog en pas later weer omlaag. Voorbeelden zijn uitgaven in de eerste lijn de kosten van een aantal DBC's. Het vergt politieke moed om dit gevolg in eerste instantie te herkennen en te aanvaarden, en in termen van reparatie vooral niet het kind met het badwater weg te gooien. Er zijn echter ook voorbeelden van situaties waarin de prijs wél direct daalt: de huishoudelijke hulp in de Wmo en de prijs van zorgverzekeringen (hoewel de verlaging van het eigen risico de prijsdaling begint te begrenzen).

De kostenbeheersing is voor de overheid vanuit macro-economisch oogpunt een belangrijk uitgangspunt. De overheid hoopt dat door de marktwerking de kosten van de gezondheidszorg beter beheersbaar worden. Om die reden stuurt de overheid ook meer op prijzen en volumes met een plafond, ook gedurende de transitiefase, waarin het de bedoeling is dat steeds meer prijzen door een spel tussen vraag- en aanbod tot stand komen. Het probleem is echter dat zorgaanbieders willen groeien – zoals het in een markt gewoon is – en ook de vraag vanuit de consumenten toeneemt. Dit heeft tot gevolg dat de totale zorgvraag toeneemt met als gevolg dat er toch meer wordt uitgegeven dan de overheid had gehoopt.

Juist ten aanzien van het zorgstelsel is de uitgavenstijging één van de grote pijnpunten. Het grote politieke risico van stijgende zorguitgaven is dat twijfel ontstaat over de effectiviteit van de overgang naar het nieuwe stelsel als manier om de kosten juist te beheersen, en daarmee over de wenselijkheid van de stelselwijziging zelf. Het is dan ook zaak om zo goed mogelijk de uitwerking van de transitie op de uitgaven te monitoren om vast te kunnen stellen of bijsturing noodzakelijk is.

Uitgaven en financieringstromen in de gezondheidszorg

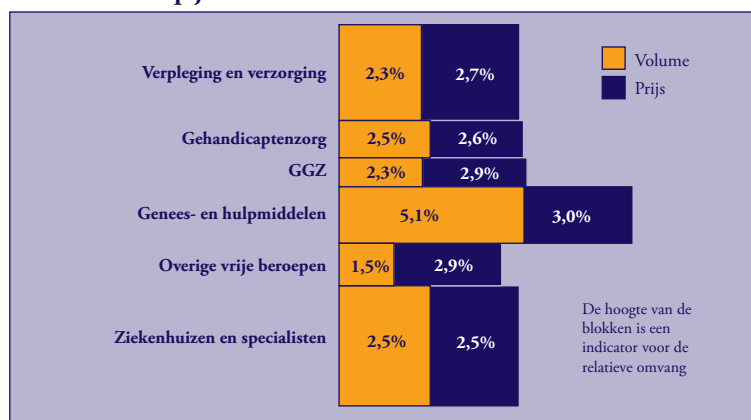
De zorg in Nederland wordt momenteel gefinancierd uit een aantal bronnen. Wij hebben te maken met de historisch gegroeide situatie dat verschillende soorten zorg op verschillende manieren en uit meerdere bronnen worden betaald. De belangrijkste componenten van het zorgstelsel zijn de cure- en caresector en de eerstelijnszorg.

De curesector omvat de diensten die vallen onder de Zorgverzekeringswet. Deze categorie wordt gefinancierd vanuit nominale premie, een

procentuele premie en een rijksbijdrage voor verzekerden jonger dan 18 jaar. De caresector bevat diensten die vallen onder de AWBZ en de Wmo. De AWBZ wordt gefinancierd vanuit een procentuele premie, een rijksbijdrage (BIKK), overheveling uit het Zorgverzekeringsfonds en eigen bijdragen.

De zorg die buiten het basiszorgpakket valt, wordt volledig gefinancierd uit de inkomsten van zorgverzekeraars uit aanvullende premies. In figuur i.1 is de verwachte ontwikkeling 2008-2011 weergegeven.

Figuur i.1 Gemiddelde prijs- en volumeontwikkeling 2008-2011 op jaarbasis



bron: CPB, bewerking PricewaterhouseCoopers

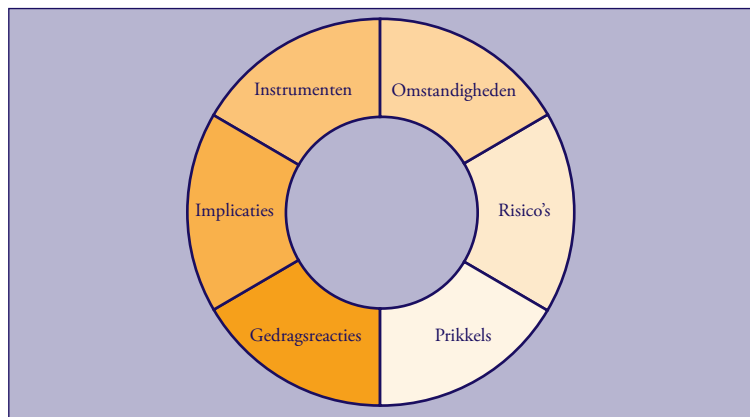
Doelstelling en denkmodel

Risico's en prikkels leiden tot gedragsreacties door actoren om de individuele gevolgen van de risico's en de prikkels te optimaliseren. De doelstelling van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht hoe gedragsreacties van de verschillende actoren - als reactie op risico's en prikkels in de zorg - het uiteindelijke uitgavenniveau beïnvloeden. En voor zover uitgavenstijgingen onbedoeld en ongewenst zijn: welke beleidsstrategieën kunnen door de overheid in ruime zin worden gevolgd om die stijgingen om te buigen. Daarbij zijn de volgende beleidsvragen geformuleerd:

- Welke bestuurlijke, financiële en andere risico's bestaan er momenteel op macro-, meso-, en microniveau? Daarbij zal onderscheid worden gemaakt tussen de diverse actoren en belanghebbenden en zal inzichtelijk worden gemaakt wat de concrete gevolgen zijn voor de publieke belangen.
- Welke coördinerende en financiële instrumenten bestaan er op macro-, meso- en microniveau?
- Wat zijn de voor- en nadelen en hoe werken de verschillende schakels samen? Hoe ligt de verhouding tussen decentrale besluitvorming en het budgettaire kader zorg?
- Wat zijn mogelijke beleidsstrategieën?

In het onderzoek is gebruik gemaakt van het volgende denkmodel:

Figuur i.2 Denkmodel



Bron: PwC

Risico's voor het uitgavenniveau staan niet op zichzelf, maar bevinden zich in een complex samenspel met omstandigheden, prikkels, gedrag'sreacties, implicaties en instrumenten. Zo kunnen risico's het gevolg zijn van omstandigheden, maar ook van prikkels of gedrag'sreacties. Daarnaast kunnen risico's ook prikkels en gedrag'sreacties tot gevolg hebben.

De risico's kunnen van diverse aard zijn, bijvoorbeeld politiek, economisch, sociaal of technologisch, maar ook andere indelingen zijn mogelijk. Ze worden bovendien door belanghebbenden op verschillende manieren gepercipieerd qua omvang en richting. Uiteindelijk kan door inzet van de juiste instrumenten de omstandigheden worden veranderd.

In de aanpak van het onderzoek is gestart met het uitvoeren van literatuuronderzoek. De geraadpleegde literatuur is opgenomen in bijlage A. Vervolgens zijn experts geraadpleegd, zowel binnen PricewaterhouseCoopers als daarbuiten. Zo zijn in het kader van dit onderzoek bijeenkomsten georganiseerd met vertegenwoordigers vanuit de praktijk. In bijlage B is een overzicht opgenomen van de voor dit onderzoek geraadpleegde externe experts.

Leeswijzer

In dit rapport wordt ingegaan op de prikkels in het huidige zorgstelsel waar risico's ten aanzien van uitgavenstijging vanuit gaan. In dit rapport wordt een hoofdstukindeling gehanteerd die de markt voor gezondheidszorg onderverdeelt in een viertal subsectoren:¹

- Eerstelijnszorg, hieronder worden zorgproducten uit de zogeheten eerste lijn verstaan die worden aangeboden door waaronder, huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen enz. Dit zijn de zorgverleners waarmee een patiënt het eerst contact mee maakt.
- Cure, dit is zorg die gericht is op herstel, waaronder: ziekenhuiszorg, medisch-specialistische zorg, paramedische zorg en kortdurende GGZ.
- Care, hiermee wordt de (in principe) langdurige zorg aangeduid voor mensen met een handicap, chronisch zieken en ouderen die professionele zorg en/of begeleiding nodig hebben in hun dagelijks leven.
- Farmacie, dit is in feite het onderdeel van de eerstelijnszorg dat zich richt op de productie en het aanbod van geneesmiddelen.

Voordat de afzonderlijke subsectoren worden behandeld, wordt in hoofdstuk 2 allereerst ingegaan op de Nederlandse gezondheidszorgmarkt in het algemeen en de risico's en prikkels die niet compartimentafhankelijk zijn. In ieder hoofdstuk worden de onderdelen van het denkmodel aangehouden en wordt ingegaan op de omstandigheden, prikkels en risico's voor uitgavenstijging.

Auteurs PricewaterhouseCoopers:

Prof.dr. J.W. Velthuisen (Economics)
Drs. A. van Mourik – van Herk (Care)
Drs. A.C. Offereins (Cure)
Drs. R. Sitompoel (Economics)
Drs. A.J.A.M. van Wijchen (Zorgverzekeraars)

Klankbordgroep PricewaterhouseCoopers:

Drs. A. Hakbijl RA (Cure)
Drs. L.G.F. Janssen (Cure)
F.E. van Kommer RA (Care)
Drs. W. Oosterom RA (Zorg internationaal)
A.J.M. Loogman RA (Gezondheidszorg)
Drs. R.J.C. Poerstamper MBA (Strategie zorg)
G.J. Postma RA (Care)
Drs. A.C.H. Versteegden (Zorgverzekeraars)

1 Markt voor gezondheidszorg

1.01 Dit hoofdstuk behandelt de Nederlandse gezondheidszorgmarkt vanuit een macroperspectief. De focus ligt op die risico's en prikkels die niet compartimentafhankelijk zijn – dus niet specifiek eerstelijnszorg, cure of care – en die betrekking hebben op de relatie tussen de verschillende partijen. Wij beschouwen in dit hoofdstuk het huidige zorgstelsel waarbij bedacht moet worden dat we spreken over een stelsel in transitie. Het beeld dat wij bespreken is dus in zekere zin een momentopname. Verder spreken wij over een markt, terwijl we beseffen dat in de gezondheidszorg geen sprake is of zal zijn van volledig vrije marktwerking maar van een hybride systeem met een gereguleerde (publieke) component en een vrije (private) marktcomponent.

1.02 Eerst wordt een korte schets van deze markt gegeven aan de hand van enkele specifieke kenmerken. Vervolgens wordt nader ingegaan op respectievelijk de markt voor zorginkoop en de markt voor zorgverlening.

Specifieke marktkenmerken maken markt voor gezondheidszorg tot een unieke markt

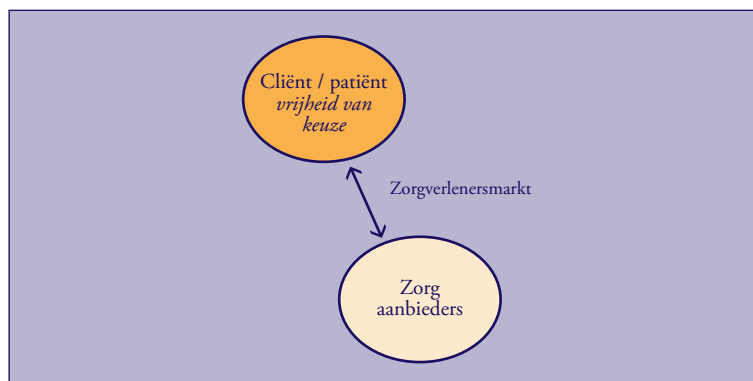
1.03 De markt voor gezondheidszorg heeft een aantal specifieke kenmerken die de zorg in economische zin tot een unieke markt maken. De specifieke kenmerken van de markt voor gezondheidszorg worden hieronder opgesomd:

- Asymmetrische informatie. De consument/patiënt is niet of onvoldoende in staat de kwaliteit en de prijs van de zorgdienst in te schatten. Hierdoor is de consument niet in staat de prijs-kwaliteitverhouding van het aanbod goed te beoordelen, wat tot gevolg kan hebben dat het machtsverwicht tussen vraag- en aanbodzijde wordt verstoord.
- Incidentele vraag. De gemiddelde consument/patiënt heeft gedurende het grootste gedeelte van zijn leven betrekkelijk weinig behoefte aan zorg. Hij heeft dan ook niet de gelegenheid om de complexe producten op de markt te leren kennen, en kan ook daarom geen goed geïnformeerde keuze maken. Ook hier speelt het feit dat de vrager niet in staat is de prijs-kwaliteitverhouding van het aanbod goed te beoordelen. De vraagzijde heeft in deze zin ook geen disciplinerende rol aangezien de vragers geen langdurige relatie met de zorgverleners aangaan.²
- Zeer lage prijselasticiteit. De vrager wil tegen elke prijs genezen of verzorgd worden, hetgeen het machtsverwicht tussen aanbieder en vrager verstoort op het moment van de transactie.

- De vraag ontstaat niet uit vrije keus. Er zit een kanselement in de behoefte. Behoudens de gezondheidsgevolgen van bewust riskant gedrag is het oplopen van een aandoening in hoge mate iets dat een consument/patiënt overkomt. Er zit een kanselement in, waardoor de ene wel een patiënt/consument wordt en de ander niet. Zodra de aandoening zich voordoet, is sprake van gedwongen consumptie, en geen vrije keus. Dat maakt dat na het oplopen van een aandoening een machtsonevenwicht tussen vraag en aanbod optreedt.
- Rantsoenering. Beperkte beschikbaarheid van aanbodcapaciteit, in ieder geval op korte termijn (bijvoorbeeld medische specialisten of verblijfplaatsen in instellingen). De omvang van de aanbodcapaciteit – en dus de schaarste – wordt in stand gehouden door aanbodzijde zelf en door regelgeving. Een belangrijke voorwaarde voor een concurrerende markt, namelijk vrije toegang voor aanbieders, ontbreekt of kent hindernissen. De schaarste leidt wel tot hogere prijzen, zoals normaal op markten, maar de normale marktreactie daarop van afnemende vraag en toenemend aanbod treedt niet op.
- Pluriformiteit en heterogeniteit. Gezondheidszorg is bij uitstek heteroog naar dimensies als kwaliteit, tijdstip, plaats, aandoening enzovoorts.
- Supplier induced demand. De aanbieder speelt een relatief belangrijke rol bij het bepalen van de omvang van de vraag (lees: behandeling of zorgzwaarte). De omvang van de afname wordt voor een deel bepaald door de zorgverlener, die op deze wijze in feite de omvang van de vraag naar het eigen product vaststelt. Dit is mede het gevolg van de informatieasymmetrie tussen vraag- en aanbodzijde.

1.04 De genoemde kenmerken – op individuele, maar zeker ook op gezamenlijke basis – hebben ertoe geleid dat marktimperfections kunnen optreden met ongewenste prikkels en gedrag tot gevolg: de marktkenmerken kunnen leiden tot een scheve verhouding tussen vraag- en aanbodzijde wat zich kan uiten in onevenredig hoge prijzen (slechte prijs-kwaliteitverhouding) en dus een (onnodig) hoog uitgavenniveau. Klassieke ‘ongebreedelde’ marktwerking zou in deze markt derhalve tot maatschappelijk ongewenste resultaten kunnen leiden³: het gevaar dreigt dat de prijzen zo hoog worden dat een deel van de bevolking van noodzakelijke zorg verstoken blijft. Dit is overigens geen typisch Nederlands probleem (zie bijvoorbeeld Porter, 2006, voor een analyse van zeer vergelijkbare marktfalen in het Amerikaanse zorgstelsel).

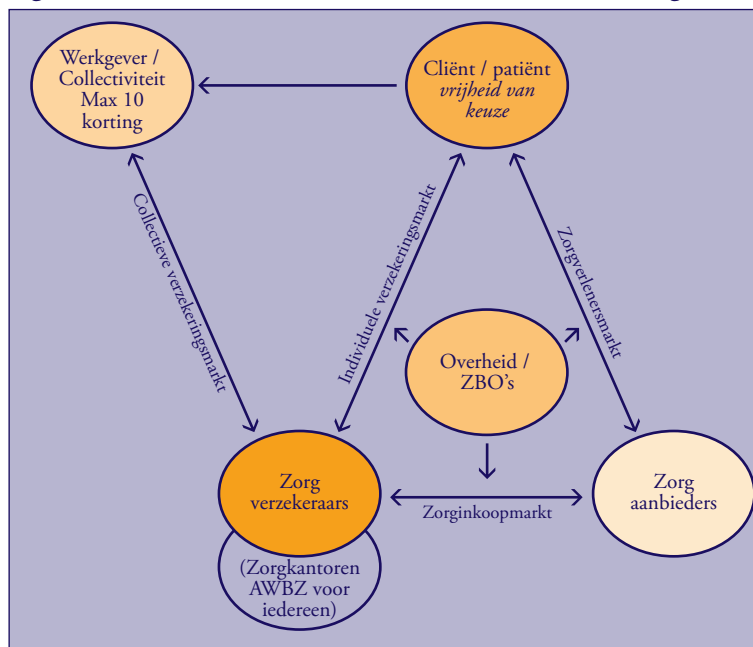
Figuur 1.1 Traditionele markt met vraag- en aanbodzijde



1.05 Als gevolg van het feit dat een directe markt tussen vragers naar zorg (patiënten) en aanbieders van zorg niet vanzelf tot stand komt, is besloten om via regelgeving in te grijpen. De Zorgverzekeringswet (Zvw) en de introductie van sectorspecifiek toezicht op de markt voor gezondheidszorg, neergelegd in de Wet Marktordening Gezondheidszorg, zijn twee belangrijke onderdelen van deze omslag.⁴

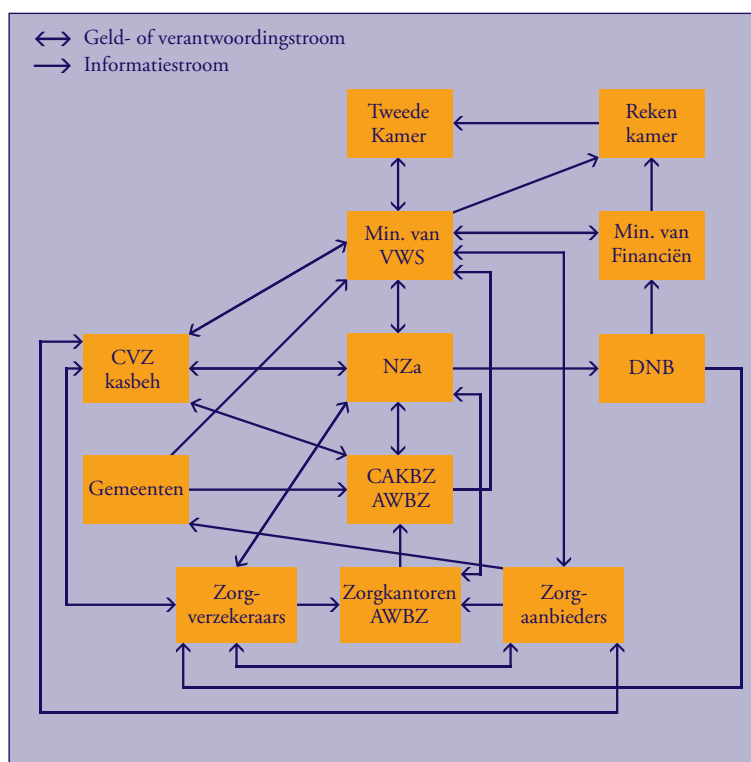
1.06 Onderstaande figuur bevat een schematisch overzicht in hoofdlijnen van de markt voor gezondheidszorg zoals die is ontstaan na de introductie van de Zvw.

Figuur 1.2 Schematisch overzicht nieuwe marktverhoudingen



1.07 De complexiteit van het zorgstelsel komt naar voren wanneer de verschillende actoren en hun onderlinge relaties beschouwd worden. Daarbij is sprake van geld-, verantwoordings- en informatiestromen.

Figuur 1.3 Actoren in het zorgveld en hun onderlinge relaties



1.08 Om de nadelige consequenties van genoemd marktfalen te minimaliseren, hebben de toezichthouder(s) op de markt voor gezondheidszorg, de zorgkantoren (voor de care) en de zorgverzekeraars (voor de cure), als spil tussen vraag- en aanbodzijde, een zeer belangrijke rol toebedeeld gekregen.⁵ De gedachte is dat de zorgverzekeraar en het zorgkantoor in tegenstelling tot de individuele patiënt/consument niet of veel minder te maken hebben met:

- het incidentele karakter van de vraag, de asymmetrie van informatie en het kanselement: de verzekeraar verzekert een grote populatie, en kan gesteund door de wet van de grote aantallen rekenen met een statistische incidentie. Bovendien kan hij leren van de continue stroom van transacties met meerdere zorgaanbieders, waardoor hij inzicht krijgt in kwaliteit en een redelijke prijs;
- zeer lage prijselasticiteit en gebrek aan vrije keus: op het moment dat de zorgverzekeraar inkoopt, heeft hij in beginsel vrije keus, en zit hij niet in de gedwongen positie van afname van de dienst tegen elke prijs.

1.09 Het aspect van de pluriformiteit en de heterogeniteit van het scala van diensten in de zorg (eerste lijn, cure, care) is een complicerende factor op zich. In het curesegment zijn diagnose-behandel-combinaties, of DBC's gedefinieerd om helderheid te krijgen over de eenheid van transactie waarvoor hoeveelheden, prijzen en kwaliteiten kunnen worden vastgesteld – op een markt dan wel gereguleerd. De eerste definitiediscussies hebben geleid tot circa 30.000 DBC's. Dat aantal doet volgens medische deskundigen recht aan de pluriformiteit, maar is verder onpraktisch lang, en het is de vraag of uiteindelijk niet overgegaan zal worden op een sterk ingekorte lijst. Op de uitgavenconsequenties van de DBC-definitie komen wij verderop in dit rapport terug. Hoe dan ook: de 'producteenheid' in het curesegment is de DBC.

1.10 In het caresegment is op soortgelijke wijze een lijst van zorgzwaartepakketten en AWBZ-functies (ZZP's) gedefinieerd⁶. Die lijst is aanzienlijk korter, namelijk enkele tientallen. De introductie van de ZZP's als producteenheid is recenter dan die van de DBC's, en het is nog te vroeg om te zien of deze productdefinities werkbaar en doelmatig zijn.

1.11 Met de introductie van Zvw in 2006 is een nieuwe rol toebedeeld aan de zorgverzekeraars, namelijk die van regisseur van de zorgketen. De driezijdige relatie tussen zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars die hiervan het gevolg is, is opgezet om de risico's van een aantal genoemde specifieke marktkenmerken te mitigeren. De zorgverzekeraars hebben de belangrijke rol toebedeeld gekregen om de informatieasymmetrie weg te nemen en het machtsevenwicht tussen zorgverleners en patiënten in balans te brengen, door enerzijds de vraag te bundelen en anderzijds collectief zorg in te kopen.

1.12 De zorgverzekeraar is in feite actief op twee markten, namelijk de markt voor zorgverzekeringen en de markt voor zorginkoop. Op de markt voor zorgverzekeringen vindt interactie plaats tussen de zorgverzekeraars en patiënten (consumenten van gezondheidszorg) of via de werkgevers, en op de markt voor zorginkoop vindt interactie plaats tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

1.13 De markten voor zorgverzekeringen en zorginkoop, die de financiële afwikkeling van de transactie tussen patiënten en zorgaanbieders verbinden, worden hieronder in dit hoofdstuk kort behandeld. Hier wordt onder andere ingegaan op enkele belangrijke thema's op deze markten en de risico's tot uitgavenstijging die hieruit voortvloeien. De markten voor de zorgverlening – de directe zorgafwikkelingsrelatie tussen patiënten en zorgaanbieders – worden behandeld in de hiernavolgende hoofdstukken. De markt wordt beschreven vanuit het perspectief van de cure, maar de prikkels zijn ook van toepassing op de care.

Markt voor (individuele) zorgverzekeringen bevindt zich in overgangsfase

1.14 Zorgverzekeraars verkopen zorgverzekeringspakketten bestaande uit een basispakket en een aanvullend pakket. Voor het basispakket geldt een zorgverzekeringplicht. Dit is niet het geval voor het aanvullende pakket. Ten aanzien van de inhoud van het basispakket heeft veel politieke discussie plaatsgevonden. De politiek relevante vraag is steeds of wij als samenleving vinden dat voor een bepaalde behandeling een maatschappelijk gedeelde verantwoordelijkheid geldt, waarvoor wij een beroep mogen doen op een afgedwongen solidariteit, of niet. In wezen is dit de discussie over de definitie en de afbakening van het publieke belang in de zorg. Deze discussie is nog niet beslecht.

1.15 Op de markt voor zorgverzekeringen speelt een aantal thema's dat invloed heeft op de zorguitgaven. Het – voor dit onderzoek – meest relevante thema wordt in de hiernavolgende paragrafen behandeld en vloeit direct voort uit de Zvw en de omslag die zorgverzekeraars als gevolg hiervan (hebben) moeten maken: marktwerking leidt in beperkte mate tot differentiatie van het aanbod van zorgverzekeringspakketten. Van deze omstandigheid gaan verschillende prikkels uit die mogelijk leiden tot een toename van het uitgavenniveau.

Marktwerking leidt in beperkte mate tot differentiatie van aanbod zorgverzekeringspakketten

1.16 De introductie van de Zvw in 2006 heeft geleid tot een nieuwe rol voor zorgverzekeraars en nieuwe concurrentiële verhoudingen op de markt voor zorgverzekeringen. In de eerste jaren na de introductie van de Zvw heeft de focus van de zorgverzekeraars voornamelijk gelegen op het realiseren van schaalgroottes door middel van fusies en overnames, het veroveren van marktaandeel door middel van onder andere prijsconcurrentie en het als klant verwerven van collectiviteiten, het stroomlijnen van interne processen en het terugverdienen van de vaste kosten. Dit ook met het oog op de onderhandelingen met zorgaanbieders op de markt voor zorginkoop. De concurrentiestrijd heeft zich in deze eerste jaren vooral afgespeeld op prijs en heeft in beperkte mate geleid tot een gevarieerd aanbod van zorgverzekeringen.

1.17 Het huidige gebrek aan differentiatie van de (aanvullende) zorgverzekeringspakketten heeft verschillende gevolgen voor de uitkomst van de markt voor zorgverzekeringen. Allereerst heeft het gebrek van differentiatie tot gevolg dat de consumenten niet snel switchen van zorgverzekeringaanbieder om de inhoud van een zorgverzekeringspakket.⁷ Immers het aangeboden zorgverzekeringspakket van een concurrerende aanbieder wijkt inhoudelijk weinig af van het pakket van de huidige aanbieder. Daarnaast zijn de prijsverschillen in de perceptie van de klant relatief beperkt. De drempel tot switchen is hierdoor dus relatief hoog

wat de concurrentiegraad op de markt voor zorgverzekeringen negatief beïnvloedt en een relatief hoog uitgavenniveau in stand houdt.⁸

1.18 Het ontbreken van een gevarieerd aanbod heeft in een vrije markt tot gevolg dat voornamelijk wordt geconcurrereerd op prijs. Wij nemen waar op de markt voor zorgverzekeringen dat het prijsverschil tussen de verschillende aanbieders dusdanig laag is dat in praktijk relatief weinig consumenten van aanbieder wisselen. In 2008 bedraagt de verzekerdenmobiliteit volgens het onderzoek van Vektis 3,5 procent (2007: 4,5 procent). Het switchgedrag in andere sectoren, bijvoorbeeld in sectoren waar de markt geheel of gedeeltelijk is vrijgegeven, ligt aanzienlijk hoger.

1.19 De prijsconcurrentie heeft in de eerste jaren na de introductie van de Zvw een positief effect op het uitgavenniveau gehad. Voor de meeste zorgverzekeraars leidde het echter tot een negatief technisch verzekeringsresultaat, dat niet door de beleggingsresultaten kon worden gecompenseerd, met een afnemende solvabiliteit tot gevolg. De combinatie van deze ontwikkelingen leidt ertoe dat gemiddelde premie in de komende jaren naar verwachting weer zal toenemen, zeker zolang de zorginkoopmarkt nog niet optimaal functioneert.

1.20 In de afgelopen jaren is het aandeel van collectiviteiten sterk toegenomen. Rechtspersonen (bijvoorbeeld werkgevers, gemeenten en (patiënten-)verenigingen) kunnen bij een zorgverzekeraar een collectief contract afsluiten voor hun leden/werknemers. De maximale korting op de nominale premie bedraagt 10% voor collectiviteiten. In 2007 was 57% van de verzekerden opgenomen in een collectief contract. Dit betrof voor het overgrote deel (85%) werkgeverscollectiviteiten.

1.21 In de context van het gebrek aan differentiatie van de zorgverzekeringspakketten, is het belangrijk te vermelden dat de pakketdiscussie met betrekking tot de inhoud van het basispakket nog niet tot een eindbeeld heeft geleid. Het betreft voornamelijk de opname van de eerstelijnszorg, zoals fysiotherapie, tandheelkundige zorg en verloskundige zorg. Dit is een continu proces waarin jaarlijks pakketwijzigingen worden voorgesteld.

1.22 Voor de caresector geldt dat het wettelijk verzekerde AWBZ-pakket voor alle inwoners van Nederland hetzelfde is. Wisselen van verzekeraar is niet mogelijk. Ook als het gaat om de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is geen differentiatie mogelijk. De door zorgkantoren en gemeenten ingekochte zorg verschilt per regio en gemeente⁹, maar omdat de zorgkantoren regionaal werken en de gemeenten per definitie ook, kan de klant alleen een andere invulling van het pakket kiezen door te verhuizen¹⁰. Wel kunnen cliënten extra zorg- en dienstverlening privaat in te kopen.

Markt voor zorginkoop bevindt zich momenteel nog in ontwikkelingsfase

1.23 Ook op de markt voor zorginkoop is sprake van verschillende thema's. Van deze omstandigheden gaan verschillende prikkels uit die mogelijk leiden tot een toename van het uitgavenniveau. Enkele aspecten die risico's teweegbrengen zijn:

- Nauwelijks selectieve overeenkomsten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders;
- Onvoldoende kennis van kosten en kwaliteit bij zorgverzekeraars;
- Van verschillende vergoedingssystemen voor zorgaanbieders gaan verschillende prikkels uit die het uitgavenniveau beïnvloeden;
- Onduidelijkheid en onzekerheid ten aanzien van de rol van zorgkantoren;
- Zorgverzekeraar moeten verder groeien in regisseursfunctie;
- Ex-post risicoverevening hindert marktwerking.

1.24 De zeven geobserveerde omstandigheden en de hieruit volgende risico's voor het uitgavenniveau worden hieronder besproken.

Nauwelijks selectieve overeenkomsten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders

1.25 Het afsluiten van selectieve overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vindt momenteel in de curesector op geringe schaal plaats (Algemeen Dagblad, 9 juni 2008). De zorgverzekeraars sluiten dus in praktijk geen inefficiënte – en dus relatief dure – zorgaanbieders uit door middel van selectieve overeenkomsten. Hierdoor ontvangen zorgaanbieders onvoldoende prikkels om te concurreren om de gunst van de consument (en in het verlengde daarvan: de zorgverzekeraars): inefficiënte bedrijfsvoering bij zorgaanbieders heeft geen directe consequentie voor de (omvang van de) vraag. Dit kan een welvaartsverlies tot gevolg hebben aangezien het gebrek aan financiële prikkels er niet voor zorgt dat schaarse middelen optimaal worden gealloceerd. Hierdoor is het uitgavenniveau (onnodig) hoog aangezien inefficiënte zorgaanbieders actief blijven op de markt.

1.26 Patiënten spelen in het eindmodel een belangrijke rol bij de selectiviteit van zorgaanbieders. De voorkeuren van de patiënten bepalen in belangrijke mate de vraag naar een bepaalde zorgverlener of zorgproduct. Echter het gebrek aan transparantie met betrekking tot de kwaliteit van verschillende zorgaanbieders leidt ertoe dat patiënten in onvoldoende mate een onderbouwde keuze voor een zorgaanbieder kunnen maken. Dit heeft tot gevolg dat patiënten als collectief onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op de selectiviteit van zorgverzekeraars bij het afsluiten van contracten. Porter spreekt over de noodzaak van empowering demand (Porter, 2006).

1.27 In vergelijking met de curesector worden in de caresector meer selectieve overeenkomsten afgesloten. Dit is voornamelijk het geval bij de zorginkoop van gemeenten (Wmo) en cliënten (Persoonsgebonden budget, PGB), die in de caresector een belangrijke rol spelen in het inkoopproces. Bij de AWBZ-zorginkoop door de zorgkantoren blijft deze ontwikkeling achter: zorgkantoren sluiten in de praktijk met verreweg de meeste toegelaten aanbieders contracten af.

Nog altijd onvoldoende kennis van kosten en kwaliteit bij zorgverzekeraars

1.28 De bestaande kennis bij de zorgverzekeraars ten aanzien van de kwaliteit van het aanbod zorgproducten is nog altijd onvoldoende hoog ondanks de vooruitgang die op dit gebied is behaald (Monitor Ziekenhuiszorg 2007, NZa, 2007). Aangezien de informatie met betrekking tot kwaliteit – en de kostprijs – in principe wel bekend is bij de zorgaanbieders is er sprake van informatieasymmetrie tussen vraag- en aanbodzijde.¹¹ Deze informatieasymmetrie compliceert de onderhandelingen tussen deze partijen. De waarde van de verhandelde diensten is immers onbekend bij (een van) de partijen. Dit kan tot gevolg hebben dat er een substantieel verschil bestaat tussen de prijzen die tot stand komen als gevolg van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de kosten van de onderliggende zorgdiensten. Ook hierdoor is het uitgavenniveau mogelijk onnodig hoog: de informatieasymmetrie leidt mogelijk tot te hoge prijzen. Overigens ook het omgekeerde kan overigens mogelijk het geval zijn: prijzen die ook bij maximale efficiency niet kostendekkend zijn.

1.29 Om de onderhandelingen tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars effectiever vorm te geven, is het voor zorgverzekeraars van belang om het kennisniveau ten aanzien van de kosten en kwaliteit van de zorgdiensten te verhogen. Hiervoor zullen de zorgverzekeraars moeten investeren in de capaciteit en kwaliteit van de zorginkoopfunctie. RVZ geeft aan dat dit voornamelijk gericht zal zijn op de volgende pijlers (RVZ, 2008):

- Inzet van inkoopinstrumenten;
- Gebruik van beschikbare inkoopinformatie;
- Vaststellen van geschikte kwaliteitsindicatoren zorgaanbieders.

Huidige systematiek kapitaallasten geeft geen marktprikkels

1.30 Intramurale zorgaanbieders ontvangen in hun budget een vergoeding voor kapitaallasten. Deze vergoeding is momenteel grotendeels afhankelijk van het investeringsgedrag van de instelling.¹² De kapitaallasten die de zorgaanbieder in het budget vergoed krijgt, nemen toe door nieuwe vergoedingen voor rente en afschrijving na voltooiing van een bouwproject. In de daaropvolgende jaren neemt de rentevergoeding in het budget geleidelijk af doordat leningen worden afgelost. De vergoe-

ding voor afschrijvingen eindigt als de laatste afschrijving heeft plaatsgevonden.

1.31 In het huidige systeem lopen (intramurale) zorgaanbieders geen risico over hun investeringen. Ook zorgverzekeraars lopen nauwelijks of geen risico over kapitaallasten van zorginstellingen. Dit heeft tot gevolg dat de zorgaanbieders geen financiële prikkel hebben om die investeringen te doen die door de vraagzijde van de markt worden verlangd en het investeringsgedrag dus niet marktgedreven is. Dat kan zich uiten in een duurder locatie of een duurder gebouw dan het efficiënte niveau maar kan ook breder worden gezien door aspecten zoals logistiek en personeelsinzet mee te nemen. Indien deze investeringen niet marktgedreven zijn –patiënten zijn niet bereid meer te betalen voor dure gebouwen en locaties – draagt deze inefficiëntie van investeringen mogelijk bij aan een hoog uitgavenniveau.

1.32 Om ervoor te zorgen dat zorginstellingen hun investeringen afstemmen op de behoeften van cliënten, krijgen zij vanaf 1 januari 2009 de met de investeringen samenhangende kapitaallasten niet langer meer gegarandeerd vergoed. Door de kapitaallasten integraal onderdeel te maken van het tarief of de prijs van geleverde zorg gaan instellingen zelf het risico van hun investeringsbeslissingen dragen. Zij moeten hier immers in hun onderhandelingen met de zorgverzekeraars rekening mee houden. Dit prikkelt tot meer klantgerichtheid, doelmatiger bedrijfsvoering en innovatief vastgoedbeheer

1.33 In de jaren na invoering van integrale tarieven wordt het risico voor de instellingen stapsgewijs opgevoerd. Uiteindelijk zullen alle zorginstellingen hun kapitaallasten grotendeels terugverdienen door middel van het leveren van zorg. Zorgaanbieders die goed presteren krijgen onder deze systematiek meer inkomsten om investeringen te bekostigen. Slecht presterende aanbieders hebben op die wijze een belangrijke financiële prikkel om beter te werken. Als gevolg van integrale prestatiebekostiging hebben instellingen er baat bij om de cliënt centraal te stellen en zullen zij de bedrijfsvoering cliëntvriendelijk inrichten.

Van verschillende vergoedingssystemen voor zorgaanbieders gaan verschillende prikkels uit die het uitgavenniveau beïnvloeden

1.34 De vergoedingssystematiek van zorgaanbieders vormt een belangrijk onderdeel van het uitgavenmanagement: van een vergoedingstructuur gaan verschillende prikkels uit die consequenties hebben voor het uitgavenniveau. De afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars waarbij de verdeling van de risico's een belangrijke rol speelt, hebben betrekking op de vergoedingstructuur van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars bundelen een groot aantal potentiële patiënten die niet allemaal op hetzelfde moment behoefte zullen hebben aan een bepaald zorgproduct. Het kunnen bundelen van volumina biedt de mogelijkheid om goede

voorspellingen te doen ten aanzien van de vraag naar een bepaalde zorgdienst en de afspraken met de zorgaanbieders overeenkomstig te vorm geven (wet van de grote aantallen).

1.35 Er zijn verschillende principes voor het vergoedingsstelsel van de zorgaanbieders. Deze principes zijn bepalend voor de verdeling van risico's voor het dragen van de zorgkosten. Bij salaris ontvangt de zorgaanbieder een vast salaris. Hoewel dit principe uitgavenbeheersend werkt, biedt het geen prikkels tot doelmatigheid en kwaliteit van zorgverlening. Bij fee-for-service ontvangt de zorgaanbieder een vergoeding van de zorgverzekeraar per specifieke aandoening van patiënten. Dit principe, dat vooral inputgericht is, legt het financiële risico voor een onverwacht grote vraag naar zorgproducten bij de zorgverzekeraar en een onverwacht lage vraag bij de zorgaanbieder. Immers, indien blijkt dat het daadwerkelijke volume van de vraag naar zorgproducten (lees: kosten) hoger is dan vooraf geschat, komen deze kosten voor rekening van de zorgverzekeraar. Bij capitation ontvangt de zorgaanbieder een vast bedrag per verzekerde per maand voor een afgebakend zorgpakket. De zorgaanbieder wordt geacht de zorg voor dit bedrag te kunnen leveren. Indien de daadwerkelijke zorgkosten hoger liggen dan vooraf ingeschat, ligt dit risico voor de stijging van de zorgkosten bij de zorgaanbieder en lager bij de zorgverzekeraar. Ten slotte is het principe van pay-for-performance gericht op vergoeding voor de geleverde behandeling. Dit principe is vooral outputgericht. De zorgaanbieder wordt slechts vergoed voor hetgeen geleverd wordt. Het risico ligt in deze systematiek opnieuw bij de zorgaanbieder.

1.36 De zorg in Nederland wordt vooralsnog gekenmerkt door de hantering van functiegerichte budgettering. Echter, de overheid heeft recent hervormingen doorgevoerd om meer marktwerking tot stand te brengen. Pay-for-performance lijkt hierin een steeds prominenter rol te krijgen, hoewel er ook prikkels zijn die dit weer tegengaan zoals het productieplafond.

1.37 Onderstaande tabel uit de PwC studie 'You get what you pay for' geeft een overzicht van de verschillende beloningssystemen en de prikkels die hieruit voortvloeien.

Tabel 1.1 overzicht van beloningssystemen en resulterende prikkels

Belangrijkste kenmerken van vergoedingssystemen							
	Kosten controle	Administratieve eenvoud	Mogelijkheid om prikkel door te geven voor:				Specifieke kenmerken
			Efficiëntie	Productiviteit	Kwaliteit	Patiënt tevredenheid	
Salaris (voor huisartsen en artsen)	ja	ja	nee	nee	nee	nee	Artsen kunnen complexe gevallen niet uit de weg gaan
Capitation	ja	ja	ja	nee	nee	nee	Kan prikkels geven tot te laag zorgafnameniveau
Case-payment	ja/nee	nee	ja	ja	nee	nee	Kan leiden tot toelating en te vroeg ontslag uit zorginstelling
Fee-for-service	nee	nee	ja	ja	nee	nee	Kan leiden tot onnodige behandeling
Budget	ja	ja	nee	nee	nee	nee	Betrouwbaar medium voor kostenbeheersing maar kan leiden tot uitgave van volledige budget
Pay-for-performance	nee	nee	ja	nee	ja	ja	Kunnen verkeerde prikkels van uitgaan indien de systematiek te complex is
Dagtarieven, per-diems (voor ziekenhuizen)	nee	ja	nee	nee	nee	nee	Kan prikkels geven tot toelating onnodig en een onnodig lang verblijf in zorginstelling
Honorarium	nee	nee	ja	ja	nee	nee	Kan leiden tot onnodige kapitaaluitgaven

Bron: PwC, 2008.

1.38 Afhankelijk van de beloningstructuur kunnen verschillende risico's bestaan ten aanzien van de hoogte van het uitgavniveau. Beloningssystemen die gerelateerd worden aan geproduceerde volumes, zoals pay-for-performance structuren, kunnen in theorie leiden tot een lager uitgavniveau aangezien deze de zorgaanbieders prikkels verschaffen om resultaten te genereren en niet een zo groot mogelijk volume te produceren. Voorwaarde is dan wel dat het mogelijk is om de performance zodanig te definiëren dat meer volume niet automatisch leidt tot betere performance. In de care ligt een dergelijke definitie nog ver weg, als hij al mogelijk is: als een cliënt bijvoorbeeld een indicatie voor verblijf in een instelling voor ouderenzorg heeft gekregen, is het lang niet altijd een optie om als resultaat te definiëren dat de cliënt de instelling weer kan verlaten of met minder zorg toe kan. Een zo lang mogelijk leven met optimaal welzijn is dan de te bereiken prestatie van de zorgaanbieder, maar daarin zit geen prikkel tot het reduceren van het volume.

Zorgverzekeraar moeten verder groeien in regisseursfunctie

1.39 Een belangrijk onderdeel van de nieuwe rol van de zorgverzekeraars in de markt voor gezondheidszorg is de regisseursfunctie die de zorgverzekeraars in feite is toebedeeld. Mede gezien de toenemende schaalgrootte van de zorgverzekeraars moeten zij in steeds sterkere mate in staat worden geacht om de vraag naar zorgdiensten te sturen. De zorgverzekeraars moeten zich inspannen om de gepaste zorg in te kopen voor de patiënten. Dit vereist een omslag zowel bij de zorgaanbieders als bij de zorgverzekeraars: van een voornamelijk aanbodgestuurde vraag naar vraaggestuurde vraag.

1.40 Hoewel aan een aantal belangrijke voorwaarden voor het realiseren van deze regisseursfunctie is voldaan door het implementeren van instrumenten vormt het spanningsveld tussen marktwerking en regulering vooralsnog een barrière om deze functie in te kunnen vullen. Een voorbeeld daarvan vormt in de cure de ex-post risicoverevening die enerzijds leidt tot een risicovermindering voor zorgverzekeraars maar anderzijds tot het verminderen van prikkels om onder andere zorginkoop te optimaliseren of te investeren in bijvoorbeeld preventie omdat de hiermee behaalde voordelen achteraf worden afgeroomd. Dit heeft consequenties voor het uitgavenniveau in de zorg. In hoofdstuk 3 wordt de ex-post risicoverevening in meer detail behandeld. Voor de care kan het budgetplafond worden genoemd als barrière (zie verder het hoofdstuk care).

Concentratie van zorgverzekeraars

1.41 Om de regisseursfunctie goed te kunnen vervullen streven de zorgverzekeraars naar schaalvergroting. De recente fusies hebben ertoe geleid dat de structuur van de sector sterk is veranderd van een groot aantal, vaak regionaal of bedrijfstakgewijs georganiseerde betrekkelijk kleine spelers naar een concentratie met enkele zeer grote landelijk opererende spelers, aangevuld met een beperkt aantal regionale partijen. Het positieve effect van schaalvergroting is dat de zorgverzekeraars meer kennis op kunnen doen over prijzen en kwaliteiten (de wet van de grote aantallen), en betere transacties kunnen organiseren voor de consument/patiënt, kortom meer onderhandelingsmacht verwerven op de zorginkoopmarkt – daar waar de macht van oudsher lag – en naar onze mening ook nog ligt – bij de zorgaanbieders. De informatiekosten om goede transacties te kunnen afsluiten zijn dermate hoog, dat alleen grotere verzekeraars die kunnen dragen. Een negatief effect van de schaalvergroting zou kunnen zijn dat daarmee ook de onderhandelingsmacht op de zorgverzekeringsmarkt zodanig toeneemt dat de consument/patiënt juist minder keus en een ongunstiger prijs-kwaliteitverhouding voorgeschoteld krijgt. Een ander effect zou kunnen zijn dat de consolidatie leidt tot afnemende concurrentie, waardoor de prikkel om de zorginkoop te optimaliseren vermindert. Het eerste effect is macro-uitgavenverlagend; de overige twee effecten is macro-uitgavenverhogend. De Nederlandse Mededingings-

autoriteit (NMa) – in samenspraak met de NZa - heeft als taak om de zorgconcentraties te controleren op eventuele nadelige effecten voor de consument. Tot nu zijn nagenoeg alle fusies toegestaan.

Onduidelijkheid en onzekerheid ten aanzien van de rol van zorgkantoren

1.42 Een ander thema dat sterk gerelateerd is aan de regisseursrol van de zorgverzekeraars is de rol van de zorgkantoren. De uitvoering van de AWBZ is sinds 1998 in handen gelegd van de zorgkantoren als opvolger van de daarmee vergelijkbare verbindingkantoren. Zorgkantoren zijn zelfstandig werkende kantoren – gelieerd aan een van de zorgverzekeraars – die zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar trachten af te stemmen.

1.43 De zorgkantoren kopen zorg in op basis van het hen ‘toegemeenten’ deel van het landelijk AWBZ-budget: de contracteerruimte of het budgetplafond. Zij zijn niet verplicht om met alle aanbieders een contract af te sluiten, maar in de praktijk zijn reguliere aanbieders (dus geen nieuwe toetreders) redelijk zeker van een contract.

1.44 De rol van zorgkantoren staat ter discussie (SER, 2008). Door de groeiende concurrentie tussen de zorgverzekeraars komen die namelijk steeds meer onder druk te staan. Een zorgkantoor helpt niet alleen zijn eigen verzekerden maar ook die van de concurrentie. En dat laatste begint steeds meer te wringen nu zorgverzekeraars proberen verzekerden op alle mogelijke manieren aan zich te binden. Het is dan ook de vraag of de zorgkantoren voldoende prikkels krijgen om een rol te spelen in het beheersen van het uitgavenniveau. Het Ministerie van VWS onderzoekt of de zorgkantoren moeten worden afgeschaft. Vooralsnog is de toekomst van de zorgkantoren weer voor enige jaren veilig gesteld, maar de onzekerheid blijft en dat is niet bevorderlijk voor het aantrekken van een optimaal personeelsbestand en het opbouwen van een stevige positie.

Markt voor zorgverlening

1.45 In de markt voor zorgaanbod is eveneens sprake van een aantal omstandigheden, leidend tot risico's voor toename van het uitgavenniveau. Deze omstandigheden, risico's en prikkels inherent aan de markt voor zorgverlening worden in de hiernavolgende hoofdstukken behandeld.

Toenemende marktwerking verlaagt risico's voor het uitgavenniveau

1.46 Een groot deel van de behandelde thema's en de hiermee gepaarde risico's voor het uitgavenniveau vloeien voort uit het feit dat de

beoogde marktwerking nog niet geheel functioneert. Hoewel de markt voor gezondheidszorg kan worden beschouwd als een hybride marktstelsel – dus geen vrije marktwerking in de gehele keten – speelt de marktwerking die op onderdelen is geïntroduceerd een cruciale rol.

1.47 Op de markt voor zorginkoop staan de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars centraal. Er zijn verschillende suggesties gedaan om de marktwerking op de zorginkoopmarkt te bevorderen. De belangrijkste – die onzes inziens ook de grootste impact zal hebben – is voor de cure de afschaffing van de nacalculatie in de risicoverevening en voor de care de afschaffing van het budgetplafond. Dit zal tot gevolg hebben dat de concurrentieprikkel voor zorgverzekeraars zal toenemen. De zorgverzekeraars zullen vervolgens op hun beurt druk uitoefenen op de zorgverleners in onderhandelingen. Dit alles zal de risico's voor het uitgavenniveau (in theorie) verkleinen.

1.48 Een belangrijke voorwaarde voor toenemende marktwerking is de (toename van de) transparantie op de markt en dan met name de transparantie ten aanzien van kwaliteit. Ook de nieuwe systematiek voor vergoeding van kapitaallasten die vanaf 2009 wordt uitgerold zal naar verwachting een positief effect hebben op de transparantie (ten aanzien van kosten).

1.49 Met betrekking tot de vergoedingssystemen voor medisch specialisten stellen wij voor om in sterkere mate gebruik te maken van zogeheten pay-for-performance systemen. Deze wijze van vergoeden geeft prikkels tot efficiëntie, kwaliteit en patiënttevredenheid (PwC, 2008).

1.50 De toenemende marktwerking op de zorginkoopmarkt zal ook een belangrijke impact hebben op de markt voor zorgverzekeringen. De voornaamste omstandigheid op deze markt die in dit hoofdstuk is behandeld, is de beperkte differentiatie van de zorgverzekeringspakketten. De toenemende marktwerking op de markt voor zorginkoop zal automatisch leiden tot sterkere concurrentie op de markt voor zorgverzekeringen en omgekeerd geldt dit ook.

1.51 Selectieve zorginkoop heeft ook een positief effect op de differentiatie in zorgverzekeringspakketten. In de huidige situatie wordt de differentiatie in de pakketten belemmerd door onder andere de relatief beperkte (prijs-)verschillen in natura- en restitutiepolissen. Meer differentiatie leidt tot meer marktgerichtheid, die zich uiteindelijk vertaalt in lagere prijzen en hogere kwaliteit.

2 Eerstelijnszorg

2.52 Dit hoofdstuk bespreekt de risico's voor het uitgavenniveau in de eerstelijnszorg. In dit hoofdstuk staan met name huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten centraal. In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op de farmaceutische zorgmarkt en de rol van de apothekers daarin. Na een beschrijving van de markt en de belangrijkste thema's worden de voornaamste risico's voor uitgavenmanagement behandeld.

2.53 Conform het denkmodel wordt in dit hoofdstuk, na een algemene achtergrondschets van de eerstelijnszorg en het huidige uitgavenniveau, achtereenvolgend aandacht besteed aan de omstandigheden (thema's) op de markt voor eerstelijnszorg, de risico's, prikkels en gedragsreacties op deze markt en de (mogelijke) implicaties hiervan. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele oplossingsrichtingen (instrumenten) voor de geïdentificeerde risico's voor het uitgavenniveau.

Eerstelijnszorg cruciaal voor prestaties zorgstelsel

2.54 De eerstelijnszorg omvat alle zorg die rechtstreeks toegankelijk is voor zorgconsumenten, dat wil zeggen zonder doorverwijzing. Daarmee is de eerste lijn onmisbaar in het realiseren van kwalitatief goede en betaalbare zorg en ondersteuning die voor iedereen toegankelijk is. In onderstaand kader is weergegeven welke zorgverleners tot de eerstelijnszorg worden gerekend. In dit rapport beperken wij ons overigens tot de huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten. De apotheken komen in het hoofdstuk over de farmacie aan de orde.

- Huisarts	- Kraamzorg
- Apotheek	- Maatschappelijk werk
- Fysiotherapeut	- Logopedist
- Oefentherapie Cesar/ Mensendieck	- Ergotherapeut
- Tandarts	- Diëtist
- Verloskundige	- Bedrijfsarts
- Consultatiebureau	- Artsenlaboratorium / diagnostisch centrum
- Eerstelijnspsycholoog	

Beperkte uitgavengroei eerstelijnszorg verwacht in komende jaren

2.55 In de komende jaren zal het volume in de eerste lijn groeien, maar deze groei is beperkt in vergelijking met andere compartimenten in de zorg. Volgens berekeningen van het CPB neemt het zorgvolume door huisartsen, tandartsen en paramedici in de periode 2008-2011

met gemiddeld 1,5 procent per jaar toe. De prijsmutatie in deze periode wordt berekend op 2,9 procent op jaarbasis, zodat de jaarlijkse groei van de uitgaven 4,4 procent bedraagt.

2.56 De volumegroei is gedeeltelijk autonoom als gevolg van demografische ontwikkelingen (circa 0,2 procentpunt op jaarbasis). Daarnaast kan een deel worden verklaard als gevolg van substitutie van de tweede- lijnszorg naar de eerste lijn.

Uitgavengroei huisartsen door toename lange consulten en visites en aantal zorgcontacten

2.57 Volgens gegevens van het NIVEL telt Nederland bijna 8.700 praktiserende huisartsen die werkzaam zijn in 4.321 huisartsenpraktijken, waarvan 13 procent apothekhoudend. Volgens gegevens van het NIVEL is 88% van de huisartsen vrij gevestigd; de overige 11% is in dienst van vrij gevestigde huisartsen of fungeert als waarnemer. Het aantal solo- praktijken neemt steeds verder af. In 1997 werkte nog 40 procent van de huisartsen in een solopraktijk. Tien jaar later was dit percentage bijna gehalveerd tot 21,5%. Desondanks vormt de solopraktijk nog steeds de basis voor de financiering.

2.58 Wettelijk is vastgelegd dat huisartsen de poortwachterfunctie in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem vervullen. Dit betekent dat patiënten niet zomaar naar een medisch specialist in het ziekenhuis kunnen gaan maar door hun huisarts moeten worden doorverwezen. Op deze wijze ontstaat een doelmatigheidsprikkel door patiënten zo veel mogelijk in de eerste lijn (met relatief lage kosten) te helpen en hen alleen verder te behandelen in de (relatief duurere) tweede lijn wanneer dat nodig is. Huisartsenzorg vormt daarmee een doelmatige voorziening die 96 procent van de patiëntencontacten zelf afhandelt tegen enkele procenten van de totale zorgkosten.

2.59 In het Budgettair Kader Zorg 2008 zijn de zorguitgaven aan huisartsen begroot op € 1,987 miljard. Voor de komende jaren wordt een geringe stijging begroot tot € 2,011 miljard in 2012.

2.60 Het Vogelaraakkoord uit 2005 bevatte een nieuw honoreringssysteem voor de huisartsenzorg. Het doel van dit akkoord was het combineren van de goede elementen uit het ziekenfonds- en particuliere verzekeringsstelsel met een prikkel voor substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg. De honorering bestaat uit vier onderdelen:

- Inschrijftarief per ingeschreven patiënt. Dit tarief is gedifferentieerd naar leeftijd en achterstandswijk. Het standaardtarief bedraagt in 2008 € 52 per jaar.
- Regulier consulttarief dat is vastgesteld op € 9 per consulteenheid in 2008.

- Passantentarief voor consulten en visites bij patiënten die niet staan ingeschreven in de praktijk en die bovendien niet in dezelfde gemeente wonen. In 2008 bedraagt het € 24,80 per consulteenheid.
- Een vergoeding voor modernisatie- en innovatieverrichtingen (M&I), bedoeld voor verrichtingen die substituerend zijn voor verrichtingen in de tweede lijn of de kwaliteit van de zorg verbeteren. De hoogte van dit tarief wordt bepaald in onderhandeling met zorgverzekeraars. Verzekeraars en huisartsen kunnen gezamenlijk bepalen voor welke M&I-verrichtingen zij een onderlinge overeenkomst aangaan en verzekeraars kunnen variëren in het tarief.

2.61 Het nieuwe bekostigingssysteem van huisartsen leidde in 2006 tot een stijging van het aantal gedeclareerde consulteenheden door huisartsen van bijna 17 procent. Deze stijging was hoger dan voorzien. Onderzoek van het NIVEL (Van Dijk, Verheij, De Bakker, 2008) wijst uit dat het aantal consulteenheden in het eerste half jaar van 2007 verder is gegroeid ten opzichte van dezelfde periode een jaar eerder, zowel voor de huisarts (+6,5 procent) als de praktijkondersteuner (+20 procent).

2.62 De toename bij huisartsen in 2006 en 2007 is voornamelijk het gevolg van een groei in lange consulten, lange visites en herhaalrecepten. Een mogelijke oorzaak voor dit laatste is dat herhaalrecepten voor kortere periodes gelden. Ook het aantal zorgcontacten nam in deze periode toe, met name van voormalig particulier verzekerden omdat voor hen de eigen-bijdrageprikkel in het nieuwe zorgstelsel ontbreekt¹³.

2.63 Ondanks de groei in het aantal gedeclareerde M&I-verrichtingen lijkt het substitutie-effect van tweede naar eerste lijn beperkt te zijn tot kleine chirurgische ingrepen. Voor overige M&I-verrichtingen blijkt geen statistisch significante correlatie te bestaan tussen de groei in het aantal declaraties en het aantal verwijzingen naar de tweede lijn.

Volume tandartszorg neemt toe mede als gevolg van dekking aanvullende verzekering

2.64 Ultimo 2006 telde Nederland 6.936 geregistreerde tandartsen en 1.139 mond- en kaakchirurgen, orthodontisten en mondhygiënisten (Vektis, 2007). Dit betekent een stijging van respectievelijk 5,4 procent en 18,3 procent ten opzichte van de situatie in 2002. Nederland telt 5.500 tandartspraktijken, waarvan 63 procent als solopraktijk fungeert.

2.65 Voor personen tot 22 jaar worden tandheelkunde en specialistische hulp van een kaakchirurg door de basisverzekering vergoed. Voor overige patiënten wordt tandheelkunde vanuit de aanvullende verzekering vergoed. Het percentage personen met aanvullende verzekering voor tandartszorg neemt jaarlijks toe en lag volgens onderzoek van het NIVEL in 2007 op 77 procent.

2.66 In 2007 is bijna 78 procent van de bevolking bij de tandarts geweest voor een periodiek onderzoek, behandeling of pijnbestrijding. Ruim 48 procent van de Nederlanders bezoekt de tandarts voor een periodiek onderzoek. Het tandartsbezoek is door de jaren heen vrij stabiel. Als alleen wordt gekeken naar mensen met een geheel of gedeeltelijk eigen gebit ging bijna 85 procent in 2007 minimaal één keer per jaar naar de tandarts. Patiënten hadden gemiddeld 2,5 contactmomenten in 2007 (RIVM, 2008).

2.67 De introductie van de Zvw in 2006 leidde tot forse verschuivingen in de uitgaven aan mondzorg. Met name voormalig particulier-verzekerden sloten een aanvullende verzekering af voor tandheelkundige zorg en dit leidde tot een forse stijging van de schadelast tandheekunde. De totale netto schade van tandheelkundige hulp voor zorgverzekeraars, exclusief eigen betalingen, nam in 2006 met 35 procent toe tot bijna € 1,8 miljard (Vektis, 2007).

2.68 De combinatie van een min of meer constant tandartsbezoek en fors stijgende kosten hangt samen met het relatief hoge percentage burgers dat aanvullend verzekerd is voor tandheekunde. De meeste verzekeraars hanteren daarbij een maximumbedrag dat in de polis is weergegeven. Vooral vanuit het perspectief van zorgverzekeraars is het van belang om de stijgende kosten van tandheekunde te beheersen, maar de implicaties op macroniveau zijn relatief beperkt.

2.69 Veel van de geleverde zorg in de aanvullende verzekering is opgenomen en bij de meeste verstrekkingen de overheid de tarieven bepaald. Dit vormt voor verschillende verzekeraars nauwelijks een prikkel om tandartszorg goed in te kopen. Voor consumenten zonder aanvullende tandartsverzekering bestaat deze prikkel wel, maar deze wordt beperkt door een tekort aan tandartsen in bepaalde regio's. Door meer te sturen op zorginkoop kunnen zorgverzekeraars de schadelast beperken en de kwaliteit van de mondzorg verbeteren.

Beheerste ontwikkeling in markt voor fysiotherapie na bereikte marktconformiteit prijzen

2.70 Fysiotherapie is een paramedische discipline die zich bezighoudt met het houdings- bewegingsapparaat van de mens. Fysiotherapie kent verschillende specialisaties, waaronder kinderfysiotherapie, sportfysiotherapie, arbeidsfysiotherapie en manuele therapie. Naast fysiotherapie wordt oefentherapie onderscheiden, dat is gericht op houdingscorrectie en het verbeteren van bewegingsgewoonten. Eind 2006 telde Nederland in totaal 16.000 fysiotherapeuten en bijna 1.900 oefentherapeuten. In het vervolg van deze paragraaf zal specifiek worden ingegaan op fysiotherapie.

2.71 In de afgelopen jaren hebben zich verschillende ontwikkelingen voorgedaan met consequenties voor de uitgaven aan fysiotherapie. Sinds 2004 is sprake van een verminderde aanspraak op zorg in het toenmalige ziekenfondspakket. Momenteel vindt vanuit de basisverzekering alleen vergoeding plaats wanneer de aandoening voorkomt op een gespecificeerde lijst van aandoeningen. Daarnaast vindt vergoeding vanaf de 10e behandeling plaats. Deze maatregel leidde tot een daling van het aantal patiënten met 10 procent. Het aantal behandelingen per patiënt nam in dat jaar echter wat toe, waardoor het totaal aantal behandelingen netto met 6,1 procent is gedaald.

2.72 In 2005 werden de tarieven voor fysiotherapie vrijgegeven. In dat jaar was sprake van een stijging van het aantal patiënten met 6 procent, maar daalde het aantal behandelingen per patiënt waardoor de verandering in het totaal aantal behandelingen +1,1 procent bedroeg. Uit onderzoek van de NZa kwam naar voren dat de introductie van marktwerking niet heeft geleid tot een positieve invloed op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Als gevolg van een goede borging is echter ook een tegengestelde ontwikkeling uitgebleven.

2.73 In 2006 werd fysiotherapie direct toegankelijk, dat wil zeggen zonder verwijzing. Hoewel een groter deel van de patiëntenpopulatie dan vooraf gedacht gebruik maakt van deze mogelijkheid (28,4 procent in 2006; NIVEL, 2008), heeft dit niet geleid tot een significante stijging van het aantal patiënten in dat jaar. In 2006 steeg het aantal patiënten met 4 procent, maar daalde het aantal behandelingen per patiënt met als resultaat een groei van 1,1 procent van het totaal aantal behandelingen. Omdat sinds dat jaar ook voormalig particulier verzekerden verzekerd zijn voor behandelingen fysiotherapie (met name vanuit de aanvullende verzekeringen), is het netto effect van de directe toegankelijkheid niet goed te bepalen. Ook het effect van de eerdere ontwikkelingen in 2004 en 2005 spelen mogelijk nog een rol, waardoor het niet mogelijk is om causale relaties tussen de introductie van deze instrumenten en de volume-ontwikkeling te leggen.

2.74 In de periode 2004-2006 zijn de gemiddelde contractprijzen in totaal met 22 procent gestegen (NZa, 2007). Deze prijsstijging was het gevolg van een inhaalslag naar een meer marktconform tarief. In 2007 bedroeg de stijging ten opzichte van het voorgaande jaar 2 procent.

Risico's en prikkels in de eerstelijnszorg zijn vooral volumegedreven

2.75 In vergelijking met andere compartimenten in het zorgstelsel lijkt de eerstelijnszorg op het eerste oog relatief weinig risico's met grote implicaties voor het uitgavenniveau te hebben. Dit beeld wordt onder-

steund door de verwachte uitgavenontwikkeling in de komende jaren. Vanuit het oogpunt van uitgavenmanagement zijn echter verschillende risico's te benoemen, waarvan de belangrijkste zijn:

- Volumegroei
- Perverse prikkels bij substitutie van de tweede naar de eerste lijn
- 'Supplier induced demand'

2.76 Hoewel in de huisartsenzorg de verhouding tussen het inschrijftarief en het consulttarief de prikkel tot grote volumestijging ontbeert, blijkt in de afgelopen jaren toch sprake te zijn geweest van een toename van het aantal consulteenheden, vooral in dubbele consulten en visites en herhaalrecepten.

2.77 Volumegroei vormt derhalve het grootste risico binnen de huisartsenzorg, maar ook binnen de eerstelijnszorg als totaal. Hieraan gerelateerd speelt ook de beperkte transparantie van de kwaliteit van huisartsenzorg een rol. Omdat zorgverzekeraars beperkt in staat zijn om de kwaliteit te beoordelen werkt dit belemmerend voor de effectiviteit van de onderhandelingen met huisartsen.

2.78 Een ander risico in de eerstelijnszorg betreft het gevaar van perverse prikkels die de gewenste substitutie van de tweede naar de eerste lijn beperken. De M&I-module in het bekostigingssysteem van huisartsen is gericht op het stimuleren van deze substitutie. Hoewel sprake is van een stijging van het aantal gedeclareerde M&I-verrichtingen is slechts in beperkte mate van een significante besparing op de tweedelijnszorg. Daarbij spelen verschillende perverse prikkels een rol (bron: NZa, 2007):

- Zorgverzekeraars missen door verevening en nacalculatie een prikkel om de tweedelijnszorg scherp in te kopen
- Zorgverzekeraars hebben gezien de relatieve omvang van het huisartsenbudget minder belang bij een doelmatige inkoop van de huisartsenzorg
- Zorgverzekeraars hebben pas inzicht in de omvang van het gebruik van tweedelijnszorg op het moment dat de DBC wordt afgesloten en wordt gedeclareerd
- De telefonische bereikbaarheid en openingstijden van huisartsen is na drie uur in de middag beperkt. Als de huisarts niet bereikbaar is, wendt de consument zich voor huisartsenzorg tot de spoedeisende hulp van het ziekenhuis of de huisartsenpost.

2.79 Verder is de koppeling tussen het bieden van een bepaald soort zorg en een specifieke zorgverlener losgelaten. Dat betekent dat ook vanuit de tweede lijn huisartsenzorg of delen daarvan kunnen worden aangeboden. Daarnaast leidt het kenmerk van de incidentele vraag (zie hoofdstuk 1) tot de vraag of het voor zorgconsumenten mogelijk is om deze afweging goed te kunnen maken. Het risico wordt beperkt door het

honoreringssysteem van huisartsen waarin de M&I-module een prikkel vormt voor substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn.

2.80 Huisartsenposten spelen hierbij een speciale rol. Vrijwel alle huisartsen zijn aangesloten bij een centrale huisartsenpost. In 2005 waren er volgens de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) in Nederland 131 huisartsenposten met in totaal 3,3 miljoen contacten per jaar, waarvan de helft op de huisartsenpost zelf en 38% telefonisch. In 2005 bedroegen de totale kosten € 189 miljoen (€ 57,56 per contact).

2.81 De huisartsenposten ontlasten gedeeltelijk de spoedeisende hulp. Vanuit uitgavenperspectief vormt het oneigenlijk gebruik van de huisartsenpost een risico. Omdat heldere criteria ontbreken, is het effect hiervan niet goed vast te stellen. Vanuit doelmatigheid- en uitgavenmanagementperspectief vormen de afbakening van de zorg en patiëntoverdracht binnen de multidisciplinaire afstemming in de eerstelijns acute zorg een risico.

2.82 Een derde risico in de eerstelijnszorg wordt gevormd door 'supplier induced demand', de prikkel om het volume te laten groeien terwijl dit vanuit medisch oogpunt niet strikt noodzakelijk is. Een voorbeeld hiervan is het aantal behandelingen dat uitgevoerd moet worden. Prikkel voor dergelijk gedrag zijn onder andere transparantie van prijs en product, geen of slechts een beperkte eigen bijdrage van consumenten (prijsprikkel) en beperkte substitutiemogelijkheden. Deze prikkels lijken vooral bij huisartsen en fysiotherapeuten aanwezig te zijn en in iets mindere mate bij tandartsen. De omvang hiervan en daarmee de implicaties voor de zorguitgaven, zijn niet goed te berekenen maar zijn met het oog op de ontwikkeling van het uitgavenniveau relatief beperkt.

2.83 De fysiotherapiemarkt kent de grootste mate van marktwerking door onder andere de directe toegankelijkheid, de vrije prijsvorming. Het grootste risico in deze deelmarkt is de eigen indicatiestelling voor chronische behandeling.

2.84 Binnen de markt voor tandheelkunde bestaat het grootste risico in het combineren van behandelingen. Omdat het merendeel van de kosten voor volwassenen ouder dan 22 jaar in de aanvullende verzekering valt, zijn de implicaties op uitgavengebied relatief beperkt.

Huidige instrumenten vormen goede basis voor beheersing uitgavenniveau in de eerstelijnszorg

2.85 In de notitie 'Een dynamische eerstelijnszorg' geeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn visie op de eerstelijnszorg en presenteert vier thema's om deze verder te versterken:

- Betere samenhang in de zorg: als gevolg van demografische ontwikkelingen (onder andere vergrijzing) zal de eerstelijnszorg te maken krijgen met steeds meer complexe zorgvragen. Dit vraagt om een meer multidisciplinaire aanpak en de invulling van een coördinatiefunctie binnen de zorgketen. Daarnaast heeft het consequenties voor het gebruik van ICT in de eerstelijnszorg
- Meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop. Er komt onder andere een structurele oplossing voor geïntegreerde eerstelijnszorg met meer marktwerking, waarin de rol van de overheid is om garant te staan voor het borgen van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van kwalitatief goede zorg. Het is daarbij van belang dat het beleid van zorgverzekeraars meer gericht is op substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg.
- Grotere transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid. De transparantie van de kwaliteit van de eerstelijnszorg moet worden vergroot, onder andere door middel van het opzetten van een CQ-index voor de gehele eerstelijnszorg. Een CQ-index is een wetenschappelijk onderbouwde methode om het oordeel van cliënten te meten, in Nederland inmiddels toegepast in zowel de cure als delen van de caresector.
- Betere organisatie van de acute zorg. Hiertoe zullen zorgverzekeraars in staat moeten worden gesteld om spoedeisende hulp en de huisartsenpost zo in te kopen dat de zorg integraal en doelmatig kan worden aangeboden. Daarnaast worden maatregelen genomen om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg te vergroten.

2.86 Deze thema's sluiten aan op de risico's die zijn geïdentificeerd in de voorgaande paragraaf. Vanuit het oogpunt van uitgavenmanagement vormen deze instrumenten naar onze mening een goede basis voor een beheerste kostenontwikkeling. De belangrijkste aandachtspunten worden gevormd door de volumeontwikkeling (zowel in de eerste lijn als in de doorverwijzingen naar de tweede lijn) en de effectiviteit ten aanzien van de substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg.

2.87 Zorgverzekeraars spelen ook een rol in dat proces door middel van het verder professionaliseren van de zorginkoop richting de eerstelijnszorg. Daarbij kan gedacht worden aan het inbouwen van financiële prikkels voor geïntegreerde zorg en het ontwikkelen en implementeren van objectieve prestatie-indicatoren. Daarnaast is het verder ontwikkelen van transmurale DBC's van belang voor het stimuleren van ketenzorg. Een ketengewijze aanpak kan een gunstig effect hebben op het uitgavenniveau in de zorg, maar het organiseren van een effectieve coördinatie vormt daarbij een belangrijke randvoorwaarde.

2.88 Als poortwachter vormt de huisarts een belangrijke schakel in het Nederlandse zorgstelsel. Daarnaast vervult de huisarts een belangrijke rol in het betaalbaar houden van ons zorgstelsel. Het huidige bekosti-

gingssysteem van huisartsen houdt de financiële prikkels in balans en minimaliseert het aantal perverse prikkels. Ook de NZa onderschrijft dit (NZa, 2007).

3 Cure

3.89 Dit hoofdstuk bespreekt de risico's voor het uitgavenniveau in de curesector. Conform het denkmodel start dit hoofdstuk met een algemene achtergrondschets van de curesector en het huidige uitgaven-niveau. Er wordt eerst kort stil gestaan bij de kenmerken van de ziekenhuiszorg en de voornaamste spelers en stakeholders. Daarnaast wordt ingegaan op sturende wetgeving en de wijze waarop toezicht is geregeld. Vervolgens wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan de omstandigheden (thema's) op de markt voor de curesector, de risico's, prikkels en gedragsreacties op deze markt en de (mogelijke) implicaties hiervan. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van mogelijke instrumenten en de verwachte effecten op het uitgavenmanagement.

Cure bevindt zich in transitie van aanbod- naar vraaggestuurde zorg

3.90 De cure omvat de medisch-specialistische zorg en de kortduurende, op genezing gerichte geestelijk gezondheidszorg. De Nederlandse medisch-specialistische zorg kent verschillende soorten aanbieders (NMA 2004). Daarnaast zijn verschillende actoren en stakeholders actief op deze markt. Hieronder worden de actoren kort opgesomd.

- De algemene ziekenhuizen kunnen worden onderscheiden in basisziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen. In een basisziekenhuis, dat zich toelegt op de veel voorkomende vormen van ziekenhuiszorg (de reguliere zorg), zijn onder andere de poortspecialismen en de onmisbare ondersteunende specialismen vertegenwoordigd.¹⁴ Een topklinisch ziekenhuis vervult in het algemeen dezelfde functies als een basisziekenhuis, maar heeft aanvullend topklinische functies.
- Universitair medische centra (academische ziekenhuizen) leveren patiëntenzorg en staan mede ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek aan de universiteit waaraan zij zijn verbonden. Ten aanzien van de patiëntenzorg heeft een UMC als kerntaak het leveren van topreferente zorg. Topreferente zorg betreft zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is (een 'last resort'-functie). Naast topreferente zorg levert een UMC ook topklinische zorg en reguliere patiëntenzorg.
- Categorale ziekenhuizen bieden, net als academische en algemene ziekenhuizen, medisch specialistische behandelingen en de daarbij noodzakelijke verpleging aan, met dit verschil dat de behandeling en verzorging zich beperkt tot slechts één of enkele specialismen. Het betreft onder andere revalidatie- en brandwondencentra. De meeste categorale ziekenhuizen zijn kleine instellingen of vormen onderdeel van een algemeen ziekenhuis

- Een deel van de medisch specialistische zorg die door ziekenhuizen wordt aangeboden, wordt ook aangeboden door ZBC's. Het betreft dan algemene, niet te complexe electieve medisch specialistische zorg, die poliklinisch of in dagbehandeling wordt geboden. In totaal zijn er in 2007 ongeveer 81 ZBC's in Nederland (Gupta Strategists, 2008)¹⁵. ZBC's voorzien voornamelijk in behandeling van wachtlijstverrichtingen zoals cataract-, knie-, en heupoperaties. Medisch-specialistische voorzieningen waar private zorg wordt geboden zoals cosmetische chirurgie, vallen niet onder het regime van de Zvw. Daarvoor gelden dus ook niet de prikkels die zijn beschreven.
- Relevante stakeholders in de curesector zijn naast het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de toezichthouders, zoals de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ, toezicht op aanbieders, handhaving van de WTZi), het College voor zorgverzekeringen (CvZ, toezicht op zorgverzekeraars), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, toezicht op marktordening) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa, toezicht op kartelvorming). De NVZ vereniging van ziekenhuizen is de organisatie van de branche algemene ziekenhuizen. De NVZ is primair gericht op de collectieve behartiging van zorginhoudelijke, sociale en economische belangen van de leden. Tot de leden behoren alle algemene ziekenhuizen, alsmede categorale instellingen in Nederland, zoals astmacentra, audiologische centra, kankercentra, radiotherapeutische instituten, revalidatiecentra en dialysecentra. Totaal zijn het ongeveer 170 instellingen (NVZ, 2008). Voor de UMC's treedt de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) op als belangenbehartiger en voor de revalidatiecentra Revalidatie Nederland. Een aantal ZBC's en privéklinieken is verenigd in de brancheorganisatie Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). Voor de geestelijke gezondheidszorg is GGZ Nederland de brancheorganisatie die de belangen op landelijk niveau behartigt.

3.91 In de Nederlandse cure is er sprake van gereguleerde marktwerking. Ziekenhuizen functioneren in een functiegericht budgetteringsstelsel waarin de uitgaven ('kosten') zijn gemaximeerd tot de hoogte van het budget. Het budget van ziekenhuizen is vrij besteedbaar. Ziekenhuizen mogen zelf beslissen hoe zij hun budget aanwenden (NMA, 2004). Sinds enige jaren is het overheidsbeleid erop gericht om ziekenhuizen stapsgewijs meer ruimte te geven om de zorg klantgericht en efficiënt te organiseren.

3.92 De huidige ziekenhuiszorg bevindt zich in de transitie van aanbesteding naar vraaggestuurde zorg. Ziekenhuizen worden nog steeds bekostigd via een budgetstelsel met nacalculatie wanneer zij het budget over- of onderschrijden. Om de ontwikkeling naar meer prestatiebekostiging te stimuleren, en meer prikkels in te bouwen, heeft de overheid een aantal ingrijpende beleidswijzigingen doorgevoerd. Zorgverzekeraars hoeven niet meer alle aanbieders te contracteren. Introductie van

prestatiebekostiging op basis van DBC's met vrije onderhandelingen over productie, kwaliteit en prijs vormen hierbij belangrijke instrumenten die de overheid hanteert om meer marktwerking te stimuleren.

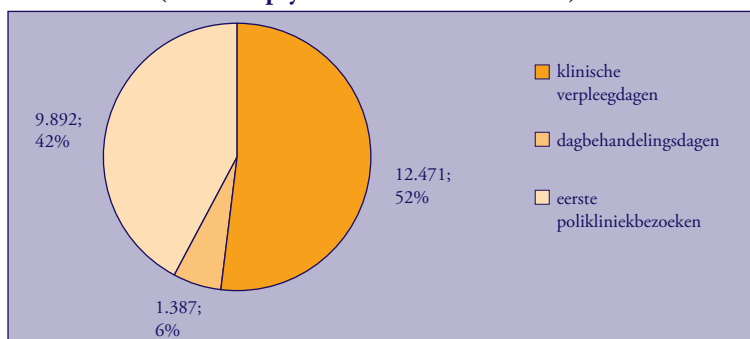
3.93 Naast gewenste effecten hebben deze instrumenten ook ongewenste effecten die het (onvermijdelijke) effect zijn van de transitie naar vraaggestuurde zorg. De risico's van deze instrumenten en de gedragsreacties van spelers in de ziekenhuiszorg worden behandeld na een kort overzicht van de uitgaven in de curesector.

Grote onzekerheid met betrekking tot de toekomstige uitgaven

3.94 Ongeveer 30 procent van de totale zorguitgaven bestaat uit kosten van ziekenhuizen en specialisten ziekenhuiskosten. In 2006 is bijna 19 miljard euro besteed aan de ziekenhuiszorg (inclusief medisch specialisten) (CBS, 2008). Uit studies blijkt dat de voortschrijdende medische technologie een belangrijke determinant van de zorguitgaven is (Weisbrod, 1991, Cutler, 1996, Jones, 2002). Technologische ontwikkelingen zijn in hoge mate grensoverstijgend, en nieuwe technieken worden veelal in geïndustrialiseerde landen ingevoerd. Dit maakt het aannemelijk dat de technologische ontwikkelingen in de zorg in Nederland sterk afhankelijk zijn van buitenlandse ontwikkelingen in de zorg (Gerdtham en Jönssen, 2000).

3.95 De belangrijkste producten van ziekenhuizen en medisch specialisten zijn DBC's, ook wel uitgedrukt in poliklinische behandelingen, dagbehandelingen, opnames en verpleging. Het CPB verwacht dat het totale productievolume in de periode 2008 – 2011 zal toenemen met 2,5 procent per jaar. De onzekerheid in deze raming is echter groot en dat heeft te maken met de onzekerheid over het traject dat de overheid gaat volgen voor het vrijgeven van de DBC's in het A-segment (CTG/ZAIO, 2006).

Figuur 3.1 Productie van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen (exclusief psychiatrische ziekenhuizen) in 2005



bron: CBS Gezondheid in cijfers 2007

Risico's, prikkels en gedragsreacties in de cure hebben een sterke impact op het uitgavenniveau

3.96 Vanuit het oogpunt van uitgavenmanagement worden de voornaamste risico's in de cure gevormd door:

- Omvang en complexiteit DBC's
- Remmende factoren op marktwerking in B-segment
- Ex-post risicoverevening
- Beloningsstructuur medisch specialisten

Omvang en complexiteit DBC's bemoeilijkt bekostiging zorg

3.97 Het DBC-systeem vervangt het huidige stelsel van functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en de lumpsumfinanciering van medisch specialisten. Vanaf 1 januari 2005 betalen zorgverzekeraars voor de zorg die ziekenhuizen of ZBC's leveren via het DBC-systeem. Een DBC omvat alle diensten die een ziekenhuis verleent aan een patiënt op basis van zijn of haar zorgvraag. Het ziekenhuis ontvangt voor deze DBC één prijs. Daarbij zijn de zorgverzekeraars voor hun verzekerden aanspreekbaar voor het contracteren van voldoende goede zorg (Ministerie VWS, 2008).

3.98 De DBC's moeten de transparantie over prijs en kwaliteit vergroten, waardoor consumenten bewuster kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die de beste kwaliteit leveren. Deze transparantie dient zorgverzekeraars in staat te stellen om selectief in te kopen, waardoor zorgaanbieders geprikkeld moeten worden om de beste prijs-kwaliteitverhouding te leveren.

Grote hoeveelheid DBC's bemoeilijkt onderhandeling ziekenhuizen en zorgverzekeraars

3.99 Momenteel zijn er circa 30.000 DBC's in de medisch-specialistische zorg. Vrijwel alle in de praktijk voorkomende combinaties van diagnoses en behandelingen hebben hun eigen DBC. De NZa heeft voor 80 procent van de DBC's vaste prijzen vastgesteld.¹⁶ De overige twintig procent van het ziekenhuis- en specialistenbudget - het zogenoemde B-segment - is gebaseerd op vrij onderhandelbare DBC-prijzen (zie ook verderop in dit hoofdstuk). Het beheer van de DBC-systematiek wordt uitgevoerd door DBC-Onderhoud. Dit is een organisatie die tot taak heeft om de diagnose-behandelingcombinatie-systematiek (DBC) te ontwikkelen en te onderhouden op basis van wensen van zowel de zorgsector als de overheid. DBC-Onderhoud is opgericht door partijen in de zorg: ziekenhuizen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en medisch specialisten. De organisatie onderhoudt de productstructuur en berekent de prijzen, die de NZa als publieke instelling omzet in wettelijke tarieven.

3.100 Marktwerking in de ziekenhuiszorg speelt zich alleen af in het B-segment en door het inkopen bij Zelfstandige Behandel Centra (ZBC). Voor wat betreft het A-segment onderhandelen verzekeraars gezamenlijk met het ziekenhuis. Binnen dit systeem kan een grotere doelmatigheid van een bepaald ziekenhuis niet tot lagere prijzen leiden (Ecorys, 2007).

3.101 De grote hoeveelheid DBC's maakt transparante financiering van (keten)zorg uiterst complex en bemoeilijkt de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en ziekenhuizen. Daarnaast leidt de grote hoeveelheid aan DBC's tot een aanzienlijke stijging van de administratieve lasten van de ziekenhuizen. De NZa constateert dat de huidige DBC-structuur onvoldoende stabiel is om prestatiebekostiging over de volle product-structuur te realiseren. De landelijke systematiek van DBC's is nog onvoldoende stabiel en uitgekristalliseerd. Ook de kwaliteit van de registratie door de ziekenhuizen laat nog te wensen over. Het risico hiervan is dat ziekenhuizen niet precies weten wat ze leveren en zorgverzekeraars niet wat ze inkopen.

Complexiteit en omvang aantal DBC's maakt keuze patiënt voor zorgaanbieder welhaast onmogelijk

3.102 De complexiteit van de DBC-systematiek heeft tevens tot gevolg dat de zorgvragers niet kunnen kiezen: er is onvoldoende heldere en overzichtelijke informatie beschikbaar op basis waarvan consumenten hun keuze kunnen maken. Zorgvragers zijn in zekere zin gebonden aan de consumptie van zorg. Een patiënt bepaalt immers niet zelf of hij ziek wordt en heeft doorgaans niet de keuze om geen zorg te vragen. Gegeven deze gebondenheid aan de consumptie van zorg, maakt de patiënt zijn keuze voor een bepaalde behandeling of aanbieder. Meermaals blijkt dat gegeven de aard van de zorgvraag, de patiënt veelal gebonden is aan de regio. Indien het een eenmalige behandeling betreft, bijvoorbeeld in electieve zorg, is de patiënt eerder geneigd een geografische afstand te overbruggen voor een zorgaanbieder van zijn voorkeur dan wanneer de patiënt regelmatig voor behandeling naar het ziekenhuis moet.

3.103 Om een goede keuze te kunnen maken tussen zorgaanbieders, dient de zorgvrager te beschikken over voldoende en transparante informatie over het beschikbare aanbod. Er komt steeds meer informatie beschikbaar voor consumenten. Op Kiesbeter.nl kunnen consumenten informatie vinden op het gebied van gezondheid en zorg. Het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) ontwikkelt de site in nauwe samenwerking met vele andere organisaties, die zowel de aanbieders (bijvoorbeeld ziekenhuizen en verzekeraars) als de vragers vertegenwoordigen (patiënten en consumenten).

3.104 Hoewel zorgvragers in toenemende mate beschikken over informatie, is die veelal complex en moeilijk te doorgronden. Hierdoor is er momenteel sprake van asymmetrie van informatie, waardoor zorgvra-

gers geen goede afweging kunnen maken tussen de zorgaanbieders. In de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen dienen zowel prijs als kwaliteit centraal te staan. Als gevolg van gebrek aan eenduidige informatie over kwaliteit gaan de onderhandelingen vooral over prijzen en in mindere mate over kwaliteit. Dit maakt het voor consumenten uiterst complex om een goede afweging te kunnen maken tussen zorgaanbieders op basis van zowel prijs als kwaliteit.

Volume ziekenhuizen door focus op slechts beperkt aantal DBC's

3.105 De financiering op basis van DBC's stelt ziekenhuizen in staat om selectief te zijn in de soort en het aantal DBC's dat zij bieden. Volume is hierin bepalend door relatief veel DBC's te bieden die winstgevend zijn voor het ziekenhuis. Het lijkt er op dat het merendeel van de ziekenhuizen het meeste verdient aan slechts een klein aantal DBC's. Deze strategische keuze voor DBC's wordt ook wel de 'DBC-creep' genoemd. Omdat de Universitair Medische Centra een andere DBC-mix kennen dan algemene ziekenhuizen en ook een andere verhouding tussen DBC-omzet in het A-segment en het B-segment, ontstaan verschillen tussen deze beide typen instellingen.

3.106 Een opvallende ontwikkeling in de uitgaven in de ziekenhuiszorg in 2006 was een aanzienlijke overfinanciering van ziekenhuizen (ongeveer € 1,8 miljard in 2006) als gevolg van de invoering van het DBC-systeem (Rijksbegroting, 2007; CBS, 2007). De overgang naar de DBC's ging onder meer gepaard met een aanzienlijke overfinanciering van de door de algemene ziekenhuizen geleverde zorg in 2005. De overfinanciering is ontstaan doordat, in een reactie op ontstane liquiditeitsproblemen bij ziekenhuizen, de verrekentarieven van de producten (DBC's) op een te hoog niveau zijn vastgesteld. De overfinanciering wordt volgens afspraak later verrekend, in de vorm van rechtstreekse terugbetalingen door de zorginstellingen aan de zorgverzekeraars.

Remmende factoren op marktwerking in B-segment

3.107 Sinds 2005 zijn de prijzen van een bepaald percentage van de DBC's vrij onderhandelbaar (het zogenoemde B-segment). Momenteel bevindt 20 procent van de ziekenhuiszorg zich in het B-segment. Het doel van deze hervorming is dat ziekenhuizen met zorgverzekeraars gaan onderhandelen over zowel prijzen als volume en kwaliteit van DBC's. Het zichtbaar en transparant maken van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg moet ziekenhuizen en zorgverzekeraars in staat stellen om effectieve prijsonderhandelingen te voeren. Met de invoering van de vrij onderhandelbare prijzen beoogt de overheid meer ruimte voor de zorgverzekeraars te creëren om een sterkere rol als inkoper van zorg aan te nemen (RIVM, 2008).

3.108 Drie jaar na de invoering constateert de NZa (2007) positieve ontwikkelingen in het B-segment. Zo zijn de prijzen in 2007 gestabiliseerd na een daling in 2006. Er zijn aanwijzingen dat ZBC's voor lagere prijzen zorgen en de wachtlijsten in het B-segment over de periode 2005 en 2006 zijn afgenomen.¹⁷ Ook uit recent onderzoek uitgevoerd door Gupta Strategists blijkt dat de voordelen van het B-segment duidelijk waarneembaar zijn. Er zijn tekenen van kwaliteitsdifferentiatie (decubitus) en prijsdifferentiatie (staar) tussen hoog- en laagvolume-aanbieders. Ook blijkt de registratie en uitkomsten van kwaliteit van zorg in het B-segment te zijn verbeterd. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelen professioneler sinds de invoering van het B-segment en er meer aandacht is voor kwaliteit tijdens de onderhandelingen. Ondanks deze positieve signalen blijkt marktwerking in het B-segment nog steeds moeizaam op gang te komen. Er zijn verschillende remmende factoren die marktwerking nog in de weg staan.

Kwaliteit nog onvoldoende transparant

3.109 De veelheid aan prestatie-indicatoren is vooralsnog een hinderenis in de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Er ontbreekt een uniforme set aan indicatoren waaraan alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich conformeren. Deze set zou zorgverzekeraars en patiënten beter in staat stellen bewust voor een zorgaanbieder te kiezen op basis van kwaliteit. De koppeling tussen kwaliteit en prijs verloopt vooralsnog moeizaam. De nadruk ligt meer op de aanlevering van gegevens dan op de score of waarde ervan. Een risico dat hieruit volgt is dat ziekenhuizen zich vooral richten op datgene wat gemeten wordt, zoals de patiënttevredenheid, in plaats van andere aspecten van kwaliteit. Dit verschijnsel wordt ook wel teaching-to-the-test genoemd (Deloitte, 2008).

Omvang van het B-segment beperkt goede marktwerking

3.110 Volgens de NZa is de huidige omvang van het B-segment te klein om de marktwerking goed op gang te brengen. Er is meer volume nodig om goede onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars op gang te brengen. Bij een groter deel van de zorg waarbij vrije prijzen gelden, zal het belang groter zijn om scherp te onderhandelen. Voorjaar 2008 heeft de minister bekend gemaakt het B-segment te willen uitbreiden tot maximaal 34 procent van de DBC's per 1 januari 2009, als blijkt dat in het huidige vrije prijsdeel de ontwikkeling van prijs en volume beheerst verlopen. Voor de overige medisch specialistische zorg blijft de functiegerichte bekostiging gehandhaafd. Als in 2009 blijkt dat de prijzen en/of volumes toch flink stijgen, wordt per 2010 mogelijk een maatstaf/ prijsbeheersinginstrument ingevoerd over het gehele segment waar vrije prijsvorming geldt (NZA; VWS, 2008).

Weinig prikkels zorgverzekeraar om effectieve onderhandeling te voeren

3.111 De onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars en ziekenhuizen is nog niet evenwichtig verdeeld. In de onderhandelingen blijkt dat ziekenhuizen een sterke onderhandelingspositie hebben. Dit komt doordat de gevolgen voor een zorgverzekeraar van het niet afsluiten van een contract groter zijn dan de gevolgen voor het ziekenhuis. Het risico op imagoschade belet zorgverzekeraars vervolgens om scherp met ziekenhuizen te onderhandelen. Selectieve contractering vindt nog onvoldoende plaats en het blijkt dat zorgverzekeraars nog steeds contracten afsluiten met alle ziekenhuizen om het verlies van verzekerden te voorkomen (NZa, 2007). De huisarts speelt hierin een grote rol, door patiënten door te verwijzen naar zorgaanbieders in zijn regio. Zorgverzekeraars concurreren vooral op prijs, maar willen ook op kwaliteit kunnen concurreren. De beschikbaarheid van goede kwaliteitsinformatie is hierbij evident. Desalniettemin is zichtbaar dat onderhandelingen steeds effectiever plaatsvinden. Zo bedingen zorgverzekeraars prijskortingen wanneer zij grote volumes bij een aanbieder afnemen. Volgens Gupta Strategists komt dit mede door dat de markt in het B-segment zich ontwikkelt richting specialisatie en differentiatie. De schaalgroottes die hierdoor ontstaan, bieden mogelijkheden voor prijsonderhandelingen.

Concurrentiedruk door ZBC's leidt tot lagere prijzen ziekenhuizen

3.112 Uit onderzoek van het NZa blijkt dat het gemiddelde reële prijsniveau in 2006 met 0,8 procent is gedaald ten opzichte van 2005. In 2007 zijn de prijzen gestabiliseerd. In totaal is de prijsontwikkeling in het B-segment sinds de invoering van het B-segment in 2005 gemiddeld 2,8 procent lager dan de prijsontwikkeling voor andere ziekenhuiszorg (Ministerie van Economische Zaken, 2008). Volgens Gupta Strategists wordt de gunstige ontwikkeling van B-segmentprijzen mogelijk gemaakt doordat ziekenhuizen in staat bleken om zorg efficiënter te leveren.

3.113 Er zijn verschillen te onderscheiden tussen zorgaanbieders. De prijsontwikkeling 2006 – 2007 is het laagst in de regio Zuid. Ziekenhuizen in deze regio ondervinden mogelijk concurrentiedruk van buitenlandse ziekenhuizen. De prijzen van de topklinische ziekenhuizen zijn nominaal het meest gestegen in de periode 2006 – 2007 met 1,3 procent. In 2007 hanteerden UMC's het hoogste prijsniveau dat 1,1 procent hoger dan gemiddeld ligt. Dat roept de vraag op hoe de concurrentiepositie van de UMC's zich zal ontwikkelen. Dat geldt vooral als het gaat om aandoeningen waarvoor de cliënt ook in algemene ziekenhuizen terecht kan. Omdat in UMC's het percentage DBC's in het B-segment relatief laag is, hebben UMC's ook nog eens minder mogelijkheden om te concurreren.

3.114 ZBC's zijn een belangrijke oorzaak voor lagere prijzen in het B-segment. De NZa constateert dat de kleinste prijsstijgingen te zien zijn bij die specialismen waar ZBC's het grootste aandeel hebben in de totale

omzet. De prijsniveaus zijn in de ZBC's beduidend lager dan in andere ziekenhuizen. Dit verschil bedraagt gemiddeld ongeveer 20 procent. Dit kan het gevolg zijn van toegenomen efficiëntie van de zorgverlening. Bovendien maken ZBC's veelal gebruik van overcapaciteit in een ziekenhuis, waarvoor ze niets krijgen doorbelast. De functiegerichte budgettering in ziekenhuizen wordt niet toegepast in de ZBC's. Daar waar de ziekenhuizen het budget dekkend kunnen maken door compensatiemechanismen, moeten ZBC's dus kostendekkend werken. Er is hierdoor geen sprake van een gelijk speelveld tussen ziekenhuizen en ZBC's, wat invloed heeft op de concurrentieposities (RIVM, 2008).

3.115 Door toenemende transparantie van aanbod, kwaliteit en prijzen van specialismen, worden ziekenhuizen gedwongen om keuzes te maken. ZBC's leggen zich veelal vooral toe op een bepaald specialisme. Door de deze concentratie zijn schaalvoordelen mogelijk op prijs en kwaliteit. Hierdoor zijn ZBC's in staat zorg te verlenen tegen scherpere tarieven dan andere ziekenhuizen.

Huidige maatregelen in B-segment lijken te leiden tot volumegroei en daarmee kostenstijging

3.116 Ondanks dat de prijsverhogingen in het B-segment beperkt zijn gebleven, blijken de kosten van de ziekenhuiszorg in 2006 snel te zijn gegroeid. Onderzoek heeft aangetoond dat de zorgkosten in 2006 met ongeveer 12 procent zijn gestegen. Van de 12 procent wordt 10 procent verklaard door een sterke verhoging van het volume (het aantal behandelingen) (Vektis, 2008). In het oude systeem zorgden afspraken op het totale ziekenhuisbudget tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen voor een beperking van de groei. Die budgetafspraken zijn nu vervangen door prijsafspraken per individuele behandeling waarbij de volumecomponent, het aantal behandelingen, in het algemeen open wordt gelaten. De groei neemt vervolgens toe: patiënten willen over het algemeen veel zorg en het systeem geeft geen tegendruk. De consument van de zorg (de patiënt) is een ander dan diegene die betaalt (de verzekerden via de verzekeraar). Hierdoor spelen de kosten van zorg nauwelijks een rol in het aankoopproces. Waar er in het oude systeem sprake was van aanbodgedreven zorg met een plafond voor zorgkosten, is er in de huidige geliberaliseerde markt sprake van vraaggedreven zorg (Vektis, 2008).

3.117 Volgens Vektis brengen nieuwe maatregelen het risico met zich mee dat het zorgvolume verder stijgt. Het B-segment zal verder worden vergroot en worden de vaste vergoedingen voor medisch specialisten vervangen door een vast uurtarief. Medisch specialisten zien hun inkomen als gevolg hiervan dalen. Door volumegroei kan dit worden gecompenseerd.

Ex-post risicoverevening mitigeert prikkels tot scherpe onderhandeling door zorgverzekeraars

3.118 Risicoverevening wordt ingezet om risicoselectie tegen te gaan.¹⁸ Risicoverevening houdt in dat zorgverzekeraars financieel worden gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel (bijvoorbeeld ouderen, chronisch zieken en verzekerden uit een sociaaleconomische risicogroep). Alle zorgverzekeraars krijgen uit een fonds, het Zorgverzekeringsfonds, jaarlijks een financiële bijdrage, die de vereveningsbijdrage wordt genoemd. De hoogte van deze bijdrage is afhankelijk van de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. Als een zorgverzekeraar relatief veel verzekerden in de portefeuille heeft met een ongunstig risicoprofiel, krijgt deze zorgverzekeraar een hogere bijdrage dan een zorgverzekeraar met relatief veel verzekerden met een gunstig risicoprofiel (VWS, 2007).

Risicoselectie nog steeds mogelijk ondanks risicovereveningssysteem

3.119 De RIVM wijst op het risico dat nog steeds bestaat op risicoselectie door zorgverzekeraars, ondanks het risicovereveningssysteem. Door het binden van verzekerden met een voorspelbaar laag risico, kunnen verzekeraars voordeel hebben en kan solidariteit en een evenwichtige concurrentie tussen verzekeraars in gevaar komen. Dat kan bijvoorbeeld door specifieke collectieve contracten af te sluiten en door polissen te ontwikkelen voor specifieke doelgroepen met een voorspelbaar lager gezondheidsrisico. Volgens de NZa waren er in 2006 en 2007 echter geen aanwijzingen voor risicoselectie.

Nacalculatie maakt scherpe onderhandelingen door zorgverzekeraars onnodig

3.120 Het risicovereveningssysteem brengt enkele ongewenste effecten met zich mee. De nacalculatie in het huidige systeem zorgt ervoor dat zorgverzekeraars slechts beperkt financieel risico lopen op de ziekenhuisuitgaven. Zo haalt het systeem een belangrijke prikkel weg voor zorgverzekeraars om zorg scherp in te kopen. Als zorgverzekeraars door goed onderhandelen inkoopvoordelen weten te realiseren, worden die door het stelsel van risicoverevening afgeroomd door middel van nacalculatie. Als zij echter niet scherp onderhandeld hebben met zorginstellingen en dus relatief hoge (inkoop)kosten hebben, worden ze daarover achteraf gecompenseerd. Verzekeraars hebben dus weinig belang om scherp in te kopen. Zo is het voor zorgverzekeraars interessanter om meer kosten te maken in onderdelen die onder budgettering vallen, bijvoorbeeld de post 'overige kosten', dan in onderdelen onder het risicovereveningssysteem vallen.

Geen prikkel tot innovatie en lange termijn investeringen door zorgverzekeraars als gevolg van risicovereveningssysteem

3.121 Het systeem heeft eveneens een ongewenst effect op innovatief gedrag van zorgverzekeraars. Risicoverevening neemt een belangrijke prikkel weg om te investeren in oplossingen die pas op langere termijn besparingen opleveren, zoals preventie en disease management.

3.122 Nieuwe oplossingen, zoals de verschuiving van tweede lijn naar eerste lijn zijn niet interessant voor zorgverzekeraars omdat ze er geen baat bij hebben. Verzekeraars mogen hoge ziekenhuiskosten wegverevenen, maar eerstelijnszorg (huisarts en begeleiding thuis) drukt volledig op het eigen budget van zorgverzekeraars (RIVM, 2008).

3.123 Volgens de NZa (2007) zijn de stimulansen voor zorgverzekeraars om doelmatig zorg in te kopen in 2007 door twee ontwikkelingen iets toegenomen. Allereerst heeft de premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars zich in 2007 voortgezet. Dit heeft geleid tot een lagere spreiding van verzekerden over betaalde premies ten opzichte van de gemiddelde betaalde premie (NZa, 2007). Verzekeraars zijn genoodzaakt om via een nominale premie een gunstige concurrentiepositie te verkrijgen of te behouden. Verzekeraars kunnen kosten besparen door scherp ziekenhuiszorg in te kopen bij zorgaanbieders. Ten tweede lopen verzekeraars door het afbouwen van de ex-post compensatiemechanismen in het risico-vereveningssysteem in 2007 meer risico over hun zorguitgaven. Hierdoor ondervinden zij iets meer stimulansen voor doelmatige zorginkoop in het B-segment. De afbouw gaat volgens de NZa in 2008 en 2009 verder.

Beloningsstructuur medisch specialisten veelal barrière voor doelmatigheid ziekenhuis

3.124 Het grootste gedeelte van de medisch specialisten in Nederland is werkzaam in een ziekenhuis. De verhouding met het ziekenhuis wordt op verschillende manieren geregeld. Medisch specialisten zijn werkzaam in een ziekenhuis op basis van een arbeidsovereenkomst, op basis van een ambtelijke aanstelling of op basis van een toelatingsovereenkomst. In de eerste twee gevallen is sprake van een dienstverband. De medisch specialisten die op basis van een toelatingsovereenkomst werkzaam zijn, worden ook wel aangeduid als “vrijgevestigd” oftewel zij zijn veelal werkzaam in een maatschapstructuur (NMA, 2004).

3.125 Tot 1995 werden medisch specialisten betaald per verrichting. Hierdoor werd het budgetrisico neergelegd bij de medisch specialisten. Vanaf dat jaar is dit systeem vervangen door een systeem met vaste budgetten per specialist. Zuivere lumpsum budgettering, dat wil zeggen een vaste vergoeding ongeacht het aantal verrichtingen, leidt tot minder verrichtingen, waardoor het aanbod tekort kan schieten ten opzichte van de vraag. Hierdoor verschoof het risico van de medisch specialisten naar de patiënten en zorgaanbieders aangezien het risico op tariefkorting voor medisch specialisten verdween. Als medisch specialisten alleen betaald worden per verrichting, dan kan dit leiden tot te veel (of te weinig) verrichtingen, afhankelijk van de hoogte van het tarief per verrichting (CPB, 2002).

Pay-for-performance wordt belangrijker om prestaties en kwaliteit zichtbaar te maken

3.126 In de transitie van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg wordt inzicht in de prestaties van zorgaanbieders steeds belangrijker. Op basis van transparante informatie over de prijs en kwaliteit van ziekenhuizen kunnen zorgvragers de ziekenhuizen onderling vergelijken om zo een goede keuze voor een zorgaanbieder te kunnen maken. Als gevolg hiervan krijgt pay-for-performance een prominente rol in de ziekenhuiszorg en wordt het belonen van prestaties van medisch specialisten steeds belangrijker.

3.127 De maatschapstructuur lijkt hiertoe echter beperkte mogelijkheden te bieden en op gespannen voet te staan met marktwerking. Maatschappen zijn verantwoordelijk voor hun eigen medische deelgebied, waardoor doelstellingen niet altijd gelijk zijn aan die van andere maatschappen of van het totale ziekenhuis. Hierdoor komt het regelmatig voor dat beslissingen worden genomen die voor het ziekenhuis niet optimaal zijn (Roland Berger Strategy Consultants, 2008).

Beloningsstructuur medisch specialisten geeft prikkel tot suboptimale behandeling patiënten

3.128 In het huidige DBC-systeem wordt deze veronderstelde tegenstelling in belangen tussen medisch professionals en het management van het ziekenhuis duidelijker zichtbaar. Het blijkt dat er DBC's zijn die voor een ziekenhuis niet interessant zijn, maar voor een medisch specialist wel. Deze prikkel brengt tegenstrijdige belangen met zich mee die een suboptimale behandeling van de patiënt ten gevolg kan hebben. Bij overschrijding van het afsprakeniveau met verzekeraars (in het A-segment) zal het ziekenhuis veelal moeten afremmen om geen onbetaalde productie te krijgen. Medisch specialisten daarentegen neigen ertoe ongebreidelde groei na te streven.

3.129 Met ingang van 1 januari dit jaar is er een einde gekomen aan de zogenaamde lumpsum bedragen en is er voor medisch specialisten het nieuwe uurtarief van € 132, 50 (prijspeil 2006) ingevoerd. Op dit tarief is een bandbreedte van € 6 onder en € 6 boven het uurtarief van toepassing. Het inkomen van de vrijgevestigde medisch specialisten is vanaf 2008 het product van het aantal geleverde DBC's, de normtijd per DBC en het uurtarief (Ministerie van VWS, 2007). Het is een reële verwachting dat het nieuwe uurtarief een stuwend effect heeft op het volume van de ziekenhuiszorg. Door het aantal behandelingen te vergroten, vergoten medisch specialisten namelijk tevens hun inkomen.

Mede-eigenaarschap medisch specialisten geeft impuls aan doelmatigheid

3.130 Een model met de medisch specialist als mede-eigenaar is een alternatief dat door verschillende ziekenhuizen reeds wordt toegepast. Door specialisten mede-eigenaar te maken van het ziekenhuis, wordt hun

aandacht verlegd van de eigen maatschap naar het ziekenhuis als geheel. Een kritische kanttekening is echter wel, dat deze nieuwe vorm ook daadwerkelijk voordelen maar ook risico's van ondernemerschap voor de medisch specialist met zich mee moet brengen. Anders blijft de prikkel om doelmatiger te werken voor de artsen uit en blijkt het een nieuw etiket op een bestaande organisatievorm.

3.131 Een voorbeeld van mede-eigenaarschap: het Isala Ziekenhuis maakt het mogelijk voor medisch specialisten om in zorg-BV's te participeren. Hierbij wordt een volledig specialisme ondergebracht in een BV. De zorg-BV's hangen onder de paraplu van het ziekenhuis. De specialisten hebben er een direct belang bij om ondernemend om te gaan met hun kosten en baten. Bij de Isala Klinieken heeft dit er bijvoorbeeld toe geleid dat de dermatologen zuinig zijn omgesprongen met de vierkante meters: zij delen kamers met elkaar. Het specialisme is in één jaar van verlieslatend kostendekkend geworden (Financieele Dagblad, 26 februari 2008).

3.132 De laatste jaren maakt de bv-structuur een snelle opgang, in diverse varianten. Er zijn specialisten die uit het ziekenhuis stappen en een eigen kliniek voor verzekerde zorg beginnen. Er zijn ook ziekenhuizen die zelf een ZBC oprichten of erin deelnemen. Er zijn zelfs ziekenhuizen die zich volledig omvormen tot een bv (Financieele Dagblad, 26 febr. 2008). In deze organisatievorm kunnen medisch specialisten meedelen in de efficiëntiewinst en dat vormt een prikkel om efficiënt en doelmatig te werk te gaan.

Non-monetaire risico's in huidige systeem hebben remmend effect in transitiefase

3.133 Naast risico's die een direct effect hebben op het uitgavenmanagement in de curesector, zijn er ook risico's die geen directe gevolgen hebben voor de uitgaven, maar wel bepalend zijn voor de ontwikkelingen in de curesector. Dit zijn de zogenoemde non-monetaire risico's.

3.134 Één van deze risico's is de positionering van de medische staf ten opzichte van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Hoewel de Raad van Bestuur statutair verantwoordelijk is voor het bestuur van het ziekenhuis en hiermee de leiding heeft, blijkt in de praktijk dat het draagvlak van de medisch staf hierbij onmisbaar is. De belangen van beide partijen komen echter niet in alle gevallen overeen. Dit heeft tot gevolg dat de medische staf de strategie van het ziekenhuis niet altijd onderschrijft. Initiatieven tot verbetering, bijvoorbeeld het vergoten van de efficiency, komen hierdoor niet altijd even goed van de grond.

3.135 Een ander risico is de beperkte mobiliteit van patiënten. Hoewel patiënten in toenemende mate kiezen voor de restitutiepolis en daarmee de mogelijkheid hebben om zelf de keuze te maken tussen zorgaanbie-

ders, maken zij hier in de praktijk nog maar weinig gebruik van. Het verwijsgedrag van huisartsen of de geografische nabijheid van een zorgaanbieder zijn vaak nog steeds bepalend voor de keuze van een patiënt voor een ziekenhuis. Hierdoor ontbreken prikkels voor het ziekenhuis om te concurreren op prijs en kwaliteit.

3.136 Ziekenhuizen lopen vooralsnog weinig risico doordat het huidige systeem hen een vangnet biedt in geval van een dreigend faillissement. Hierdoor zijn er onvoldoende prikkels voor het bestuur en management om een dergelijke situatie te voorkomen door een effectief bestuur en organisatie van het ziekenhuis.

Huidige instrumenten zijn effectief, maar er is nog niet aan alle condities voor marktwerking voldaan

3.137 De transitie van een aanbod- naar een vraaggestuurd zorgsysteem is een complex proces dat nog enige tijd zal vergen. De maatregelen die overheid sinds 2005 heeft genomen om de marktwerking te stimuleren, sorteren al effect. Desondanks is nog niet aan alle condities voldaan om tot het gewenste resultaat te komen en kunnen de instrumenten die hiervoor worden ingezet verder verbeterd worden.

3.138 Het huidige DBC-systeem is met zijn 30.000 DBC's te complex om te gebruiken als onderhandelingsinstrument tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Daarbij leidt de complexiteit van DBC's, mede in relatie tot de administratieve systemen, tot vertraging bij het vergroten van het B-segment. Het vereenvoudigen van de DBC-structuur en het verbeteren van de informatiestroom is nodig om het mechanisme te laten werken zoals bedoeld. Huidige initiatieven als clustering van DBC's en het verbeteren van de DBC-informatie dienen te worden doorgezet om versnippering en het gebrek aan coördinatie tussen ziekenhuizen, specialisten en zorgverzekeraars tegen te gaan. Deze initiatieven maken onderdeel uit van het verbeterplan DBC's op weg naar Transparantie (DOT) dat zal worden uitgevoerd door DBC-Onderhoud in de periode 2007 – 2011 (DBC-Onderhoud, 2008).

3.139 In haar advies over de zorginkoop aan de Minister van VWS stelt de RVZ dat selectieve zorginkoop de kwaliteit van de zorg vergroot en bijdraagt aan de terugdringing van de sterke groei van de zorguitgaven. Tot op heden vindt dit nog niet op grote schaal plaats. De professionalisering van het inkoopbeleid van verzekeraars betekent onder andere dat meer samengewerkt zal moeten worden met patiënten(-organisaties) en dat scherpe afspraken met zorginstellingen worden gemaakt. Hierdoor zal de machtsverhouding tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wijzigen (RVZ, 2008).

3.140 Het afbouwen van financiële zekerheden zoals de nacalculatie in het risicovereveningssysteem zal zorgverzekeraars een sterke prikkel geven om scherper te onderhandelen met ziekenhuizen. In de huidige situatie lopen zorgverzekeraars weinig risico bij inkoop vanwege de ex-post verevening. Het afbouwen van dit systeem van nacalculatie zal zorgverzekeraars stimuleren om zorg meer doelmatig in te kopen.

3.141 Het blijkt dat de zorgverzekeraar vooral gezondheidszorg inkoop op prijs en niet kritischer is op kwaliteit dan in 2004 (RIVM, 2008). Dit komt grotendeels omdat er nog geen eenduidige definitie van kwaliteit is. Een gezamenlijke definitie van kwaliteit van zorg en eenduidige kwaliteitsindicatoren kan de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders verbeteren en de concurrentie op prijs/kwaliteit-verhouding op de inkoopmarkt versterken. Dit zou zorgverzekeraars in staat kunnen stellen om selectief in te kopen op basis van kwaliteit.

3.142 Transparantie over kwaliteit maakt het zorgverzekeraars eveneens mogelijk om betere keuzeondersteuning aan consumenten te bieden. Nieuwe prikkels in het systeem moeten verzekeraars en patiënten(-organisaties) in staat stellen om op kwaliteit en gezondheidsresultaat te gaan letten in plaats van uitsluitend op prijs. Dergelijke kwaliteitsindicatoren zijn op dit moment voor een aantal aandoeningen al ontwikkeld en deels geïmplementeerd. Voor een groot aantal andere aandoeningen staan ontwikkeling en implementatie voor de komende jaren op de agenda (project Zichtbare zorg).

3.143 In de huidige situatie is het vrij onderhandelbare deel van de DBC's nog relatief beperkt. Een uitbreiding hiervan biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om meer schaalvoordelen te behalen, waarmee de prikkel tot onderhandelen naar alle waarschijnlijkheid toeneemt.

4 Care

4.144 Dit hoofdstuk bespreekt de risico's voor het uitgavenniveau in de care sector. De care, ook wel aangeduid als langdurige zorg, heeft te maken met deels andere prikkels en dus maatregelen dan de cure en de eerste lijn. In dit hoofdstuk besteden wij daarom specifiek aandacht aan de care, waaronder wij verstaan: alle zorg- en dienstverlening¹⁹ die wordt gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, met name de huishoudelijke hulp²⁰) en vanuit Subsidieregeling Persoonsgebonden Budget (PGB). Verder de zorg die qua inhoud daarmee identiek is, maar geheel privaat wordt gefinancierd.

4.145 Het accent in de care ligt op hulp aan cliënten die langdurige zorg nodig hebben, gericht op verhoging van de kwaliteit van leven en voorkomen van verdere gezondheidsschade. Overigens komt ook kortdurende en op herstel gerichte zorg voor (kortdurende thuiszorg en verpleeghuisrevalidatie), maar die wordt steeds meer als wezensvreemd in de care beschouwd. Carecliënten zijn mensen met chronische ziekten of beperkingen, of ook meer in het algemeen ouderdomsklachten. Het gaat om somatische en psychische - waaronder psychogeriatrische²¹ - aandoeningen en om verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperkingen. Meer dan de helft van de cliënten is 65 jaar of ouder.

4.146 De care wordt gewoonlijk onderverdeeld in ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurende geestelijke gezondheidszorg, maar er zijn ook combinaties te vinden. Kenmerkend voor de care is het raakvlak met maatschappelijke terreinen als welzijn, wonen, werken en onderwijs.

4.147 Conform het denkmodel wordt in dit hoofdstuk allereerst een algemene achtergrondschets van de care sector en het huidige uitgavenniveau gegeven. Vervolgens worden enkele algemene risico's en prikkels in de care beschreven, waarna meer specifieke risico's en prikkels worden benoemd voor respectievelijk de intramurale AWBZ (zorg met verblijf in een instelling), de extramurale AWBZ (zorg zonder verblijf), de Wmo en het PGB. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele oplossingsrichtingen (instrumenten) om de geïdentificeerde risico's voor het uitgavenniveau te mitigeren.

Caresector heeft een groot aantal veranderingen doorgemaakt

4.148 De AWBZ heeft een periode doorgemaakt waarin de van oorsprong sobere wet steeds verder werd aangevuld. Zo zijn zorgsoorten als de vroegere gezinsverzorging, de vroegere verzorgingshuizen en de extramurale gehandicaptenzorg nog niet zo lang geleden aan de AWBZ toegevoegd.

4.149 Op dit moment maakt de AWBZ een periode door waarin de wet weer wordt uitgekleeft. Er verdwijnen onderdelen naar de Wmo en naar de Zorgverzekeringswet. De huishoudelijke hulp in de thuissituatie is met ingang van 2006 overgeheveld naar de Wmo en de staatssecretaris van VWS overweegt om ook de ondersteunende en activerende begeleiding in de thuissituatie naar die wet over te hevelen. De op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg is per 1 januari 2008 overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en het ministerie wil nu ook de kortdurende thuiszorg na ziekenhuisopname daar naartoe overhevelen.

4.150 Parallel aan deze ontwikkeling is er een trend zichtbaar om de verblijfscomponent in de AWBZ te beperken. De cliënt blijft dan thuis wonen of huurt een woning in een wooncomplex, en ontvangt daar alle zorg die hij anders in de instelling zou ontvangen. Tot aan een bepaald omslagpunt is deze extramurale zorg uit oogpunt van collectieve lasten goedkoper dan zorg met verblijf in een instelling, intramurale zorg. De trend lijkt wat over het hoogtepunt heen, omdat her en der het omslagpunt in zicht komt maar ook omdat cliënten of hun vertegenwoordigers soms de voorkeur geven aan of behoefte hebben aan intramurale zorg. Ook de hoogte van de eigen bijdragen extramuraal kunnen een rol spelen.

4.151 De AWBZ blijft voorsnog na deze overhevelingen een wet voor de allerzwaarste langdurige gezondheidsrisico's: AWBZ-functies in combinatie met verblijf, of langdurige verzorging en verpleging thuis. Op dit moment valt niet te overzien wat de verdere toekomst zal zijn: opnieuw aankleden, handhaven op het dan bereikte niveau, of nog verder uitkleden en opheffen. Voor alle varianten zijn pleitbezorgers.

4.152 Omdat de AWBZ een volksverzekering is, is er sprake van eenzelfde zorgpakket voor alle inwoners van Nederland; het is niet mogelijk om binnen de AWBZ via bijvoorbeeld een aanvullende verzekering te differentiëren naar meer of minder uitgebreide pakketten. Wel is het mogelijk om met bijbetaling extra diensten in te kopen, zoals een extra uur hulp. Van deze mogelijkheid wordt niet op grote schaal gebruik gemaakt, zo is de algemene opvatting. In de praktijk vormt het landelijk AWBZ-budget de grens voor de zorgcontractering. De zorgkantoren werken regionaal en kopen zorg in op basis van het hen 'toegemeten' deel van het budget, de zogenoemde contracteerruimte. Dat dit leidt tot prikkels die

diametraal zijn aan marktwerking, zal verderop in dit hoofdstuk blijken. Wanneer er meer vraag dan aanbod in een regio blijkt te zijn, kunnen de zorgkantoren nagaan of in andere regio's een overschot bestaat, waarna overheveling mogelijk is. Als er landelijk budget te weinig is, kan de staatssecretaris besluiten middelen toe te voegen, maar dit gebeurt in de praktijk alleen voor zeer specifieke knelpunten op onderdelen van de AWBZ. Voor het overige worden de cliënten die over een indicatie beschikken maar die geen zorg kunnen krijgen, op een wachtlijst geplaatst. Althans voor zover zij zelf geen oplossing vinden in de vorm van een PGB²² of private zorg.

4.153 De inkoop en afrekening van de AWBZ is gebaseerd op tarieven per AWBZ-functie extramuraal of tarieven per dag(deel) intramuraal. Met ingang van 2009 zal naar verwachting een meer gedifferentieerde bekostiging op basis van ZZP's worden ingevoerd; 2008 is een schaduwjaar, waarin bekostiging nog op basis van de oude eenheden verpleeg- of verzorgingsdagen is gebaseerd. Voor de extramurale functies en ZZP's worden landelijke maximumtarieven vastgesteld. De zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen lagere tarieven overeenkomen, maar dat gebeurt alleen op beperkte schaal. De hoeveelheid zorg is min of meer een resultante van contracteerruimte en tarief.

4.154 De uitvoering van de Wmo is geheel in handen gelegd van de gemeenten, en zij ontvangen daarvoor een overigens niet-geoormerkt bedrag in de gemeentekas. Bij de overheveling van het onderdeel huishoudelijke hulp is een budget overgeheveld dat is gebaseerd op het oude AWBZ-budget. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft lange tijd met het rijk onderhandeld over verhoging van dit over te hevelen budget, omdat het te laag werd geacht om de verwachte groei van de vraag op te vangen. Elke gemeente is zelf verantwoordelijk voor eventuele overschrijding van het budget. Dit vormt voor de gemeenten een fors risico, dat hen prikkelt om de uitgaven te beheersen.

4.155 De inkoop en afrekening van Wmo-dienstverlening is gebaseerd op onderhandelbare tarieven, die tot stand komen in de aanbestedingsprocedure.

4.156 Persoonsgebonden budgetten worden verstrekt door de zorgkantoren. Na indicatiestelling voor AWBZ-zorg kiest de cliënt of hij die zorg wil ontvangen in natura of in de vorm van een PGB. Met het PGB koopt de cliënt zelf zorg in. Hij verantwoordt zich aan het zorgkantoor.

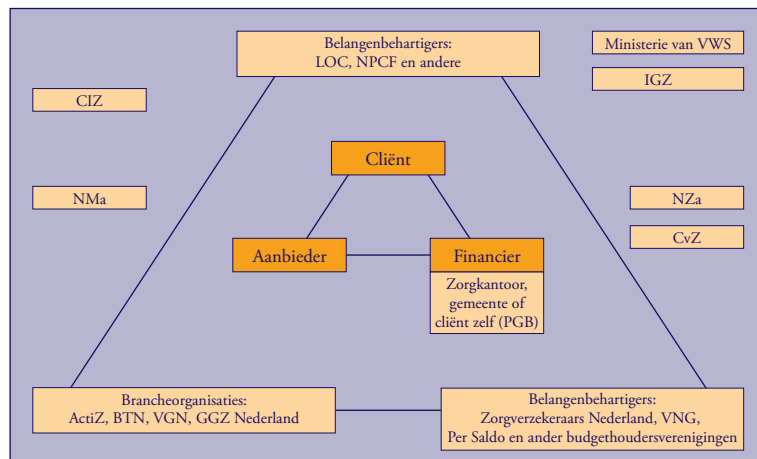
Groot aantal stakeholders in de care

4.157 In figuur 4.1 ziet u een overzicht van de belangrijkste stakeholders in het licht van dit rapport.

4.158 Drie partijen spelen in de care een hoofdrol:

- cliënten;
- aanbieders;
- financiers (zorgkantoren voor de AWBZ en PGB, gemeenten voor de Wmo).

Figuur 4.1 Stakeholders care in schema



4.159 Cliënten komen pas in aanmerking voor care na een indicatie van het Centraal Indicatieorgaan als het gaat om AWBZ of PGB, of van de gemeenten voor Wmo-zorg²³. nemen zorg af, gewoonlijk na een indicatiestelling die hen toegang verschaft. In de private zorg is geen indicatiestelling nodig. Private zorg is soms niet of nauwelijks af te grenzen van private dienstverlening, daarmee wordt bedoeld dienstverlening zonder dat er sprake is van een ziekte of aandoening die ondersteuning nodig maakt. Waar ligt bijvoorbeeld inhoudelijk de grens tussen huishoudelijke hulp vanuit de Wmo en privaat gefinancierde hulp in de huishouding die wordt ingehuurd uit overwegingen van comfort en uit hoofde van verminderde mobiliteit?

4.160 De landelijke belangenbehartigers van deze partijen spelen een rol bij de ontwikkeling en implementatie van regelgeving en bekostiging. We noemen:

- consumentenorganisaties als de Nederlandse Consumenten- en Patiëntenfederatie en het Landelijk Orgaan Cliëntenraden;
- ActiZ (vooral verpleging, verzorging en thuiszorg);
- de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland;
- GGZ Nederland;
- Branchebelang Thuiszorg Nederland (met als leden veel aanbieders van private thuiszorg);
- Zorgverzekeraars Nederland;
- Per Saldo (vereniging van budgethouders PGB).

4.161 Daarnaast is er een veelheid aan stakeholders die eveneens invloed uitoefenen. Voor de AWBZ zijn de belangrijkste:

- het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- een aantal toezichthouders,; de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ, toezicht op aanbieders, handhaving van de WTZi), het College voor zorgverzekeringen (CvZ, toezicht op zorgkantoren), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, toezicht op marktordening) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa, toezicht op kartelvorming).

4.162 Het toezicht op de Wmo-dienstverlening is anders geregeld, en nog niet geheel uitgekristalliseerd. Voor de huishoudelijke hulp oefent de IGZ het toezicht op de aanbieders uit voor zover de hulp wordt geleverd door instellingen met een WTZi-toelating. Het toezicht op de gemeenten verloopt via de politieke lijnen van de gemeenteraad, en via de toezichtlijnen in het kader van de Gemeentewet. De Wmo is een van de weinige wetten die de gemeenten een autonome bevoegdheid verleent, met de daarbij behorende beleidsvrijheid. Op dit moment is er sprake van een zekere spanning tussen deze bevoegdheid en de toezichthoudende taak van de IGZ in het kader van de WTZi.

4.163 Voor de PGB-zorg die wordt verleend door WTZi-instellingen gelden de toezichtlijnen van de AWBZ. Daar waar de cliënt individuele beroepsbeoefenaren inhuurt, gelden de registratie-eisen van de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) voor de beroepsgroepen die daaronder vallen (zoals verpleegkundigen). Voor overige zorgverleners gelden geen toezichtzeisen. Overigens is er ook in de Wmo-zorg een mogelijkheid voor het verlenen van PGB's aanwezig. Er is nog weinig zicht op het gebruik daarvan, zodat deze optie in dit rapport verder buiten beschouwing blijft.

4.164 Het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) verzorgt de indicaties voor de AWBZ, PGB en – indien gemeenten daarom verzoeken – de Wmo. Voor een klein deel van de AWBZ worden de indicaties verzorgd door het bureau Jeugdzorg, maar dit blijft hier verder buiten beschouwing. Zonder indicatie kan de cliënt geen publiek gefinancierde zorg ontvangen. De indicatie is dus het toegangsbewijs tot de zorg, zij het dat formeel het zorgkantoor beslist of de geïndiceerde zorg ook werkelijk kan worden toegewezen. In de praktijk beslist het zorgkantoor vrijwel altijd conform de indicatie. In 2007 zijn 820.955 positieve AWBZ-indicaties afgegeven, exclusief negatieve indicaties dus en exclusief Wmo-indicaties (Bron: Trendrapportage Landelijke indicatiestelling AWBZ 2007, CIZ).

4.165 Het CIZ heeft een bewogen geschiedenis achter de rug: vanuit kleine gemeentelijke organisaties met elk een eigen indicatiebeleid via regionale organen is één landelijke organisatie ontstaan. Harmonisatie van het indicatiebeleid is een belangrijk aandachtspunt (geweest). Het

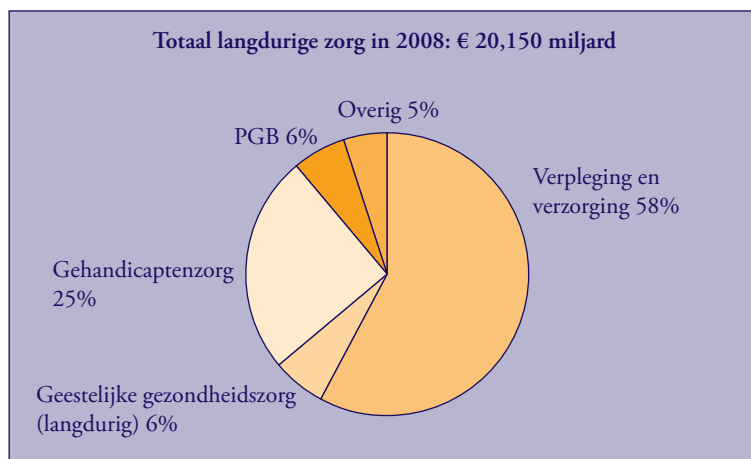
CIZ heeft in de discussies over de toenemende zorgvraag nogal eens de rol van zondebok vervuld. Sommige partijen waren van mening dat het CIZ veel te ruim indiceerde en daardoor een substantiële bijdrage aan het probleem leverde. Anderen waren van mening dat het CIZ juist veel te krap indiceerde en zich daardoor te veel als een verlengstuk van bezuinigingsoperaties opstelde. Wij zijn geneigd het CIZ op dit moment in elk geval te zien als een neutrale partij, die door de ontbrekende duidelijkheid over doel in inhoud van de care (zie de paragraaf non-monetaire risico's) zelf een weg heeft moeten kiezen en de weg heeft gekozen van een sobere indicatiestelling die de regelgeving van het ministerie volgt. Regionale verschillen zijn echter niet uit te sluiten. Het CIZ houdt in zijn indicaties rekening met wat de cliënt zelf kan, wat verwacht mag worden van mantelzorgers (gebruikelijke zorg) en wat de mantelzorg in de praktijk daarbovenop aan zorg verleent. Om die reden is er geen één-op-één-relatie tussen aandoening en indicatie.

Care-uitgaven zijn belangrijk voor macro-uitgavenniveau

4.166 De verdeling van gezondheidszorgmiddelen over care, cure en eerste lijn is eerder in dit rapport weergegeven. In 2008 is een uitgave van 20.150 miljard euro voor langdurige zorg voorzien en een uitgave van 1.439 miljard euro voor de huishoudelijke hulp in het kader van de Wmo (bron: Prinsjesdag 2007). De care is daarmee goed voor in totaal circa 40 procent van de totale zorguitgaven, inclusief middelen voor huishoudelijke hulp. In totaal maken ruim 750.000 cliënten per jaar gebruik van de care.

4.167 Binnen de care is de ouderenzorg het meest omvangrijke onderdeel: 58% van de totale kosten.

Figuur 4.2 Begrote uitgaven aan langdurige zorg in 2008



Bron: Prinsjesdag 2007

4.168 Zoals aangegeven zijn de wettelijke financieringsbronnen de AWBZ, de Wmo en de Regeling PGB. In alle gevallen betalen cliënten een inkomensafhankelijke eigen bijdrage.

4.169 De AWBZ, in werking getreden in 1968, is een volksverzekering. De wet was bedoeld voor de dekking van zware onverzekerbare gezondheidsrisico's. Alle Nederlanders hebben in principe recht op zorg als zij die nodig hebben, en wel zorg in natura. De AWBZ kent geen restitutie-systeem. Tegenover het recht op zorg staat wel een financieringsplicht van zorgkantoren maar geen wettelijke leveringsplicht van aanbieders. Of er een recht op zorg bestaat, bepaalt een onafhankelijk indicatieorgaan.

4.170 Om voor financiering vanuit de AWBZ in aanmerking te komen, dienen aanbieders een toelating te hebben in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen, de WTZi. De toelating geldt dan een of meer van de functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende of activerende begeleiding, behandeling²⁴ en – altijd in combinatie met een van de andere functies – verblijf. Zorgkantoren sluiten contracten af met aanbieders. Zij zijn niet verplicht om met alle aanbieders een contract af te sluiten, maar in de praktijk zijn reguliere aanbieders (dus geen nieuwe toetreders) redelijk zeker van een contract.

4.171 De Wmo is in 2007 in werking getreden en bedoeld om burgers in staat te stellen aan het maatschappelijk leven deel te nemen, ook als zij daarbij ondersteuning nodig hebben. Deze wet gaat uit van de plicht van de gemeente om in deze ondersteuningsbehoefte te voorzien en de daarmee gemoeide kosten te financieren. De wet spreekt wel over personen die aanspraak hebben op voorzieningen, maar kent expliciet geen recht op ondersteuning toe aan individuele burgers. De gemeente kan de toegang reguleren via indicatiestelling. Cliënten die beschikken over een indicatie, moeten in principe kunnen kiezen tussen hulp in natura of een persoonsgebonden budget (artikel 5 Wmo).

4.172 Voor de Wmo geldt geen landelijke toelatingseis voor aanbieders. Gemeenten kunnen zelf bepalen met wie zij een contract afsluiten. Dat zijn meestal instellingen die thuiszorg bieden, maar het kunnen, als het gaat om huishoudelijke hulp, ook schoonmaakbedrijven zijn. Contracten worden gesloten na een aanbestedingsprocedure. In de media is het afgelopen jaar uitgebreid aandacht besteed aan het verloop daarvan: procedures tegen vermeende fouten in de procedure, aanbieders die in een of meer gemeenten uit hun werkgebied geen contract konden verwerven en daardoor personeel moesten ontslaan, of aanbieders die juist meer zorg mochten leveren dan voorheen en daarvoor onvoldoende personeel hadden.

4.173 De Regeling PGB staat open voor cliënten die beschikken over een indicatie waarmee zij ook AWBZ-zorg zouden kunnen krijgen. Cliënten kunnen in dat geval kiezen voor het ontvangen van een budget waarmee zij zelf zorg inkopen. Cliënten hebben recht op een budget. Op dit moment zijn er ruim 90.000 budgethouders: een explosieve stijging ten opzichte van 1998, toen er ruim 10.000 budgethouders waren. De uitgaven zijn in die periode gestegen van 90 miljoen euro tot ver boven de 1 miljard euro (RVZ). Het aantal cliënten wordt niet beperkt door de Regeling zelf. Tot nog toe heeft de staatssecretaris van VWS bij uitputting van de Regeling steeds een extra bedrag beschikbaar gesteld zodanig dat aan alle toegewezen budgetaanvragen kon worden voldaan.

4.174 Bij wie een cliënt PGB-zorg inkoopt, bepaalt de cliënt zelf. Dat kan een toegelaten instelling zijn, maar ook een niet-toegelaten instelling of een privépersoon, bijvoorbeeld een mantelzorger. De cliënt treedt zelf op als financier.

4.175 Uit oogpunt van kostenbeheersing valt op dat in de AWBZ uiteindelijk het ontbreken van een leveringsplicht ten aanzien van de gevraagde zorg een volumekostenstijging beperkt kan houden (dan ontstaat dus een wachtlijst), dat in de Wmo het ontbreken van een individueel recht de kosten beperkt kan houden maar dat in de PGB geen intrinsieke prikkel tot volumekostenbeheersing is opgenomen. De enige intrinsieke remmende prikkel is dat lang niet alle cliënten de voorkeur geven aan een PGB vanwege de verplichtingen die dat schept voor de cliënt (regierol). Bovendien zijn de budgetten weliswaar gebaseerd op de indicatie, maar ontvangt de cliënt altijd een lager bedrag per geïndiceerde eenheid dan bij zorg in natura het geval is (zie rapportage RVZ) omdat ervan wordt uitgegaan dat hij minder overheadkosten heeft.

4.176 Bij wie een cliënt PGB-zorg inkoopt, bepaalt de cliënt zelf. Dat kan een toegelaten instelling zijn, maar ook een niet-toegelaten instelling of een privépersoon, bijvoorbeeld een mantelzorger. De cliënt treedt zelf op als financier.

Risico's, prikkels en gedragsreacties in de care leiden tot dreigende uitgavenstijging

4.177 De uitgaven voor de care groeien jaarlijks met enkele procenten. In het tweede deel van dit hoofdstuk gaan wij in op het risico van verdere kostenoverschrijding in de care als geheel. Van een dreigende overschrijding van het beschikbare budget is al geruime tijd sprake. Dat geldt voor de prijs maar vooral voor de in te kopen hoeveelheid. Juist het volumeaspect leidt hier en daar tot uitspraken als 'onbeheersbare' of 'explosieve' stijging. Het ministerie van VWS raamt in de jaren 2008 tot en met 2020 een toename in de AWBZ-uitgaven van maar liefst 32,8%. Voordat

we daar nader op ingaan, willen we eerste de oorzaken benoemen. We maken een onderscheid tussen externe oorzaken enerzijds en prikkels anderzijds. Prikkels hebben betrekking op de direct betrokken partijen.

Externe oorzaken grootste risico kostenniveau

4.178 Externe oorzaken kunnen in de care de prijs beïnvloeden, maar vooral het volume.

4.179 Als het gaat om de prijs, zal in de nabije toekomst een belangrijke externe oorzaak de personeelsschaarste zijn. Door afname van het percentage jongeren in de samenleving en door mogelijk verminderde populariteit van het werken in de zorg dreigt een schaarste aan arbeidskrachten in deze sector. Die schaarste kan leiden tot hogere salariseisen en daarmee ook de roep om hogere tarieven.

4.180 Als het gaat om het volume, dan speelt vooral de toename van de zorgvraag een rol. Het volume in de care staat onder opwaartse druk doordat de vraag het aanbod dreigt te overschrijden. Daarvoor zijn twee externe oorzaken aan te wijzen.

4.181 De eerste is het feit dat het aantal aandoeningen per 1.000 inwoners toeneemt. Dat wordt weer vooral veroorzaakt door de vergrijzing: een hoge leeftijd gaat gepaard met meer klachten en aandoeningen. Zo verwacht het SCP in de periode 2005 – 2025 een toename van het aantal dementiepatiënten met 71% bij mannen en 32% bij vrouwen (een sterkere toename bij mannen vanwege de steeds hogere levensverwachting). In 2025 zullen 280.000 personen vanwege hun dementie aangewezen zijn op zorg door anderen. Binnen deze groep neemt het aantal alleenstaanden sterker toe dan gemiddeld. Vanwege het ontbreken van mantelzorg doen zij een groter beroep op zorg dan anderen. Overigens neemt ook onder jongeren het aantal care-aandoeningen toe. Denk aan diabetes, een belangrijke driver ook voor carekosten.

4.182 De tweede oorzaak is het feit dat ook bij een ‘gelijkblijvend’ aantal aandoeningen de vraag stijgt. In de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg kan dit komen omdat het door de complexiteit en individualisering van de maatschappij voor kwetsbare groepen moeilijker wordt om zich te handhaven. Zij kunnen moeilijker werk vinden en moeilijker voldoen aan alle eisen die de maatschappij stelt. Het gevolg is dat zij terugvallen op zorgvoorzieningen. Een andere oorzaak kan zijn dat steeds meer cliënten of hun familie bekend raken met de mogelijkheden van zorg, en daardoor zelf ook hulp gaan vragen. Of zich niet langer schamen om hulp voor hun klachten te vragen, zoals vroeger nog wel het geval was. Deze oorzaken worden wel in verband gebracht met de stijgende vraag naar de AWBZ-functies ondersteunende en activerende begeleiding extramuraal.

4.183 Het volumevraagstuk is het meest massief in de ouderenzorg, maar speelt ook in de andere sectoren. Direct, zoals boven beschreven, maar ook indirect. Door de toenemende vraag naar ouderenzorg komen ook de budgetten voor GGZ en gehandicaptenzorg onder druk te staan. Er is in zekere zin sprake van afzonderlijke budgetten in de contracteer-ruimte, maar macro gezien worden bij de besluitvorming over de AWBZ geen schotten gehanteerd.

4.184 De vraagontwikkeling wordt niet of nauwelijks gedempt door medische ontwikkelingen die herstel van de aandoening mogelijk zouden maken. De ziekte van Alzheimer bijvoorbeeld kan nog niet worden genezen. Ook preventie speelt niet echt een rol. Preventie in de vorm van bijvoorbeeld een gezonde leefstijl kan een deel van de care-gerelateerde aandoeningen inderdaad voorkómen, maar het effect is tevens dat de bevolking daardoor steeds ouder wordt, en in de laatste levensjaren treden er vaak toch aandoeningen op. De preventie biedt uitstel maar uiteindelijk manifesteert zich toch een aandoening en is de ziekteperiode even lang. Of een bepaalde aandoening wordt volledig voorkomen, maar daardoor krijgt een andere de kans om op te treden. Al met al zijn er zijn aanwijzingen dat preventie in de care, hoe belangrijk voor de cliënt ook, de kosten alleen in de tijd verplaatst.

4.185 Tot voor kort gold ook de vergroting van de zelfredzaamheid als preventieve methode. Doordat de cliënt meer taken zelf kan uitvoeren, is zorg minder nodig. Deze factor lijkt echter te zijn uitgewerkt. De grens aan de zelfredzaamheid lijkt bereikt. Mede door de steeds scherper geworden indicatiestelling wordt er weinig meer van verdere bevordering van de zelfredzaamheid verwacht.

4.186 Wij verwachten al evenmin een grote dempende werking op de carevraag vanuit substitutiemogelijkheden. Het begrip substitutie werd in de care tot voor een jaar of tien wel gezien als een soort tovermiddel. Welzijnsdiensten zouden kunnen dienen als substituut voor zorg, en woningaanpassingen/hulpmiddelen bekostigd vanuit de Wvg als substituut voor opname in een instelling. Die functie heeft substitutie ook zeker gehad, maar wij hebben de indruk dat zo langzamerhand de rek uit de substitutie is. Cliënten die tegenwoordig nog zorg ontvangen, redden het niet meer met welzijn en Wvg, of zouden dan voorzieningen moeten ontvangen die duurder zijn dan zorg. Bovendien zijn ook met welzijn en Wvg publieke middelen gemoeid; verdere substitutie zou voor de care misschien wat lucht geven, maar voor de collectieve lastendruk niet.

Risico kostenoverschrijding vergroot door prikkels binnen de care

4.187 Intrinsiek bevat de wijze waarop de care is georganiseerd, prikkels die het risico van kostenoverschrijding verder vergroten. De invloed is echter minder groot is dan die van de externe factoren. Ook de interne prikkels hebben vooral betrekking op het volume en minder op de prijs.

4.188 Een prijsopdrijvende prikkel is dat cliënten en/of aanbieders van mening zijn dat de tarieven te laag zijn om de juiste deskundigheidsniveaus in te zetten. Dit geluid wordt met name in de ouderenzorg steeds sterker. Er wordt wel gezegd dat GGZ en gehandicaptenzorg ruimer geprijsd zijn. Wij durven daarover geen uitspraak te doen op grond van de gegevens waarover wij beschikken.

4.189 Een volume prikkel, veroorzaakt door de organisatie van de care, is dat het aanbod nieuwe vraag kan scheppen. De toegang zou te gemakkelijk zijn en de eigen bijdrage een onvoldoende hoge drempel. In hoeverre dat echt het geval is, is moeilijk te zeggen. Het argument wordt wel aangevoerd als een van de redenen voor de overheveling van de huishoudelijke hulp en in de komende tijd de extramurale begeleiding naar de Wmo. Maar hoe zwaarder de zorg, hoe minder dit fenomeen zich zal voordoen.

4.190 De derde volume prikkel is de wens van de cliënt om voor zijn aandoening meer hulp te ontvangen dan nu aan zijn indicatie is gekoppeld. Daar waar cliënten van mening zijn dat zij meer zorg nodig hebben dan ze ontvangen, groeit de vraag naar meer uren of zwaardere zorgpakketten. Deze prikkel doet zich ook voor bij aanbieders, die van mening zijn dat de tarieven te laag zijn voor het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg.

Risico kostenoverschrijding care leidt tot sterke tegenprikkel ministerie en financiers

4.191 Het risico van kostenoverschrijding wordt vooral veroorzaakt door externe oorzaken en prikkels gelegen bij de cliënt en de aanbieder. Juist omdat de kostenoverschrijding zo groot zou zijn, heeft het risico in het recente verleden geleid en leidt het nog steeds tot een reeks van sterke prikkels tot kostenbeheersing bij met name het ministerie en de financiers.

4.192 De prikkel tot kostenbeheersing bij het ministerie en in het verlengde daarvan bij ZBO's is ingegeven door verschillende oorzaken. In de eerste plaats wordt het in Nederland nu eenmaal niet gewaardeerd als bewindslieden worden geconfronteerd met een budgetoverschrijding op hun terrein. Het leidt tot Kamervragen, problemen met het ministerie van Financiën en soms zelfs tot aftreden. Wijzen op de hoge zorgvraag kan helpen, maar dat doet het niet altijd. In de tweede plaats speelt de vraag naar de dekking van de overschrijding, zeker als die structureel lijkt. De alternatieven zijn beperkt: korting op de instellingsbudgetten van het jaar daarop, verhoging van de AWBZ-premies en/of de eigen bijdrage van de cliënt. Alle maatregelen zijn impopulair of in de politiek onbespreekbaar. In de derde plaats kan de prikkel tot kostenbeheersing worden

ingegeven door de inhoudelijke overtuiging dat het huidige kostenniveau voldoende moet zijn om de benodigde zorg te leveren.

4.193 De prikkel bij de gemeenten als financiers is vergelijkbaar daarmee. Daar komt nog bij dat de mogelijkheden tot bijpassen van tekorten (door bijvoorbeeld het rijk) nog geringer zijn. Bovendien zullen zij willen aantonen dat zij goed toegerust zijn voor hun nieuwe taak. De overheveling van de huishoudelijke hulp heeft in de politiek veel discussie opgeroepen, waarbij onder meer de vraag is gesteld of de gemeenten wel in staat zouden zijn om de kosten in de hand te houden.

4.194 De prikkel bij de zorgkantoren als financiers is van andere aard. Ook zij zullen willen bewijzen dat zij op hun taak zijn berekend, zelfs in een situatie waarin wordt gesproken over opheffing van de zorgkantoren binnen enkele jaren. Maar aan de andere kant lopen zij geen direct risico en is het de vraag of zij formeel-juridisch wel mogelijkheden hebben om overschrijding tegen te gaan. Op mesoniveau worden zij geprikkeld om hun contracteerruimte niet te overschrijden, maar een intrinsieke prikkel om de totale AWBZ-kosten te beheersen is er niet.

4.195 De prikkel tot kostenbeheersing bij de cliënt als financieer – van zijn PGB-zorg – is in zoverre vergelijkbaar, dat er wel een prikkel is om het eigen budget niet te overschrijden (die kosten krijgt hij niet vergoed en in de praktijk is zelfs sprake van onderuitputting op microniveau), maar geen prikkel om op meso- of macroniveau de carekosten te beheersen.

4.196 Een prikkel tot kostenbeheersing zien wij ook min of meer bij de indicatiesteller in de care, het Centraal Indicatieorgaan Zorg. Het CIZ volgt de indicatierichtlijnen van het ministerie, die door cliënten en aanbieders als vrij strikt worden ervaren. Zo worden de uren die een mantelzorger kan inzetten, op het geïndiceerde aantal uren in mindering gebracht. Wij gebruiken de term ‘min of meer’ omdat er hardnekkige signalen zijn dat de verschillende regionale CIZ-commissies verschillend indiceren en dat er zelfs van persoon tot persoon verschillen zijn. Ook wordt gesteld dat het CIZ niet altijd voldoende is toegerust voor het stellen van adequate indicaties bij minder vaak voorkomende aandoeningen.

4.197 De laatste tijd worden steeds meer (extramuraal) indicaties gedelegeerd aan de zorgaanbieders. Daarover bestond enige aarzeling omdat het ministerie zich afvroeg of dit geen opdrijvende werking zou hebben. Voor zover bekend is dat tot nog toe niet gebleken.

Gedragseffecten van stakeholders leiden tot nieuwe prikkels

4.198 De tot dusver beschreven risico's en prikkels leiden tot bepaald 'gedrag' bij stakeholders. In deze paragraaf wordt kort ingegaan op het iteratief gedrag van de marktpartijen en overheden.

Gedrag marktpartijen in het licht van dreigende kostenoverschrijding

4.199 Cliënten zullen hun vraag om meer zorg vertalen in allereerst verzoeken tot (her)indicatie. Als blijkt dat er niet aan hun vraag wordt voldaan, zullen zij of hun belangenbehartigers signalen afgeven naar de politiek of de media, of op landelijk niveau invloed uitoefenen om te komen tot een oplossing. Daarmee zij niet gezegd dat cliënten alleen maar uit zijn op meer budget; ook de cliënten(organisaties) realiseren zich dat de collectieve of individuele lastendruk hiermee kan stijgen.

4.200 Aanbieders gebruiken de roep om meer volume als input voor hun onderhandelingen met de zorgkantoren en gemeenten; als het gaat om prijzen zijn de zorgkantoren minder geschikte onderhandelingspartners. Alleen als de tarieven nog onder het maximumniveau liggen, is dat een mogelijkheid en voor het overige gaat het uitsluitend om (in omvang relatief beperkte) toeslagen in bijzondere situaties of om projectsubsidies. In het algemeen speelt de prijs geen hoofdrol in het contact tussen aanbieder en zorgkantoor. Bij gemeenten waar de prijs een onderwerp van de aanbesteding is, is dat wel het geval.

4.201 Voor onderhandelingen op landelijk niveau over tarieven of volume schakelen aanbieders hun brancheorganisaties in.

Gedrag overheid ten aanzien van kostenbeheersing

4.202 Het ministerie vertaalt de prikkel tot kostenbeheersing vooral in maatregelen om het AWBZ-pakket te verkleinen, naast een aantal prijsmaatregelen.

Overhevelen onderdelen AWBZ biedt marktwerking kans

4.203 In dit licht moeten ook de overheveling van de op genezing gerichte GGZ naar de Zvw in 2007 en de huishoudelijke hulp naar de Wmo in 2006 worden gezien, net als de komende overheveling van kortdurende thuiszorg en begeleiding²⁵ (ook al spelen ook inhoudelijke overwegingen een rol). De gedachte kan zijn dat door deze overheveling de ex-carevoorzieningen onderhevig worden aan marktwerking. Het opvallende is dat marktmechanisme dus niet alleen wordt ingezet om te komen tot concurrerende lagere tarieven maar blijkbaar ook om het volume te beheersen (want dat is in de care immers het grootste probleem). Opvallend, omdat bij marktwerking toch meestal geen krimpdoelstelling aanwezig is.

Beperken aanspraak moet 'onbedoeld gebruik' voorkomen

4.204 Een ander voorbeeld van een maatregel is de voorgenomen inperking van de aanspraak ondersteunende begeleiding, door het schrappen van twee van de grondslagen voor deze aanspraak, de somatische en de psychosociale grondslag²⁶ (bron: Prinsjesdag 2007). Daarbij wordt opgemerkt dat waar mogelijk 'prikkelers zullen worden ingebouwd om onbedoeld gebruik te verminderen' (pag. 224). In dit verband vallen termen als 'boodschappendienst, bioscoopbezoek en huiswerkbegeleiding (Zorgvisiecongres over de toekomst van de AWBZ juni 2008). De staatssecretaris wil in ieder geval alle aanspraken scherper formuleren zodat het CIZ in zijn indicatiestelling dit 'onbedoeld gebruik' kan voorkomen. Onbedoeld gebruik is ook een term die valt als het gaat om sommige bestedingsdoeleinden van het PGB: zo blijkt dat het PGB-gebruik per regio sterk verschilt (artikel RVZ) zonder dat er verschillen in bevolkingskenmerken aan ten grondslag lijken te liggen en zonder dat er sprake lijkt te zijn van substitutie met zorg in natura.

Effecten scheiden wonen en zorg niet overschatten

4.205 Alweer een jaar of tien geleden is het zogenoemde scheiden van wonen en zorg opgekomen. De aanleiding was een zorginhoudelijke. De gedachte was dat AWBZ-cliënten veel te snel in een intramurale voorziening werden opgenomen en daardoor te veel zouden hospitaliseren. Er zou hen te veel uit handen worden genomen en er zou te weinig een beroep gedaan worden op wat zij nog kunnen. Bovendien moeten ze bij opname hun vertrouwde omgeving verlaten, en soms zelfs (in een verpleeghuis) hun partner. Als oplossing werd het scheiden van wonen en zorg geïntroduceerd. De mogelijkheden voor het ontvangen van zorg in de eigen thuissituatie werden sterk uitgebreid, en verdere werden de woonzorgcomplexen of vergelijkbare voorzieningen ontwikkeld. Dit zijn complexen woningen die worden gehuurd of gekocht door personen met een AWBZ-indicatie (of echtparen waarvan één persoon een indicatie heeft). In de wooncomplexen is AWBZ-zorg beschikbaar. Omdat het om een wooncomplex gaat, kan de zorg efficiënt zonder reistijd worden georganiseerd en kan daarom ook intensievere zorg worden geboden, soms inclusief avond- en nachtdiensten.

4.206 Het ministerie is nu voornemens om het scheiden van wonen en zorg te intensiveren, mede om financiële redenen. Het is de bedoeling dat verblijf in het kader van de AWBZ alleen nog mogelijk is in bijzondere situaties, bijvoorbeeld als permanent toezicht nodig is. Huidige intramurale voorzieningen zouden dus ook geheel of gedeeltelijk moeten worden omgevormd tot woningen of appartementen die de cliënt huurt of koopt.

4.207 Merk op dat hierdoor niet alleen de kosten van de woning zelf uit de AWBZ verdwijnen, maar ook de daarmee verbonden kosten van bijvoorbeeld voeding en huishoudelijke hulp (in intramurale voorzieningen onderdeel van de functie verblijf).

4.208 Het effect van deze maatregel voor de totale collectieve lasten moet overigens niet worden overschat. In de eerste plaats vervallen weliswaar kosten, maar ook opbrengsten in de vorm van eigen bijdragen (in geval van verblijf wordt een hoge eigen bijdrage gevraagd). Verder worden kosten verplaatst naar andere collectieve financieringsregelingen dan de AWBZ, zoals de huursubsidie, Wmo en gemeentelijke welzijns-subsidies. Uit een onderzoek van PricewaterhouseCoopers in 2003 bleek dat per saldo intramurale zorg voor de maatschappij nog steeds duurder was dan extramuraal zorg; het verschil bedroeg afhankelijk van de vorm van extramuraal wonen – in een woonzorgcomplex dan wel gespreid in een wijk– circa zes tot maximaal dertig euro per cliënt per dag. Voor de cliënt is extramuraal wonen echter duurder dan intramuraal. Voor cliënten met een hogere zorgvraag maar met uitsluitend inkomsten uit AOW of een klein pensioen zou het inkomen zelfs minder zijn dan het minimuminkomen.

4.209 Het scheiden van wonen en zorg zoals het ministerie dit nu voor zich ziet, leidt ertoe dat zorgaanbieders zullen moeten nadenken over de wijze waarop zij met hun vastgoed om zullen gaan. Er zijn verschillende mogelijkheden: verkopen aan een woningcorporatie, onderbrengen in een afzonderlijke juridische entiteit samen met andere zorginstellingen, of zelf in bezit houden. In het laatste geval kan de vraag worden gesteld of dit niet leidt tot kruissubsidiëring: middelen die waren bestemd voor de zorg maar wegvloeien naar het wonen of andersom. Een dergelijke kruis-subsidiëring maakt de bekostiging minder transparant. Op dit moment is daarom met name het ministerie van VROM geen voorstander van deze constructie. Om die reden is bijvoorbeeld de (volledige) fusie van de woningcorporatie Woonzorg Nederland en twee AWBZ-voorzieningen door dit ministerie verboden (juni 2008).

Efficiëncykorting loopt vooruit op kwaliteitsfinanciering

4.210 Een opvallend voorbeeld van een voorgenomen overheidsmaatregel die ingrijpt op de prijs is een in 2008 door te voeren efficiëncykorting vooruitlopend op een systeem waarin goed presterende zorgaanbieders worden beloond en minder goed presterende worden gekort. Opvallend omdat dit een maatregel is die minder goed lijkt te passen in de rolverdeling in de care, waar dit type maatregelen vooral vanuit de financiers zou worden verwacht. Opvallend ook omdat niet duidelijk is welke prikkel er uitgaat van een korting vooruitlopend op een nog niet bestaand systeem. De gedachte is dat aanbieders zich spiegelen aan de best practices, maar het is nog niet uitgekristalliseerd wie dat zijn.

Prijmaximum moet budgettair neutrale invoering nieuwe maatregelen mogelijk maken

4.211 Verder is het ministerie ook actief in het laten vaststellen van de tarieven zodanig dat ze passen binnen de geplande kostenontwikkeling. Zo is de tarifiering van de ZZP's gebaseerd op het historisch beschikbare

budget, een budgettair neutrale invoering dus, terwijl er aanvankelijk sprake van was dat de bij de ZZP-invoering horende zorgzwaartemeting zou uitwijzen dat er meer zorg nodig was dan nu gemiddeld wordt gegeven en dat de kosten daardoor zouden stijgen. Een ander voorbeeld is de invoering van het zogenoemde volledige zorgpakket thuis. Cliënten met een indicatie voor verblijf kunnen ervoor kiezen toch thuis te blijven wonen en zorg te krijgen ter hoogte van het intramurale budget minus de verblijfscomponent. Er komen echter signalen dat het leveren van kostendeekkende zorg dan niet mogelijk is: dat geldt vooral als het aantal zorgmomenten per dag groot is, omdat de medewerkers iedere keer moeten reizen. Een derde voorbeeld betreft de PGB-regeling. Vanwege het open eind van de regeling volgen het CvZ en het ministerie de kostenontwikkeling op de voet en overweegt het ministerie een herijking van de regeling.

4.212 De zorgkantoren vertalen de prikkel tot kostenbeheersing door hun contracteerruimte niet te overschrijden binnen hun contracteerruimte zo scherp mogelijk te onderhandelen met de aanbieders, om zoveel mogelijk volume te kunnen inkopen en/of zo laag mogelijke prijzen te bedingen. De gemeenten doen binnen hun budget hetzelfde, maar dan veel explicieter via het aanbestedingsproces. De cliënt als PGB-financier zal proberen bij de inkoop zo laag mogelijke tarieven te bedingen en dus zoveel mogelijk volume in te kopen. Geen van de drie partijen zal gemakkelijk zorg contracteren waarvoor (nog) geen budget is. Vaak wordt zelfs een buffer aangehouden en wordt in eerste instantie niet het volledige beschikbare bedrag gecontracteerd.

Machtsverhoudingen zijn complex

4.213 Het caresysteem is in principe opgezet vanuit de gedachte van checks and balances, waarin de macht niet aan één partij maar aan meerdere partijen is toegekend. Van de kernspelers cliënten, aanbieders en financiers hebben de cliënten in elk geval niet de meeste macht, zo wordt aangenomen. Het machtsevenwicht tussen aanbieder en financier varieert per situatie.

4.214 De fusiegolf onder de aanbieders heeft geleid tot zeer grote spelers die in bepaalde regio's weinig concurrentie hebben en die dus door het zorgkantoor niet buiten de contractering gelaten kunnen worden zonder het zorgniveau aan te tasten. In de Wmo is de concurrentie groter en de macht van grote aanbieders dus minder. In de machtsverhoudingen speelt verder een rol dat grote aanbieders zelf vaardige onderhandelaars in dienst kunnen hebben. Er zijn echter ook veel kleine spelers, die deze mogelijkheid niet hebben en die veel concurrentie van de grote aanbieders ondervinden.

4.215 Aan de andere kant hebben de zorgkantoren in hun regio en de gemeenten een monopoliepositie: de aanbieders kunnen niet kiezen voor een andere contractpartner, althans niet in hetzelfde gebied. De onderhandelingsvaardigheid van zorgkantoren en gemeenten wisselt.

4.216 Al met al is het beeld van de machtsverhoudingen bij de zorginkoop in de care diffuus. Te grote machtsconcentraties hebben het in zich om te leiden tot suboptimale contractering. Verderop gaan wij aan de hand van het voorbeeld van de thuiszorg verder op dit vraagstuk in.

Effecten gedrag kostenbeheersingprikkel op cliënten en aanbieders

4.217 Het gedrag van ministerie en financiers, veroorzaakt door de sterke prikkel tot kostenbeheersing, heeft een fors effect op de cliënt en aanbieder.

4.218 Voor de cliënt kan de vaststelling van het volume op basis van de budgetruimte in plaats van de vraag tot gevolg hebben dat hij minder zorg of minder goede zorg krijgt dan hij nodig heeft, of op een wachtlijst wordt geplaatst. Op dit moment staan de wachtlijsten minder in de belangstelling, maar het volume van zorg en de kwaliteit komen regelmatig in de politiek of media naar voren. De cliëntenorganisaties bewaken deze ontwikkeling en wenden hun landelijke invloed aan om de effecten tegen te gaan als zij van mening zijn dat nodig is.

4.219 Voor de aanbieder is het effect van lagere tarieven een prikkel tot kostenbeheersing binnen de eigen organisatie: efficiëncymaatregelen dus. Desondanks zijn de gevolgen van lagere tarieven soms existentieel: een enkele thuiszorginstelling is al failliet en vele andere care-aanbieders lijden verlies. Het is wel zo dat er instellingen zijn die met de huidige tarieven wél een marge op hun productie realiseren, maar het kan zijn dat die vooral wordt gebaseerd op andere activiteiten die het concern uitvoert. Zeker voor bepaalde typen instellingen (bijvoorbeeld grote thuiszorginstellingen) is het blijkbaar niet eenvoudig om een marge te realiseren en zij vragen zich af of het zelfs met de strengste efficiëncymaatregelen wel mogelijk is om een sluitende exploitatie te realiseren en toch verantwoorde zorg te leveren. Het effect is zo sterk, dat 'overleven' op dit moment wel als belangrijkste onderwerp voor zorgbestuurders wordt gezien (bron: interviews met zorgaanbieders).

4.220 De efficiency van care-instellingen, met name thuiszorginstellingen, is op dit moment veelvuldig in het nieuws. Thuiszorginstellingen die een cliëntenstop invoeren, cliëntenorganisaties die de instellingen verwijten dat ze onnodige paniek zaaien en zorgkantoren die trachten de cliënten bij andere instellingen onder te brengen (bron: dagbladen juni/juli 2008). ActiZ, de brancheorganisatie van VVT-instellingen heeft in juli 2008 een door PricewaterhouseCoopers rapport gepubliceerd waaruit blijkt dat ruim de helft van de instellingen (91 respondenten, in

totaal 6 miljard euro omzet vertegenwoordigend) in 2007 verlies heeft gemaakt (Bron: Hoe houdt de VVT-sector zich financieel staande? PwC juli 2008). In 2008 zal dat naar verwachting 63% zijn. Het verlies zal gemiddeld 1,7% van de opbrengsten bedragen; het verlies op de Wmo-dienstverlening zelfs 8,4%. De budgetratio (eigen vermogen als percentage van de opbrengsten) in 2007 is gemiddeld 11,6% en daarmee ruim onder het niveau dat banken en andere financiers vragen als borging voor investeringen. In 2008 wordt een daling tot 10,6% verwacht.

4.221 Er wordt wel gewezen op het belang van innovatie om de kosten te drukken en dat kan zeker helpen, maar wij verwachten daarvan niet zodanige effecten dat in de caresector de problemen er substantieel door verminderen. Daarvoor heeft de care te veel het karakter van tijdsinvestering van mensen voor mensen, juist omdat het om de kwaliteit van leven gaat. Dat neemt niet weg dat daar waar mogelijk tijd die wordt geïnvesteerd in niet-cliëntgebonden activiteiten moet worden gereduceerd. In dat licht kan telezorg met contact via het televisiescherm een belangrijke vernieuwing zijn: de hulpverlener hoeft niet te reizen. Van belang is dan wel dat innovatie wordt toegepast in plaats van bestaande werkwijzen en niet ernaast. De NZa wijst erop dat dit nog te vaak gebeurt. Er worden wel verdergaande oplossingen gesuggereerd zoals het vervangen van hulp bij de maaltijden door voeding via sonde of infuus (bron: blad 2025 jaargang 2007 nummer 6). Maar hoewel deze oplossingen aan het denken kunnen zetten en bewust kunnen maken van de ernst van de problematiek, staan ze toch ver af van het wezen van de care; een beschaafde samenleving zou deze niet moeten willen accepteren, is onze overtuiging.

4.222 Voor de aanbieder is het effect van volumebegrenzing minder direct zichtbaar. Het bestaan van een wachtlijst tast hun financiële exploitatie niet zozeer aan. Het effect van pakketverkleining is er wel, in die zin dat veel aanbieders nu met twee of drie regimes tegelijk te maken hebben: de Zvw, de AWBZ en de Wmo. Dat kan leiden tot afstemmingskosten en hogere administratieve lasten omdat elke financiers zijn eigen registratie vraagt. Overheveling naar de Wmo verhoogt het risico dat de aanbieder een aanbesteding verliest en daardoor grote delen van zijn productie verliest, waardoor zijn personeels- en overheadkosten disproportioneel hoog worden.

Resultaat: kostenbeheersing op dit moment met fors vraagstuk voor de toekomst

4.223 Alles bij elkaar ontstaat het volgende beeld. De sterke prikkel tot kostenbeheersing die uitgaat van het ministerie, de ZBO's en de financiers, weet de werkelijke carekosten ten opzichte van de begrote kosten redelijk in de hand te houden. De enige grotere overschrijdingen zijn de extra middelen die de afgelopen jaren zijn ingezet voor het inkorten van

de wachtlijsten. Verder is op dit moment de PGB-regeling nog een open eind, maar naar onze verwachting zal deze regeling worden aangepast. Het principe van de regeling, de cliënt koopt zelf zorg in, staat niet ter discussie, maar met name het feit dat PGB-middelen worden uitgegeven voor werkzaamheden die anders door mantelzorgers om niet werden uitgevoerd (monetarisering van de mantelzorg), zou een probleem zijn. De kostenbeheersing wordt mede bereikt door onderdelen over te hevelen naar sectoren waar sprake is van marktwerking.

4.224 Er lijkt in dit opzicht dus weinig reden tot extra maatregelen vanuit het oogpunt van puur uitgavenmanagement. Cynici noemen dit: de problemen over de muur gooien naar de wachtlijst of de mantelzorgers.

4.225 Toch blijven er nog zaken op te lossen. De financiële positie van zorginstellingen stemt niet tot optimisme en het is niet duidelijk in hoeverre efficiencymaatregelen de situatie zullen verbeteren. Daar komt nog bij dat als de zorgaanbieders zelf verantwoordelijk worden voor de dekking van de kapitaallasten - nu nog afzonderlijke vergoed, in de komende drie jaar om te zetten naar scheiden van wonen en zorg dan vergoeding in het zorgtarief – zij ook zelf verantwoordelijk worden voor investeringsfinanciering. Echter, de banken eisen een sterkere vermogenspositie dan aanwezig is.

4.226 Het tweede en grootste probleem is dat met beheersing van de budgetten nog steeds geen oplossing is gevonden voor de toenemende vraag. Bij ongewijzigd beleid kunnen snel lange wachtlijsten ontstaan, die mogelijk voor veel politieke onrust zullen zorgen. Ook de geplande grootschalige overheveling van AWBZ-onderdelen kan leiden tot serieuze klachten over ontoelaatbare verschraling van de zorg.

4.227 Een derde aandachtspunt is de afstemmingsvraag die zich voordoet bij de verdeling van de care over meerdere regimes. Denkbaar is het effect dat de 'AWBZ-spelers' geneigd zijn zoveel mogelijk te verwijzen naar de Zvw en Wmo, en andersom. Waar ligt straks bijvoorbeeld precies de grens tussen begeleiding en persoonlijke verzorging? Tot nog toe zijn er overigens weinig signalen dat dit een grote rol speelt, en bovendien speelt de afstemmingsvraag bij elke afbakening. Toen de huishoudelijke hulp bijvoorbeeld nog wél onder de AWBZ viel, was er ook al sprake van afstemmingsvragen tussen AWBZ en Wmo.

Non-monetaire risico's in huidige systeem kunnen averechtse werking hebben

4.228 Ook in de care kan er sprake zijn van non-monetaire risico's, dus risico's die voortkomen uit gedrag dat niet is gericht op uitgavenmanagement, maar daar indirect wel gevolgen voor heeft.

Verschraling van zorg niet uit te sluiten

4.229 Her en der in dit hoofdstuk is al het risico van verschraling in de zorg aangeduid. Wij willen geen oordeel vellen over de vraag of nog toe sprake is geweest van verschraling, maar voor de toekomst zien wij dit risico wel. Scherpere indicatiestelling, opnieuw ontstaan van wachtlijsten, verdwijnen van toeslagen bij ZZP-bekostiging, door'belasten' van efficiencymaatregelen: het kan allemaal worden vertaald in minder zorg bij gelijkblijvende zorgbehoefte van de cliënt. Er wordt al jarenlang gediscussieerd over de vraag of het dan gaat om het 'wegsnijden van overtollig vet' of om het 'aantasten van het menswaardig bestaan van cliënten'. Wat hier blijkt, is dat er geen eenduidige concretisering bestaat van het doel van de care en de middelen die daarvoor nodig zijn. Daardoor werd en wordt er ook versnipperd gereageerd op maatregelen die de care aantasten. Bij elke bezuinigingsmaatregel laten de zorgaanbieders weten dat verdere bezuiniging niet mogelijk is, terwijl de overheid stelt dat dit wél kan en de verzekeraars en andere stakeholders zich buiten de discussie houden.

4.230 Pas de laatste tijd lijken er andere initiatieven te komen. Denk aan het opstellen van de normen verantwoorde zorg in de VVT en gehandicaptenzorg. Daar werken cliënten, zorgaanbieders, IGZ, verzekeraars en ministerie samen om operationele en meetbare kwaliteitsnormen te stellen. Het blijkt nu al dat dit concept krachtig is ook als er van buitenaf aanvallen op worden gedaan (wegens methodologische onvolkomenheden bijvoorbeeld). Dit concept zou ook een wapen kunnen zijn tegen verschraling, via het gezamenlijk commitment van partijen. Wel is het zo dat de normen verantwoorde zorg alleen nog betrekking hebben op de AWBZ. Het verkleinen van het AWBZ-pakket heeft nu nog automatisch gevolgen voor de reikwijdte van deze gezamenlijke afspraken.

4.231 Voor het uitgavenmanagement hebben dit soort ontwikkelingen indirect gevolgen. Vanuit overeenstemming over het niveau van verantwoorde zorg kan overeenstemming ontstaan over een minimumniveau aan kosten dat daarbij behoort, en dus een minimumprijs. Dit geeft een krachtige prikkel tot verzet wanneer dit niveau dreigt te worden aangeast.

4.232 Men zou zich kunnen afvragen of het optreden van dergelijke risico's en prikkels wel in de lijn van de verwachtingen ligt nu er steeds meer wordt gedacht over marktwerking. Wij denken dat een en ander niet strijdig is. Overeenstemming over een minimumniveau geeft nog onverkort ruimte aan onderhandelingen over de prijs, zolang dit minimumniveau maar niet in gevaar komt. Bovendien betekent concurrentie niet dat concurrenten geen gezamenlijke belangen hebben en die niet gezamenlijk moeten regelen. Ook in het bedrijfsleven blijkt dat duidelijk, daar waar concurrenten gezamenlijk optrekken als het bijvoorbeeld om afspraken over milieunormen gaat.

Krappe arbeidsmarkt kan zorgaanbod ondermijnen

4.233 Een tweede niet-monetair risico is ook al even aangeduid: het tekort aan werknemers in de zorg. Naast hogere salariseisen vanuit een economisch perspectief zijn ook andere vragen te verwachten. Hoe interesseren we jongeren voor een baan in de zorg? Hoe behouden we oudere werknemers? In de care gaat het qua aantallen voornamelijk om personeel op lbo- of mbo-niveau, met elk een eigen specifiek benodigde aanpak. Het voert in het kader van dit rapport veel te ver om nader op dit probleem in te gaan. Er wordt veel over geschreven en er zijn vele initiatieven, variërend van telezorg tot het in ere herstellen van de insertieopleiding voor verzorgenden (zie voor dit laatste onder meer 2025, jaargang 2008 nummer 3).

Kwaliteitsmaatregelen kunnen kosten verhogen maar ook financieel draagvlak van zorgaanbieders vergroten

4.234 Als derde noemen wij het risico van kwaliteitsmaatregelen – vanuit het oogpunt van kostenbeheersing. Een voorbeeld: tot het moment van overheveling van de huishoudelijke hulp naar de Wmo werd gemiddeld ongeveer 80% van de hulp geleverd door thuishulpen A, medewerkers in dienst van de thuiszorginstelling. Ongeveer 20% werd geleverd door alphahulpen, medewerkers die in feite in dienst zijn van de cliënt; de thuiszorginstelling zorgt vooral voor de bemiddeling. Het tarief voor alphahulp is aanzienlijk lager dan voor thuishulpen A, mede als gevolg van fiscale regelgeving. Na de overheveling van de huishoudelijke hulp zijn de verhoudingen omgedraaid: 80% alphahulp. Daarmee werd een aanzienlijke besparing bereikt. Er kwamen echter klachten van cliëntorganisaties over deze gang van zaken, omdat de cliënten lang niet altijd bereid en in staat bleken om de werkgeversrol te vervullen en bijvoorbeeld onaangenaam werden verrast als bleek dat bij ziekte van de hulp niet voor vervanging werd gezorgd. De staatssecretaris heeft daarom besloten dat alphahulpen voortaan alleen mogen ingezet als de cliënt daarmee uitdrukkelijk instemt. Het is niet uit te sluiten dat deze maatregel een kostenopdrijvend effect heeft. Gemeenten verzetten zich er dan ook tegen.

4.235 Kwaliteitsmaatregelen kunnen echter ook leiden tot meer inkomsten voor de zorgaanbieder, namelijk als cliënten bereid zijn voor extra kwaliteit meer te betalen. Strikt genomen gaat het dan om inkomen uit private zorg- en dienstverlening, maar de zorgaanbieder kan de winst inzetten voor AWBZ-zorg, waarmee deze weer wordt ontlast.

Faillissement in care niet langer ondenkbaar

4.236 Tot slot het risico van faillissement. In de cure is dit risico niet groot, maar voor de care ligt het genuanceerder. Intramurale instellingen zullen inderdaad niet snel failliet gaan: zorgkantoren kunnen bij de contractering moeilijk om hen heen gezien de vraag naar capaciteit, en bovendien levert sluiting van een instelling voor cliënten een groot pro-

bleem op dat politieke aandacht trekt en ook de verzekeraar imagoschade berokkent. Een systeem van extra toezicht door de NZa gekoppeld aan extra middelen houdt het faillissement meestal op afstand. In de thuiszorg ligt dat anders. Er zijn de laatste tijd meerdere instellingen failliet gegaan of net voor die tijd door anderen overgenomen. Ook faillissement van thuiszorginstellingen is voor cliënten in potentie een probleem, maar vaak wordt geregeld dat een andere aanbieder de medewerkers overneemt en bij dezelfde cliënten blijft inzetten.

Verskillende instrumenten mogelijk om risico's voor uitgaven-niveau te verkleinen

4.237 Welke instrumenten zijn er nu denkbaar om deze problemen te benaderen? Wij onderscheiden twee typen:

1. instrumenten die binnen het beschikbare budget de kosten verlagen dan wel het zorgvolume vergroten:
 - verdere marktwerking in de care;
 - vormen van cliëntketens;
 - verbeteren van de indicatiestelling;
 - maximaliseren efficiency;
 - omvormen van de PGB-constructie;
2. instrumenten die het budget vergroten:
 - verhoging van de premie en/of eigen bijdrage.

Meer marktwerking in de care geleidelijk in te voeren

4.238 Een optie die vaak wordt genoemd, is het verder doorvoeren van de marktwerking in de care. Of dit nu gebeurt door meer marktwerking te introduceren in de AWBZ of door de AWBZ op te heffen en de zorg verder over te hevelen naar Zvw of Wmo, is daarbij meer een uitwerkingskwestie. De gedachte is om de marktwerking gepaard te laten gaan met verplichte acceptatie van cliënten door financiers en aanbieders. Ook de solidariteitsgedachte kan niet worden losgelaten, is de algemene gedachte, omdat AWBZ-zorg voor de meeste individuele cliënten te duur zal zijn. Marktwerking in de care gaat daarom vooral over meer keuzevrijheid voor de cliënt, concurrentie door aanbieders en onderhandeling door aanbieders en financiers over de prijs. En niet in de laatste plaats: afschaffing van het budgetplafond.

4.239 Marktwerking in de care is een optie die overigens flink in discussie is. Sommigen zijn van mening dat de care zich daar niet voor leent, onder meer omdat het gaat om kwetsbare groepen cliënten die moeilijk als marktpartij kunnen optreden, ook niet de brancheorganisaties. Er gaan zelfs stemmen op om weer terug te keren naar aanbodsturing (puur uit oogpunt van kostenbeheersing).

4.240 Het komt ons voor dat het nog wat vroeg is om te kunnen concluderen of meer marktwerking de genoemde problemen oplost. De overheveling van huishoudelijke hulp en op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg is nog te recent om de effecten op kosten (en kwaliteit) al te kunnen vaststellen. Wij bepleiten een geleidelijke benadering, waarin eerst de effecten van het een worden vastgesteld voordat een volgende fundamentele stap wordt gezet.

4.241 Het ministerie van VWS zal hierbij een stevige rol moeten spelen (zie ook RVZ advies 25) en de wenselijkheid van terugtrekken uit het marktproces niet moeten verwarren met het vormgeven van spelregels.

Cliëntketen kan afstemmingskosten verlagen

4.242 Het eerste instrument om binnen het beschikbare budget de kosten te verlagen is vergroten van de afstemming. De RVZ constateert dat afstemming in de zorg van groot belang is om versnippering en kosteninefficiëntie te voorkomen. Het advies is om ziektegerichte cliëntketens te ontwerpen waar continuïteit van zorg centraal staat maar waar de cliënt ook wordt aangesproken op eigen verantwoordelijkheid voor wonen en welzijn. Ook dit kan dus een instrument in de reeks zijn. Berg (partner Plexus) suggereert het aantal keten-DBC's uit te bouwen. Keten-DBC's zouden integraal moeten worden gecontracteerd. Er is één hoofdaannemer, die de DBC's ook declareert. De gedachte is dat deze hoofdaannemer de andere partners zal aanspreken op afstemming en efficiency.

Verbeteren indicatiestelling leidt tot meer transparantie

4.243 Het borgen van een eenduidige indicatiestelling in de AWBZ (en ook in de Wmo, als daar verschillen blijken op te treden) leidt in ieder geval tot meer transparantie en dus tot toetsbaarheid van de indicaties, en daarmee tot stuurmogelijkheden. Of een betere indicatiestelling ook leidt tot lagere indicaties en dus lagere kosten, is vooralsnog de vraag. Er wordt wel voorgesteld om de indicatiestelling neer te leggen bij de financier, dus het zorgkantoor. In het licht van de prikkel tot uitgavenbeheersing een logische stap, want de financier zal geneigd zijn de financiële gevolgen van een indicatie te laten meewegen in zijn beslissing, of op zijn minst niet de prikkel voelen om zo hoog mogelijk te indiceren om de cliënt of de zorgaanbieder ter wille te zijn. Echter, indicatiestelling door de financiers past eigenlijk alleen maar in een systeem van marktwerking, een systeem dus waarin de cliënt in zijn keuze voor een verzekeraar diens indicatiestellingsbeleid als een van de criteria kan laten gelden. In het huidige systeem wordt naar onze overtuiging met de financiers als indicatiesteller het machtsevenwicht te zeer verstoord in het nadeel van de cliënt.

Maximalisering efficiency zorgaanbieders mag niet achterwege blijven

4.244 Een tweede instrument binnen het beschikbare budget is maximalisering van de efficiency. Daar waar verdere efficiencyverhoging van zorgaanbieders nog mogelijk is zonder de kwaliteit onverantwoord aan te tasten, mag dit niet achterwege blijven. Een betere logistiek of een beter gebruik van ICT-ondersteuning lijken nog kansen te bieden. Innovaties kunnen mogelijk nog leiden tot onvermoede besparingsmogelijkheden. Naast de huidige instrumenten zoals benchmarks, innovatieplatforms en verspreiding van kennis kunnen er mogelijk intensiveringsprogramma's worden ontwikkeld naar analogie van het ondersteuningsaanbod bij de invoering van ZZP-bekostiging. In een kort tijdsbestek wordt via het bezoek van deskundigen aan instellingen de stand van zaken vastgesteld en een gericht advies gegeven. Een diagnosescan en bouwstenen voor het advies zijn ontwikkeld door het bureau Hoeksma, Homans en Menting en het ministerie van VWS bekostigt het programma. Instellingen kunnen zelf besluiten of zij op het ondersteuningsaanbod ingaan. Een dergelijk programma lijkt op het eerste gezicht te strijden met de beoogde marktwerking en terugtrekking door de overheid, maar moet meer worden gezien als het creëren van een level playing field.

Omvormen PGB kan mogelijk onbedoeld gebruik voorkomen

4.245 Een maatregel om in plaats van een PGB bijvoorbeeld zorgvouchers te verstrekken, zou eventueel onbedoeld gebruik van het PGB tegengaan. Datzelfde geldt voor een systeem waarin de cliënt met een persoonsvolgend budget zorg inkoop bij reguliere zorgaanbieders. Tegelijkertijd beperken ze echter de emanciperende werking van PGB's en belemmeren ze een machtsevenwicht waarin de cliënt een meer gelijkwaardige positie inneemt. Aantasten van het PGB ligt daarom politiek gevoelig. (RVZ-advies).

4.246 Dat neemt niet weg dat op onderdelen ook nu al knelpunten kunnen worden opgelost. Zo noemden wij eerder dat het bestaan van machtsconcentraties aan de kant van zowel aanbieders als financiers het risico van suboptimale contractering in zich bergt. Aanbieders kunnen voor AWBZ-zorg in een regio slechts met één zorgkantoor onderhandelen, en voor Wmo-zorg soms ook slechts met één grote gemeente of samenwerkingsverband van gemeenten. Door de fusies van verzekeraars kunnen bovendien steeds meer zorgkantoren een vergelijkbaar beleid gaan voeren. Omgekeerd kunnen financiers soms niet om grote zorgconcerns heen. Voor kleinere instellingen is het soms moeilijker om contracten af te sluiten, ook als zij aantoonbaar goede prestaties leveren. Een instrument is in de gegeven situatie, waarin al veel is gefuseerd en ontvlechting geen reële optie is, alleen worden gevonden door verdere schaalvergroting. Ten slotte is op wereldschaal heel Nederland niet meer dan een postzegel (citaat uit congres bij presentatie RVZ-advies Zorginkoop april 2008). Dan zou de regionale binding van zorgkantoren moeten worden opgeheven en zou ook onder zorgaanbieders de concur-

rentie buiten de eigen regio moeten worden gestimuleerd. Wellicht kan lering worden getrokken uit de geestelijke gezondheidszorg, waar sinds de overheveling naar de Zvw het label PsyQ bijna landelijk actief is en volop sprake is van concurrentie

Verhoging premie of eigen bijdrage onontkoombaar

4.247 Toch waarschuwen wij voor overspannen verwachtingen. Wij veronderstellen dat de bovengenoemde maatregelen slechts een beperkt effect zullen hebben, vergeleken met de uitgavenstijging die nodig zou zijn om bij ongewijzigd beleid aan de groeiende zorgvraag te voldoen. Want meer zorg betekent dat er meer betaald moet worden. Dat leidt tot de vraag: hoe wordt het risico van kostenstijging door volumegroei beheerst? Of beter nog de voorliggende vraag: moeten we het risico wel beheersen of moeten we de hogere kosten dekken? Is het eigenlijk een probleem dat de carekosten stijgen?

4.248 Stijging van carekosten is niet per definitie een probleem. Als we meer van iets willen, stijgen de kosten en accepteren we dat ook. Het specifieke punt is voorlopig echter nog dat de kostenstijging terecht zal komen bij slechts een deel van de potentiële cliënten, degenen met de hogere inkomsten.

4.249 Blijft staan dat meer kosten alleen kunnen worden gedekt uit hogere premies en/of hogere eigen bijdragen per verzekerde/cliënt²⁷. We schreven al eerder dat beide maatregelen impopulair zijn en daarom door bewindslieden en de politiek wellicht worden gemedend. Er is hier ook sprake van een faseringsprobleem. Op dit moment worden veel carekosten 'veroorzaakt' door cliënten die zelf niet in staat zijn om hogere premies op te brengen of meer eigen bijdrage te betalen, omdat hun uitkering of pensioen daar niet in voorziet. Verhoging van de premiedruk of een hogere eigen bijdrage zou dus in de praktijk terecht komen bij inwoners die zelf juist minder dan gemiddeld een beroep doen op de AWBZ. Een grote wissel op de solidariteitsgedachte dus. Toch gaan wij ervan uit dat deze maatregelen niet onbesproken kunnen blijven als een werkelijk antwoord gevonden moet worden op de groeiende vraag. Als Nederlanders met elkaar vinden dat zij het helpen van cliënten bij de maaltijd niet moeten vervangen door sondevoeding, schept dat verplichtingen. Het antwoord luidt daarmee: naast enkele prikkels om de uitgaven te beheersen is het vooral het vergroten van de inkomsten dat de kostengroei moet opvangen.

4.250 Dat de gedachte aan hogere premies of eigen bijdragen langzaam uit de taboesfeer komt, blijkt uit een aantal recente discussies. Zo wordt er gesproken over versterking van de koppeling tussen inkomen en premie. Een andere denkvariant is het sparen voor levensloopachtige producten, een systeem van woonzorgvouchers bijvoorbeeld (onder meer M. van Rijn, voormalig DG bij het ministerie van VWS). In de begro-

tingsplannen voor 2008 (bron: Prinsjesdag 2007) kondigt het ministerie van VWS voor 2009 al een 'aanscherping' van de eigen bijdragen aan: meer draagkrachtige cliënten betalen meer eigen bijdrage.

4.251 Door de verhoging van de eigen bijdragen, tenminste als die inkomensafhankelijk zijn, mag overigens worden verwacht dat een verschuiving optreedt van publiek gefinancierde naar private zorg. Als de eigen bijdrage voor een verzorgingshuis voor bepaalde inkomensgroepen zo hoog wordt dat zij 'voordeliger' zelf een verzorgende thuis in kunnen huren, zal er een groep zijn die dit zal doen. Tegen een dergelijke constructie bestaat verzet, omdat in feite dan een categorie inwoners die wel altijd premie heeft betaald, geen gebruik maakt van de AWBZ ook als zij daarvoor een duidelijke indicatie hebben.

5 Farmacie

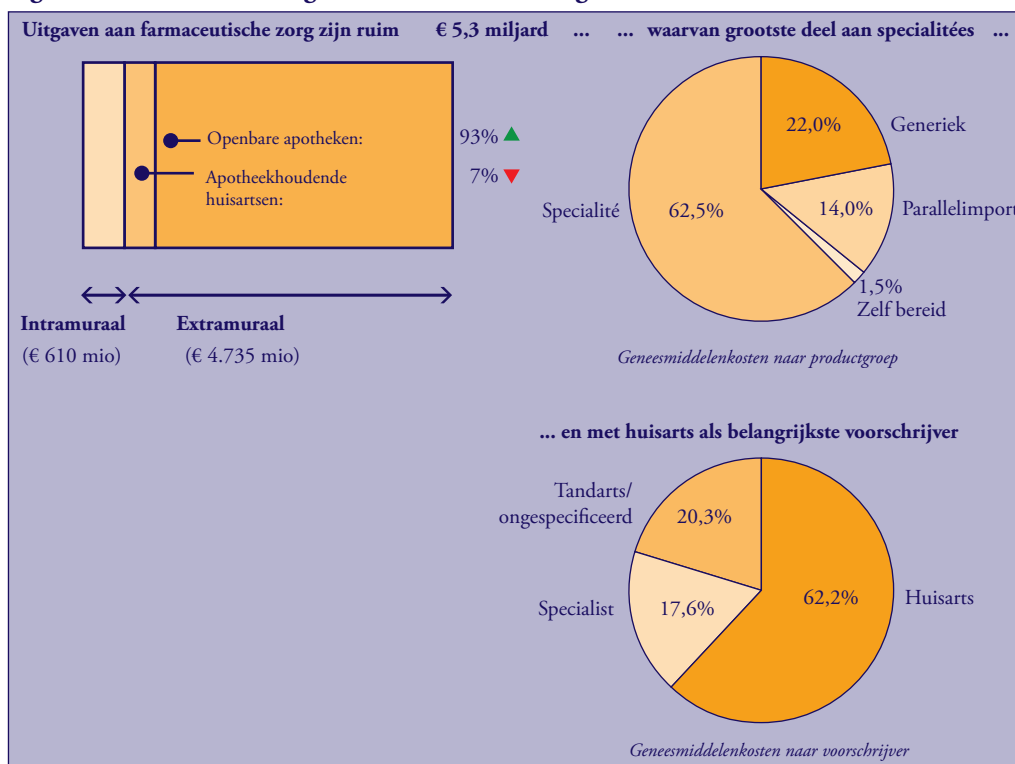
5.252 Dit hoofdstuk bespreekt de risico's voor het uitgavenniveau in de farmaceutische zorgmarkt. Deze markt vormt een substantieel onderdeel van het Nederlandse zorgstelsel. In de afgelopen jaren zijn de uitgaven aan geneesmiddelen vrijwel ieder jaar verder toegenomen. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen exogene en endogene determinanten.

5.253 Conform het denkmodel wordt in dit hoofdstuk allereerst een algemene achtergrondschets gegeven van de farmaceutische zorgmarkt en het huidige uitgavenniveau. Hier wordt ingegaan op de hoofdprocessen, de financiering en de voornaamste spelers en stakeholders. Vervolgens wordt achtereenvolgend aandacht besteed aan de omstandigheden (thema's) op de markt voor de farmaceutische zorgmarkt, de risico's, prikkels en gedragsreacties op deze markt en de (mogelijke) implicaties hiervan. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van een evaluatie van huidige instrumenten en worden aanbevelingen gedaan voor aanvullingen daarop.

De farmaceutische zorgmarkt blijft groeien ondanks beperkende maatregelen

5.254 In 2006 had de farmaceutische zorgmarkt een omvang van € 5,3 miljard. Circa driekwart van de Nederlandse bevolking maakt gebruik van medicijnen. Daarmee vormt deze sector qua omvang en gebruik een essentieel onderdeel van het zorgstelsel. Het grootste deel van de farmaceutische zorgmarkt wordt bepaald door het extramurale segment.

Figuur 5.1 Overzicht uitgaven farmaceutische zorg in 2006



Bronnen: SFK, Vektis, bewerking PricewaterhouseCoopers

5.255 In de afgelopen jaren zijn de uitgaven aan farmaceutische zorg jaarlijks met gemiddeld 8 procent gestegen. In 2004 was sprake van een trendbreuk, die voor een belangrijk deel werd veroorzaakt door het sluiten van een convenant tussen een aantal partijen om de kosten in de hand te houden, een inperking van het verzekerde geneesmiddelenpakket en een verlaging van de prijzen van generieke geneesmiddelen.

5.256 Bij ongewijzigd beleid zal de uitgavengroei zich volgens berekeningen van het College voor Zorgverzekeringen ook in de komende jaren met gemiddeld 8,5 procent per jaar blijven ontwikkelen.

Tabel 5.1 Kostenontwikkeling farmacie

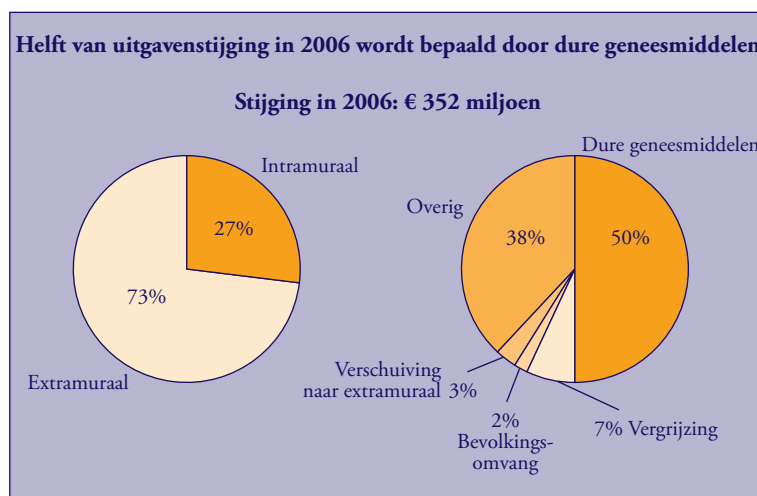
Kostenontwikkeling farmaceutische zorg t.o.v. voorgaande jaar							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Extramuraal	+10,6%	+8,3%	+7,2%	-2,5%	+4,6%	+6,4%	+8,1%
Intramuraal ^a			b		+15,8%	+18,3%	n.n.b.
Totaal					+5,7%	+7,7%	n.n.b.

- a Betreft de ontwikkeling van de geneesmiddelenkosten in academische en algemene ziekenhuizen. Over de ontwikkeling in categorale ziekenhuizen kunnen geen betrouwbare uitspraken worden gedaan
- b Sinds 2000 heeft de stijging in kosten per jaar minimaal 20 procent bedragen, met name in niet-academische ziekenhuizen. Tussen 2000 en 2005 was sprake van een verdubbeling

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen, bewerking PricewaterhouseCoopers

5.257 De helft van de uitgavengroei in 2006 kan worden verklaard uit de sterk gestegen uitgaven aan dure geneesmiddelen (vallend onder de beleidsregel dure geneesmiddelen) en weesgeneesmiddelen. Dit geldt met name voor de intramurale sector. Van de stijging van de geneesmiddelenkosten in academische en algemene ziekenhuizen tussen 2004 en 2006 wordt 84 procent verklaard door stijging van dure en weesgeneesmiddelen. In het extramurale segment wordt 53 procent van de stijging van de totale geneesmiddelenkosten tussen 2002 en 2006 verklaard door medicijnen van meer dan € 500 (Stichting Farmaceutische kengetallen, 2007).

Figuur 5.2 Uitsplitsing uitgavenstijging farmaceutische zorg 2006



Bron: Stichting Farmaceutische kerngetallen, bewerking PricewaterhouseCoopers

5.258 Een deel van de stijging hangt samen met autonome factoren. De positieve correlatie tussen leeftijd en gemiddelde schade per gebruiker leidt er toe dat de vergrijzing impact heeft op de ontwikkeling van het

uitgavenniveau. Daarnaast zorgt de groei van de Nederlandse bevolking voor een autonome stijging. Andere oorzaken zijn:

- De verschuiving van intramurale naar extramurale gezondheidszorg heeft onder andere geresulteerd in een daling van het totaal aantal verpleegdagen, de gemiddelde verpleegduur en de relatieve daling van de capaciteit in intramurale instellingen. Deze verschuiving naar de thuissituatie heeft er onder andere toe geleid dat het medicijngebruik is toegenomen. De toename in uitgaven die hiermee gepaard gaat wordt echter ruimschoots gecompenseerd door de daling in uitgaven in overige compartimenten van het zorgstelsel
- Toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het verstrekkingenpakket
- Toenemend chronisch gebruik van geneesmiddelen

5.259 Om de farmaceutische zorgkosten te beheersen zijn in de afgelopen jaren verschillende instrumenten geïntroduceerd:

- Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP; sinds 1996), waarin is vastgelegd dat de officiële lijstprijzen van leveranciers van geneesmiddelen niet hoger mogen zijn dan de gemiddelde prijs van het vergelijkbare product in Groot-Brittannië, Duitsland, België en Frankrijk. Producten zijn vergelijkbaar als ze dezelfde werkzame stof, dezelfde hoeveelheid werkzame stof en dezelfde farmaceutische vorm hebben. Circa 60 tot 70 procent van de prijzen wordt op deze wijze gemaximeerd;
- Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMO, sinds 2006), waarin de maximale tarieven zijn vastgelegd die een apotheker mag rekenen richting klant c.q. zorgverzekeraar;
- Clawback (sinds 1998), waarin apotheker wordt verplicht om een deel van de gerealiseerde inkoopvoordelen door te rekenen richting klant c.q. zorgverzekeraar
- Convenant (sinds 2004, vervolgens jaarlijks verlengd), waarin bezuinigingsdoelstellingen zijn vastgelegd: in eerste instantie op het gebied van generieke geneesmiddelen, later ook op het gebied van spécialités. Het in september 2007 afgesloten Transitieakkoord bevat de afspraak over besparingen op de geneesmiddelen uitgaven van € 340 miljoen in 2008 en additioneel € 116 miljoen in 2009.

5.260 In aanvulling hierop hebben enkele zorgverzekeraars in 2005 een preferentiebeleid ingevoerd voor een drietal veel gebruikte geneesmiddelen²⁸ met als doel om prijsconcurrentie op gang te brengen en daarmee een meer doelmatige geneesmiddelenvoorziening mogelijk te maken. Kern van het preferentiebeleid is om alleen producten die binnen 5 procent van de laagste prijs liggen te vergoeden. De hoger geprijsde, identieke varianten komen niet meer voor vergoeding in aanmerking, tenzij er een medische noodzaak is. Per 1 juli 2008 is het preferentiebeleid verder uitgebreid ondanks protesten vanuit apothekersorganisaties dat dit zonder compensatie zal leiden tot faillissementen van apothekers.

5.261 Bij beoordeling van de ontwikkeling van het uitgavenniveau in de farmaceutische zorgmarkt in de tijd blijkt dat het effect van deze instrumenten met name in het jaar van introductie en de eerste jaren daarna het grootste is.

Risico's, prikkels en gedragsreacties kunnen leiden tot een uitgavenverlagend effect in andere compartimenten

5.262 Vanuit het oogpunt van uitgavenmanagement worden de voornaamste risico's in de farmaceutische zorgmarkt gevormd door:

- Diffuse beloningstructuur in de farmaceutische keten
- Toenemend chronisch gebruik van geneesmiddelen
- Toenemend gebruik van dure geneesmiddelen
- Medicatiefouten

5.263 Daarnaast zal nog kort worden ingegaan op de risico's met betrekking tot uitgavenmanagement in de markt voor medische hulpmiddelen.

Diffuse beloningsstructuur in de farmaceutische keten

5.264 De beloning van apotheken bestaat uit twee hoofdcomponenten. De eerste is de receptregelvergoeding ter dekking van de praktijkkosten inclusief norminkomen voor de apotheker. Per 1 juli 2008 ontvangen apothekers een vast tarief voor de basisprestaties, maar voor de aanvullende taken ontvangen zij een per prestatie verschillende vergoeding. De basisprestatie heeft betrekking op reguliere uitgiftes en daar bovenop kunnen één of meer aanvullende vergoedingen van toepassing zijn, afhankelijk van het feit of het een (bijzondere) apotheekbereiding betreft, een eerste uitgifte of een uitgifte tijdens een avond- nacht- of zondagsdienst. Deze maatregel is erop gericht om apothekers te stimuleren om service met een hogere kwaliteit te blijven leveren.

5.265 De tweede inkomstenbron betreft bonussen en inkoopvoordelen. Mede omdat de gemiddelde receptregelvergoeding voor veel apothekers niet afdoende is om de werkelijke kosten te dekken, vormen deze een belangrijke component.²⁹ Dit leidt er toe dat apothekers streven naar maximering van deze kortingen en bonussen waardoor concurrentie op marge in plaats van op prijs ontstaat. Apothekers brengen de lijstprijs van een geneesmiddel, minus de clawback in rekening bij de zorgverzekeraar c.q. de klant. Het verschil met de inkoopprijs vormt het inkoopvoordeel voor de apotheker. Dit vormt voor fabrikanten een prikkel om een zo hoog mogelijke lijstprijs vast te stellen binnen de prijsregulering en de regulering van vergoedingslimieten om de ruimte voor kortingen te vergroten en daarmee marktaandeel te winnen.

5.266 Zorgverzekeraars trachten hun grip op de farmaceutische keten te vergroten. Naast het reeds genoemde preferentiebeleid zien we in de markt ook andere initiatieven ontstaan. Deze initiatieven hebben vooral nog een ad-hoc karakter. Enkele voorbeelden:

- Creëren van alternatieve beloning aan apothekers: belonen van een adviesgesprek in combinatie met een verlaging van de receptregelvergoeding;
- Het aanbieden van opleidingen aan apothekers;
- Opzetten van eigen (internet-)apotheken.

5.267 De initiatieven om deze inkoopvoordelen terug te dringen (Transitieakkoord, clawback, preferentiebeleid zorgverzekeraars) hebben mede geleid tot de focus op 'me-too's' door de respectievelijke leveranciers. Me-too's zijn geneesmiddelen die qua structuur en werking lijken op succesvolle geneesmiddelen, maar minder bijwerkingen of een andere werking hebben dan de reeds bestaande variant. In veel gevallen ligt de prijs van deze geneesmiddelen hoger en verloopt het patent ervan later. Leveranciers van deze me-too's brengen hun producten onder aandacht van voorschrijvers, waardoor deze in de praktijk vaker worden voorgeschreven dan medisch noodzakelijk. Het CvZ heeft berekend dat wanneer 80 procent van de gebruikers van de duurdere statines (cholesterolverlagers) en protonpompremmers (maagmiddelen) zouden overstappen naar de goedkopere simvastatine respectievelijk omeprazol een besparing van € 212 miljoen zou kunnen worden gerealiseerd.

5.268 De hiervoor gememoreerde verschuiving van intramurale naar extramurale zorg heeft er daarnaast toe geleid dat farmaceutische producenten forse kortingen bieden op intramuraal verstrekte geneesmiddelen. Wanneer patiënten vervolgens in het extramurale traject dezelfde medicijnen blijven slikken, wordt de volledige marge gerealiseerd waardoor dit per saldo een uitgavenverhogend effect heeft.

Toenemend chronisch gebruik van geneesmiddelen

5.269 Van de circa 140 miljoen geneesmiddelenvoorschriften betreft 73,5 procent herhaalrecepten (hetzelfde receptgeneesmiddel dat kort daarvoor door dezelfde apotheek aan dezelfde klant is verstrekt). In 2002 bedroeg dit percentage nog 68 procent. Vooral bij cholesterolverlagers, bètablokkers, antidepressiva en slaapmiddelen ligt dit percentage boven de 90 procent (Vektis, 2007; Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2007).

5.270 Het risico bestaat dat bij chronisch gebruik de prikkel om het gebruik van een geneesmiddel te evalueren in de loop van de tijd minder wordt. Daar staat tegenover dat deze middelen ook preventief worden ingezet en daarmee op termijn naar verwachting ook een uitgavenbeperkend effect zullen hebben.

5.271 In de gedifferentieerde receptregelvergoedingsregeling die vanaf 1 juli 2008 van kracht is, wordt voor een herhaalrecept een lagere vergoeding gegeven.

Toenemend gebruik van dure geneesmiddelen

5.272 In de afgelopen jaren is het gebruik van dure geneesmiddelen van minimaal € 500 per voorschrift sterk gestegen. Tussen 2001 en 2006 was sprake van een stijging van het aantal gebruikers met 72 procent tot 120.000 en het aantal voorschriften met 86 procent tot 410.000. De totale kosten die hiermee gepaard gingen zijn in deze periode meer dan verdubbeld tot € 573 miljoen, waarvan € 266 miljoen door algemene, categorale en academische ziekenhuizen (Vektis, 2007; Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2007). Een steeds groter deel hiervan wordt op basis van exclusieve distributie aan klanten geleverd.

5.273 Ziekenhuizen ontvangen via de beleidsregel dure geneesmiddelen een budgettaire compensatie voor 26 dure geneesmiddelen. Een beperkt deel van deze geneesmiddelen behoort ook buiten het ziekenhuis tot het verzekerde pakket. In 2006 bedroegen de kosten van deze middelen € 7,1 miljoen (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2007)

5.274 Daarnaast zullen zogenaamde 'biologicals' een steeds belangrijkere rol spelen in de farmaceutische zorg. Deze biogeneesmiddelen bestaan uit natuurlijke eiwitten of fragmenten van eiwitten en worden onder andere gebruikt om de immunologische processen te beïnvloeden. Dit type medicijnen brengt hoge kosten met zich mee, enerzijds vanwege de relatief hoge ontwikkelkosten en anderzijds omdat de toetredingsdrempels hoog zijn door het complexe productieproces en deze medicijnen vaak patiëntspecifiek zijn. Naar verwachting zal de snelle ontwikkeling van nieuwe biologicals in combinatie met een toenemend voorschrijfbereidheid bijdragen aan een opwaartse trend in de uitgaven. Aan de andere kant kunnen deze medicijnen ook bijdragen aan vermindering van de zorgkosten in overige compartimenten.

Vermijdbare medicatiefouten leiden tot hoge kosten

5.275 Het maken van fouten is onvermijdelijk en dat geldt ook voor de farmaceutische zorgmarkt. Uit het Hospital Admissions Related to Medication (H.A.R.M.) onderzoek uit 2006 bleek echter dat medicatiefouten jaarlijks leiden tot 19.000 vermijdbare ziekenhuisopnames en € 85 miljoen vermijdbare kosten. In tweederde van de gevallen gaat het daarbij om therapeutische voorschrijffouten. Overige fouten betreffen toedienen en doseerfouten. Ruim 70 procent hiervan herstelt weer volledig, maar 6,6 procent overlijdt en 9,3 procent loopt restschade op.

5.276 Ongeveer de helft is potentieel vermijdbaar, onder andere door middel van uitbreiding van de medicatiebewaking, betere patiëntbegeleiding en een multidisciplinaire aanpak van risicopatiënten die meerdere medicijnen naast elkaar gebruiken.

Uitgaven aan medische hulpmiddelen stijgen sterk

5.277 Naast de farmaceutische zorgmarkt wordt ook de markt van medische hulpmiddelen onderscheiden. Hoewel beide markten diverse overeenkomsten hebben, is het van belang om de medische hulpmiddelen apart te beschouwen in het kader van uitgavenmanagement.

5.278 De markt voor medische hulpmiddelen heeft een omvang van € 1,2 miljard in 2006 (College voor Zorgverzekeringen, 2007). De belangrijkste uitgavencategorieën zijn verzorgingsmiddelen, orthesen, diabeteshulpmiddelen, auditieve hulpmiddelen en – sinds 2006 – verbandmiddelen. Tussen 2005 en 2006 zijn de uitgaven met 44 procent gestegen. Een deel hiervan wordt veroorzaakt door de overheveling van o.a. verbandmiddelen naar de hulpmiddelen. Wanneer deze buiten beschouwing worden gelaten, resteert een groei van 31 procent. In 2007 was de uitgavenstijging beperkt tot 4,6 procent. Ongeveer de helft van de kosten voor hulpmiddelenzorg heeft betrekking op mensen tot 65 jaar.

5.279 Uit gegevens van het College voor Zorgverzekeringen blijkt dat in 2007 de grootste stijgers verbandmiddelen (+ € 24 miljoen), teststrips (+ € 14 miljoen) en voorzieningen voor stomapatiënten (+ € 9 miljoen). In relatieve zin stijgen draagbare infuuspompen (+53%) en signalering/alarmering (+40%) het hardst in 2007.

5.280 Er geldt een ingewikkeld stelsel van eigen bijdragen en maximale vergoedingen voor medische hulpmiddelen. Voor patiënten in een AWBZ-instelling geldt geen afzonderlijke eigen bijdrage voor hulpmiddelen. Van toepassing is een integrale regeling eigen bijdrage voor bewoners van AWBZ-instellingen.

5.281 De beheersing van de uitgaven aan medische hulpmiddelen wordt bemoeilijkt door verschillende oorzaken. Ten eerste is sprake van een brede definitie: van verbandmiddelen en geleidehonden tot prothesen en inrichtingselementen van woningen. Daarnaast is in veel gevallen sprake van maatwerk. Deze oorzaken vormen een risico voor uitgavenmanagement in de komende jaren.

Huidige instrumenten zijn effectief, maar aanvulling is wenselijk

5.282 De instrumenten die in de afgelopen jaren zijn geïntroduceerd (o.a. WGP, WMG, clawback, het convenant/Transitieakkoord en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars) hebben geleid tot beheersing van de ontwikkeling van de farmaceutische zorguitgaven. Bij ongewijzigd beleid zullen de uitgaven in de komende jaren echter met gemiddeld 8,5 procent stijgen. Een deel hiervan betreft autonome groei en gedeeltelijk zal de uitgavengroei het gevolg zijn van bewust beleid, zoals de overheveling van intramurale naar extramurale zorg.

5.283 Vanuit het oogpunt van uitgavenmanagement vormt het convenant uit 2004 en het later afgesloten Transitieakkoord het meest effectieve instrument, omdat hiermee de grootste uitgavenbeperking is gerealiseerd. Hieraan gerelateerd is het van belang om de discussie te voeren over de rol van de apotheker in de keten. Wanneer de apotheker primair wordt beschouwd als adviseur, dan is het van belang om in de beloningsopbouw van apothekers het aandeel van kortingen en bonussen verder terug te brengen. In het geval dat de apotheker voornamelijk als detaillist van geneesmiddelen wordt beschouwd dan ligt in het verlengde daarvan een herijking van de receptregelvergoeding als mogelijk gevolg.

5.284 Daarnaast kunnen de zorgverzekeraars een meer vooraanstaande rol vervullen in het creëren van uitgavenmanagement. Dit zou kunnen gebeuren door een verdere uitbreiding van het preferentiebeleid of door het creëren van een inkoopfunctie voor zorgverzekeraars.

5.285 Ook kan het prijsbewuster maken van consumenten bijdragen aan beheersing van de uitgaven. Daarbij kan gedacht worden aan het vaststellen van een vergoedingslimiet voor substitueerbare geneesmiddelen. Hier ligt echter het risico van suboptimalisatie op de loer, omdat kostenoverwegingen daarbij kunnen prevaleren boven kwaliteitsoverwegingen.

5.286 Ten slotte is het van belang om instrumenten te ontwikkelen om de kosten van vermijdbare medicatiefouten te beperken. Naast de al voorgestelde multidisciplinaire aanpak van risicopatiënten en de uitwisseling van informatie tussen zorgverleners kan gedacht worden aan het verbeteren van processen (bijvoorbeeld een closed-loop medicatieproces) en systemen (bijvoorbeeld bed-side scanning en directe invoer in plaats van het overschrijven van gegevens).

6 Risico's en instrumenten in het zorgstelsel

6.287 Dit hoofdstuk behandelt het overzicht van risico's in het zorgstelsel als geheel en huidige en mogelijke instrumenten die (kunnen) worden ingezet om deze risico's te mitigeren. Daarbij wordt teruggegrepen op de inhoud van de voorgaande hoofdstukken door het leggen van relaties tussen de verschillende compartimenten.

6.288 De doelstelling van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop gedragsreacties van de verschillende actoren - als reactie op risico's en prikkels in de zorg - het uiteindelijke uitgavenniveau beïnvloeden. En voor zover uitgavenstijgingen onbedoeld en ongewenst zijn: welke beleidsstrategieën door de overheid in ruime zin kunnen worden gevolgd om die stijgingen om te buigen. Daarbij zijn de volgende beleidsvragen geformuleerd:

- Welke bestuurlijke, financiële en andere risico's bestaan er momenteel op macro-, meso-, en microniveau? Daarbij zal onderscheid worden gemaakt tussen de diverse actoren en belanghebbenden en zal inzichtelijk worden gemaakt wat de concrete gevolgen zijn voor de publieke belangen.
- Welke coördinerende en financiële instrumenten bestaan er op macro-, meso- en microniveau? Wat zijn de voor- en nadelen en hoe werken de verschillende schakels samen? Hoe ligt de verhouding tussen decentrale besluitvorming en het budgettaire kader zorg?
- Wat zijn mogelijke beleidsstrategieën?

Risico's en prikkels zijn vooral compartimentsafhankelijk

6.289 Figuur 6.1 geeft een overzicht van de belangrijkste risico's en prikkels en hun implicatie op het uitgavenniveau in de gehele zorgsector. Dit overzicht bevat risico's en prikkels op zowel macro-, meso- als microniveau. Alle risico's zijn van invloed op het uitgavenniveau in de zorg.

6.290 Daarnaast bestaat bij de meeste prikkels ook een verband met gedragsreacties. In sommige gevallen vormen deze gedragsreacties de oorzaak van het genoemde risico of prikkel, terwijl de risico's en prikkels ook (kunnen) leiden tot gedragsreacties van een of meerdere actoren. Dit alles draagt bij aan de complexiteit.

6.291 In de tabel is een inschatting gemaakt van het effect van de verschillende risico's op het uitgavenniveau. De geschetste complexiteit leidt ertoe dat de werkelijke effecten hoger of lager kunnen uitpakken in de praktijk.

Figuur 6.1 Overzicht van voornaamste risico's en prikkels in het Nederlandse zorgstelsel

Compartment	Voornaamste risico's en prikkels	Impact op uitgavenniveau • = < € 100 mio •• = € 100 mio tot € 1 mrd ••• = > € 1 mrd
Eerstelijnszorg	<ul style="list-style-type: none"> - Honoreringssysteem leidt tot volumegroei - Perverse prikkels bij substitutie van tweede naar eerste lijn - Supplier induced demand - Eigen risico als middel om vraag te remmen 	<ul style="list-style-type: none"> •• • • •
Cure	<ul style="list-style-type: none"> - Omvang en complexiteit DBC's bemoeilijkt bekostiging zorg - Remmende factoren op risico's marktwerking en B-segment - Ex-post risicoverevening zwakt prikkels af tot scherpe onderhandeling door zorgverzekeraars - Beloningsstructuur medisch specialisten veelal barrière doelmatigheid ziekenhuis 	<ul style="list-style-type: none"> •• •• •• ••
Care	<ul style="list-style-type: none"> - Prijs beïnvloed door personeelsschaarste - Volume beïnvloed door vergrijzing en toename aantal aandoeningen - Geen besparing door herstel of preventie te verwachten - Zorgkantoren niet risicodragend - Prijsprikkels (tarieven te laag in perceptie van cliënten en/of aanbieders) en volumeprikkels (minder gepercipieerde barrières, aanbod schept vraag, behoefte aan meer hulp) 	<ul style="list-style-type: none"> •• ••• • • ••
Farmacie	<ul style="list-style-type: none"> - Diffuse beloningsstructuur in de farmaceutische keten - Toenemend chronisch gebruik van medicijnen - Toenemend gebruik van dure medicijnen - Medicatiefouten 	<ul style="list-style-type: none"> •• • •• •
Zorgverzekeringsmarkt	<ul style="list-style-type: none"> - Beperkte differentiatie van aanbod zorgverzekeringspakketten 	<ul style="list-style-type: none"> •
Zorginkoopmarkt	<ul style="list-style-type: none"> - Nauwelijks selectieve overeenkomsten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders - Onvoldoende kennis van kosten en kwaliteit bij zorgverzekeraars - Huidige systematiek kapitaallasten geeft geen marktprikkels - Vergoedingssystemen zorgaanbieders - Onduidelijkheid en onzekerheid ten aanzien van de rol van zorgkantoren 	<ul style="list-style-type: none"> ••• •• •• •• •

6.292 De risico's en prikkels met de grootste impact op het uitgavenniveau blijken zich in de cure- en caresector te bevinden, alsmede in de zorginkoopmarkt. In de eerstelijnszorg (inclusief de farmaceutische zorgmarkt) is de relatie tussen de risico's en prikkels enerzijds en het uitgavenniveau anderzijds minder pregnant. Gesteld kan worden dat in de eerstelijnszorg het huidige instrumentarium een goede basis vormt voor beheersing van het uitgavenniveau. De instrumenten die worden ge-

noemd in de notitie ‘een dynamische eerstelijnszorg’ (Minister van VWS, 2008) vormen daarbij naar onze mening een goede aanvulling.

6.293 De transitie van een aanbod- naar een vraaggestuurd systeem in de curesector is een complex proces. Hierin zijn inmiddels verschillende stappen gezet door het implementeren van verschillende instrumenten, maar er is nog een lange weg te gaan. Dit ligt ten eerste aan de risico’s, prikkels en gedragsreacties die zijn ontstaan naar aanleiding van deze instrumenten. Een voorbeeld daarvan is de omvang en de complexiteit van de DBC’s die de bekostiging van zorg bemoeilijkt. Daarnaast zijn risico’s in het uitgavniveau ontstaan door de bewuste keuze voor een stapsgewijze overgang naar een vraaggestuurd systeem, zoals de nacalculatie in het risicovereeningssysteem en de geleidelijke uitbreiding van het B-segment. Ook kost het tijd voor de verschillende actoren om de gevolgen van de transitie te implementeren in de eigen organisatie, waardoor het verbeteren van de processen rondom bijvoorbeeld zorginkoop en transparantie van kwaliteit nog niet is afgerond.

6.294 Toekomstige (verbeteringen van huidige) instrumenten moeten zich derhalve met name richten op het vereenvoudigen van de DBC-structuur, het stimuleren van verdere professionalisering van zorginkoop, het afbouwen van de nacalculatie in het risicovereeningssysteem, het definiëren van een objectieve en breed gedragen kwaliteitsstandaard en het verder uitbreiden van het B-segment.

6.295 De belangrijkste risico’s, prikkels en gedragsreacties in de caresector vertonen een hoge mate van interactie met elkaar, met complexiteit en een opwaartse druk op het uitgavniveau als gevolg. Dit heeft er mede toe geleid dat de uitgavenontwikkeling in de caresector hoog op de politieke agenda is komen te staan, niet alleen gericht op de korte termijn maar ook op de beheersbaarheid op langere termijn met de vergrijzing en ontgroening van onze samenleving in het achterhoofd. Belangrijkste instrumenten – naast de al ingezette instrumenten als overheveling van onderdelen van de AWBZ naar Zvw en Wmo - zijn de vergroting van de marktwerking en de verhoging van premies en eigen bijdragen, met als gevolg van dit laatste vermoedelijk een verschuiving in de richting van private zorg.

6.296 De complexiteit van de problematiek in de care leidt er mede toe dat het niet mogelijk is om instrumenten te ontwikkelen die – gezien vanuit alle perspectieven – leiden tot de gewenste beheersing van het uitgavniveau op langere termijn. Alle instrumenten die geïmplementeerd zullen worden, hebben hun keerzijde. Een voorbeeld hiervan vormt de mogelijkheid van het introduceren van meer marktwerking in de Wmo, een proces dat enkele jaren geleden is gestart en een bron is van veel discussie. De lessen die we vanuit dit proces hebben kunnen leren, kunnen

ook goed worden ingezet bij het proces richting meer marktwerking in de curesector.

6.297 Vanwege het ingewikkelde traject naar meer marktwerking pleiten wij daarom voor een geleidelijke, stapsgewijze benadering om de effecten te kunnen vaststellen voordat een volgende stap wordt genomen. Tevens vraagt dit om een goede invulling van de rol van de overheid die dit proces begeleidt en ondersteunt zonder al te regulerend op te treden. Een ander element betreft de mogelijkheid van een meer ketengewijze aanpak. Hierop wordt in het navolgende nog dieper ingegaan.

6.298 De farmaceutische zorgmarkt vormt onderdeel van de eerste-lijnszorg maar kent een geheel eigen dynamiek. Zo leidt een deel van de uitgavenverhogende effecten, waaronder het toenemend gebruik van dure geneesmiddelen en chronisch gebruik van geneesmiddelen tot een (mogelijke) verlaging van kosten in de overige compartimenten in de zorg.

6.299 De instrumenten die in de afgelopen jaren zijn geïntroduceerd (met name het convenant/Transitie-akkoord en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars), zijn van invloed geweest op de marktverhoudingen met een uitgavenbeperkend effect tot gevolg. Overwogen kan worden om het preferentiebeleid verder uit te breiden, waarbij gewaakt moet worden dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit van de farmaceutische zorg. Daarnaast is het van belang om instrumenten te ontwikkelen die de kosten van vermijdbare medicatiefouten beperken, bijvoorbeeld door de rol van de huisarts meer te protocolleren.

Ketengewijze aanpak versterkt uitgavenbeheersing

6.300 Bij beschouwing van de ingezette instrumenten voor het duurzaam beheersen van de zorguitgaven valt op dat een groot deel hiervan met name gericht is op één compartiment. Met andere woorden, het aantal instrumenten dat gericht is op uitgavenbeheersing vanuit ketenperspectief is nog beperkt.

6.301 De voornaamste randvoorwaarde voor het stimuleren van een meer ketengewijze aanpak is het wegnemen van de schotten in de bekostigingssystematiek. Deze staan een ketengewijze aanpak in de weg. De introductie van DBC's en ZZP's heeft geleid tot het verdwijnen van schotten binnen compartimenten. De uitdaging is nu om schotten tussen de compartimenten weg te nemen.

6.302 Een andere belangrijke randvoorwaarde is het creëren van eenvoud. Marktpartijen zien het als complex en bewerkelijk om binnen de huidige regelgeving afspraken te maken omdat regels vaak wijzigen. Overige randvoorwaarden zijn onder andere het realiseren van meer inzicht

in prestaties en het vaststellen van eisen aan transparantie van betrokken actoren (en het monitoren daarvan). Ten slotte zullen financieringsconstructies moeten worden ontwikkeld met meer vrijheden om per patiënt te betalen in plaats van per aanbieder.

6.303 Beleidsmatig kan de ketengewijze aanpak worden gestimuleerd door bij alle beleidsregels vanuit het Ministerie van VWS of de NZa een criterium op te nemen dat daarmee de ketenoptimalisatie wordt bevordert, maar in ieder geval niet verslechtert, in analogie met het criterium dat de beleidsregel niet leidt tot administratieve lastenverzwaring. Leren van scenario- en benchmarkanalyse

6.304 Het gebruik van scenario- en simulatiemodellen kan toegevoegde waarde bieden voor het verkrijgen van inzicht in de uitgavenontwikkeling op termijn. Op die wijze kan de mogelijke invloed van ontwikkelingen op de uitgaven in kaart worden gebracht, zowel exogene (bijvoorbeeld demografische ontwikkelingen) als endogene ontwikkelingen (bijvoorbeeld beleidsbeslissingen). Tevens zijn daarmee tweede- en derde-orde effecten in kaart te brengen. Een belangrijk voordeel van het gebruik van dergelijke modellen is het objectiveren van de discussie.

6.305 Ten slotte willen we het belang van benchmarkgegevens onderstrepen. Hoewel de zorgsystemen van de verschillende landen op sommige punten sterk van elkaar verschillen, kan het bestuderen van uitgavenbeheersende instrumenten in andere landen leiden tot een structurele bijdrage aan de discussies. In bijlage C hebben we een overzicht weergegeven van verschillende instrumenten die wereldwijd worden ingezet in verschillende landen (PricewaterhouseCoopers, 2008).

De positie van de consument

6.306 Op diverse plaatsen in het rapport is de positie van de consument aangeduid. Hoe staat hij in het geweld van risico's en prikkels? Wat zijn zijn belangen en hoe reageert hij daarop?

6.307 In de eerste plaats dient onderscheid gemaakt te worden tussen de belangen van de consument van een verzekering en de consument van zorg. De consument van verzekeringen, we spreken van verzekerde, zal belang hebben bij een lage premie. Hij weet vaak nog niet hoe hoog zijn zorgvraag zal worden en hij hoopt dat die zo laag mogelijk zal zijn. Hij heeft belang bij een goede dekking voor het geval hij wél zorg nodig heeft, maar de inhoud ervan zal hij lang niet altijd overzien. Adequate informatie over de dekking is nog niet altijd beschikbaar en als die er al is, lokt het de verzekerde niet altijd aan om zich erin te verdiepen. De zorgconsument, we spreken van patiënt of cliënt, heeft van nature geen prikkel tot kostenbeheersing. Hij wil antwoord op zijn zorgvraag. Hij zal

meer dan de verzekerde geïnteresseerd zijn in het zorgaanbod, vooral het aanbod dat is gericht op zijn vraag. Maar ook hij beschikt niet altijd over de goede informatie en ook hij is niet altijd in staat of bereid om zich erin te verdiepen.

6.308 Het belang van de verzekerde bij een lage premie kan op gespannen voet staan met dat van de cliënt, zoals al opgemerkt in het rapport. De cliënt kan in de cure een andere verzekeraar kiezen, maar dat gebeurt relatief weinig en dan nog lang niet altijd vanwege de hoogte van de premie. In de care is de keuze van financier al helemaal niet aan de orde: in de AWBZ is slechts sprake van één financier en in de Wmo kan de burger hooguit via de politiek invloed trachten uit te oefenen. De verzekerde als partij in het machtsspel komt dus maar beperkt uit de verf. Landelijk is er geen specifieke belangenorganisatie van verzekerden actief. De zorgverzekeraars en gemeenten werpen zich op als belangenbehartiger van verzekerden en burgers, maar het is de vraag of dat volledig mogelijk is. Zij hebben immers ook eigen belangen, die niet altijd parallel lopen met die van de verzekerden. Relatief nieuw is de positie van werkgevers in dit verband. Zij treden op als onderhandelaar met verzekeraars om – vooral in de cure – goede verzekeringen tegen lage tarieven te bedingen. Zij doen dit namens hun werknemers, dus de verzekerden, maar ook hier geldt dat de belangen niet per definitie altijd parallel lopen. Al met al is de positie van de verzekerden in de verzekeringsmarkt nog niet sterk te noemen.

6.309 De eigen bijdrage die de cliënt moet betalen, ervaart hij vaak als fors. Zeker als hij daarnaast soms al decennia lang AWBZ-premie heeft betaald. De eigen bijdrage is bedoeld als compensatie voor kosten die cliënten anders ook zouden maken (vooral bij intramuraal verblijf: wonen, voeding) en als extra inkomensbron voor de AWBZ. Ook de gedachte aan een drempel voor onbedoeld gebruik speelt mee. Voor cliënten met een hoger inkomen is de eigen bijdrage soms een reden om private zorg in te kopen: de eigen bijdrage is zo hoog dat het verschil met private zorg gering is, en dan biedt private zorg het voordeel van de eigen inkoopmacht. Een verhoging van de eigen bijdrage als maatregel om de uitgaven in de AWBZ te beheersen, kan leiden tot meer AWBZ-inkomsten als de cliënt AWBZ-zorg blijft gebruiken, maar ook tot een groter aandeel private zorg. In beide gevallen wordt de AWBZ ontlast.

6.310 De cliënt wordt wel neergezet als partij die streeft naar een maximale hoeveelheid zorg van maximale kwaliteit, zonder op de kosten te letten. Dat beeld is nooit aangetoond en wordt door cliëntenorganisaties ook bestreden. Cliënten hebben net als andere partijen oog voor financiële grenzen. Eerder wekt het soms verbazing dat veel cliënten zich neerleggen bij wachtlijsten of zorg die onvoldoende kwaliteit heeft.

6.311 Het ministerie van VWS streeft al jarenlang naar het versterken van de positie van de cliënt, via wetgeving, via het beschikbaar stellen van informatie en via het betrekken van cliënten bij eigen beleidsbeslissingen. De website Kiesbeter.nl is al enkele keren genoemd en landelijke cliëntenorganisaties hebben zitting in talloze overlegorganen en begeleidingscommissies. Toch ontkomen wij niet aan de indruk dat de positie van cliënten nog steeds te zwak is om te kunnen zorgen voor een machtsevenwicht met aanbieders en financiers. Overigens valt het op dat in dit machtsevenwicht alleen de financiers – en zelfs die nog in beperkte mate – van nature prikkels tot uitgavenbeheersing ervaren. De grootste belanghebbende bij uitgavenbeheersing, de rijksoverheid, trekt zich steeds meer uit het spel terug. Verzekeraars en gemeenten moeten het dus opnemen tegen een speelveld met spelers die van nature géén prikkel tot uitgavenbeheersing ervaren.

Noten

- ¹ Farmacie valt formeel onder eerstelijnszorg maar wordt in dit rapport afzonderlijk behandeld in verband met de eigen dynamiek.
- ² Dit geldt voornamelijk voor de cure. In de care is wel sprake van langdurige relaties tussen patiënt en zorgverlener.
- ³ Onder traditionele marktwerking wordt in deze context verstaan: het bestaan van een directe markt waarop aanbieders van en vragers naar een product of dienst in een evenwichtige verhouding actief zijn.
- ⁴ De NZa is toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De NZa ziet toe op zowel zorgaanbieders als verzekeraars, en op zowel curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa komt voort uit het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ). Beide colleges richtten zich op de beheersing van de totale kosten ('macrokosten') via bekostiging van zorgverleners en het bewaken van goede uitvoering van verzekeringswetten in de zorg. Het accent in het werk van de NZa ligt op het proactief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan (www.nza.nl, 2008).
- ⁵ Waar in het rapport wordt gesproken van zorgverzekeraar, wordt waar het de care betreft tevens het zorgkantoor bedoeld, tenzij anders aangegeven.
- ⁶ ZZP's zijn alleen intramuraal.
- ⁷ Consumenten maken bovendien nog weinig gebruik van de mogelijkheid om de aanvullende zorgverzekering en de basiszorgverzekering bij verschillende zorgverzekeraars af te sluiten (NIVEL, 2008).
- ⁸ Het gebrek aan keuze heeft bovendien tot gevolg dat elke consument, ondanks de verschillende voorkeuren, (in grote lijnen) hetzelfde zorgverzekeringspakket afneemt. Dit is – hoewel het niet direct leidt tot een hoger uitgavenniveau – een maatschappelijk suboptimale uitkomst: het aanbod is onvoldoende afgestemd op de vraag waardoor in feite “gedwongen” afname van een zorgverzekeringspakket plaatsvindt en als gevolg hiervan een welvaartverlies optreedt.
- ⁹ Een voorbeeld op provincieniveau: in de provincie Drenthe ontvangen Wmo-cliënten gemiddeld 97 uur zorg per jaar, in Limburg 144 (bron: jaarverslag CAK-BZ 2007).
- ¹⁰ Of te kiezen voor een bovenregionaal werkende zorgaanbieder die in de regio van de cliënt werkzaam is, maar door een ander zorgkantoor wordt gecontracteerd.
- ¹¹ Overigens heeft ook een deel van de zorgaanbieders geen goed zicht in de kostprijs van hun diensten.
- ¹² Dit investeringsgedrag is gereguleerd door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

- 13 In 2006 steeg het aantal zorgcontacten bij voormalig particulier verzekerden met 2%, terwijl dat bij voormalig ziekenfonds verzekerden gelijkbleef.
- 14 Poortspecialismen zijn: interne geneeskunde, cardiologie en pulmonologie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, KNO, heilkunde, oogheelkunde en dermatologie.
- 15 ZBC's worden als 2e compartiment gezien; privé-klinieken als 3e compartiment.
- 16 Situatie in 2008.
- 17 Het feit dat de wachtlijsten zijn afgenomen, duidt erop dat het geproduceerde volume is toegenomen.
- 18 Door het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht bestaat zonder aanvullend overheidsbeleid bij zorgverzekeraars een prikkel tot selectie van verzekerden met goede gezondheidsrisico's en een prikkel om de verzekerden met slechte gezondheidsrisico's te weren. (bron: VWS, augustus 2007).
- 19 Korthedshalve spreken wij in dit rapport van 'zorg' daar waar ook dienstverlening wordt bedoeld.
- 20 De Wmo omvat nog meer onderdelen, zoals welzijn, mobiliteitsvertrekkingen (aangepast vervoer, rolstoelen), woningaanpassingen en preventieve activiteiten, maar deze blijven buiten beschouwing.
- 21 Dementie is de belangrijkste psychogeriatrische aandoening.
- 22 Zie voor informatie over de ontwikkelingen in het PGB hoofdstuk 11 van het RVZ-advies xxx.
- 23 De gemeenten kunnen de indicatiestelling uitbesteden aan het CIZ.
- 24 Behandeling door bijvoorbeeld een verpleeghuisarts of in zorginstellingen werkende therapeuten.
- 25 De overheveling van strafrechtelijke forensische zorg vanuit de AWBZ naar de begroting van het ministerie van Justitie heeft een andere reden, namelijk integrale verantwoordelijkheid van dit ministerie.
- 26 Deze grondslag wordt uit alle AWBZ-aanspraken geschrapt.
- 27 Of meer premiebetalers, maar wij zijn ervan uitgegaan dat het deel extra zorgvraag dat wordt veroorzaakt door bevolkingsgroei, wordt opgeheven door de groei van het aantal premiebetalers. Het gaat hier vooral over de groei van het aantal aandoeningen per 1.000 inwoners: vooral de vergrijzing dus.
- 28 Dit betrof simvastatine, pravastatine (beide cholesterolverlagende middelen) en omeprazol (maagmiddel).
- 29 In november 2008 presenteert de NZa de uitkomsten van een studie naar inkoopvoordelen en praktijkkosten van apothekers.

Literatuur

CBS – Gezondheid in cijfers (2007)

CBS – website CBS (2008)

Centraal Administratiekantoor Bijzondere zorgkosten –
Jaaroverzicht 2007

College voor Zorgverzekeringen – Uitvoeringstoets afbakening intra- en
extramuraal farmaceutische zorg (april 2008)

College voor Zorgverzekeringen – GIPeilingen : Ontwikkelingen genees-
en hulpmiddelengebruik (oktober 2007)

CPB – Financing medical specialist services in the Netherlands: Welfare
implications of imperfect agency. Discussion paper nr. 6 (2002)

CTG/ZAio – Monitor B-segment (2006)

Cutler, D.M., Public policy for health care, NBER Working Paper
W5591, Cambridge (MA) NBER, (1996)

Dijk, C.E. van, Verheij, R.A., de Bakker, D.H. – Bekostiging van de
huisartsenzorg: Monitor 2006 en eerste halfjaar van 2007, Nivel (2008)

Douven, R., Ligthart, M., Mannaerts, H., Woittiez I. – Een scenario voor
de zorguitgaven 2008-2011, CPB (2007)

Ecorys – Kostenontwikkeling ziekenhuiszorg, implicaties vanuit consu-
mentenperspectief (2007)

Financieel Dagblad 26 februari 2008

Gerdtham U.G. en Jönssen, B., International comparison of health care
expenditure. In: Culyer AJ, Newhouse JP (eds.). Handbook of health
economics. Amsterdam (2000)

Gupta Strategists, B-segment, onderzoek naar de belangrijkste ontwik-
kelingen (april 2008)

Jong, J. de, Loermans, M., van der Maat, M. – De aanvullende tandzorg-
verzekering, NIVEL (2008)

Ministerie van Economische Zaken (EZ) – website EZ (2008)

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) – Waardering voor betere zorg (13 juni 2007)

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) – Een dynamische eerstelijnszorg, kamerstuk (25 januari 2008)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) – website VWS (2008)

CTG/ZAio – Monitor B-segment (2006)

Nederlandse Mededingingsautoriteit- Concurrentie in de ziekenhuissector, visiedocument 3128/55 (januari 2004)

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) – website NVZ (2008)
Nederlandse Zorgautoriteit – Monitor Fysiotherapie (2007)

Nederlandse Zorgautoriteit – Monitor Ziekenhuiszorg (2007)

Nederlandse Zorgautoriteit - Oriënterende Monitor Huisartsenzorg (2007)

Nederlandse Zorgautoriteit – Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg (2007)

Nederlandse Zorgautoriteit – An optimal remuneration system for General Practitioners (2007)

van Oers, J.A.M., Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002, RIVM-rapportnr. 270551001. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, (2002)

PricewaterhouseCoopers – You get what you pay for (2008)

PricewaterhouseCoopers – Kostenverschillen intra- en extramurale verzorgingshuiszorg in vooronderzoek verkend (2004, met aanvulling verpleeghuiszorg eveneens in 2004)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)– Zorgbalans 2008 (2008)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)– Zorgbalans 2008 (2008)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)– Zorgbalans 2008, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg, (2008)

Roland Berger Strategy Consultants – Benchmarkstudie ziekenhuizen, (2008)

Stichting Farmaceutische Kengetallen – Data en feiten 2007 (2007)

Stichting Farmaceutische Kengetallen – Monitor Dure Geneesmiddelen 2004, 2005 en 2006 (november 2007)

Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C.J., Veenhof, C. – Veranderingen in het aantal behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck tussen 2003 en 2007, Nivel (2008)

Vektis – Liberalisatie en groei (2008)

Vektis – Zorgmonitor 2006 (2007)

Vektis – Zorgmonitor 2007 (november 2007)

Vektis – Geneesmiddelen: wie wordt er beter van: Zorgthermometer (2007)

Verheij, R.; Somai, D; Tierssma, W; Giesen, P; Hoogen, H. van den – Haalbaarheidsstudie Landelijk Informatienetwerk Huisartsenposten (LINHAP), Nivel (2005)

Weisbrot, B.A. – The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment, Journal of Economic Literature; 24: 523-552 (1991)

Deelnemers expertbijeenkomsten

De heer J. Hendriks (Stichting Bronovo-Nebo)

De heer P. Jeurissen (RVZ)

De heer J. Kasdorp (RVZ)

De heer F. Knuit (Zorggroep Rijnmond)

De heer P. de Kort (Rivas Zorggroep)

Mevrouw M. van de Lustgraaf (Coöperatieve Vereniging Partner
Apotheken (CVPA))

De heer H. van Noorden (UVIT)

Mevrouw A. Rijkschroeff (RVZ)

Mevrouw D. Tjalsma (op persoonlijke titel)

De heer R. Wenselaar (Menzis)

Instrumenten voor uitgavenbeheersing in verschillende landen

Onderstaande voorbeelden over uitgavenbeheersing in verschillende landen zijn afkomstig uit de PwC-publicatie 'You get what you pay for' uit 2008. In dit onderzoek wordt een vergelijking gemaakt van verschillende zorgsystemen wereldwijd met het oog op een evenwichtige ontwikkeling van vraag, kwaliteit en efficiëntie.

Efficiëntie

Overdraagbare les	Land(en) met best practice	Beschrijving
Aansluiten van operationale en financiële planning	Finland	De overheid staat sommige ziekenhuizen toe om besparingen op het gebied van productiviteit gedeeltelijk te behouden
Stroomlijnen van inspanningen op het gebied van informatiesystemen	Finland, Frankrijk, Duitsland, Verenigde Staten	In Frankrijk, Duitsland en Finland vindt implementatie van elektronische patiëntendossiers plaats om daarmee uitwisseling tussen zorgverleners te bevorderen en duplicatie van onderzoeken en behandelingen te voorkomen, waardoor de kwaliteit toeneemt. Een Medicare pilot in de Verenigde Staten betaalt tot \$58,000 per arts aan kleine tot middelgrote eerstelijns praktijken voor het gebruik van elektronische dossiers

Kwaliteit

Overdraagbare les	Land(en) met best practice	Beschrijving
Implementeren van praktijkstimulans programma's	Australië	Financiële bonussen stimuleren het kwaliteitsniveau van huisartsen om te voldoen aan de eisen van het Royal Australian College of General Practitioners.
Opleggen van boetes voor het niet voldoen aan eisen	Finland, Ierland	3 van de 21 ziekenhuisdistricten ontvingen een boete van € 500.000 tot € 1 miljoen van de Finse overheid voor te lange wachtlijsten voor operatieve ingrepen. De ziekenhuizen worden gedwongen om de wachtlijsten te reduceren tot maximaal zes maanden. Een combinatie van het openbaren van gegevens en het opleggen van boetes heeft in Ierland bijgedragen aan substantiële verbeteringen in de nationale hygiëne audit.
Verbinden van een deel van het overall ziekenhuisbudget aan kwaliteitsindicatoren	Spanje	De Regio Valencia meet meer dan 60 performance indicatoren zoals gezondheidsbevordering in de eerstelijns, juiste voorschrijving en patiëntveiligheid in ziekenhuizen.

Overdraagbare les	Land(en) met best practice	Beschrijving
Beperken van vergoedingen voor bepaalde behandelingen	Duitsland, Verenigde Staten	In bepaalde gevallen weigeren zorgverzekeraars te betalen voor vervolghandelingen wanneer de initiële behandeling onvoldoende was. In de Verenigde Staten wordt gebruik gemaakt van 'stap-therapie' waarbij een arts verplicht is om eerst het goedkoopste medicijn voor te schrijven voordat duurdere alternatieven mogen worden ingezet.
Gebruik van evidence-based behandelings-richtlijnen en -vergoeding	Sommige Europese landen	Onder het Duitse prototype system QUELL (kwaliteit, transparantie en efficiency) worden specialisten op het gebied van ademhaling betaald voor resultaat in plaats van inspanning. Artsen worden betaald voor nieuwe patiënten, voor patiënten die niet terugkeren met dezelfde diagnose binnen een bepaalde tijd en voor het volgen van bepaalde richtlijnen. Sommige Europese landen experimenteren met betalingen voor bepaalde medicijnen aan de hand van hun effectiviteit. Het idee daarachter is om de prijs te laten afhangen van het resultaat van de behandeling. Sommige bedrijven betalen geld terug wanneer hun medicijn niet het gewenste therapeutische effect realiseert bij de patiënt.

Vraag

Overdraagbare les	Land(en) met best practice	Beschrijving
Produceren van patiëntvriendelijke gezondheidsgidsen	Australië, Verenigde Staten	Gezondheidsbevorderende gidsen en overige informatie is verkrijgbaar via websites zoals van het Agency for Healthcare Research and Quality.
Verminderen van bijdragen voor verbeteringen in gezondheidscondities	Verenigde Staten	Western & Southern Financial Group and Clarian Health behoren tot werkgevers die hun medewerkers korting geven op hun ziektekostenpremie tot 20% wanneer ze hun body-mass index (BMI) verminderen en een jaarlijkse gezondheidsrisicotest uitvoeren
Implementeren van een uniform classificatiesysteem zoals ICD-10	Australië, België, Canada, Denemarken, Groot-Brittannië, Finland, Frankrijk, Duitsland, Noorwegen, Zweden	Minimaal 10 landen hebben ICD-10 geïmplementeerd en de Verenigde Staten overwegen implementatie

Uitgavenbeheer in de ouderenzorg

Drie beleidsopties

Marc Pomp Economische Beleidsanalyse



Inhoudsopgave

1	Inleiding	117
2	Samenvatting en conclusies	120
3	Analysekader: wat moet collectief, wat kan privaat?	124
4	Ouderenzorg in cijfers	127
5	Internationale vergelijking kosten intramurale ouderenzorg	134
6	Ouderenzorg nu: basisvoorziening of middenklasseniveau?	140
7	Volumegroei bij ongewijzigd beleid tot 2030	144
8	De prijs van de ouderenzorg tot 2030	148
9	Uitgaven ouderenzorg: ramingen tot 2030	153
10	Tentatieve kwantificering beleidsopties	157
	Noten	165
	Literatuur	169
	Bijlagen	
1.	Geraadpleegde experts	173
2.	Toelichting bij beleidsoptie 2	174

1 Inleiding

Dit rapport is een achtergrondstudie bij het RVZ-advies Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg. Het doel van deze achtergrondstudie is na te gaan welke beleids optie bij kunnen aan beheersing van de groei van de collectief gefinancierde uitgaven aan de ouderenzorg.

De collectief gefinancierde uitgaven aan de ouderenzorg – zorg verleend aan personen van 65 jaar en ouder door verzorgingshuizen, verpleeghuizen en instellingen voor thuiszorg – bedroegen in 2007 bijna 13 miljard euro per jaar. Dit is 2,3% van het BBP of bijna 800 euro per hoofd van de bevolking. Het gaat hier om de netto uitgaven, dus na aftrek van eigen bijdragen. Naar verwachting nemen deze uitgaven bij ongewijzigd beleid de komende decennia sterk toe. De roep om een doelmatige inzet van publieke middelen in de ouderenzorg zal dan ook sterker worden. Het huidige sturingsmodel kent zwakke doelmatigheidsprykkels, deels vanwege de schotten in de financiering tussen cure en care, en binnen de care tussen gemeenten (WMO) en AWBZ. Al deze schotten leiden tot een onnodig groot beroep op intramurale voorzieningen (‘verkeerde bedden’) en onvoldoende samenhang tussen de curatieve zorg en de care. Opties ter verbetering van de doelmatigheid in de ouderenzorg zijn geanalyseerd in de RVZ-rapporten *Beter zonder AWBZ* (RVZ 2008) en *Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief* (RVZ 2006), in het CPB-rapport *Handle with Care* (Pomp et al. 2006) en in het recente SER-advies *Langdurige zorg verzekerd* (SER 2008).

Een doelmatige inzet van middelen vormt echter nog geen garantie voor een beheerste uitgavenontwikkeling. De volgende drie trends zorgen de komende decennia hoe dan ook voor een opwaartse druk op de uitgaven:

Demografie: Vergrijzing zal de vraag naar ouderenzorg doen toenemen.

Het Baumol-effect: Om voldoende personeel te kunnen werven dienen de lonen in de zorg gelijke tred te houden met die in de economie als geheel. De lonen in de economie als geheel volgen op lange termijn de macro –economische productiviteitontwikkeling. Door de achterblijvende productiviteitsgroei in de ouderenzorg nemen hierdoor de kosten van de ouderenzorg toe.

Kwaliteitseisen: Een stijgend algemeen welvaartsniveau leidt ertoe dat de samenleving steeds strengere eisen stelt aan de kwaliteit van de ouderenzorg. Ook hierdoor stijgen de uitgaven. Dit roept wel de vraag op of de alle kosten die voortvloeien uit de strengere kwaliteitseisen collectief gefinancierd moeten worden.

Hier staan (mogelijke) ontwikkelingen tegenover die het beroep op de ouderenzorg kunnen verminderen, zoals een afnemend verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen waardoor vrouwen minder vaak een beroep zullen doen op collectieve ouderenzorg, een potentiële doorbraak op het gebied van preventie en behandeling van de ziekte van Alzheimer, en technologische vooruitgang op het terrein van de domotica en hulpmiddelen die wellicht de factor arbeid voor een deel kunnen vervangen. Per saldo is echter de verwachting dat de uitgaven zullen stijgen.

Tegen deze achtergrond is de vraag relevant of alles wat nu collectief gefinancierd wordt in de ouderenzorg ook collectief gefinancierd moet blijven. Voor de goede orde: de noodzaak van tenminste een basisniveau van collectief gefinancierde ouderenzorg staat hier niet ter discussie. Er is geen opiniepeiling voor nodig om te kunnen stellen dat brede consensus bestaat over de noodzaak om zorgbehoevende ouderen te helpen, ook indien zij die zorg zelf niet kunnen betalen. De discussie kan gaan wat zo'n basisniveau zou kunnen inhouden, wie hier recht op zou moeten hebben, en of collectieve regelingen méér zouden moeten nastreven dan dit basisniveau.

Onderzoeksvraag

Hiermee luidt de centrale onderzoeksvraag van deze achtergrondstudie:

Kan een beleidskeuze voor een basisniveau in de ouderenzorg bijdragen aan matiging van de uitgavengroei in de collectief gefinancierde ouderenzorg?

Afgeleide vragen zijn:

- Wat houdt een basisniveau voor de collectief gefinancierde ouderenzorg precies in? In hoeverre wijkt het basisniveau af van het huidige niveau?
- Wat zijn de gevolgen voor de zorguitgaven van een keuze voor een basisnorm in plaats van een middenklasse-norm?

Bij de beantwoording van deze vragen is gebruik gemaakt van bestaande rapporten en het beschikbare cijfermateriaal. Daarnaast is een aantal experts geïnterviewd (zie bijlage 1). Het SCP heeft op verzoek aanvullende extra tabellen geleverd voor de volume-ramingen van de ouderenzorg tot 2030.

De beleidsopties in dit rapport zijn gericht op de rijksoverheid. Dit lijkt wellicht een te beperkte focus, omdat sinds de invoering van de WMO in 2007 gemeenten verantwoordelijk zijn voor de huishoudelijke verzorging. De rijksoverheid stelt echter nog steeds de wettelijke kaders vast waarbinnen gemeenten moeten opereren. Ook kan de rijksoverheid via het bekostigingsmodel gemeenten prikkelen om hoge of lage kwaliteit na te streven.

Het rapport is als volgt opgebouwd. Het volgende hoofdstuk bevat de samenvatting en de conclusies. Hoofdstuk 3 schetst het analysekader, gebruikmakend van inzichten ontleend aan de economische theorie over de optimale taakverdeling tussen markt en overheid. Hoofdstuk 4 bevat een kwantitatief overzicht van de huidige ouderenzorg. Hoofdstuk 5 presenteert een korte internationale vergelijking van de kosten van de intramurale ouderenzorg. Hoofdstuk 6 gaat in op de vraag of de huidige ouderenzorg valt te kenschetsen als een basisvoorziening of als een voorziening op middenklassenniveau. Hoofdstukken 7 tot en met 9 presenteren ramingen van de collectieve uitgaven aan de ouderenzorg tot 2030. Hoofdstuk 10 kwantificeert drie beleidsopties om de uitgavengroei te beteugelen. Het slothoofdstuk gaat in op de vraag binnen welk uitvoeringsmodel (zorgverzekeraars, gemeenten of persoonsgebonden budgetten) een beleidskeuze voor een basisvoorziening uitvoerbaar is.

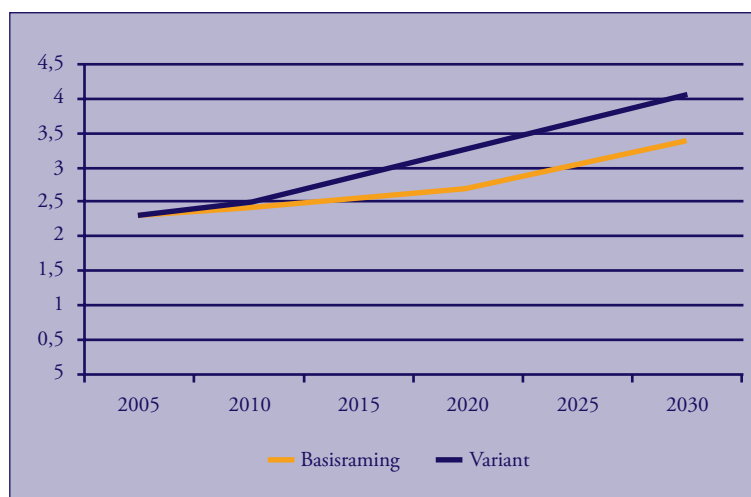
2 Samenvatting en conclusies

Bij ongewijzigd beleid stijgen de collectieve uitgaven aan de ouderenzorg sneller dan het BBP. In de basisraming in dit rapport lopen de netto collectieve uitgaven – de uitgaven aan ouderenzorg exclusief informele en particuliere zorg en na aftrek van eigen bijdragen – op van 2,3% van het BBP in 2005 tot 3,4% van het BBP in 2030. De raming is gebaseerd op een door het Sociaal en Cultureel Planbureau geraamde volumegroei van 1,5% per jaar. Hierbij gaat het SCP uit van een sterke daling van het percentage ouderen dat gebruik maakt van ouderenzorg; het SCP baseert deze verwachting op stijgende inkomens van ouderen. De SCP-volumeraming houdt echter geen rekening met de mogelijkheid dat de stijgende prijs van particuliere en informele zorg extra vraag naar collectieve zorg uitlokt. Evenmin houdt de SCP-volumeraming geen rekening met de toenemende intensiteit van het zorggebruik (het stijgende aantal uren zorg per gebruiker). Daarom lijkt de volumeraming aan de optimistische kant.

De SCP-volumeraming is gecombineerd met een reële prijsstijging van 2% per jaar, opnieuw bij ongewijzigd beleid. Deze prijsstijging is het gevolg van een veronderstelde achterblijvende productiviteitsgroei in de ouderenzorg in vergelijking met de economie als geheel (het zogenaemde Baumol-effect, goed voor 1% prijsstijging per jaar) en een component die nodig is om de ouderenzorg ‘welvaartsvast’ te maken. De ouderenzorg is welvaartsvast als de kwaliteit toeneemt met de stijging van het algemene welvaartspeil. In dit rapport is deze tweede component aangeduid als het ‘Sen-effect’. Het Sen-effect is eveneens goed voor 1% ‘prijsstijging’ per jaar.

Door deze prijs- en volumestijging te combineren met het CPB-scenario Strong Europe voor de economische groei, kan de groei van de uitgaven aan de ouderenzorg als percentage van het BBP worden berekend. Dit is weergegeven in onderstaande grafiek. De basisraming is gebaseerd op de SCP-volumegroei, de variant gaat uit van een hogere volumegroei: in plaats van de door het SCP veronderstelde daling van het percentage ouderen dat gebruik maakt van ouderenzorg is in deze variant aangenomen dat dit percentage ongewijzigd blijft. In de basisraming nemen de collectief gefinancierde uitgaven aan de ouderenzorg toe van 2,3% van het BBP in 2005 tot 3,4% in 2030. In de variant is het corresponderende cijfer 4,1% in 2030. Om deze uitgavengroei te kunnen financieren zullen de collectieve lasten moeten stijgen.

Grafiek 1 Uitgaven ouderenzorg in % BBP tot 2030, bij ongewijzigd beleid



Bron: Eigen berekeningen (zie hoofdtekst)

Nederland geeft in vergelijking met andere landen relatief veel uit aan collectieve ouderenzorg, deels omdat relatief veel ouderen in een verzorgingshuis of verpleeghuis wonen. Bovendien zijn de kosten 'per eenheid product' in de intramurale zorg relatief hoog in vergelijking met Duitsland, België, het VK en de VS. De eigen bijdragen zijn daarentegen juist lager dan in de vergelijkingslanden.

Deze constatering roepen de vraag op of we niet te ver zijn doorgeschoten in het 'collectiveren' van de ouderenzorg. Moet alles collectief blijven wat nu collectief is? Uiteindelijk is het antwoord een kwestie van persoonlijke voorkeuren die via het politieke proces tot uitdrukking komen in maatschappelijke keuzes. De economische theorie verschaft echter een aantal objectieve criteria die bij het maken van deze afweging behulpzaam kunnen zijn. Een belangrijk inzicht uit de economische theorie is, dat burgers zich soms niet kunnen of willen verzekeren, ook niet voor 'calamiteiten' zoals langdurige opname in een verpleeghuis. Mogelijke oorzaken zijn vormen van marktfalen en kortzichtigheid. Het gevolg is welvaartsverlies, omdat voor de meeste burgers zo'n verzekering de verwachte welvaart verhoogt. De kans dat een 'gemiddelde' oudere ooit in verpleeghuis belandt is immers klein (ongeveer 5,5%), maar de kosten lopen dan in de tonnen. Deze combinatie van een kleine kans en hoge kosten pleit voor verzekeren; zorgsparen met als doel de kosten van opname in een verpleeghuis of verzorgingshuis zelf te kunnen dragen is inefficiënt: de meeste burgers zouden hun consumptie onnodig sterk moeten beperken in hun jongere jaren. Voor zorg thuis geldt deze redenering niet. De kans dat een 'gemiddelde' oudere ooit zorg thuis nodig zal hebben is groot. Zorgsparen ter financiering van dit soort zorg is daarom

een interessante beleidsoptie waarmee het beroep op collectief gefinancierde zorg kan worden afgeremd.

Een verplichte verzekering kan worden gevoeld als een vorm van belasting. De kans hierop neemt toe naarmate de verzekering meer dekt dan een basisniveau, naarmate de inkomensafhankelijkheid van de premie groter is en naarmate de verzekering grotere intergenerationele overdrachten bevat, bijvoorbeeld omdat jongeren meebetalen terwijl zij maar moeten afwachten op welk niveau van ouderenzorg zij zelf in de toekomst aanspraak kunnen maken. De huidige verzekering voor de ouderenzorg kent een inkomensafhankelijke premie en mogelijk ook intergenerationele overdrachten (indien de aanspraken voor de huidige premiebetalers in de toekomst worden beperkt), zodat het inderdaad waarschijnlijk is dat deze verzekering wordt gevoeld als een soort belasting.

Een hogere belastingdruk ontmoedigt de arbeidsparticipatie. Door de opwaartse trend in de reële prijs van ouderenzorg vergt het handhaven van een gegeven kwaliteitsniveau bovendien steeds hogere uitgaven. Hierdoor nemen de maatschappelijke kosten in de vorm van deze rem op de arbeidsparticipatie toe. Dit terwijl vergrijzing en de daarmee samenhangende verwachte daling in de arbeidsparticipatie juist pleiten voor participatieverhogend beleid.

Kan een beleidsmatige keuze voor een basisniveau in de ouderenzorg bijdragen aan beheersing van de collectieve uitgaven? Een dergelijk basisniveau kan betrekking hebben op de kwaliteit van de ouderenzorg, de omvang van het verzekerde pakket of de afbakening van de doelgroep (of op een combinatie hiervan). Dit rapport bevat tentatieve berekeningen van de effecten van drie beleidsopties waarmee de ouderenzorg beperkt kan worden tot een basisvoorziening:

1. Beperking van het pakket door voortaan alleen nog intramurale zorg te vergoeden. De verplichte collectieve verzekering heeft dan het karakter van een calamiteitenverzekering.
2. Beperking van de doelgroep door verhoging van inkomensafhankelijke eigen bijdragen. Hierdoor gaan hogere inkomens een steeds groter deel van hun inkomen betalen aan de zorg. De collectieve ouderenzorg is voor een groot deel van de bevolking niet langer welvaartsvast.
3. Volledige PGB-isering van de zorg, min of meer naar het voorbeeld van de Duitse Pflegeversicherung, gecombineerd met een verhoging van de eigenbijdrage zoals in optie 2. Het PGB groeit dus minder snel dan de reële prijs van de ouderenzorg, waardoor ouderen een steeds groter deel zelf zullen moeten gaan betalen.

Tabel 1 vat de resultaten van de berekeningen samen. Zoals al is opgemerkt stijgt de collectief gefinancierde ouderenzorg in de basisraming van 2,3% van het BBP in 2005 tot 3,4% van het BBP in 2030, een stijging

van 1,1%. Door te kiezen voor omvorming van de ouderenzorg tot een basisvoorziening kan deze groei sterk worden gereduceerd. Bij de maximumvarianten van de twee laatste beleidsopties is zelfs sprake van een daling in procenten van het BBP ten opzichte van het basisjaar 2005.

Tabel 1 Gevolgen beleidsopties voor collectieve uitgaven ouderenzorg

	Collectieve uitgaven ouderenzorg, % BBP, 2030	
	In % BBP	Verschil met basisraming in % BBP
Basisraming	3,4	-
Optie 1: Zorg thuis geheel voor eigen rekening	2,7	-0,7
Optie 2: Hogere eigen bijdragen**	2,2	-1,2
Optie 3: Volledige PGB-isering met beperkte indexering**	2,0	-1,4

** Maximumvariant, zie hoofdttekst.

Bron: Eigen berekeningen (zie hoofdttekst)

3 Analysekader: wat moet collectief, wat kan privaat?

Er bestaan grote internationale verschillen in het gebruik van collectief gefinancierde ouderenzorg. Definitieverschillen staan de internationale vergelijkbaarheid van het gepresenteerde cijfermateriaal in de weg, maar het beeld is consistent met de algemene opvatting dat het gebruik van intramurale zorg in Nederland relatief groot is (zie hoofdstuk 5). In Duitsland ligt het gebruik van zowel intramurale als extramurale zorg aanzienlijk lager dan in Nederland (SCP (2007), tabel 4.2). Dit roept de vraag op of we niet zijn doorgeschoten in het 'collectiveren' van de ouderenzorg. Moet alles collectief wat nu collectief is?

Bij het beantwoorden van deze vraag biedt de economische theorie een paar nuttige handvatten. Een eerste constatering is dat een vorm van een verzekering voor bepaalde kosten van ouderenzorg wenselijk is. Weliswaar worden we allemaal oud, maar de hoeveelheid ouderenzorg die we in de toekomst nodig hebben is onzeker (zie ook de berekeningen in hoofdstuk 9). Individueel sparen voor alle mogelijke kosten van ouderenzorg, inclusief de kosten van langdurige opname in een verpleeghuis, is daarom niet efficiënt: de meeste burgers zouden dan veel meer moeten sparen dan nodig is om de kosten van zorg te betalen. Individueel sparen voor een basisniveau van ouderenzorg kan wel efficiënt zijn. Het gaat dan vooral om zorg thuis. Vrijwel alle ouderen zullen ooit een beroep gaan doen op één of andere vorm van thuiszorg. Beleidsoptie 1 in hoofdstuk 10 (inperking van de collectieve verzekering tot een calamiteitenverzekering) sluit hierbij aan.

Argumenten voor een verplichte verzekering

Moet een dergelijke verzekering verplicht of vrijwillig zijn? Economen erkennen vier redenen waarom een verplichte verzekering wenselijk kan zijn (Zie ook Van der Geest 2005, hoofdstuk 4):

- **Averechtse selectie:** dit houdt in dat vooral de 'slechte risico's' (dat zijn degenen met een grote kans gebruik te maken van dure ouderenzorg) zich willen verzekeren. Als verzekeringsmaatschappijen deze slechte risico's niet goed kunnen onderscheiden van 'goede risico's' zullen zij een hoge premie vragen; in extreme gevallen bieden zij in het geheel geen polis aan. Dit is een argument voor verplichte deelname van alle ouderen aan een dergelijke verzekering.
- **Moreel gevaar:** hiermee wordt in dit geval bedoeld dat burgers (wellicht) verwachten dat de overheid bijspringt indien zij zich niet verzekeren voor ouderenzorg. Hierdoor zouden zij afzien van het sluiten van een verzekering voor ouderenzorg als zo'n verzekering vrijwillig zou zijn.

- Herverdeling: via een verplichte verzekering voor ouderenzorg voor alle ingezetenen met een inkomensafhankelijke premie, is een maatschappelijk gewenste herverdeling van hoge naar lage inkomens en van jong naar oud te realiseren. Economen hebben soms moeite met dit herverdelingsargument, omdat herverdeling beter via de inkomstenbelasting kan lopen. Een argument dat hier weer tegen pleit, is dat de behoefte aan zorg niet altijd goed valt af te bakenen op basis van objectieve indicatie-criteria. In dat geval kunnen publieke middelen gericht worden ingezet door zorg in natura of in de vorm van een geormerkt persoonsvolgend budget te vertrekken in plaats van in geld. Alleen degenen die de ouderenzorg echt nodig hebben zullen dan een beroep doen op de publieke voorziening. In de literatuur staat dit bekend als self targetting (Currie en Gahvari 2008).
- Paternalisme: als burgers van nature kortzichtig zijn en zich financieel niet goed voorbereiden op hun oude dag, zullen zij zich niet uit zichzelf verzekeren (of sparen) voor de kosten van ouderenzorg. Een verplichte collectieve verzekering voor jong en oud kan dan wenselijk zijn. Jongeren worden dan gedwongen via de verzekering alvast te 'sparen' voor de verwachte kosten van ouderenzorg. Dit argument lijkt op het eerder genoemde moreel gevaar, met als verschil dat burgers nu niet uit berekening maar uit bijziendheid afzien van sparen of verzekeren voor ouderenzorg. Dergelijke paternalistische argumenten kunnen een rechtvaardiging zijn voor bijvoorbeeld verplichte pensioenen bovenop de AOW.

De dekking van de verplichte verzekering: basisvoorziening of middenklassenniveau?

Moet zo'n verplichte verzekering streven naar een basisniveau wat betreft dekking en kwaliteit of naar een middenklassenniveau? Als averrechtse selectie een ernstig probleem is, dan is er geen reden om de verzekering te beperken tot een basisniveau. Veel burgers zullen zich immers willen verzekeren voor ouderenzorg die boven dit basisniveau uitgaat, en voor een dergelijke aanvullende verzekering speelt het averrechtse selectieprobleem mogelijk eveneens een rol (wellicht zelfs een grotere rol).¹ Voor moreel gevaar geldt eenzelfde redenering. Ook kortzichtigheid van burgers verschaft een argument voor verplichte collectieve ouderenzorg die meer is dan een basisvoorziening.

De economische theorie levert dus argumenten voor een verplichte verzekering voor de kosten van ouderenzorg die meer omvat dan alleen een basisniveau wat betreft kwaliteit en dekking. Hier staat echter tegenover dat een verplichte verzekering met een ruime dekking extra maatschappelijke kosten met zich meebrengt ten opzichte van een verplichte verzekering met een beperkte dekking. De omvang van de extra maatschappelijke kosten hangt af van twee factoren:

- Het verschil tussen de feitelijke premie en de actuariële faire premie. Bij een actuariële faire premie is de contante waarde van de betaalde premies gelijk aan de contante waarde van de verwachte uitkering of ontvangen zorg. Er is dan dus een directe relatie tussen private kosten en private baten. De verzekering resulteert dan niet in een hogere collectieve lastendruk. Een inkomensafhankelijke premie (of financiering uit algemene middelen) voor een verzekering die voor iedereen gelijk is, is echter niet actuariële fair. Het zelfde geldt voor een verzekering die intergenerationele overdrachten bevat, bijvoorbeeld omdat jongeren meebetalen terwijl zij maar moeten afwachten op welk niveau van ouderenzorg zij zelf in de toekomst aanspraak kunnen maken.
- De individuele waardering van de verzekering: als veel burgers de verzekering niet waarderen, zal het verplichte karakter als een vorm van belasting worden beschouwd. Naarmate een verzekering meer omvat dan een basisniveau, neemt het aantal burgers toe dat de verzekering als te luxe ervaart in vergelijking met de eigen voorkeuren. Deze burgers zullen de extra premie die zij moeten betalen voor de in hun ogen onnodige zorg ervaren als een belasting. Dit valt deels te ondervangen door bijvoorbeeld lage inkomens te compenseren via een zorgtoeslag, maar daarmee gaat de hierna genoemde factor zwaarder wegen.

Een verplichte verzekering kan dus worden gevoeld als een vorm van belastingheffing. De kans hierop neemt toe naarmate de 'ingebakken herverdeling' tussen jong en oud en tussen arm en rijk groter is en naarmate de verzekering meer omvat dan een basisniveau. Een stijging van de belastingdruk ontmoedigt de arbeidsparticipatie. De opwaartse trend in de reële prijs van ouderenzorg (zie hoofdstuk 8) impliceert bovendien dat het handhaven van een gegeven kwaliteitsniveau steeds hogere uitgaven met zich meebrengt. Hierdoor nemen de maatschappelijke kosten in de vorm van deze rem op de arbeidsparticipatie toe. Vergrijzing en de daarmee samenhangende verwachte daling in de arbeidsparticipatie pleiten juist voor participatieverhogend beleid.

Conclusie

De maatschappelijke kosten/bastenverhouding van breed toegankelijke collectieve ouderenzorg op middenklasse-niveau zal in de toekomst ongunstiger worden. De collectieve lasten die nodig zijn om een middenklasse-niveau te financieren zullen toenemen, en de resulterende participatierem kunnen we ons door het toch al teruglopende arbeidsaanbod steeds minder goed permitteren.

4 Ouderenzorg in cijfers

Definitie ouderenzorg

Een definitie van ouderenzorg die aansluit bij wat hier doorgaans onder wordt verstaan is: Alle niet op genezing gerichte zorg van personen van 65 jaar en ouder. Deze definitie omvat zowel de collectief gefinancierde als de private gefinancierde zorg en de informele zorg (mantelzorg). De 65-jaar grens historisch bepaald; de meeste gebruikers zijn 75 jaar of ouder.

Het CBS deelt de ouderenzorg in op basis van het type aanbieder: verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen (zie bijvoorbeeld CBS 2007). Deze indeling wordt steeds minder bruikbaar, omdat aanbieders in toenemende mate zowel intra- als extramuraal zorg gaan verstrekken en zich bovendien steeds vaker richten op niet-collectieve zorg. Thuiszorginstellingen richten zich vooral op de voormalige AWBZ-functie huishoudelijke verzorging (HV), die inmiddels in overgegaan naar de WMO, maar ook op de AWBZ-functies persoonlijke verzorging en ondersteunende en activerende begeleiding. Verpleeg- en verzorgingshuizen richten zich steeds meer op het verlenen van de AWBZ-functie verpleging en verzorging bij ouderen thuis. In de aanbodgeoriënteerde indeling van het CBS ontbreekt bovendien het gebruik door ouderen van hulpmiddelen zoals rolstoelen en persoonsgebonden budgetten (PGBs).

Definitie collectief gefinancierde ouderenzorg

De collectief gefinancierde ouderenzorg wordt hier gedefinieerd als alle uitgaven aan ouderenzorg behalve informele en particuliere zorg en na aftrek van eigen bijdragen. Om dit laatste te benadrukken wordt in hetgeen volgt soms verwezen naar de netto collectief gefinancierde uitgaven aan de ouderen. Waar de cijfers worden gepresenteerd inclusief de eigen bijdragen worden uitgaven aangeduid als bruto collectieve uitgaven.

Collectief gefinancierde uitgaven 1998-2007

De netto collectieve uitgaven aan de ouderenzorg (dus na aftrek van eigen bijdragen) belopen ongeveer 2,3% van het BBP (zie Tabel 2). Cijfers over de totale eigen bijdragen voor de laatste twee jaar zijn niet beschikbaar. Dit heeft te maken met de invoering van de WMO, waardoor de gemeenten verantwoordelijk werden voor de inning van eigen bijdragen voor de thuiszorg. In de tabel is aangenomen dat de totale eigen bijdragen (dus inclusief de eigen bijdragen voor de thuiszorg) de laatste twee jaren niet zijn veranderd. De groei van de eigen bijdragen over de jaren waarvoor wel data beschikbaar zijn (2000-2005) bedraagt iets meer dan 3% per jaar, en blijft sterk achter bij de groei van de bruto uitgaven in deze jaren van bijna 8% per jaar.

Tabel 2 Uitgaven collectief gefinancierde ouderenzorg, 1998-2007*

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ouderenzorg, bruto (mld)*	7,6	8,0	8,7	9,8	11,2	12,2	12,3	12,7	13,4	14,1
Eigen bijdragen (mld)**			1,2	1,2	1,3	1,2	1,4	1,4	1,4	1,4
Ouderenzorg, netto (mld)**			7,5	8,6	9,9	11,0	10,9	11,3	12,0	12,7
Ouderenzorg, netto, in % BBP			1,8	1,9	2,1	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3

* Uitgaven bij verstrekkers van ouderenzorg: verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor thuiszorg

** 2006 en 2007: schatting

Bron: CBS Statline; CBS persbericht dd 16-5-2008; CVZorgcijfers 2005 (eigen bijdragen)

Gebruikers, kosten en kenmerken

Tabel 3 tot en met 7 presenteren kernegevens voor de ouderenzorg op basis van de 'oude' driedeling in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen. Hoewel de grenzen tussen deze drie typen aanbieders enigszins beginnen te vervagen blijkt de driedeling sterk onderscheidend te zijn, zowel wat betreft uitgaven per gebruiker als wat betreft kenmerken van zorggebruikers.

De volgende observaties zijn relevant voor het vervolg van deze achtergrondstudie:

- De gemiddelde uitgaven per oudere zorggebruiker lopen sterk uiteen tussen de drie typen zorg. Het wekt geen verbazing dat de gemiddelde uitgaven per bewoner het hoogst zijn in een verpleeghuis. Bij een gemiddelde verblijfsduur van 3 jaar bedragen de gemiddelde kosten zo'n 225 000 euro voor de gehele verblijfsduur in een verpleeghuis en 120 000 euro in een verzorgingshuis.
- Ruim 60 000 ouderen verblijven in een verpleeghuis. Er zijn ruim 1,1 miljoen 75-plussers. Als we ervan uitgaan dat ouderen niet voor hun 75-jarige leeftijd in een verpleeghuis komen, loopt een gemiddelde 75+-er een kans van 5,5% om in een verpleeghuis te komen. Voor een verzorgingshuis is de kans iets meer dan 9%. De combinatie van een betrekkelijk kleine kans en hoge kosten pleiten voor (collectief of privaat) verzekeren; zorgsparen met als doel de kosten van opname in een verpleeghuis of verzorgingshuis zelf te kunnen dragen is inefficiënt (burgers zouden hun consumptie onnodig sterk moeten beperken in hun jongere jaren).²
- In 2005 maakte ongeveer 20% van alle 65+-ers gebruik van collectief gefinancierde thuiszorg; voor 80+-ers was dit meer dan de helft. De kans dat een 'gemiddelde' oudere ooit collectief gefinancierde thuiszorg zal gebruiken is dus groot. Bovendien maken veel ouderen gebruik van informele of particuliere zorg (zie hierna). Voor alle vormen van zorg thuis gecombineerd is de individuele kans ooit

een beroep te doen op zorg thuis groot. In dit geval is het dus niet evident dat verzekeren efficiënt is.

- De kans op zorggebruik verschilt sterk tussen bevolkingsgroepen. Vrouwen en alleenstaanden zijn sterk oververtegenwoordigd.³

Tabel 3 Kerngegevens collectief gefinancierde ouderenzorg, 2005

	Aantal gebruikers x 1000*	totale bruto uitgaven x mld euro **	bruto uitgaven per dag (intramuraal) of per uur (thuiszorg)	gemiddelde kosten per gebruiker per jaar, x 1000 euro
Verpleeghuizen	63,5	4,8	208	75,8
Verzorgingshuizen	98,7	4,1	112	41,0
Instellingen voor thuiszorg***	480,0	3,1	46	6,5

* Verpleeghuizen: berekend door het aantal klinische verpleegdagen te delen door 365; dit levert een onderschatting van het aantal ouderen dat gedurende een jaar gebruik maakt van verpleeghuiszorg, omdat een deel van hen slechts kort wordt opgenomen (bijvoorbeeld na opname in een ziekenhuis).

** Inclusief eigen bijdragen (intramuraal euro 1,15 mld, extramuraal euro 0,25 mld); thuiszorg: totale exploitatielasten x aandeel 65+ in totale thuiszorg uit tabellen bij De Groot (2007).

*** Totaal aantal gebruikers per jaar; kortdurend gebruik telt dus voor 100% mee.

Bron: CBS, Gezondheid en zorg in cijfers 2007, De Groot 2007 (thuiszorg); eigen berekeningen

Tabel 4 Kenmerken bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen 2004

	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen
Vrouwen (%)	72	77
Mannen (%)	28	23
Gemiddelde leeftijd	82	86
% ouder dan 75 jaar	80	90
Gemiddelde verblijfsduur (in jaren)	2,8	3,7
Weduwe/weduwnaar (%)	67	72
Lager onderwijs (%)	48	63

Bron: Peeters en Francke (2006) (website rivm)

Tabel 5 Kenmerken gebruikers thuiszorg

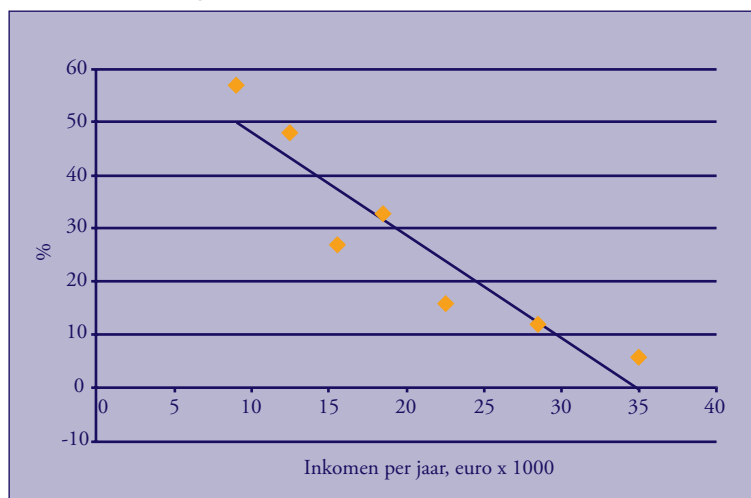
	%
Vrouwen	72
65-plus	98
80-plus	64
Partner aanwezig	14
Mantelzorg aanwezig	39

Bron: SCP (2000)

Inkomen en zorggebruik

Het huishoudinkomen is een belangrijke determinant van de keuze tussen thuiszorg versus particuliere of informele hulp (zie grafiek 2). Een voor de hand liggende verklaring is dat de eigen bijdrage voor de thuiszorg inkomensafhankelijk is. Middeninkomens en hogere inkomens betalen soms een eigen bijdrage per uur die hoger is dan de gangbare tarieven voor 'witte' of 'grijze' particuliere hulp. Een ander verklaring is dat ouderen met hogere inkomens de voorkeur geven aan particuliere hulp omdat zij verwachten dat deze hulp van betere kwaliteit is en omdat zij meer controle hebben over wie de zorg levert.

Grafiek 2 Huishoudinkomen en gebruik collectief gefinancierde thuiszorg: % van alle huishoudens met een vorm van zorg thuis (collectief, informeel, particulier), 1999



Bron: Van den Berg Jeths et al. (2004), tabel 5.8

Eigen bijdragen voor zorg in natura⁴

Gebruikers van ouderenzorg moeten een eigen bijdrage betalen. Voor ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis met een thuiswonende partner is de eigen bijdrage 12,5% van het bruto huishoudinkomen, met een maximum van € 727,60 per maand. Voor ouderen zonder thuiswonende partner is de maandelijkse eigen bijdrage 8,5% van het bijdrageplichtig jaarinkomen met een maximum van € 1.804,60. Dit laatste maximum wordt zelden betaald, zie Tabel 6. De tabel heeft betrekking op 2006 toen het maximum nog € 1751,40 bedroeg. Nog geen 2000 ouderen betalen dit bedrag.

Tabel 6 Eigen bijdrage zorg met verblijf per maand, 2006

Bijdrage in euro per maand		Aantal personen
0,00 -<	250	72.931
250,00 -<	500	62.182
500,00 -<	750	85.605
750,00 -<	1.000	20.077
1000,00 -<	1.250	8.265
1250,00 -<	1.500	4.739
1500,00 -<	1.750	4.989
1750,00 -<	1751,4	1.668
Totaal		260.456

Noot: inclusief niet-ouderenzorg (instellingen voor zwakzinnigen zorg, gezinsvervangende tehuizen en psychiatrische ziekenhuizen)

Bron: Jaarverslag CAK-BZ 2006

Ouderen die AWBZ-zorg of WMO-zorg in natura thuis ontvangen betalen in totaal (dus voor beide soorten zorg samen) maximaal de volgende eigen bijdragen per jaar:

Alleenstaanden: 218,40 + 15% van het inkomen boven 14 365 per jaar

Samenwonenden: 314,60 + 15% van het inkomen boven 19 759 per jaar

De feitelijke eigen bijdrage voor AWBZ-zorg thuis (het gaat dan vooral om verpleging en verzorging thuis) is gelijk aan het aantal uren zorg maal een uurprijs van 12,40 (2008), maar niet hoger dan bovenstaande maxima. Bij een inkomen van 30 000 euro per jaar (ongeveer modaal) zijn de maxima al bindend bij 3 uur (alleenstaanden) of 4 uur (samenwonenden) zorg per week. Als het maximum bindend is, dan is de feitelijke uurprijs lager dan 12,40 per uur.

Ouderen die gebruik maken van WMO-zorg hebben te maken met een eigen bijdrageregeling die per gemeente kan verschillen, maar die nooit hoger mag zijn dan de bovenstaande maxima.

In totaal werd in 2005 door ouderen ruim 1,4 miljard euro aan eigen bijdragen betaald (Tabel 7). Gemiddeld dekken de eigen bijdragen bijna 14% van de uitgaven.

Tabel 7 Eigen bijdragen ouderenzorg, 2005

	mln euro	% totale kosten	Gemiddeld per gebruiker (euro per jaar)
Verpleeghuizen	411,3	8,6	6477
Verzorgingshuizen	743,1	18,1	7529
Thuiszorg	271,4	8,8	565
Totaal	1425,8	13,6	

Bron: CVZorgcijfers 2006, bijlage E, eigen berekeningen, aantal gebruikers ontleend aan Tabel 3.

Persoonsgebonden budgetten (PGBs)

Ouderen met een indicatie voor bepaalde vormen van ouderenzorg kunnen sinds 1998 kiezen om de zorg niet in natura te ontvangen maar deze zelf in te kopen. Zij ontvangen hiertoe een persoonsgebonden budget (PGB). Deze PGB-optie geldt voor alle AWBZ-zorg en WMO-zorg, met uitzondering van de AWBZ-functies verblijf en behandeling. Met een PGB kan zorg worden ingekocht bij familie, vrienden of bekenden of bij een professionele aanbieder van ouderenzorg.

Tabel 8 bevat een schatting van het aantal ouderen dat gebruikt maakt van een PGB (exacte cijfers zijn alleen beschikbaar voor de totale groep PGB-houders, niet apart voor ouderen). Voor de totale groep PGB-houders is sprake van een zeer snelle groei, waardoor het macro-budget regelmatig wordt overschreden. Vergeleken met de totale groep gebruikers van ouderenzorg gaat het nog slechts om een beperkt aantal ouderen (ongeveer 6% van degenen met zorg thuis). De totale uitgaven aan PGBs voor ouderen belopen een kleine 200 mln euro per jaar (geschat op basis van Tabel 8)

Tabel 8 Ouderen met een PGB

	aantal personen x 1000		Bedrag per pgb-houder per jaar x 1000 euro	
	2006	2007	2006	2007
51 t/m 70	11,5	12,8	11,7	13,7
71 of ouder	15,2	16,2	11,1	12,7
Totaal	26,7	29,0		

Bron: berekend uit ITS, 2008, tabel 1.13⁵

De hoogte van het PGB is gebaseerd op de tarieven voor zorg in natura, verminderd met een (fictieve) eigen bijdrage. Afhankelijk van het soort zorg is deze eigen bijdrage (in feite dus een afslag op het natura-tarief) 20% of 33% van het natura-tarief. In principe zouden PGBs dus kunnen leiden tot lagere collectieve uitgaven. De groei in het gebruik van PGBs de afgelopen jaren is echter niet gepaard gegaan met een daling in het gebruik van zorg in natura. Het lijkt er dus op dat een flink deel van de PGB-gebruikers bij afwezigheid van de PGB-optie zelf hun zorg zou hebben geregeld. Met andere woorden, gratis mantelzorg is vervangen door betaalde zorg (Van den Berg en Schut, 2003).

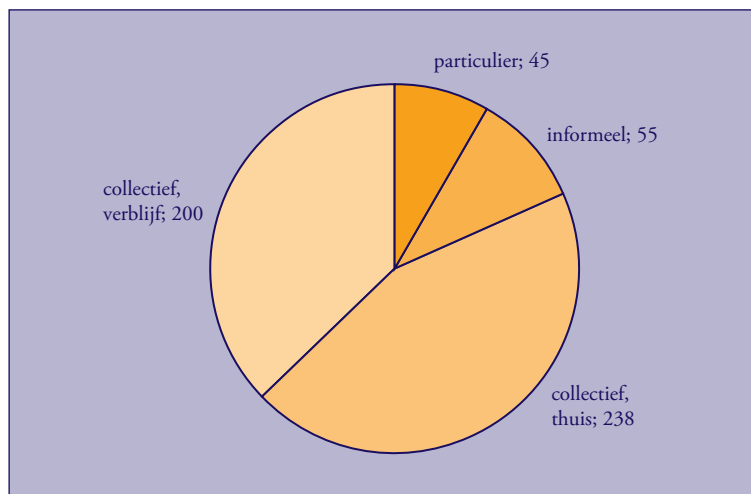
Particuliere en informele ouderenzorg

Een deel van de ouderen met een zorgvraag maakt gebruik van informele of particuliere zorg (grafiek 3).⁶ De kosten van deze zorg komen voor rekening van de gebruiker zelf (of familieleden).⁷

Bij de informele zorg gaat het om zorg thuis, bij de particuliere zorg zowel om zorg thuis als zorg met verblijf. De SCP-cijfers bevatten geen uitsplitsing van de particuliere zorg naar intramuraal en extramuraal, maar het is aannemelijk dat het vooral om zorg thuis gaat. Het aantal bewoners

van particuliere woon/zorgvoorzieningen komt waarschijnlijk niet boven een paar duizend uit, hoewel een systematische registratie ontbreekt.⁸

Grafiek 3 Particuliere en informele zorg: gebruikers x 1000, 2005



Bron: ongepubliceerde SCP-cijfers (augustus 2008), eigen berekeningen

Hulpmiddelen, vervoer, woningaanpassingen

Ouderen met mobiliteitsbeperking maken gebruik van verschillende soorten mobiliteitshulpmiddelen en van collectief gefinancierde vervoersopties zoals gespecialiseerde taxibusjes. Rolstoelen en scootmobiel werden tot 2007 verstrekt via de WVG, die per 1-1-2007 is opgegaan in de WMO. Landelijke registraties van gebruik en kosten van deze voorzieningen ontbreken. Een recente WMO-benchmark waaraan bijna 100 gemeenten meededen komt tot de bedragen in Tabel 9; hierin is ook het gebruik door personen jonger dan 65 opgenomen:

Tabel 9 Hulpmiddelen en vervoer 2007: kosten gemaakt door gemeenten in het kader van de WMO (inclusief gebruik door niet-ouderen)

	Per inwoner Euro	Landelijk miljoen euro
Rolstoel + scootmobiel	8	131,2
Collectief vervoer	9	147,6
Woonvoorziening	12	196,8
Individueel vervoer	13	213,2
Totaal		688,8

Bron: berekend uit SGBO 2007

Krukken en rollators worden vergoed via de Zvw; het CVZ heeft onlangs geadviseerd deze voorzieningen voortaan voor eigen rekening van de gebruikers te laten komen (CVZ, 2007). In totaal gaat het jaarlijks om slechts 10 mln euro.

5 Internationale vergelijking kosten intramurale ouderenzorg

Inleiding

De kosten van een dag in een Nederlands verzorgingshuis bedragen 41 000 euro en in een verpleeghuis bij 76 000 euro (zie Tabel 3 in hoofdstuk 4). Dit zijn de bruto kosten, dus inclusief de eigen bijdrage. Is de intramurale ouderenzorg in Nederland hiermee duur in vergelijking met het buitenland? Zo ja, wat zijn hiervan de oorzaken? Dit hoofdstuk presenteert voorlopige antwoorden op deze vragen gebaseerd op een beperkte internationale vergelijking.

Internationaal vergelijkbare gegevens over de kosten per dag in een verpleeg- of verzorgingshuis zijn niet beschikbaar in de meest complete internationale database op het terrein van de zorguitgaven, de OECD Health Data. Door nationale bronnen, jaarverslagen en artikelen te combineren is het mogelijk een beeld vormen van de gemiddelde kosten per dag van de intramurale ouderenzorg. De volgende landen zijn opgenomen in de vergelijking: Duitsland, België, het VK en de VS Denemarken. Bij deze landenkeuze was een belangrijk criterium de beschikbaarheid van gegevens.

Een obstakel bij een dergelijke internationale vergelijking is dat het Nederlandse onderscheid tussen verpleeg- en verzorgingshuizen in het buitenland doorgaans niet bestaat. Dit belemmert de vergelijkbaarheid. In hetgeen volgt wordt geprobeerd hiermee rekening te houden door waar nodig de Nederlandse cijfers te corrigeren.

Internationale verschillen in de prijs van een eenheid zorg kunnen het gevolg zijn van verschillen in onderliggende kosten zoals arbeidskosten en kosten van huisvesting, verschillen in kwaliteit, en verschillen in doelmatigheid. Op basis van de beschikbare gegevens is het helaas niet mogelijk de gevonden prijsverschillen nader uit te splitsen naar deze drie achterliggende factoren.

Intramurale ouderenzorg in Duitsland

In Duitsland verblijft 4,1% van de bevolking van 65+ in een instelling voor ouderenzorg. Duitsland kent een aparte sociale verzekering voor langdurige zorg. De verzekering wordt uitgevoerd door de Krankenkassen, maar de overheid stelt de premie vast: 1,7% van het brutoloon (OECD 2005, p.118). Op basis van indicatiestelling ontstaat recht op een PGB of zorg in natura, waarbij het PGB veel lager is dan de maximumvergoeding in natura. Voor intramurale zorg bestaat de PGB-optie niet. Bij de indicatiestelling worden slechts 3 niveaus van zorgzwaarte onderscheiden, aangeduid als Pflegestufe I tot Pflegestufe III. Tabel 10 geeft een overzicht van de bedragen voor elke Pflegestufe. De eerste

twee kolommen hebben betrekking op zorg thuis, de laatste kolom op zorg in een instelling.

Tabel 10 Het Duitse PGB-model, bedragen per maand

	Geldbedrag	Natura	Intramuraal
Pflegestufe I	205	384	1.023
Pflegestufe II	410	921	1.279
Pflegestufe III	665	1.432	1.432

Bron <http://www.medizininfo.de/pflege/versicherung/leistungen.shtml#kurse>

Rothgang en Igl (2006) presenteren schattingen van de kosten per oudere in een instelling, voor elk van de Pflegestufen (zie Tabel 11).

Tabel 11 Duitsland: gemiddelde kosten per oudere en gemiddelde eigen bijdrage, 2002

Pflege-stufe	kosten 2002, euro per maand				Eigen bijdrage		
	Zorg-kosten	Hotel-kosten	Investerings-kosten*	Totaal	Bijdrage Krankenkasse	per maand	per jaar
I	1172	738	376	2286	1023	887	10644
II	1558	738	376	2672	1279	1017	12204
III	1979	738	376	3093	1432	1285	15420

* betaald door Länder

Bron: Rothgang en Igl (2006); eigen berekeningen

De verdeling over de verschillende Pflegestufen is weergegeven in Tabel 12.

Tabel 12 Duitsland: Aantal ouderen in instellingen, 31-12-2007

Pflegestufe	Aantal personen
I	273,1
II	266,2
III	131,7
Totaal	671,0

Bron: Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, 2008

Intramurale ouderenzorg in België¹⁰

Ongeveer 8% van de Belgische 65-plussers en 42% van de 85-plussers woont in een rust- of verzorgingstehuis (KCE 2007). ROBs en RVTs zijn de gangbare benaming voor instellingen voor intramurale ouderenzorg in Vlaanderen: rustoorden voor bejaarden (ROBs) en rust- en verzorgingshuizen (RVTs).

De kosten van intramurale ouderenzorg worden voor een deel gefinancierd via bijdragen door de sociale ziektekostenverzekering aan de ROBs en RVTs. Deze bijdrage hangt af van het aantal bedden van de instelling en van de gemiddelde zorgwaarde van ouderen in de betreffende instel-

ling, en wordt jaarlijks vastgesteld door het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering).¹¹

De RIZIV-bijdragen zijn niet kostendekkend. Bewoners betalen een dagprijs die varieert tussen aanbieders (er zijn zowel publieke als private aanbieders). Uit gepubliceerde prijsvergelijkingen komt een bandbreedte van 30 – 50 euro per dag naar voren, met een gemiddelde van 40 euro.¹² Uit recent onderzoek onder een steekproef van 143 instellingen in Vlaanderen (60% van alle instellingen) blijkt dat de dagprijs die de bewoner betaalt ongeveer 40% van de totale opbrengsten uitmaakt (Vandezande en Vastiau, 2008). De zorgverzekeraar betaalt eveneens een kleine 40%. De overige ruim 20% bestaat uit bijdragen van lokale overheden en toeslagen op de dagprijs voor bijvoorbeeld incontinentiemateriaal (een euro per dag). Dit resulteert in de opstelling in Tabel 13.

Tabel 13 Opbouw kosten ROB/RVT (euro per bewoner)

	Euro per bewoner per dag
Dagprijs (eigen bijdrage)	40
Bijdrage ziektekostenverzekering	40
Overige bijdragen	20
Totale kosten	100
	Euro per bewoner per jaar
Kosten instelling	36500
Eigen bijdrage (=40%)	14600

Bron: gebaseerd op cijfers in Vandezande en Vastiau, 2008

Intramurale ouderenzorg in het VK

Ongeveer 4,2% van de ouderen (65) in de VK woont in een instelling voor ouderenzorg (Laing 2008). In het VK betaalt de National Health Service (NHS) alleen de zorgkosten van intramuraal verblijf; de kosten van huisvesting en andere 'hotelkosten' komen voor eigen rekening. De Personal Social Services Research Unit (PSSRU) van de Universiteit van Kent publiceert elk jaar een overzicht van de kosten per eenheid product in de zorg, gebaseerd op een compleet, landelijk bestand met gegevens van (vrijwel) alle zorgaanbieders. Voor de intramurale ouderenzorg maakt de PSSRU een onderscheid tussen nursing home care en residential care, een onderscheid dat min of meer overeenkomt met de Nederlandse onderverdeling in verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Het VK kent zowel private als publieke instellingen voor intramurale ouderenzorg. De laatste vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. De kostenschattingen voor private instellingen zijn gebaseerd op de door hen gehanteerde tarieven, onder de aanname dat "Where a market is fairly competitive, such as the market for private residential homes, it is reasonable to assume that the fee will be approximate to the social cost

of the service.” (PSSRU 2007, p. 28). De gegevens zijn afkomstig uit de jaarlijkse marktanalyse van Laing & Buisson (2007).

De gegevens voor de publieke instellingen zijn afkomstig van het ministerie voor Gezondheidszorg, waaraan de instellingen jaarlijks gedetailleerde gegevens over kosten en resultaten moeten overleggen. Tabel 14 vat de resultaten samen uit het meest recente PSSRU-rapport.

Tabel 14 VK: Gemiddelde kosten verpleeghuizen en verzorgingshuizen, 2007

	Gemiddelde kosten per oudere in €		in euro (koers 1,3)
	Per week	per jaar	Per jaar
Private nursing homes	648	33696	43805
Private residential care	448	23296	30285
Local authority residential care	755	39260	51038

Bron: PSSRU 2007, Unit Costs of Health and Social Care 2007

De NHS betaalt alleen de kosten van verpleging. De PSSRU schat deze kosten op gemiddeld £94 per week. Ouderen met een vermogen kleiner dan 30 000 euro (de overgrote meerderheid) kunnen een beroep doen op financiële bijstand door de gemeente, die dan een (landelijke uniforme inkomensvoet) toepast (OESO 2005, p. 135). De tarieven van zorgaanbieders komen doorgaans tot stand in onderhandelingen tussen zorgaanbieders en lokale overheden, behalve voor ouderen die hun zorg helemaal zelf betalen. In dat geval stellen zorgaanbieders hun tarieven vast zonder dat de overheid hieraan te pas komt.

Intramurale ouderenzorg in de VS

Volgens de National Nursing Home Survey (NNHS) verbleef in 2004 (het laatste jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn) 3,6% van de 65+bevolking in de VS in een verpleeghuis (nursing home).¹³

Medicare, de Amerikaanse zorgverzekering voor ouderen, dekt de kosten van verpleeghuiszorg alleen voor een beperkte periode: 100% voor de eerste 20 dagen en een bepaald percentage voor de volgende 80 dagen. Langer verblijf komt in principe voor eigen rekening. Terminale zorg wordt wel vergoed, voor een periode van maximaal een half jaar. Tweederde van de bewoners van verpleeghuizen ontvangt financiële ondersteuning via het Medicaid programma, gericht op lage inkomens (huishoudens met inkomens lager dan 133% van de officiële armoedegrens). Ook geldt een vermogensvoet van 4000 dollar (Karlsson et al. 2004).

Een beperkt aantal Amerikanen (ongeveer 2% van alle Amerikanen in 2005) heeft een particuliere verzekering voor de kosten van long term care; de polis dekt soms ook de kosten van verpleeghuiszorg, doorgaans in de vorm van een vast bedrag per dag. De premie voor een gezonde 60-jarige bedroeg in 2005 zo'n 1700 dollar per jaar. Een dergelijke polis

dekt kosten tot 140 dollar per dag gedurende een periode van 5 jaar. Per jaar is dit ruim 50 000 dollar (Gleckman, 2007).

MetLife, een Amerikaanse levensverzekeringsmaatschappij, brengt elk jaar een overzicht uit van de kosten van intramurale ouderenzorg (nursing home care), de *MetLife Market Survey of Nursing Home & Assisted Living Costs*. De resultaten van de laatste editie, van oktober 2007, zijn samengevat in Tabel 15.

Tabel 15 VS: gemiddelde kosten intramurale ouderenzorg, 2007

	Per dag	Per jaar	Per jaar, euro's
Privékamer	213	77745	55532
Gedeelde kamer	189	68985	49275

Bron: MetLife 2008

Samenvattend overzicht gebruik, kosten en eigen bijdrage

Tabel 16 vat een aantal kengetallen uit de voorgaande paragrafen samen. In België en Nederland verblijft een veel groter aantal ouderen intramuraal dan in de andere drie landen. Een mogelijke verklaring voor het lagere gebruik in de VS en het VK is de strenge inkomens- en vermogenstoets in die landen. In Duitsland kan een rol spelen dat het Stufenstelsel sterke prikkels bevat om te kiezen voor zorg thuis.

De kosten per oudere zijn het laagst in Duitsland, met een bandbreedte van 28 – 37 duizend euro per jaar. Deze bandbreedte ligt geheel onder de gemiddelde kosten per bewoner van een verzorgingshuis in Nederland. Voordat hier conclusies aan kunnen worden verbonden is een nadere analyse nodig van de oorzaken van deze kostenverschillen. Zo'n nadere analyse moet uitwijzen of de Duitse intramurale ouderenzorg kariger of doelmatiger is dan de Nederlandse.

Een opvallend verschil tussen Nederland en het VK enerzijds en de andere vergeleken landen anderzijds is dat in de eerste twee landen de eigen bijdrage niet keuze-afhankelijk is: in Duitsland, België en de VS hangt de eigen bijdrage deels af van de gekozen instelling. Voor een duurder tehuis moet meer worden betaald. In Nederland is dit niet het geval: het CAK heft een inkomensafhankelijke eigen bijdrage die niet verschilt tussen instellingen.

Tabel 16 Gemiddelde kosten en eigen bijdrage per bewoner per jaar, internationaal

	Nederland	Duitsland	België	VK	VS
Aandeel 65+ intramuraal					
(publiek en privaat)	7,1	4,1	8	4,2	3,6
Kosten per bewoner per jaar (x1000 euro)	41 - 76	28 - 37	36,5	30 - 51	49 - 56
Eigen bijdrage (x1000 euro)	7,5	11 - 15	14,6	?*	?*
Eigen bijdrage keuze-afhankelijk?	Nee	Ja	Ja	Nee**	Ja

* gemiddelde onbekend; tussen 0% en 100% afhankelijk van inkomens- en vermogenstoets

** tenzij vermogen > 30 000 euro

Bron: Eigen berekeningen (zie tekst)

Conclusies

Het aandeel ouderen dat intramuraal verblijft is in Nederland relatief groot. Van de vier vergelijkingslanden is dit aandeel alleen in België groter dan in Nederland. De kosten per inwoner per jaar van intramurale zorg zijn in Nederland aanzienlijk hoger dan in de vergelijkingslanden Duitsland, België, het VK en de VS. De eigen bijdrage voor intramuraal verblijf is in Nederland relatief laag. In Duitsland en België is de gemiddelde eigen bijdrage tot tweemaal zo hoog, het VK en de VS kennen een strenge inkomens- en vermogenstoets.

6 Ouderenzorg nu: basisvoorziening of middenklasseniveau?

Inleiding

Sommige waarnemers kwalificeren de huidige ouderenzorg zonder meer als schraal (Boekholdt, 2007). Naar zijn mening zal met de huidige kwaliteitsindicatoren slechts een bodem in de zorg kunnen worden geborgd (p. 11). Bovendien: 'De permanente dreiging om door de bodem te zakken, blijft. Schraalhans blijft keukenmeester.' (ib.) Anderzijds zijn de bewoners van verpleeghuizen (het deel van de ouderenzorg waarvan in de media veelal een negatief beeld wordt geschetst) zelf redelijk tevreden met de zorg (de Klerk 2005). Boekholdt verklaart dit als volgt: 'Sinds "een boterham met tevredenheid" van De Swaan (1971) weten we immers dat wie weinig te kiezen heeft ook snel tevreden is.' (p. 11). Het zojuist aangehaalde onderzoek van de Klerk levert enige ondersteuning voor deze stelling. Ondanks hun tevredenheid kwam één op de tien tehuisbewoners nooit buiten en één op de vijf minder dan één keer per maand. Bijna 40% van de bewoners vond dat de verzorging gehaast plaatsvindt en weinig tijd laat voor wat meer persoonlijke aandacht. Een meerderheid van de verpleeghuisbewoners gaf aan niet zelf te kunnen bepalen wanneer men opstaat en bijna 30% kon niet zelf bepalen wanneer men naar het toilet gaat. Hieraan kan worden toegevoegd dat kwaliteitsoordelen en ervaringen van gebruikers van collectief gefinancierde ouderenzorg niet representatief zijn voor ouderen die hebben gekozen voor informele of particuliere zorg.

Dit hoofdstuk gaat nader in op de vraag hoe de huidige ouderenzorg moet worden gekwalificeerd, als basisvoorziening of als middenklasseniveau.

Indicatoren en 'best practices'

Zorgkwaliteit heeft uiteraard meerdere dimensies: zorginhoudelijke kwaliteitsaspecten spelen een rol, maar ook bejegening, inhoud, variatie en keuzevrijheid in dagbesteding en (waar het intramurale zorg betreft) de kwaliteit van de huisvesting en de maaltijden. Recent (eind 2007) is het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg gepubliceerd waarin indicatoren worden gedefinieerd voor veel relevante kwaliteitsaspecten.¹⁴ Het Kwaliteitskader is een breed gedragen initiatief van zorgaanbieders, cliëntenraden, ministerie, Inspectie, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars. De indicatoren zijn ingedeeld in 10 thema's:

- Zorg(behandel)-/leefplan
- Communicatie en informatie
- Lichamelijk welbevinden
- Zorginhoudelijke veiligheid
- Woon- en leefomstandigheden

- Participatie en sociale redzaamheid
- Mentaal welbevinden
- Veiligheid wonen/verblijf
- Voldoende en bekwaam personeel
- Samenhang in de zorg

Het Kwaliteitskader bevat geen absolute streefniveaus voor de verschillende indicatoren. Hiervoor is gekozen omdat minimumnormen in de praktijk als maximumnorm zouden gaan fungeren (p. 7).¹⁵ Daarom stelt het Kwaliteitskader voor om per indicator uit te gaan van ‘best practices’ en hieraan een streefnorm te verbinden. Sinds medio 2008 zijn de indicatoren voor iedereen te raadplegen via de website Kiesbeter.nl.

Bij deze aanpak zijn een aantal observaties te maken. Om te beginnen veronderstelt de ‘best practice’-benadering dat er geen ‘trade offs’ zijn tussen de verschillende kwaliteitsaspecten. In werkelijkheid is het aanemelijk dat bij een gegeven budget een goede score op de ene indicator ten koste gaat van de score op andere indicatoren, tenzij er grote doelmatigheidswinsten mogelijk zijn. Meer relevant voor het onderwerp van deze achtergrondstudie is dat het gegeven budget bepalend is voor het maximum haalbare kwaliteitsniveau. Ook de kwaliteit van de ‘best practices’ kan daarom nooit uitgaan boven het niveau dat haalbaar is bij het beschikbare budget, net zo min als de beste wijn onder de 5 euro ooit het niveau van een goede grand cru zal kunnen halen. Bij een krap budget is een minimumniveau het maximaal haalbare.

Harde en zachte kwaliteit

Is het realistisch te verwachten dat met min of meer objectieve indicatoren ooit een volledig beeld valt te schetsen van de kwaliteit in de ouderenzorg? Of zijn bepaalde kwaliteitsaspecten ten principale onmeetbaar? Boekholdt (2007) merkt hierover op: ‘Aspecten van zorg zijn te kwantificeren en te bewijzen, maar voor zachte aspecten die juist in zorgconcepten rond kwaliteit van leven zo belangrijk zijn, is dit veel moeilijker, zeker tegen de achtergrond van wat hiervoor over tevredenheid van patiënten is gezegd.’ Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg probeert zachte aspecten van kwaliteit zoals bejegening wel te meten, met vragen als: ‘Behandelen de zorgverleners de bewoner beleefd? Luisteren de zorgverleners aandachtig naar u?’

Zachte kwaliteit, prikkels en motivatie

Als bepaalde kwaliteitsaspecten niet goed objectief zijn te meten, is het onmogelijk instellingen en personeel gericht te prikkelen tot verbetering van deze kwaliteitsaspecten. Een belangrijk inzicht uit de economie van het personeelsmanagement is dat kwaliteitsborging in deze gevallen moet komen van een zorgvuldige selectie van goed geschoold, intrinsiek gemotiveerd personeel (Lazear en Oyer 2007). Dergelijk personeel heeft door opleiding en ervaring uitgebreide tacit kennis verworven van de

standaarden waar goede zorg aan moet voldoen, ook in de moeilijke meetbare kwaliteitsdimensies. De recente discussie over de wenselijkheid van vervanging van thuiszorgmedewerkers door alfahulp en schoonmakers door gemeenten na de invoering van de WMO gaat voor een deel ook over de tacit kennis en motivatie gerelateerd aan moeilijk meetbare kwaliteitsaspecten.

Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg erkent het belang van goed personeel door dit als apart thema op te nemen. In de praktijk blijkt de beschikbaarheid van personeel een probleem te zijn. Zie bijvoorbeeld de gedetailleerde case studies in twee verpleeghuizen van Anne Mei Thé (2005). De IGZ constateert in haar laatste rapport over de verpleeghuiszorg dat vooral in de Randstad het werven van voldoende gekwalificeerd verzorgend en verplegend personeel ‘moeizaam’ is (IGZ 2008). Door de sterk stijgende toekomstige vraag naar personeel in de ouderenzorg zal dit probleem waarschijnlijk in omvang toenemen. Een voor de handliggende oplossing is differentiatie van de arbeidsvoorwaarden tussen de Randstad en andere delen van Nederland.¹⁶

Welvaartsvastе ouderenzorg: het ‘Sen-effect’

Naarmate de welvaart stijgt nemen de eisen die we stellen aan de ouderenzorg toe: “Met de komst van de nieuwe generatie wordt het vraagstuk van waardigheid pregnanter. Vanuit andere wensen en behoeften zal zij in afnemende mate genoeg nemen met gerantsoeneerde en schrale zorg.” (Boekholdt 2007). Dit uitgangspunt sluit aan bij de capabilities-benadering van Sen (1985): hoe rijker de samenleving, hoe ruimer het pakket aan goederen en diensten dat nodig is voor het bereiken een maatschappelijk acceptabel niveau van welbevinden.¹⁷ De veranderende eisen op het terrein van wonen vormen een illustratie van het Sen-effect in de ouderenzorg. Twintig jaar geleden was in de verpleeghuizen vier personen op een zaal nog vrij normaal, inmiddels is de norm een kamer voor jezelf.¹⁸ De huidige 40ers en 50ers zullen een aspiratieniveau hebben dat hier nog weer bovenuit stijgt. Ook dit Sen-effect maakt het moeilijk om definitieve normen vast te stellen waaraan de ouderenzorg moet voldoen. Moet het almaar stijgende aspiratieniveau helemaal collectief worden gefinancierd of kan dit deels voor eigen rekening komen, en nemen we dan op de koop toe dat grotere verschillen in kwaliteit van de zorg zullen ontstaan? Uiteindelijk zijn dit grotendeels politieke afwegingen waarover geen objectieve uitspraken mogelijk zijn.

Conclusies

Het doen van uitspraken over het huidige niveau van de ouderenzorg wordt bemoeilijkt door conceptuele en empirische problemen. Kwaliteit heeft allerlei aspecten, voorkeuren lopen uiteen tussen ouderen en veranderen in de tijd. Oordelen en ervaringen van gebruikers geven geen compleet beeld door berusting en selectiviteit. Een basisniveau of

middenklasse is niet expliciet gedefinieerd. Ondanks deze kanttekeningen zijn toch de volgende conclusies te trekken:

- Belangrijke kwaliteitsaspecten zoals bejegening, respect en waardigheid zijn moeilijk te meten in objectieve indicatoren. Om deze kwaliteitsaspecten te borgen is goed geschoold en gemotiveerd personeel nodig, dat echter moeilijk te vinden is en steeds moeilijker te vinden zal zijn.
- De eisen die gesteld worden aan de ouderenzorg nemen toe onder invloed van de algemene stijging van het welvaartsniveau. Zorg die 30 jaar geleden het predicaat 'waardig' verdiende, geldt nu als schraal. Dit verklaart ook waarom veel ouderen, vooral met hogere inkomens, afzien van collectieve ouderenzorg; informele of particuliere zorg sluit kennelijk beter op hun wensen aan.¹⁹

7 Volumegroei bij ongewijzigd beleid tot 2030

Inleiding

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) maakt, als enige instantie in Nederland, gedetailleerde ramingen van de toekomstige vraag naar ouderenzorg. Van den Berg Jeths et al. (2004) bevat de laatste gepubliceerde volumeramingen voor de verpleging en verzorging van ouderen. Jonker et al. (2007) presenteren een update, maar deze heeft betrekking op de bevolking van 30 jaar en ouder. Op verzoek heeft het SCP een aantal tabellen uit Jonker et al. (2007) opnieuw uitgedraaid, maar nu voor de bevolking van 65 jaar en ouder.²⁰ De berekeningen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op deze (ongepubliceerde) SCP-cijfers. Deze cijfers dienen ook als uitgangspunt bij de kwantificering van beleidsopties in hoofdstuk 10.

De SCP-ramingen gaan tot 2030. Het SCP raamt zowel de potentiële vraag naar ouderenzorg als het gebruik van collectief gefinancierde ouderenzorg. De potentiële vraag is als volgt gedefinieerd:

De potentiële vraag wordt gedefinieerd als het aantal mensen waarvan in theorie verwacht kan worden dat ze een beroep doen op AWBZ-gefinancierde diensten. De potentiële vraag is in het model zelfs nog iets scherper gedefinieerd: degenen bij wie volgens normen van het RIO [het Regionaal Indicatie-orgaan, nu opgegaan in het CIZ, MP] van een objectieve behoefte sprake is en die gebruikmaken van hulp door anderen (informeel, zelf betaald of AWBZ-gefinancierd). Voor die scherpere omschrijving is gekozen omdat degenen die wel in aanmerking komen voor AWBZ-verzekerde voorzieningen, maar in het geheel geen hulp van anderen krijgen, niet snel naar verzekerde hulp zullen vragen. (SCP 2004, p. 5, cursivering toegevoegd).²¹

Potentieel slaat dus op potentieel gebruik maken van collectief gefinancierde zorg; alle potentiële vragers maken gebruik van een vorm van ouderenzorg, maar die zorg wordt niet altijd collectief gefinancierd.

Basisraming

De SCP-ramingen luiden in personen; impliciet wordt aangenomen dat de hoeveelheid ontvangen zorg per gebruiker constant blijft.²² De basisraming houdt rekening met demografische ontwikkelingen, opleiding, huishoudinkomen en de verwachte trends in gezondheid. Verondersteld is dat het beleid, zoals de omvang van het verzekerde pakket en de hoogte van de eigen bijdrage, ongewijzigd blijft. De eventuele gevolgen van het scheiden van wonen en zorg (waarover later meer) zijn niet in de ramingen verwerkt. Evenmin houdt de basisraming rekening met het effect van stijgende kosten van particuliere of informele zorg; het lijkt aannemelijk dat hierdoor de vraag zal verschuiven richting collectief gefinancierde

zorg. Ten slotte wordt geabstraheerd van mogelijke technologische doorbraken zoals preventie en behandeling van de ziekte Alzheimer die de zorgvraag drastisch zouden kunnen doen dalen.

Tabel 17 geeft een overzicht van de basisraming van het SCP. In de basisraming neemt het gebruik in de periode 2000-2030 toe met ruim een derde. Het aantal gebruikers als percentage van de bevolking van 65+ daalt echter, van bijna 19% tot bijna 16%. Dit is opmerkelijk, gelet op de dubbele vergrijzing (de stijging van het aandeel van de 80+-ers binnen de groep 65+-ers). Het SCP baseert dit dalende aandeel op stijgende inkomens van ouderen, onder de aanname dat hierdoor de kans toeneemt dat een oudere die zorg nodig heeft kiest voor informele of particuliere hulp. Het aandeel potentiële gebruikers is daarentegen vrij constant: één op de drie 65+-ers is potentieel gebruiker van collectief gefinancierde ouderenzorg. Dit aandeel verandert nauwelijks gedurende de ramingsperiode. De dubbele vergrijzing zou opnieuw doen verwachten dat het aandeel zou stijgen, maar dit effect wordt ongedaan gemaakt door dalende trends in het aantal ouderen binnen elke leeftijdsklasse met beperkingen.

Opvallend is dat het gebruik van collectieve ouderenzorg veel geringer is dan de potentiële vraag: in het basisjaar 2005 resulteert slechts 19% van de potentiële vraag in gebruik. In de toekomst daalt dit aandeel nog verder, tot minder dan 50%. SCP-onderzoeker Schellingerhout (2007) laat zien dat dit te maken kan hebben met een te ruime afbakening van de potentiële vraag. Mogelijk worden veel ouderen die niet voldoen aan de officiële indicatiecriteria van het CIZ door het SCP toch tot de potentiële vragers gerekend. Voor de analyse in deze studie is dit van belang, omdat de omvang van de potentiële vraag een bovengrens stelt aan het totale collectief gefinancierde gebruik van ouderenzorg. We komen hier in hoofdstuk 10 op terug.

Tabel 17 Potentiële vraag en gebruik, ouderenzorg totaal, 2000-2030

Jaar	bevolkings- omvang 65+	potentiële vraag totaal	pot vraag/ bevolking 65+ (%)	gebruik totaal	gebruik/ potentieel (%)	gebruik/ bevol- king 65+	Index gebruik	Index potentiële vraag
2005	2.289	571	25,0	438	76,7	19,1	100,0	100,0
2010	2.488	592	23,8	458	77,2	18,4	104,5	103,7
2015	2.881	636	22,1	475	74,7	16,5	108,3	111,3
2020	3.190	689	21,6	501	72,8	15,7	114,4	120,6
2025	3.496	757	21,7	541	71,5	15,5	123,6	132,6
2030	3.791	841	22,2	596	70,9	15,7	136,0	147,2

Bron: ongepubliceerde SCP-cijfers (augustus 2008)

Uitsplitsing intramuraal/extramuraal

Het SCP heeft de totale zorgvraag onderverdeeld naar zorg thuis en zorg met opname. Tabel 18 laat zien dat de potentiële vraag naar zorg thuis in 2030 bijna twee maal zo groot is als het gebruik.

Tabel 18 Potentiële vraag en gebruik, ouderenzorg thuis, 2000-2030

Jaar	bevolkings- omvang 65+	potentiële vraag zorg thuis	pot vraag thuis / bevolking 65+ (%)	gebruik zorg thuis	gebruik/ potentieel (%)	gebruik/ bevolking 65+	Index gebruik	Index potentieel
2005	2.289	414	18,1	238	57,5	10,4	100,0	100,0
2010	2.488	425	17,1	241	56,7	9,7	101,1	102,7
2015	2.881	459	15,9	252	54,9	8,7	105,7	110,9
2020	3.190	499	15,7	271	54,2	8,5	113,7	120,6
2025	3.496	549	15,7	297	54,1	8,5	124,7	132,6
2030	3.791	608	16,0	326	53,5	8,6	136,6	146,8

Bron: ongepubliceerde SCP-cijfers (augustus 2008)

Bij zorg met opname is de potentiële vraag opmerkelijk genoeg eens stuk kleiner dan het gebruik (zie Tabel 19). Eggink et al. (2008) geven hiervoor de volgende verklaring:

De potentiële vraag naar verblijf lang is [echter] kleiner dan het daadwerkelijk gebruik daarvan. Dit kan verklaard worden door het feit dat mensen liever thuis blijven wonen dan naar een tehuis verhuizen. Maar als ze thuis wonen is er wel thuiszorg nodig. Ook dit leidt tot meer vraag naar thuiszorg. Hiervoor is echter ook nog een andere reden, van technische aard, aan te geven. We meten het gebruik in het gemiddeld aantal gebruikers in een jaar en de potentiële vraag in het totaal aantal personen in een jaar. Daarnaast overschatten we de vraag naar kort verblijf doordat sommigen een indicatie hebben voor kortdurend verblijf, terwijl zij na de zes weken die daar voor staan nog niet voldoende hersteld zijn om weer naar huis terug te keren. Hierdoor zullen zij toch langdurig in een tehuis verblijven, en in de gebruiksregistratie onder verblijf lang worden opgenomen (Eggink et al, 2008, p. 50).

Tabel 19 Potentiële vraag en gebruik, ouderenzorg met opname, 2000-2030

Jaar	bevolkings- omvang 65+	poten- tiële vraag opname	pot vraag opname / bevolking 65+ (%)	gebruik zorg met opname	gebruik/ potentieel (%)	gebruik/ bevolking 65+	Index gebruik	Index potentieel
2005	2.289	157	6,9	200	127,3	8,7	100,0	100,0
2010	2.488	167	6,7	217	129,7	8,7	108,4	106,4
2015	2.881	176	6,1	223	126,3	7,7	111,4	112,3
2020	3.190	189	5,9	230	121,6	7,2	115,2	120,6
2025	3.496	208	5,9	244	117,5	7,0	122,3	132,5
2030	3.791	232	6,1	270	116,3	7,1	135,4	148,2

Bron: ongepubliceerde SCP-cijfers (augustus 2008)

Conclusies

Volgens ramingen van het SCP neemt het gebruik van collectief gefinancierde ouderenzorg toe met 25% in de periode 2000-2020. Hiermee blijft de toename sterk achter bij de groei van het aantal ouderen. Voor een deel wordt dit veroorzaakt doordat stijgende inkomens van ouderen in de SCP-ramingen leiden tot een verschuiving van het gebruik van collectief gefinancierde ouderenzorg naar informele en particuliere ouderenzorg; de aanname is dat deze zorg beschikbaar zal zijn. De SCP-ramingen houden echter geen rekening met het effect van de stijgende prijs van particuliere en informele zorg op de vraag naar collectieve zorg. Ook houdt de volumeraming geen rekening met de toenemende intensiteit van het zorggebruik (het stijgende aantal uren zorg per gebruiker). Daarom lijkt de volumeraming aan de optimistische kant.

8 De prijs van de ouderenzorg tot 2030

Prijsonwikkeling 1985-2005

In de afgelopen decennia is de prijs van de ouderenzorg sneller gestegen dan het BBP. Het SCP (2008) heeft voor de periode 1985-2005 en 1995-2005 de prijsstijgingen berekend (zie Tabel 20).²⁴ Deze historische kostprijsstijgingen bevatten naast reële prijsstijgingen (= de nominale prijsstijging gecorrigeerd voor inflatie) ook een component die het gevolg is van kwaliteitsverbetering:

Een deel van de kostprijsstijging kan worden gezien als een toename van de kwaliteit of de intensiteit van de zorg. Zo wordt bijvoorbeeld beter gekwalificeerd en dus duurder personeel ingezet (toename loonkosten), en zaken als tilliften (hogere materiële kosten). Ook wordt dezelfde zorg geleverd door meer personeel (meer handen aan het bed, dalende arbeidsproductiviteit). De veranderingen in de intensiteit van de zorg betreffen bijvoorbeeld het feit dat mensen met dezelfde beperking steeds zwaardere of meer uren zorg ontvangen. Dit laatste is wel in de kostprijsstijging verwerkt voor de intramurale zorg, maar niet voor de extramurale zorg. Daar komt de verandering in de intensiteit tot uitdrukking in het volume van de zorg. Deze is geheel in de prijsstijgingen verwerkt. (SCP 2008, p. 64.)

Tabel 20 Reële prijsstijging ouderenzorg

Periode	Thuiszorg	Verzorgingshuizen	verpleeghuizen	Totaal
1985-2005	1,5	2	2,3	2
1995-2005	1	3,4	2,9	2,4

Bron: SCP, 2008, p. 64/277.

De toekomstige prijsstijging: het Baumol-effect

De reële prijs van de ouderenzorg zal in de toekomst waarschijnlijk blijven stijgen. Hiervoor zijn twee redenen: het Baumol-effect en wat in hoofdstuk 5 in aangeduid als het Sen-effect. Dat het Baumol-effect een rol speelt is nauwelijks omstreden.²⁵ Het Sen-effect speelt in bestaande ramingen van de ouderenzorg geen expliciete rol maar is soms wel impliciet meegenomen.

Het Baumol-effect houdt het volgende in. De productiviteitsgroei in de ouderenzorg blijft naar verwachting achter bij die in de rest van de economie, terwijl op termijn de lonen in de zorg in de pas moeten blijven lopen met die in de rest van de economie. Zo niet, dan zal het steeds moeilijker worden personeel te werven voor de zorg. De combinatie van achterblijvende arbeidsproductiviteit en trendvolgende lonen leidt er in een arbeidsintensieve sector als de ouderenzorg toe dat de prijs sneller stijgt dan in andere sectoren: de reële prijs van de ouderenzorg stijgt.

Op basis van cijfers in CPB (2006) is het mogelijk en schatting te maken van het Baumol-effect in de sector verpleging en verzorging voor de periode 2008-2011. Het CPB neemt aan dat de arbeidsproductiviteitsgroei in de economie als geheel in deze periode 1,5% zal bedragen tegen 0,3% in de zorg (zonder onderscheid naar deelsectoren binnen de zorg). Het aandeel van lonen in de totale kosten in de ouderenzorg bedraagt ongeveer 80%. Het Baumol effect is dan $0,8 \times (1,5 - 0,3) = 0,96\%$ per jaar. Of de veronderstelde arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg van 0,3% realistisch is valt moeilijk te zeggen. Voor de curatieve zorg zou de productiviteitsgroei hoger kunnen zijn, indien rekening wordt gehouden met de gestegen kwaliteit van de zorg resulterend in een langere levensverwachting en een betere gezondheid. In de ouderenzorg zou de productiviteitszorg ook lager kunnen uitvallen, als domotica, robotica, reorganisatie van het arbeidsproces etc. nauwelijks als alternatief voor verzorgenden kunnen dienen.²⁶

De toekomstige prijsstijging: het Sen-effect

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 5 wordt met het Sen-effect bedoeld op kostprijsverhogende kwaliteitsverbeteringen die nodig zijn om de ouderenzorg op een maatschappelijk acceptabel niveau te houden. De achterliggende gedachte is dat de algemene welvaartstijging zich vertaalt in stijgende eisen aan de kwaliteit van de ouderenzorg. Schattingen van het Sen-effect zijn niet beschikbaar, maar een zeer ruwe benadering is mogelijk op basis van de bestaande empirie, de bovenstaande schatting van het Baumol-effect en de economische theorie. Volgens CPB (2006) is de reële prijsstijging in de zorg opgebouwd uit de volgende componenten (CPB 2006, p. 40):

Reële prijsstijging zorg = Kostenaandeel lonen x (stijging lonen – arbeidsproductiviteitsgroei zorg) + kostenaandeel materieel x reële prijsstijging materieel
 + kostenaandeel kapitaal x reële stijging prijs kapitaal

We veronderstellen dat de lonen op langere termijn de stijging van de arbeidsproductiviteit in de hele economie volgen. De eerste term in deze formule verandert dan in het Baumol-effect.

Zoals al is aangegeven nemen loonkosten 80% van de totale kosten in de sector verpleging voor hun rekening. De kostenaandelen van materieel en kapitaal zijn beide ongeveer 10% (CPB 2006). Gegevens over de jaarlijkse prijsveranderingen in de kosten voor materieel en kapitaal in de ouderenzorg zijn niet beschikbaar. Maar door hun kleine kostenaandeel maken we geen grote fout als we de prijsontwikkeling van materieel en kapitaal gelijk stellen aan die in de hele economie, zodat hun reële prijzen onveranderd zijn gebleven. De reële prijsstijging zonder kwaliteitverbeteringen in de ouderenzorg is dan op lange termijn gelijk aan het Baumol-effect.

We nemen aan dat de kwaliteitsverbeteringen in de periode 1985-2005, waar het citaat aan het begin van dit hoofdstuk naar verwijst, nodig waren om te kunnen voldoen aan de gestegen eisen aan de ouderenzorg ten gevolge van de algemene welvaartsstijging. Deze aanname leidt tot een onderschatting indien sprake is van verschraving van de ouderenzorg zoals betoogd door bijvoorbeeld Boekholdt (2007; zie ook hoofdstuk Error! Reference source not found.). Onder deze aanname kunnen we de historische prijsstijgingen van het SCP in Tabel 20 gebruiken om een ruwe schatting te maken van het Sen-effect, namelijk door van de historische prijsstijgingen het Baumol-effect af te trekken. We stellen hiertoe het Baumol-effect gelijk aan 1% per jaar. Het Sen-effect bedraagt dan 1,0% à 1,4% per jaar, afhankelijk van de gekozen periode (zie Tabel 21). Het Sen-effect speelde volgens deze cijfers vooral een rol bij de intramurale zorg. Een mogelijke interpretatie van deze uitkomst is dat de kwaliteit van de thuiszorg de afgelopen decennia is achtergebleven bij de algemene welvaarts groei.

Tabel 21 Het Sen-effect: tentatieve schatting

Periode	Thuiszorg	verzorgingshuizen	verpleeghuizen	Totaal
1985-2005	0,5	1	1,3	1
1995-2005	0	2,4	1,9	1,4

Noot: aangenomen is dat het Baumol-effect leidt tot 1% reële prijsstijging per jaar.

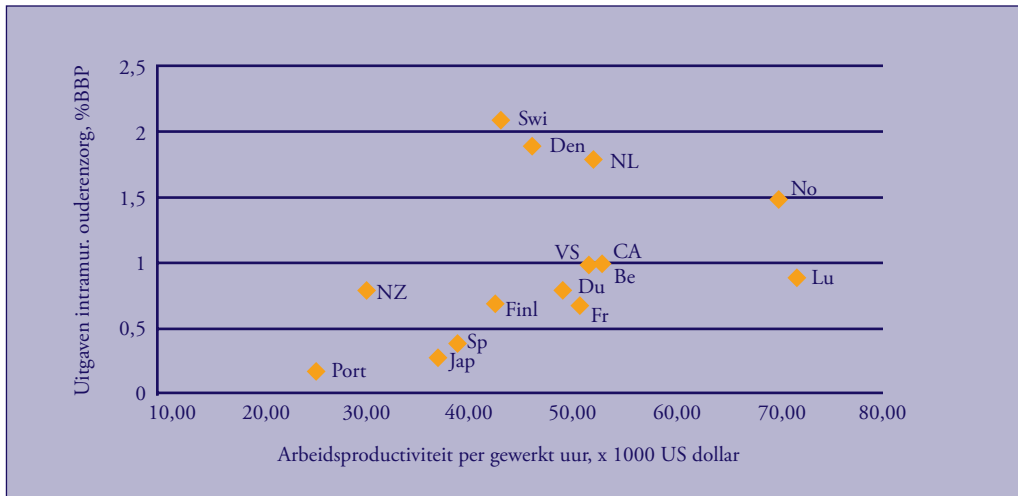
Bron: berekeningen op basis van Tabel 20.

Baumol-effect, Sen-effect en internationale verschillen in uitgaven

In deze paragraaf gaan we na of de uitgaven aan de intramurale ouderenzorg in Nederland hoger of lager zijn dan op grond van het Sen-effect en het Baumol-effect verwacht zou mogen worden. Volstaan wordt met een grafische analyse; een volledige econometrische analyse is binnen het bestek van deze achtergrondstudie niet haalbaar. Bovendien is het aantal datapunten beperkt. Een ander probleem met het beschikbare datamateriaal betreft definitieverschillen. Als gevolg hiervan waren de uitgaven aan residential & nursing care facilities volgens de OESO in Nederland in 2005 1,1% van het BBP, terwijl de cijfers in tabel 5 een percentage van 1,8% impliceren. De reden voor dit verschil is waarschijnlijk dat in de OESO-cijfers de Nederlandse verzorgingshuizen niet worden meegeteld. In de analyses die volgen is dit gecorrigeerd.

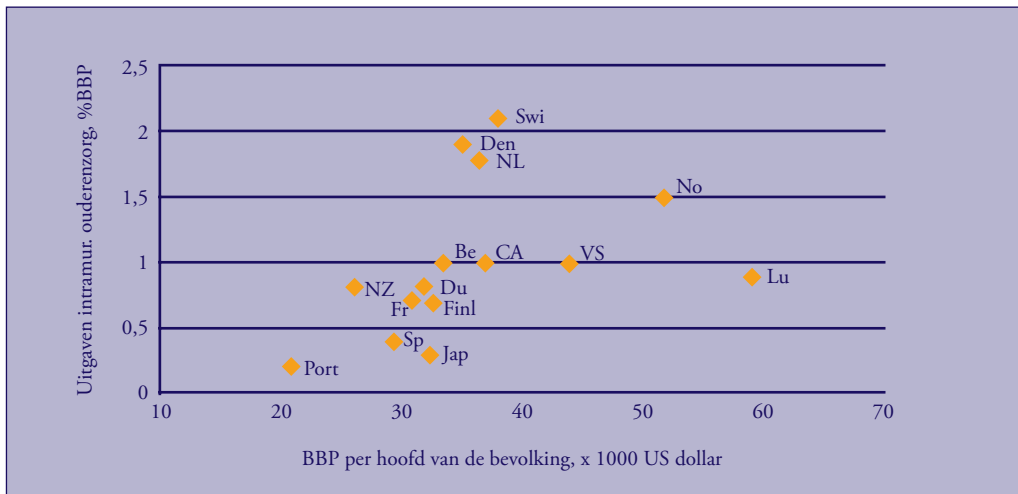
Grafieken 4 en 5 zetten de uitgaven aan de intramurale ouderenzorg af tegen achtereenvolgens de arbeidsproductiviteit per gewerkt uur en het BBP per hoofd, beide gemeten in 2006. Beide grafieken laten het positieve verband zien dat op basis van Baumol- en Sen-effecten verwacht zou worden. Uitbijters zijn Nederland, Zwitserland en Denemarken: de uitgaven zijn in deze landen veel hoger dan op grond van arbeidsproductiviteit of BBP per hoofd verwacht zou worden.

Grafiek 4 Uitgaven intramurale ouderenzorg en arbeidsproductiviteit per gewerkt uur, 2006



Bron: OESO, Health data 2008; Conference Board, Ted-database; Nederland: tabel 5.

Grafiek 5 Uitgaven intramurale ouderenzorg en BBP per hoofd, 2006



Bron: OESO, Health data 2008, behalve Nederland: tabel 5.

Conclusies

De toekomstige prijsstijging in de ouderenzorg bij ongewijzigde kwaliteit komt voor een deel voor rekening van het Baumol-effect. Omdat de productiviteitsgroei in de ouderenzorg naar verwachting achter blijft lopen bij die in de rest van de economie nemen de loonkosten per eenheid zorg toe. Extrapolatie van de CPB-raming voor 2008-2011 levert een geschatte reële prijsstijging op van 1% per jaar uit hoofde van het Baumol-effect. Daarnaast zullen de kosten per eenheid zorg toenemen

om de ouderenzorg 'welvaartsvast' te maken. Hiermee wordt bedoeld dat kostprijsverhogende kwaliteitsverbeteringen nodig zijn om aan de steeds strengere eis van een maatschappelijk acceptabel kwaliteitsniveau te kunnen blijven voldoen. Deze tweede determinant van de reële prijs van de ouderenzorg is aangeduid als het Sen-effect. Tentatieve berekeningen leveren een schatting op van 1- 1,5% prijsstijging per jaar uit hoofde van dit Sen-effect, afhankelijk van de gekozen periode. In het volgende hoofdstuk gaan we uit van een Baumol-effect van 1% per jaar en een Sen-effect van eveneens 1% per jaar. De totale jaarlijkse reële prijsstijging komt daarmee op 2% per jaar.

Het Baumol- en Sen-effect vormen ook potentiële verklaringen voor internationale verschillen in uitgaven aan ouderenzorg. Op basis van OESO-gegevens is een eerste poging gedaan deze verklaringen te toetsen. Het verwachte positieve verband tussen arbeidsproductiviteit en inkomen per hoofd enerzijds en uitgaven als percentage van het BBP anderzijds, is inderdaad zichtbaar in de data. De huidige uitgaven aan de ouderenzorg in Nederland zijn echter aanzienlijk hoger dan op grond van het Baumol- en Sen-effect verwacht zou worden.

9 Uitgaven ouderenzorg: ramingen tot 2030

Basisraming

Als we de SCP-volumeramingen uit hoofdstuk 7 combineren met de reële prijsramingen uit hoofdstuk 8 ontstaat het beeld in Tabel 22. Hierbij is aangenomen dat de eigen bijdragen net zo snel groeit als de prijs van de ouderenzorg, dus met 2% per jaar. Ramingen van het ministerie van SWZ laten zien dat het gemiddelde reële inkomen van ouderen ongeveer in hetzelfde tempo stijgt, dus ook met ongeveer 2% per jaar (SZW 2006, tabel 7.1).²⁷ Bij een jaarlijkse reële stijging van de eigen bijdrage met 2% blijft de eigen bijdrage als percentage van het inkomen dan constant.

Tabel 22 Reële netto uitgaven ouderenzorg, indexcijfers 2005=100

	Totaal	Thuis	Verblijf
2005	100,0	100,0	100,0
2010	117,5	111,7	119,7
2015	134,0	128,9	135,9
2020	154,5	153,0	155,0
2025	182,6	185,3	181,7
2030	222,6	224,1	222,1

Bron: Berekeningen op basis van de prijs- en volumeramingen in hoofdstukken 7 en 8.

Tabel 23 relateert deze reële uitgavenstijging aan de groei van het BBP in dezelfde periode. Hiertoe is uitgegaan van het scenario Strong Europe (CPB 2004), omdat dit scenario dezelfde aanname bevat over de arbeidsproductiviteitsgroei als die ten grondslag ligt aan de berekening van het Baumol-effect in hoofdstuk 8 (1,5% per jaar). In dit scenario is de groei van het BBP 1,6% per jaar in de periode 2002-2040; aangenomen is dat dit groeitempo ook geldt in de periode 2005-2020.²⁸

De eerste kolom van Tabel 23 laat zien dat bij een reële prijsstijging van 1% per jaar de uitgaven als percentage van het BBP slechts een bescheiden toename laten zien, van 2,3% in 2005 tot 2,6% in 2030. Bij een jaarlijkse prijsstijging van 2% (die, zoals uiteengezet in hoofdstuk 8 nodig is om de ouderenzorg welvaartsvast te maken) neemt de ouderenzorg toe tot 3,4% van het BBP in 2030.

Tabel 23 Netto uitgaven collectieve ouderenzorg 2005-2030

	Mld euro (prijzen 2005)	% BBP
2005	11,5	2,3
2010	13,6	2,4
2015	15,5	2,6
2020	17,8	2,7
2025	21,1	3,0
2030	25,7	3,4

Bron: Berekeningen op basis van de prijs- en volumeramingen in hoofdstukken 7 en 8.

Gevoeligheidsanalyse: constant aandeel ouderen dat zorg gebruikt
Zoals aangegeven in hoofdstuk 7 gaat de SCP-raming uit van een daling van het aantal gebruikers van ouderenzorg als percentage van de bevolking van 65+ van bijna 20% tot iets meer dan 16%. Bij wijze van gevoeligheidsanalyse gaan we na wat het effect is op de uitgavenraming als wordt aangenomen dat het percentage zorggebruikers constant blijft (zie Tabel 24). De uitgaven aan de ouderenzorg zijn dan in 2030 ongeveer 0,6% van het BBP hoger dan in de basisvariant. In deze variant met een jaarlijkse reële prijsstijging van 2% stijgen de netto uitgaven aan de ouderenzorg tot ruim 4% van het BBP in 2030.

Tabel 24 Netto uitgaven collectieve ouderenzorg 2005-2030, gevoeligheidsanalyse

	Mld euro (prijzen 2005)	% BBP
2005	11,5	2,3
2010	13,9	2,5
2015	17,7	2,9
2020	21,7	3,3
2025	26,2	3,7
2030	31,4	4,1

Bron: Berekeningen op basis van de prijs- en volumeramingen in hoofdstukken 7 en 8.

Scheiden van wonen en zorg

In de SCP-ramingen zijn de eventuele gevolgen van het scheiden van wonen en zorg niet verdisconteerd. Of het scheiden van wonen en zorg gevolgen heeft voor de netto uitgaven aan ouderenzorg hangt deels af van wat er gebeurt met de eigen bijdragen. Het CPB veronderstelt dat de eigen bijdragen sterk dalen waardoor het effect op de netto-collectieve uitgaven weer ongedaan wordt gemaakt (zie kader).

Het scheiden van wonen en zorg kan op termijn een aanzuigende werking hebben. Met het scheiden van wonen en zorg komt immers een eind aan de ‘koppelverkoop’ van eenvoudige woonvoorzieningen en zorg. Die koppelverkoop kan een deel van de ouderen hebben doen besluiten af te zien van collectieve ouderenzorg, omdat zij hogere eisen stellen aan

wonen. Dit ‘afschrikeffect’ verdwijnt met de scheiding van wonen en zorg. Aanbieders van zorg zullen waarschijnlijk nog steeds zorg en wonen gecombineerd aanbieden, maar de wooncomponent kan veel meer aansluiten bij de wensen en de koopkracht van ouderen met midden- en hogere inkomens. Dit effect is niet meegenomen in de SCP-ramingen en blijft hier verder buiten beschouwing.

Scheiden wonen en zorg

Het CPB heeft onlangs een schatting gemaakt van de besparingen die mogelijk zijn door AWBZ-gebruikers voortaan zelf de ‘hotelkosten’ van intramuraal verblijf te laten betalen (CPB 2008). Het CPB verwijst naar berekeningen van het ministerie van VWS volgens welke waarschijnlijk niet veel meer dan 0,75 mld aan huur en 0,25 mld aan energie in rekening kan worden gebracht aan cliënten. Vervolgens veronderstelt het CPB dat de eigen bijdragen eveneens met zo’n 1 mld euro zullen dalen, zonder verdere onderbouwing. Hiermee zouden intramuraal verblijvende ouderen vrijwel geen eigen bijdragen meer betalen. De totale opbrengst aan eigen intramurale bijdragen bedroeg in 2005 immers 1,1 mld euro (zie Tabel 7). Een deel van de ouderen zou na het scheiden van wonen en zorg in aanmerking komen voor huurtoeslag. Het CPB neemt aan dat hier zo’n 0,15 mld euro mee gemoeid is.

Onder de door het CPB gemaakte veronderstellingen is het directe effect van scheiden van wonen en zorg op de AWBZ-premies, en ook op de (netto) collectief gefinancierde uitgaven gering beperkt. Als de aanname dat de eigen bijdragen met 1 miljard zullen worden verlaagd wordt losgelaten verandert deze conclusie. Het handhaven van de huidige eigen bijdrage systematiek in combinatie met het scheiden van wonen en zorg zal, in afwijking van de CPB-berekeningen, wel leiden tot een daling van de netto (en premiegefinancierde) uitgaven aan de ouderenzorg. Uiteraard heeft dit gevolgen voor de inkomens van ouderen, die immers naast de eigen bijdrage nu ook een bedrag voor huur en andere ‘hotel kosten’ moeten gaan betalen. Bij de bovenstaande bedragen zouden ouderen met intramuraal verblijf per jaar gemiddeld ruim 14 000 euro in plaats van de huidige 7 000 euro gaan betalen. De laagste inkomens worden echter, conform de CPB-aannames, gecompenseerd via de huurtoeslag.

Conclusies

Bij ongewijzigd beleid stijgen de collectieve uitgaven aan de ouderenzorg sneller dan het BBP. In de basisraming stijgen de netto collectieve uitgaven – de uitgaven aan ouderenzorg exclusief informele en particuliere zorg en na aftrek van eigen bijdragen – van 2,3% van het BBP in 2005 tot 3,4% van het BBP in 2030. De raming is gebaseerd op de door het Sociaal en Cultureel Planbureau geraamde volumegroei van 1,5% per jaar. Hierbij gaat het SCP uit van een sterke daling van het percentage ouderen dat gebruik maakt van ouderenzorg. Als wordt aangenomen dat het percentage zorggebruikers constant blijft stijgen de uitgaven aan de ouderenzorg tot ruim 4% van het BBP in 2030.

De volumeraming is gecombineerd met een veronderstelde reële prijsstijging van 2% per jaar, opnieuw bij ongewijzigd beleid. Deze prijsstijging is het gevolg van achterblijvende productiviteitsgroei in de ouderenzorg in vergelijking met de economie als geheel (het zogenoemde Baumol-effect, goed voor 1% prijsstijging per jaar) en een component die nodig is om de ouderenzorg 'welvaartsvast' te maken. De ouderenzorg is welvaartsvast als de kwaliteit toeneemt met de stijging van het algemene welvaartspeil. In dit rapport is deze tweede component aangeduid als het 'Sen-effect'. Het Sen-effect is eveneens goed voor 1% 'prijsstijging' per jaar.

10 Tentatieve kwantificering beleidsopties

Inleiding

In dit hoofdstuk worden drie opties ter beheersing van de collectieve uitgaven aan de ouderenzorg geanalyseerd.²⁹

1. Beperking van het pakket door voortaan alleen nog intramurale zorg te vergoeden. De verplichte collectieve verzekering heeft dan het karakter van een calamiteitenverzekering.
2. Beperking van de doelgroep door verhoging van inkomensafhankelijke eigen bijdragen. Hierdoor gaan hogere inkomens een steeds groter deel van hun inkomen betalen aan de zorg. De collectieve ouderenzorg is voor een groot deel van de bevolking niet langer welvaartsvast.
3. Volledige PGB-isering van de zorg, min of meer naar het voorbeeld van de Duitse Pflegeversicherung, gecombineerd met een verhoging van de eigenbijdrage zoals in optie 2. Het PGB groeit dus minder snel dan de reële prijs van de ouderenzorg, waardoor ouderen een steeds groter deel zelf zullen moeten gaan betalen.

Het gaat slechts om eerste, tentatieve berekeningen met als doel een indruk te krijgen voor de omvang van de effecten. Voor een deel berusten de berekeningen op aannames die nadere toetsing vergen. Dit valt buiten de reikwijdte van deze achtergrondstudie. Ook de inkomenseffecten van de drie beleidsopties blijven noodgedwongen grotendeels buiten beschouwing. Bij de kwantificering van de effecten van de beleidsopties gaan we, opnieuw vanwege de eenvoud, uit van onmiddellijke en volledige invoering op 1-1-2010. We maken geen onderscheid tussen bestaande en nieuwe gevallen.

Het uitgangspunt van de berekeningen vormt steeds de basisraming gepresenteerd in hoofdstuk 9, gebaseerd op de volumeramingen van het SCP gecombineerd met een jaarlijkse prijsstijging van 2%. Voor elk van de drie beleidsopties wordt nagegaan wat de verschillen zijn in volume- en prijsontwikkeling ten opzichte van deze basisraming.

'Flankerend beleid'

Elk van de drie beleidsopties legt een grotere verantwoordelijkheid bij de burger (mogelijk met uitzondering van burgers met lage inkomens) voor de bekostiging van ouderenzorg die uitgaat boven een basisniveau. In hoofdstuk 3 is aangegeven dat als gevolg van marktfalen burgers zich wellicht niet kunnen of willen verzekeren voor de kosten van ouderenzorg. Dit roept de vraag op of dit marktfalen valt tegen te gaan, anders dan via een collectieve regeling. Voor zover het probleem ontstaat aan de vraagzijde (burgers zijn kortzichtig en laten na zich te verzekeren, ook als dit betekent dat zij op termijn grote risico's lopen) kunnen publiciteitscampagnes mogelijk een rol spelen. Een verdergaande optie is een fiscale

stimulans voor het sluiten van een aanvullende verzekering voor de kosten van ouderenzorg. Indien het probleem aan de aanbodzijde ontstaat (door moreel gevaar of averechtse selectie) kan een beleidsmatige keuze voor een basisvoorziening tot gevolg hebben dat ouderen die dat willen, zich niet kunnen bijverzekeren voor de kosten van ouderenzorg die meer omvat dan het basisniveau. Zij zullen dan moeten sparen om later de extra uitgaven voor ouderenzorg te kunnen betalen. Ook in dit geval kan een publiciteitscampagne of een fiscale stimulans een rol spelen. De maatschappelijke kosten en baten van dit soort 'flankerend beleid' worden in dit rapport niet nader geanalyseerd.

Optie 1: Beperken pakket tot intramurale zorg

Een eerste beleidsoptie is inperking van het pakket zorg dat collectief wordt gefinancierd. In een tamelijk radicale variant komt alle zorg thuis – thuiszorg, persoonlijke verzorging, persoonlijke verpleging, behandeling en activerende begeleiding en mogelijk ook de kosten van hulpmiddelen (zie Tabel 9 in hoofdstuk 4) – voortaan voor eigen rekening. De 'verzekering' tegen de kosten voor ouderenzorg krijgt dan het karakter van een calamiteitenverzekering, die alleen de zeer hoge kosten die gepaard gaan met opname in een verpleeg- of verzorgingshuis dekt.³⁰

Van den Berg Jeths et al. (2004) hebben het effect geanalyseerd op het gebruik van collectief gefinancierde zorg indien de *huishoudelijke verzorging* (maar niet de andere vormen van zorg thuis) uit het verzekerde pakket zou worden verwijderd.³¹ Hun simulaties wijzen uit dat hierdoor weliswaar het gebruik van huishoudelijke verzorging sterk afneemt, maar dat tegelijkertijd het gebruik van persoonlijke verzorging thuis en opname in een verzorgingshuis sterk zou toenemen, met respectievelijk 50% en 30%.

Van den Berg Jeths et al. (2004) gaan niet in op de gevolgen voor de collectieve uitgaven. Door hun cijfers te combineren met de prijsontwikkeling in Tabel 21 (hoofdstuk 8) kunnen we hiervan echter een schatting maken. Hierbij gaan we ervan uit dat alle zorg thuis, dus ook persoonlijke verzorging, voortaan voor eigen rekening komt.³² Het effect op de collectieve uitgaven is dan gelijk aan het saldo van de daling van de uitgaven aan zorg thuis en de stijging van de uitgaven aan verzorgingshuizen. De uitkomsten van deze berekeningen staan in Tabel 25. Per saldo domineert het effect van de lagere uitgaven aan de zorg thuis. In 2030 zijn de collectieve uitgaven 5,1 mld euro of 0,7%-punt van het BBP lager dan in de basisraming.

De verschuiving naar verzorgingshuizen kan worden tegengegaan door gelijktijdig de eigen bijdragen bij intramurale zorg te verhogen. Dit komt feitelijk neer op een sterke verhoging van de eigen bijdragen voor alle vormen van zorg, een beleidsoptie die hierna wordt uitgewerkt.

Tabel 25 Zorg thuis geheel voor eigen rekening, gevolgen voor collectieve zorguitgaven (prijspeil 2005)

	ouderen in een verzorgingshuis, basisramingopname verzorging x 1000	toename vraag 30%*	netto kosten verzorgings-huis per oudere, na aftrek eigen bijdrage**	toename collectieve uitgaven verzorgings-huizen, mld euro	uitgaven zorg thuis, basisraming, mld euro	netto effect collectieve zorguitgaven, mld euro
2005	100,7	30,2	33500	1,0	3,1	-2,1
2010	109,0	32,7	36027	1,2	3,5	-2,3
2015	110,1	33,0	38769	1,3	4,0	-2,7
2020	111,1	33,3	41745	1,4	4,7	-3,4
2025	117,1	35,1	44976	1,6	5,7	-4,2
2030	129,0	38,7	48486	1,9	6,9	-5,1

* Percentage ontleend aan Van den Berg Jeths (2004), tabel 6.15

** Berekend door de kosten per oudere (Tabel 3) en de eigen bijdrage per oudere (Tabel 6) beide met 2% per jaar te laten groeien, conform de basisraming in hoofdstuk 9

Bron: Eigen berekeningen (zie tekst)

Optie 2: Verhoging inkomensafhankelijke eigen bijdrage bij zorg in natura

In de ramingen van de toekomstige collectieve uitgaven aan ouderenzorg in hoofdstuk 9 is aangenomen dat de reële eigen bijdrage van ouderen meestijgt met de reële prijs van de ouderenzorg, dus met 2% per jaar in het geval van 'welvaartsvaste' indexering. Zoals al is opgemerkt in hoofdstuk 9 raamt het ministerie van SWZ dat het gemiddelde reële inkomen van ouderen ongeveer in hetzelfde tempo stijgt, dus ook met ongeveer 2% per jaar. Indien deze gemiddelde reële inkomensgroei ook geldt voor de groep ouderen die ouderenzorg gebruiken, dan blijft de eigen bijdrage als percentage van het bruto inkomen constant.³³ De ongelijkheid in de inkomensverdeling van ouderen, zoals gemeten met de ginicoëfficiënt, verandert volgens de SZW-ramingen niet. Bij deze uitgangspunten kan de mate van inkomensafhankelijkheid (gedefinieerd als de verhouding tussen de eigen bijdragen van lage inkomens en van hoge inkomens) constant blijven.

Om de toename van de eigen bijdrage in euro's te kunnen berekenen maken we de volgende veronderstellingen:

- In het basisjaar was het gemiddelde bruto huishoudinkomen van ouderen (65+) 34100 euro (SZW, 2006).
- Het huishoudinkomen van ouderen die collectieve ouderenzorg gebruiken is 75% van het gemiddelde huishoudinkomen van ouderen (berekend uit SCP 2001, tabel 4.3).
- De gemiddelde eigen bijdrage in het basisjaar was 7000 euro per jaar bij gebruikers van intramurale zorg en 600 euro per jaar bij gebruikers van thuiszorg (gebaseerd op de bedragen en aantallen gebruikers in hoofdstuk 2).

Tabel 26 laat zien dat bij deze aannames de gemiddelde eigen bijdrage in reële termen met ruim 50% toeneemt.

Tabel 26 Reëel inkomen ouderen en eigen bijdragen per oudere, 2005-2030, basisraming*

			Eigen bijdrage		Huishoudinkomen na aftrek eigen bijdrage	
	Reëel bruto huishoudinkomen 65+	Idem, gebruikers ouderenzorg	zorg thuis	zorg met verblijf	gebruikers zorg thuis	gebruikers zorg met verblijf
2005	34100	25575	600	7500	24975	18075
2010	37649	28237	662	8281	27574	19956
2015	41568	31176	731	9142	30444	22033
2020	45894	34421	808	10094	33613	24327
2025	50671	38003	892	11145	37112	26858
2030	55945	41958	984	12305	40974	29654

* In de basisraming is de eigen bijdrage een constant percentage van het huishoudinkomen, zie hoofdstekst.

Bron: Eigen berekeningen (zie tekst)

Een beleidsoptie is de inkomensafhankelijke eigen bijdrage sterker te laten toenemen dan het gemiddelde reële inkomen. Het is realistisch om hierbij als randvoorwaarde op te leggen dat het reële inkomen na aftrek van de eigen bijdrage van ouderen die zorg gebruiken gemiddeld met minstens X% per jaar stijgt, met nul als ondergrens voor X. Dit garandeert dat het reële inkomen na aftrek van de eigen bijdrage van ouderen niet daalt. Bijlage II bevat een uitwerking van deze analyse in formulevorm.

Tabel 27 laat zien wat de gevolgen zijn voor de gemiddelde eigen bijdrage per oudere bij verschillende keuzes van X. Indien als randvoorwaarde wordt opgelegd dat het reële huishoudinkomen na aftrek van de eigen bijdrage moet groeien met 1%, dan kunnen de eigen bijdragen drastisch omhoog ten opzichte van de basisraming. Voor de zorg thuis kan de gemiddelde eigen bijdrage stijgen tot bijna 10 000 euro. Dit is nog altijd minder dan de gemiddelde kosten per gebruiker van zorg thuis: deze nemen bij een prijsstijging van 2% per jaar toe van 7500 euro in 2005 tot ruim 12 000 euro in 2030. Maar voor veel ouderen zullen de kosten in 2030 lager zijn dan 10000 euro per jaar. Deze ouderen betalen 100% van de feitelijke kosten.

Bij de zorg met verblijf is de toename van de eigen bijdrage bij de gemaakte aannames relatief kleiner. Ook in 2030 dekt de eigen bijdrage nog slechts een beperkt deel van de kosten van intramuraal verblijf. Deze kosten nemen bij een prijsstijging van 2% per jaar toe van 40 000 (verzorgingshuis) of 75000 (verpleeghuis) tot 66000 respectievelijk 123 000 euro in 2030.

Tabel 27 Hogere eigen bijdragen per oudere, 2005-2030

	Groei reëel huishoudinkomen na aftrek eigen bijdrage			
	1%		0%	
	eigen bijdrage zorg thuis	eigen bijdrage zorg met verblijf	eigen bijdrage zorg thuis	eigen bijdrage zorg met verblijf
2005	600	7500	600	7500
2010	1988	9240	3262	10162
2015	3588	11210	6201	13101
2020	5425	13436	9446	16346
2025	7529	15948	13028	19928
2030	9930	18779	16983	23883

Noot: Berekeningen gebaseerd op de aanname dat het reëel inkomen van ouderen vóór aftrek van de eigen bijdrage stijgt met 2% per jaar, zie de tekst voor verdere uitleg.

Bron: Eigen berekeningen (zie tekst)

Wat zijn de gevolgen van hogere eigen bijdragen voor de totale uitgaven aan de collectief gefinancierde ouderenzorg? Naast de hogere eigen bijdrage per oudere hangt het antwoord ook af van gedragsreacties op de hogere eigen bijdrage. Ouderen kunnen ervoor kiezen om in reactie op de hogere eigen bijdrage minder zorg te consumeren of over te schakelen op particuliere of informele zorg. Een goede empirische onderbouwing van dit gedragseffect is niet te geven, bij gebrek aan empirisch onderzoek naar dit soort gedragsreacties. Daarom presenteren we twee scenario's, één zonder gedragseffecten en één gebaseerd op de aanname dat het gebruik van collectief gefinancierde zorg in 2030 10% lager is dan in de basisraming, zowel voor zorg thuis als voor zorg met verblijf. Tabel 28 bevat de resultaten.

Tabel 28 Gevolgen hogere eigen bijdragen voor de uitgaven aan de ouderenzorg, 2005-2030*

	Uitgaven ouderenzorg totaal in % BBP	
	Basisvariant	Hogere eigen bijdrage
2005	2,3	2,3
2010	2,4	2,3
2015	2,6	2,3
2020	2,7	2,3
2025	3,0	2,3
2030	3,4	2,4

* Eigen bijdragen zijn zo vastgesteld dat het reële huishoudinkomen na aftrek van de eigen bijdrage stijgt met 1% per jaar in plaats van 2% zoals in de basisraming.

Bron: Eigen berekeningen (zie tekst)

Optie 3: Volledige PGB-isering met beperkte indexering

Deze optie is identiek aan optie 2, maar dan gekoppeld aan verdere 'PGB-isering' van de ouderenzorg. Het verschil tussen beide opties is dat waar bij optie 2 de eigen bijdrage geleidelijk wordt verhoogd, bij deze optie het PGB geleidelijk wordt verlaagd. Bij deze beleidsoptie krijgen alle ouderen die geïndiceerd zijn voor een vorm van ouderenzorg de keuze tussen een PGB of zorg in natura.³⁵ Dus ook gebruikers van zorg waarvoor de PGB-optie nu niet bestaat – verblijf en verpleging – kunnen in de toekomst kiezen voor een PGB.³⁶ Dit dwingt zorgaanbieders veel meer dan nu het geval is maatwerk te leveren die recht doet aan verschillen in voorkeuren en inkomens. Door deze PGB-isering treden twee additionele effecten op ten opzichte van optie 2:

1. Veel ouderen die op dit moment kiezen voor informele of particuliere zorg (de potentiële vragers in de ramingen van het SCP) gaan aanspraak maken op een PGB.
2. Een deel van de ouderen die nu intramuraal verblijven zal omschakelen naar extramuraal zorg. Hoe groot deze groep is hangt af van de hoogte en de vormgeving (al dan niet geoormerkt) van het PGB. Dit effect kan leiden tot besparingen op de collectieve uitgaven indien het PGB voor deze groep (dus degenen met een indicatie voor opname die na invoering van de PGB-optie kiezen voor zorg thuis) lager is dan de kosten van verblijf, maar hoog genoeg om de omschakeling van intramuraal naar zorg thuis aantrekkelijk te maken.

De collectieve uitgaven dalen dus alleen als er weinig 'monetarisering' van mantelzorg plaatsvindt en als het PGB voor een 'volledig pakket thuis' lager is dan de kosten van verblijf in een tehuis.³⁷

Het eerste effect is gekwantificeerd in Tabel 29. De tabel laat het aantal ouderen zien dat volgens de basisraming van het SCP gebruik maakt van informele of particuliere hulp. Als we aannemen dat deze groep gebruik gaat maken van een PGB voor zorg thuis, dan neemt het collectief gefinancierde zorgvolume sterk toe. Het PGB-bedrag voor zorg thuis is in de tabel gelijkgesteld aan de gemiddelde kosten van zorg thuis per oudere minus de eigen bijdrage zoals vermeld in Tabel 27. Het gevolg van deze

Tabel 29 **Gevolgen PGB-isering voor zorguitgaven (prijspeil 2005)**

	Aantal gebruikers informele ouderenzorg x 1000*	Aantal gebruikers particuliere ouderenzorg x 1000*	Totaal niet-collectief X 1000	PGB per oudere	extra collectieve uitgaven x mln euro
2005	55	45	100	5900	590
2010	58	51	109	5189	564
2015	65	59	124	4336	539
2020	71	67	137	3323	456
2025	79	77	156	2130	333
2030	85	91	177	734	130

* Op basis van ongepubliceerde volumeramingen van het SCP

aanname is dat het PGB sterk zal dalen. Het product van de volumetoename en het PGB per oudere geeft de totale toename in zorguitgaven ten opzichte van beleidsoptie 2. De extra uitgaven dalen van een kleine 600 mln euro in 2010 tot 130 mln euro in 2030.

Het tweede effect is gekwantificeerd in Tabel 30. Aangenomen is dat ouderen die als gevolg van de invoering van de PGB-optie kiezen voor zorg thuis anders in een verzorgingshuis zouden hebben verbleven en niet in een verpleeghuis. Dit is realistisch, gelet op de grotere intensiteit van de zorgbehoefte van ouderen met een indicatie voor een verpleeghuis. Het aantal ouderen dat overstapt zal afhangen af van de hoogte van het PGB-bedrag dat beschikbaar is indien wordt gekozen voor zorg thuis. Een mogelijke variant staat in kolom 5. De kolom bevat de netto kosten (dus na aftrek van de eigen bijdrage) die een oudere zou maken bij verblijf in het verzorgingshuis. Bij dit PGB leidt het overstappen van intramuraal naar extramuraal dus niet tot besparingen op de collectieve uitgaven. De tabel laat zien dat het aldus berekende maximum-PGB ruim vier maal zo hoog is als de gemiddelde bruto kosten van zorg thuis. Stel dat het PGB op 50% van dit maximum wordt gesteld. Het PGB dekt dan dus ruim 200% van de gemiddelde kosten van zorg thuis. Stel bovendien dat bij dit PGB 5% of 10% van degenen met een indicatie voor verblijf in een verzorgingshuis; bij gebrek aan empirie is onmogelijk aan te geven of dit realistische aannames zijn.

De laatste twee kolommen van Tabel 30 laten de besparingen op de collectieve uitgaven zijn onder de gemaakte veronderstellingen. De besparingen lopen op tot maximaal ruim een half miljard euro in 2030, 2% van de totale uitgaven in dat jaar van bijna 26 mld euro.

Tabel 30 Mogelijk besparing op de collectieve uitgaven door overstappen naar zorg thuis (prijspeil 2005)

	Bruto collectieve kosten per gebruiker, x 1000 euro		Netto collectieve kosten per gebruiker, x 1000 euro **		PGB voor overstappers naar zorg thuis, X 1000 euro per jaar		Verblijf basisraming, x 1000 personen*	Besparing collectieve uitgaven, PGB=50% maximum, mln euro		
	Zorg thuis	Verzorgingshuis	Zorg thuis	Verzorgingshuis	Maximum **	50% Maximum		Verzorgingshuis	5% overstappers	10% overstappers
2005	6,500	41,0	5,9	33,5	33,5	16,8	101	84	169	
2010	7,2	45,3	5,2	36,0	36,0	18,0	132	119	237	
2015	7,9	50,0	4,3	38,8	38,8	19,4	144	140	279	
2020	8,7	55,2	3,3	41,7	41,7	20,9	159	166	332	
2025	9,7	60,9	2,3	45,0	45,0	22,5	185	208	416	
2030	10,7	67,3	0,7	48,5	48,5	24,2	237	287	575	

* Op basis van ongepubliceerde volumeramingen van het SCP

** Netto = bruto minus eigen bijdrage

*** Maximum = netto collectieve kosten verblijf ouderenzorg per bewoner verzorgingshuis

Bij de maximumvariant met 10% overstappers leiden de beide effecten tezamen initieel tot een toename van de uitgaven met 0,4 mld in 2005 ten opzichte van optie 2, maar op termijn slaat dit om in een besparing van bijna een half miljard (in 2030). We benadrukken dat dit cijfer gebaseerd is op een aantal zeer speculatieve aannames.

Conclusies

Tabel 31 vat de resultaten van de berekeningen in dit hoofdstuk samen. In de basisraming stijgt de collectief gefinancierde ouderenzorg van 2,3% van het BBP in 2005 tot 3,4% van het BBP in 2030, een stijging van 1,1%. Door te kiezen voor omvorming van de ouderenzorg tot een basisvoorziening kan deze groei sterk worden gereduceerd.

Tabel 31 **Gevolgen beleidsopties voor collectieve uitgaven ouderenzorg**

	Collectieve uitgaven ouderenzorg, % BBP, 2030	
	In % BBP	Vershil met basisraming in % BBP
Basisraming	3,4	-
Optie 1: Zorg thuis geheel voor eigen rekening	2,7	-0,7
Optie 2: Hogere eigen bijdragen*	2,2 / 2,4	-1,0 / -1,2
Optie 3: Volledige PGB-isering met beperkte indexering**	2,0 / 2,3	-1,1 / -1,4

* Exclusief volumedaling / inclusief volumedaling

** Maximumvariant, zie hoofdtekst.

Bron: Eigen berekeningen (zie tekst)

Noten

- ¹ Recent empirisch onderzoek plaatst kanttekeningen bij het risico van averechtse selectie bij verzekeringen voor ouderenzorg (Finkelstein en McGarry, 2006). Weliswaar kiezen 'slechte' risico's vaker voor zo'n verzekering, maar ook consumenten die relatief risicomijdend zijn, zijn oververtegenwoordigd. Deze laatste groep heeft juist een lagere kans om ouderenzorg te gebruiken. Gemiddeld hebben degenen die zich vrijwillig verzekeren hierdoor niet een hogere kans om ouderenzorg te gebruiken dan degenen die zich niet verzekeren.
- ² Alleen indien macro-economisch de nationale besparingen op een te laag niveau zouden liggen (hetgeen voor Nederland niet plausibel is), zou er een argument kunnen zijn om sparen te stimuleren. Maar ook in dat geval zou het suboptimaal zijn om individuen zoveel te laten sparen dat zij alle mogelijke kosten van ouderenzorg zelf kunnen betalen.
- ³ Overigens meten deze twee cijfers voor een deel hetzelfde fenomeen, namelijk dat alleenstaanden veel vaker in een verzorgingshuis of verpleeghuis terechtkomen. Vrouwen zijn door hun langere levensverwachting sterk oververtegenwoordigd binnen de groep alleenstaanden. Polder et al. (2008) laten zien dat in de toekomst de verschillen in levensverwachting tussen mannen en vrouwen kleiner zullen worden, met als gevolg een dalende zorgvraag.
- ⁴ Eigen bijdragen leiden tot een lager belastbaar inkomen onder de huidige aftrekpost voor bijzondere ziektekosten. Het kabinet heeft aangekondigd deze aftrekpost af te schaffen per 1-1-2009.
- ⁵ Gebruik is gemaakt van de in het ITS-rapport genoemde vermenigvuldigingsfactor 7,23 om te komen tot geschatte landelijke totalen.
- ⁶ De grafiek is gebaseerd op het gemiddeld aantal gebruikers in een jaar en niet zoals Tabel 3 op het totaal aantal gebruikers in een jaar. Dit verklaart het grote verschil vooral bij zorg thuis.
- ⁷ Bij particuliere zorg met verblijf wordt een deel van de kosten overigens vaak vergoed via de AWBZ.
- ⁸ Een deel van de particuliere instellingen voor intramurale ouderenzorg is georganiseerd binnen de Nederlandse Vereniging van Particuliere woon- en/of zorgvoorzieningen (NeVeP). Ongeveer 50 instellingen voor particuliere intramurale ouderenzorg zijn lid van deze vereniging; dit aantal is niet toegenomen sinds 2002. De IGZ heeft in 2002 onderzoek gedaan onder 44 leden van de NeVeP. In totaal woonden hier in 2002 550 ouderen.
- ⁹ Binnen Pflagestufe III geldt nog een regeling voor uitzonderingsgevallen (Härtefälle) die een hogere vergoeding krijgen. De wet bepaalt maximaal 3% van degenen in deze Pflagestufe in aanmerking kunnen komen voor deze toeslag.
- ¹⁰ In België verschilt de organisatie van de ouderenzorg tussen de gewesten; de bespreking hier beperkt zich tot Vlaanderen.

- 11 Zie <http://www.riziv.fgov.be/care/nl/residential-care/index.htm>, , geraadpleegd 6-10-2008.
- 12 Zie <http://www.nieuwsblad.be/Article/Detail.aspx?articleID=ad1e7uoj>, geraadpleegd 6-10-2008.
- 13 Bron: http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nnhsd/ResidentTables_Estimates.htm#Demographics, geraadpleegd 6-10-2008.
- 14 Niet alle: indicatoren voor de beschikbare hoeveelheid woon- en leefruimte ontbreken bijvoorbeeld.
- 15 In eerdere rapporten over de verpleeghuiszorg hanteerde de IGZ overigens wel minimumnormen.
- 16 Zie Hall et al. (2008) voor een empirische analyse van de negatieve effecten van uniforme arbeidsvoorwaarden in het VK.
- 17 Dit inzicht is ook al te vinden in de Wealth of Nations van Adam Smith, die opmerkt dat rondlopen op blote voeten in het Portugal van zijn dagen maatschappelijk volstrekt geaccepteerd was, maar in het rijkere Londen niet (hoewel klimaatverschillen hierbij ook een rol kunnen hebben gespeeld).
- 18 Een norm die nog niet helemaal gehaald is: er zijn nog zo'n 16 000 plaatsen op kamers voor meer dan twee personen.
- 19 Verschillen in prijs vormen geen plausibele verklaring: bij de huidige eigen bijdrage-systematiek betalen ook hogere inkomens slechts een beperkt deel van de kosten zelf. Hierdoor is informele of private zorg vrijwel altijd duurder.
- 20 Met dank aan Jedid-Jah Jonker voor het leveren van de gegevens en voor hulp bij het interpreteren van de cijfers.
- 21 Ook de zorg die valt onder de WMO maakt deel uit van de potentiële vraag.
- 22 Voor de afgelopen jaren is deze veronderstelling niet juist: in de periode 2002-2006 is in de thuiszorg het aantal uren zorg per patiënt met gemiddeld met 3,4 procent per jaar gestegen. Ook kregen thuiszorgpatiënten steeds zwaardere vormen van zorg, zoals verpleging in plaats van verzorging. In dezelfde periode is ook in de verpleeg- en verzorgingshuizen de hoeveelheid geleverde zorg per bewoner gestegen, met 3,1% per jaar. Dat komt vooral doordat verschillende groepen bewoners steeds meer aanvullende zorg bovenop de basiszorg hebben gekregen. Het gaat bijvoorbeeld om extra verzorging en verpleging voor dementerende ouderen en extra zorg voor patiënten met reuma, Korsakov en niet aangeboren hersenletsel (Chessa, 2008).
- 23 Het SCP presenteert ook nog verdere uitsplitsingen. Voor het doel van deze achtergrondstudie is het niet nodig hier op in gaan.
- 24 Deze SCP-cijfers hebben betrekking op de verpleging en verzorging van personen van 30 jaar en ouder, waarvan de 65+-ers het grootste deel voor hun rekening nemen.
- 25 Soms wordt de relevantie van het Baumol-effect in de zorg in twijfel getrokken, zie bijvoorbeeld Theeuwes (2005). Recent empirisch onderzoek vindt echter sterke ondersteuning ('robust evidence')

voor het bestaan van het Baumol-effect in de zorg (Hartwig 2008). Overigens sluit dit arbeidsbesparende technologische geenszins uit: het Baumol-effect veronderstelt dat de productiviteitsgroei in de zorg lager is dan in de eerst van de economie, niet dat de productiviteitsgroei nul is.

- 26 Voor opties op het terrein van arbeidsbesparende technologie in de zorg, zie STG 2008.
- 27 Deze raming gaat uit van een arbeidsproductiviteitsgroei van 1,7% per jaar. Dit is vrijwel gelijk aan de aanname in het hierna genoemde CPB-scenario Strong Europe.
- 28 De twee andere CPB-scenario's (CPB 2004) kennen een hogere BBP groei, maar ook een hogere groei van de arbeidsproductiviteit in de economie als geheel. Het Baumol-effect zou in deze scenario's daarom hoger uitkomen. Per saldo maakt de keuze weinig uit voor de groei van de uitgaven aan de ouderenzorg als percentage van het BBP.
- 29 Een derde optie zou kunnen zijn verzekering alleen verplicht te stellen voor ouderen met inkomens beneden een bepaald niveau, een nieuw soort ziekenfondsgrens. Voor de rest ('particulier verzekerden') geen verplichting. Deze beleidsoptie lijkt weinig realistisch en is daarom niet verder uitgewerkt.
- 30 Eventueel met de optie om deze zorg thuis te ontvangen mits de kosten hiervan niet hoger zijn dan de kosten van opname.
- 31 Strikt genomen is dit sinds de invoering van de WMO in 2006 al het geval: de WMO is immers geen verzekering. Gemeenten hebben echter wel een zogenoemde compensatieplicht, die inhoudt dat gemeenten de plicht hebben om beperkingen in zelfredzaamheid weg te nemen en deelname aan het normale maatschappelijk verkeer mogelijk te maken.
- 32 Dit kan natuurlijk leiden tot extra verschuiving naar opname in een verzorgingshuis; dit effect laten we hier buiten beschouwing.
- 33 Ook het vermogen van ouderen stijgt volgens de SZW-ramingen, maar minder sterk dat het inkomen.
- 34 Bij de stijging van de eigen bijdragen in Tabel 27 impliceert een volumedaling van 10% een zeer lage prijselasticiteit naar collectief gefinancierde ouderenzorg. Bij een prijselasticiteit van -0.2, zoals gevonden in het bekende Rand-experiment, zou de volumedaling nog vele malen groter zijn (de vraag naar collectief gefinancierde zorg thuis zou zelfs dalen tot 0).
- 35 Dit werd bepleit in het recente SER-advies: "De Raad gaat er dan ook van uit dat de cliënt, binnen de AWBZ als verzekering, een keuze moet hebben tussen zorg in natura dan wel een persoonsgebonden budget (pgb) waarmee hij zelf of via een vertegenwoordiger (zaakwaarnemer) zorg inkoop." (SER 2008, p. 74).
- 36 Volledige verplichte 'PGB-isering' (waarbij iedere oudere uitsluitend recht krijgt op een voucher en niet kan kiezen voor zorg in natura) van de hele ouderenzorg lijkt geen realistische beleidsoptie, omdat

ouderen met een relatief zware zorgvraag dan niet de noodzakelijke zorg zullen kunnen inkopen met hun PGB. Ook na de invoering van de zogeheten Zorgzwaarte Pakketten zal sprake zijn van aanzienlijke ‘residuele heterogeniteit’ van zorgbehoefte.

- ³⁷ Vanuit het oogpunt van doelmatigheidsbevordering is het contraproductief om het PGB lager vast te stellen dan de kosten van verblijf in een tehuis. Ouderen worden zo immers geprikkeld om in een tehuis te gaan wonen, zelfs als maatschappelijke kosten (de som van de private en collectieve uitgaven) van thuis wonen lager zijn. De rechtvaardiging voor dit doelmatigheidsverlies is, dat alleen op deze manier een deel van de doelmatigheidswinst valt af te romen teneinde de collectieve uitgaven te verlagen.

Literatuur

Berg Jeths, A. van den, J.M. Timmermans, N. Hoeymans, I.B. Woittiez (2004), Ouderen nu en in de Toekomst, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau

Berg, B. van den, F.T. Schut, 2003, Het einde van gratis mantelzorg?, Economisch Statistische Berichten 88 (4413), pp. 464-467

Boekholdt, M. (2007), Maatschappelijk ondernemen in de zorg: mythe en werkelijkheid, Soesterberg, Vereniging het Zonnehuis

Bovenberg, L., en R. Gradus (2008), Duurzame Langdurige Zorg, Economisch Statistische Berichten, 1 juli 2008. 426-428

CAK-BZ, Jaarverslag 2006, Den Haag, CAK

Centraal Bureau voor de Statistiek, Gezondheid en zorg in cijfers 2007

Centraal Planbureau (2004), Vier Vergezichten op Nederland

Centraal Planbureau (2008), Scheiden wonen en zorg, Bijlage 6B bij SER 2008

Chessa, A. (2008), Oudere krijgt steeds meer zorg, CBS Webmagazine, 14 januari 2008

College van Zorgverzekeringen (CVZ), CVZorgcijfers 2006, Diemen

College van Zorgverzekeringen (CVZ), pakketadvies 2007/8, Diemen

Currie, J. en F. Gahvari. 2008. Transfers in cash and in-kind: Theory meets the data, Journal of Economic Literature, vol. 46 (2008),333-383

Eggink, E, E. Pommer en I. Woittiez (2008), De ontwikkeling van de zorguitgaven, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau

Finkelstein, Amy and Kathleen McGarry. 2006. "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the long-term care insurance market." American Economic Review. September

Geest, L. van der, Blijvende Zorg: Economische aspecten van langdurige ouderenzorg, RVZ 2005

Gleckman, H. (2007), The role of private Insurance in financing long-term care, Center for retirement research, Boston College

Groot, M. de, Thuiszorg 2005: minder cliënten, meer uren zorg, CBS Webmagazine 26 februari 2007

Hall, E. P., C. Propper, J. van Reenen en J. Michael (2008), Can Pay Regulation Kill? Panel Data Evidence on the Effect of Labour Markets on Hospital Performance, CEPR Discussion Paper No. DP6643

Hartwig, J. (2008), What drives health care expenditure? Baumol's model of unbalanced growth' revisited, Journal of Health Economics vol 27, pp. 603-623

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002), Particuliere intramurale instellingen voor ouderenzorg onderzocht, Den Haag

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008), Verpleeghuizen op de goede weg, Den Haag

Jonker, J.J., K. Sadiraj, I. Woittiez, M. Ras, M. Morren (2007), Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau

Karlsson, M., L. Mayhew, R., Plumb en B. Rickayzen (2004), An International Comparison of Long-Term Care Arrangements, Working Paper, Cass Business School

KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen, KCE reports vol. 47A, 2007.

Klerk, M. de (2005), Ouderen in instellingen: Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau

Laing & Buisson (2007), Care of Elderly People: UK Market Report 2007, Laing & Buisson, London.

Laing, W. (2008), Calculating a fair market price for care: A toolkit for residential and nursing homes, Joseph Rowntree Foundation

Lazear, E, en P. Oyer (2007), Personel Economics, NBER Paper 13480

Metlife (2008), The MetLife Market Survey of Nursing Home & Assisted Living Costs

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, (2006), De toekomstige inkomenspositie van ouderen, werkdocument

NZa (2007) Beleidsregel CA 217, Tariefstructuur

OECD (2005), Long-term Care for Older People, Parijs: OECD

Peeters, J.M. en A.L. Francke (2006), Hoe groot zijn de vraag en het gebruik en nemen ze toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg\ Verpleging en verzorging, 26 juni 2006

Personal Social Services Research Unit (2007), Unit Costs of Health and Social Care 2007

Polder, J., A. Wong en J. Schols, Toename levensverwachting remt uitgaven ouderenzorg, Economisch Statistische Berichten, 1 juli 2008, 422-425

Pomp, M., R. Douven en E. Mot (2006), Handle with Care, Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg, CPB-Document 122

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006), Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief, Den Haag

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008), Beter zonder AWBZ, Den Haag

Ramakers, C, R. Schellingerhout, M. van den Wijngaart, F. Miedema (2008), Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007, Nijmegen, ITS

Rothgang en Igl (2006), Long Term Care in Germany, The Japanese Journal of Social Security Policy vol 6 no 1, 54-84

Schellingerhout, R. (2007). Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar awbz-gefinancierde zorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Sen (1985), Commodities and Capabilities, Oxford, Oxford University Press

SGBO (2007), Jaarpublicatie benchmark Wmo 2007, Den Haag

Singelenberg, J.(2001), Het Deense model voor de ouderenzorg, Ouderenzorg, nr. 1

Sociaal Economische Raad (2008), Langdurige Zorg verzekerd, Den Haag

Sociaal en Cultureel Planbureau (2000), Modelontwikkeling thuiszorg,
Den Haag

Sociaal en Cultureel Planbureau (2001), Rapportage Ouderen 2001,
Den Haag

Sociaal en Cultureel Planbureau (2007), Verschillen in Verzorging,
Den Haag

STG (2008), Ruimte voor Arbeidsbesparende Technologie, Leiden

Thé, A.M. (2005), In de Wachtkamer van de Dood, Amsterdam, Thoeis

Theeuwes, J.J. M.(2005), Een wasstraat voor Alzheimer, ESB Dossier
Arbeidsproductiviteit i de Zorg, 10 februari 2005

Vandezande, D. en E. Vastiau (2008), Dagprijs dekt maar 40 % van de
kosten, Lokaal, 1 mei 2008

Bijlage 1

Geraadpleegde experts

Prof. Dr. Martin Boekholdt, bijzonder hoogleraar Organisatie en beleid van de zorg, Vrije Universiteit Amsterdam

Drs. Hans Broere, hoofd afdeling Sturing en Financiering, Ministerie VWS

Dr. Jedid-Jah Jonker, wetenschappelijk medewerker Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

Drs. Jenneke van Veen, hoofdinspecteur Verpleging en chronische zorg, Verzorging en Thuiszorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg

Op een concept van dit rapport commentaar geleverd door drs. Gert-Anne van Pruisen (VWS), drs. Pieter Boone (VWS), dr. Rudy Douven (CPB), en drs. Patrick Jeurissen (RVZ). Een concept is tevens gepresenteerd tijdens een bijeenkomst van de Commissie Duurzaam uitgavenmanagement.

Bijlage 2

Toelichting bij beleidsoptie 2

We gaan uit van een twee-perioden model, en van twee groepen ouderen: ouderen met lage inkomens en ouderen met hoge inkomens. Notatie:

$Yh1$	=	inkomen hoog in periode 1
$Yh2$	=	inkomen hoog in periode 2
$Yl1$	=	inkomen laag in periode 1
$Yl2$	=	inkomen laag in periode 2
$Eh1$	=	eigen bijdrage hoog in periode 1
$1+g$	=	groevoet van het gemiddelde inkomen

Aanname 1: $\frac{Yh1}{Yl1} - \frac{Yh2}{Yl2}$ (de verhouding tussen hoge inkomens en lage inkomens verandert niet).

Hieruit volgt voor en :

$$Yl2 = (1 + g)Yl1 \quad (1a)$$

$$Yh2 = (1 + g)Yh1 \quad (1b)$$

Bij beleidsoptie 3 leggen we op dat het inkomen na aftrek van de eigen bijdrage groeit met factor $(1+k)$

$$Yh2 - Eh2 = (1 + k)(Yh1 - Eh1) \quad (2a)$$

$$Yl2 - El2 = (1 + k)(Yl1 - El1) \quad (2b)$$

Combinatie van (1) en (2) levert:

$$Eh2 = [(1 + g) - (1 + k)]Yh1 + (1 + k) Eh1 \quad (3a)$$

$$El2 = [(1 + g) - (1 + k)]Yl1 + (1 + k) El1 \quad (3b)$$

Indien $k=g$ (inkomens en eigen bijdragen groeien even snel) dan zijn (3a) en (3b) te herschrijven als:

$$Eh2 = (1 + g)Eh1 \quad (4a)$$

$$El2 = (1 + g)El1 \quad (4b)$$

In woorden: de eigen bijdrage groeit net zo snel als het inkomen. Dit is het geval in de basisraming.

Indien $k=0$ dan groeit het inkomen na aftrek van de eigen bijdrage in het geheel niet: de totale inkomensgroei wordt 'opgegeten' door de hogere eigen bijdragen. In dat geval zijn (3a) en (3b) te herschrijven als:

$$Eb2 = g \diamond Yb1 + Eb1 \quad (5a)$$

$$EL2 = g \diamond YL1 + EL1 \quad (5b)$$

In woorden: de eigen bijdrage in periode 2 is gelijk aan de eigen bijdrage in periode 1 plus de hele inkomensgroei.

Overzicht publicaties

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Adviezen en achtergrondstudies

- 08/12 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg)
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg
- 08/09 Schaal en zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Schaal en zorg)
- 08/08 Schaal en zorg
- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
- 08/06 Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
- 08/05 Zorginkoop
- 08/04 Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies
- 08/03 Screening en de rol van de overheid
- 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ-advies Beter zonder AWBZ?)
- 08/01 Beter zonder AWBZ?
- 07/04 Rechtvaardige en duurzame zorg
- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Vertrouwen in de arts)
- 07/02 Vertrouwen in de arts
- 07/01 Briefadvies De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010
- 06/12 De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?
- 06/11 Publieke gezondheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij advies Publieke gezondheid)
- 06/10 Publieke gezondheid
- 06/09 Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)
- 06/08 Arbeidsmarkt en zorgvraag
- 06/07 Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)
- 06/06 Zinnige en duurzame zorg
- 06/04 Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)

06/03	Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
06/02	Management van vastgoed in de zorgsector
06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg
05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/13	Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)
05/04	Van weten naar doen
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)
04/08	Gepaste zorg
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)

04/01	De Staat van het Stelsel
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)
03/14	Acute zorg
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)
03/12	Gemeente en zorg
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)
03/05	Van patiënt tot klant
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)
02/14	Gezondheid en gedrag
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid
02/11	Biowetenschap en beleid
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)
02/05	E-health in zicht

02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/01	Winst en gezondheidszorg
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)
01/10	Volksgezondheid en zorg
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkenkende studie)
01/04E	Healthy without care
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)
00/03	De rollen verdeeld

Bijzondere publicaties

08/10	Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties)
Sig 08/01A	Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer
07/06	Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
Sig 07/01A	Publieksversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
06/05	De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ
06/01E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
05/13E	Informal care: The contribution of carers and volunteers to long-term care
05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg

- 05/08E The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
- 04/11 RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)
- 04/10 De RVZ in beweging (Evaluatierapport RVZ 2000-2004)
- 04/05 Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)
- 03/11E The preferences of healthcare customers in Europe
- 03/11 De wensen van zorgcliënten in Europa
- 02/16 Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen
- 01M/02 Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen
- 01M/01E E-health in the United States
- 01M/01 E-health in de Verenigde Staten
- 01M/03 Publieksversie Verzekerd van zorg
- 01M/02 De RVZ over het zorgstelsel
- 01M/01 Management van beleidsadvisering
- 00/05 Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)

Signalementen met achtergrondstudies

- Sig 07/02 Goed patiëntschap
- Sig 07/01 Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
- Sig 05/04 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02).
- Sig 05/03 Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)
- Sig 05/02E Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
- Sig 05/02 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement
- Sig 05/01 Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid
- Sig 03/01 Exploderende zorguitgaven

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

- Signalering Ethiek en Gezondheid 2003
- Drang en informele dwang in de zorg (2003)
- Signalering Ethiek en Gezondheid 2004
- Signalering Ethiek en Gezondheid 2005
- Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)
- Mantelzorg...onbetaalbaar? Verslag van het debat gehouden in Utrecht, 26 februari 2004
- De vertwijfeling van de mantelmeeuw (2004)

Achtergrondstudie Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen (2005)
Signalement Vertrouwen in verantwoorde zorg? (2006)
Testen van bloeddonors op variant Creutzfeldt-Jakob? (2006)
Over keuzevrijheid en kiesplicht (2006)
Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen. (2007)
Formalisering van informele zorg (2007)
Financiële stimulering van orgaandonatie (2007)
Passend bewijs: ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (2008)
Afscheid van de vrijblijvendheid (2008)
Argumentenwijzer voor het debat over orgaandonatie (2008)

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

VG 05/04 Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
VG 05/03 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
VG 05/02 Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
VG 05/01 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Werkprogramma's en jaarverslagen

07/05 Werkprogramma 2008
00/02 Werkprogramma RVZ 2001 – 2002
04/12 Jaarverslag 2002-2003 RVZ
02/08 Jaarverslag 2001 RVZ
01/06 Jaarverslag 2000 RVZ
00/01 Jaarverslag 1999 RVZ