

Vergaderjaar 2011–2012

33 060

Uitgavenbeheersing in de zorg

Nr. 2

RAPPORT

Inhoud

	Blz.
Deel I Conclusies, aanbevelingen en bestuurlijke reactie	3
1 Over dit onderzoek	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Het Budgettair Kader Zorg en de begrotingsregels	5
1.3 Ministeriële verantwoordelijkheid bij zorguitgaven	6
1.4 Opzet van het onderzoek	9
1.5 Leeswijzer	9
2 Conclusies en aanbevelingen	10
2.1 Hoofdconclusie	10
2.2 Inkomsten en uitgaven	10
2.3 Beheersingsinstrumenten zorguitgaven	11
2.4 Compenserende maatregelen	13
2.5 Informatievoorziening	14
3 Reactie minister en nawoord Algemene Rekenkamer	17
3.1 Reactie minister van VWS	17
3.2 Nawoord Algemene Rekenkamer	26
Bijlage Overzicht van belangrijkste conclusies en aanbevelingen	28
Deel II Onderzoeksbevindingen	31
1 Over dit onderzoek	33
1.1 Aanleiding	33
1.2 Het Budgettair Kader Zorg en de begrotingsregels	33
1.3 Ministeriële verantwoordelijkheid bij zorguitgaven	35
1.4 Uitvoerings- en adviesorganen	37
1.4.1 College voor Zorgverzekeringen	37
1.4.2 De Nederlandse Zorgautoriteit	38
1.5 Opzet van het onderzoek	38

1.5.1	Reikwijdte van het onderzoek	39
1.6	Leeswijzer	39
2	Inkomsten en uitgaven	40
2.1	Ontwikkelingen in het BKZ	40
2.2	Inkomsten en uitgaven in de curatieve zorg	41
2.2.1	Inkomsten en uitgaven Zorgverzekeringsfonds	42
2.3	Inkomsten en uitgaven in de langdurige zorg	44
2.3.1	Inkomsten en uitgaven Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten	46
2.3.2	Financiering van het AWBZ-tekort	47
2.4	Overige inkomsten en uitgaven zorg	47
2.5	Totaalbeeld geldstromen	49
2.6	Slotbeschouwing	51
3	De beheersingsinstrumenten	52
3.1	Beheersingsinstrumentarium in 1986 en 2011	52
3.2	De afzonderlijke beheersingsinstrumenten	53
3.2.1	Ingrijpen in het basispakket	53
3.2.2	Regulering van de prijs	54
3.2.3	Het introduceren of verhogen van eigen betalingen	54
3.2.4	Systeeminterventies	55
3.3	Ramingen van de zorguitgaven	55
3.3.1	CPB-ramingen	56
3.3.2	Ramingen van het Ministerie van VWS	57
3.3.3	Uitkomsten van ramingen en realisaties	58
3.4	Slotbeschouwing	59
4	Compenserende maatregelen	60
4.1	Mee- en tegenvallers	60
4.1.1	Curatieve zorg	60
4.1.2	Langdurige zorg	62
4.1.3	Besparingsverliezen	64
4.2	Compenserende maatregelen	62
4.2.1	Tariefmaatregelen	62
4.2.2	Eigen betalingen	65
4.2.3	Pakketmaatregel	66
4.3	Slotbeschouwing	67
5	Informatievoorziening	68
5.1	Actualiteit van de macrogegevens	68
5.1.1	Informatie over de zorguitgaven	68
5.1.2	Informatie over de inkomsten van de Belastingdienst	69
5.1.3	Voornemens tot verbetering	70
5.2	Duidelijkheid van de informatie	71
5.2.1	Veel en wijzigende informatie over de fondsen	71
5.2.2	Aansluiting tussen informatiebronnen	75
5.2.3	Realisatiecijfers BKZ	75
5.3	Slotbeschouwing	76
Bijlage 1	Pakketwijzigingen 1999–2011	77
Bijlage 2	Financiering en zorguitgaven 2009	78
Bijlage 3	Methodologische verantwoording en gehanteerde normen	80
Bijlage 4	Afkortingen	82
Bijlage 5	Literatuurlijst	83

**DEEL I CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN BESTUURLIJKE
REACTIE**

1. OVER DIT ONDERZOEK

1.1 Aanleiding

De zorguitgaven in Nederland groeien het hardst van alle collectieve uitgaven. Zij groeien sneller dan het bruto nationaal product (BNP) en maken daardoor ieder jaar weer een groter aandeel uit van het BNP en van de collectieve uitgaven. Het regeringsbeleid is erop gericht de groei van de zorguitgaven te beheersen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. In die rol moet de minister ervoor zorgen dat de zorguitgaven niet sneller groeien dan is afgesproken. In dit onderzoek gaan wij na welke mogelijkheden de minister van VWS heeft om de zorguitgaven te beheersen.

1.2 Het Budgettair Kader Zorg en de begrotingsregels

De zorguitgaven worden grotendeels gefinancierd met premiegelden, dus niet met belastinggeld. Daarom vallen zij onder een speciaal uitgavenkader, het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Er zijn drie uitgavenkaders, het kader Rijksbegroting in enge zin, het kader Sociale Zekerheid en Arbeidsmarktbeleid en het Budgettair Kader Zorg.

Bruto- en netto-BKZ

Het BKZ betreft de collectief gefinancierde zorg. Er is een bruto- en netto-BKZ (zie figuur 1). Het bruto-BKZ betreft het geheel aan uitgaven waarvan afgesproken is dat zij onder dit kader vallen. De netto-uitgaven binnen het BKZ zijn de bruto-uitgaven, verminderd met de eigen betalingen van de zorggebruiker. De zorguitgaven waarvan tijdens de begrotingsuitvoering wordt nagegaan of zij binnen het afgesproken uitgavenkader blijven, zijn de netto BKZ-uitgaven (zie figuur 1 op pagina 6).

Begrotingsregels

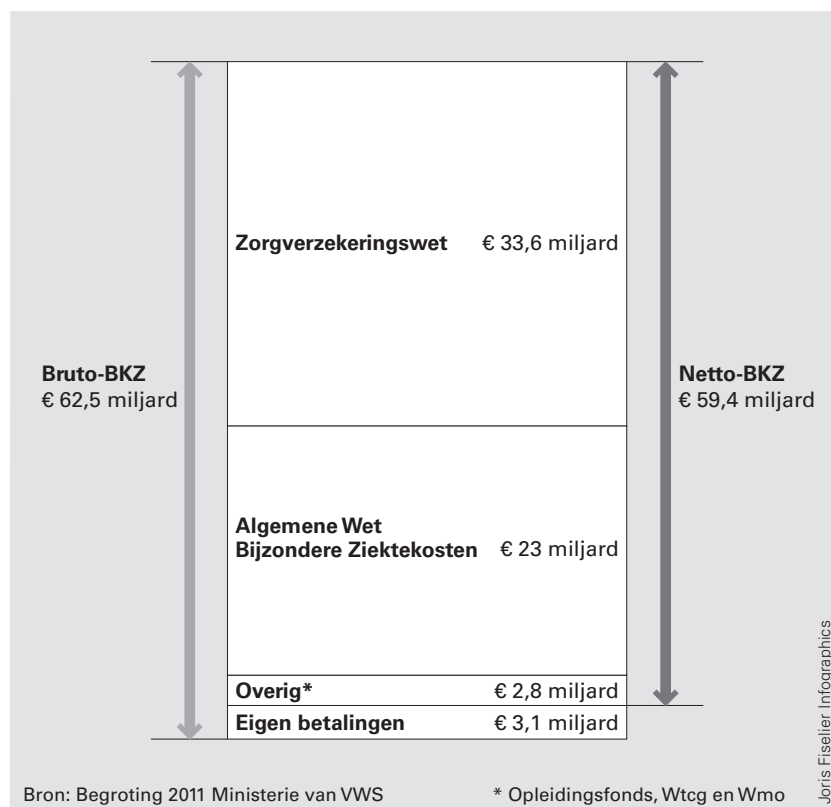
Aan het begin van een kabinetsperiode worden in de zogenoemde Startnota de begrotingsregels vastgesteld. De ministerraad stelt deze regels vast op voorstel van de minister van Financiën. Op hoofdlijnen zijn de begrotingsregels al geruime tijd ongewijzigd:

- Er is een scheiding tussen inkomsten en uitgaven: meevallers en tegenvallers bij de inkomsten hebben geen consequenties voor de toegestane uitgaven.
- Het budgettaire kader wordt aan het begin van een kabinetsperiode voor de hele periode vastgesteld en wordt in principe daarna niet verhoogd. Overschrijdingen moeten (in principe¹) binnen het betreffende kader gecompenseerd worden (Financiën, 2010).

Het budgettair kader wordt voor de hele kabinetsperiode vastgesteld. Tussentijdse verhogingen kunnen – aan het begin – worden ingepland. Zo stijgt het netto Budgettair Kader Zorg in de huidige kabinetsperiode van € 59,4 miljard in 2011 tot € 74,2 miljard nominaal in 2015 vanwege de afgesproken groei en intensivering.

¹ Dit principe houdt in dat de ministerraad kan besluiten van de begrotingsregel af te wijken.

Figuur 1 Het Budgettair Kader Zorg



Voor dit onderzoek zijn twee begrotingsregels van belang:

- Overschrijdingen moeten zoveel mogelijk worden voorkomen door passende en tijdige maatregelen.
- Overschrijdingen moeten binnen het eigen kader gecompenseerd worden.

Nadat het BKZ en de begrotingsregels zijn vastgesteld, volgt de begrotingsuitvoering. In deze fase krijgt de minister van VWS (en de minister van Financiën) te maken met realisatiecijfers uit het verleden. Dit zijn meestal tegenvallers die niet meer in hetzelfde jaar gecompenseerd kunnen worden. De begrotingsregels bepalen dat er dan dekking binnen het BKZ gevonden moet worden. Dit mag eventueel een compensatie zijn die in volgende jaren wordt gerealiseerd («intertemporele compensatie»).

Verder kan de ministerraad – in afwijking van de begrotingsregels – besluiten compensatie te vinden buiten het BKZ. Overschrijdingen van de zorguitgaven worden op deze manier gecompenseerd via meevallers bij en/of bezuinigingen in de Rijksbegroting in enge zin en/of het kader Sociale Zekerheid en Arbeidsmarktbeleid. Het totaalkader, de som van alle drie de uitgavenkaders, wordt niet overschreden.

1.3 Ministeriële verantwoordelijkheid bij zorguitgaven

Zorg wordt in Nederland verleend door private zorgaanbieders aan zorgvragers en wordt verzekerd door private zorgverzekeraars. De rol van de verzekeraars is het inkopen van de nodige zorg voor hun verzekerden, tegen een zo gunstig mogelijke prijs-kwaliteitsverhouding.

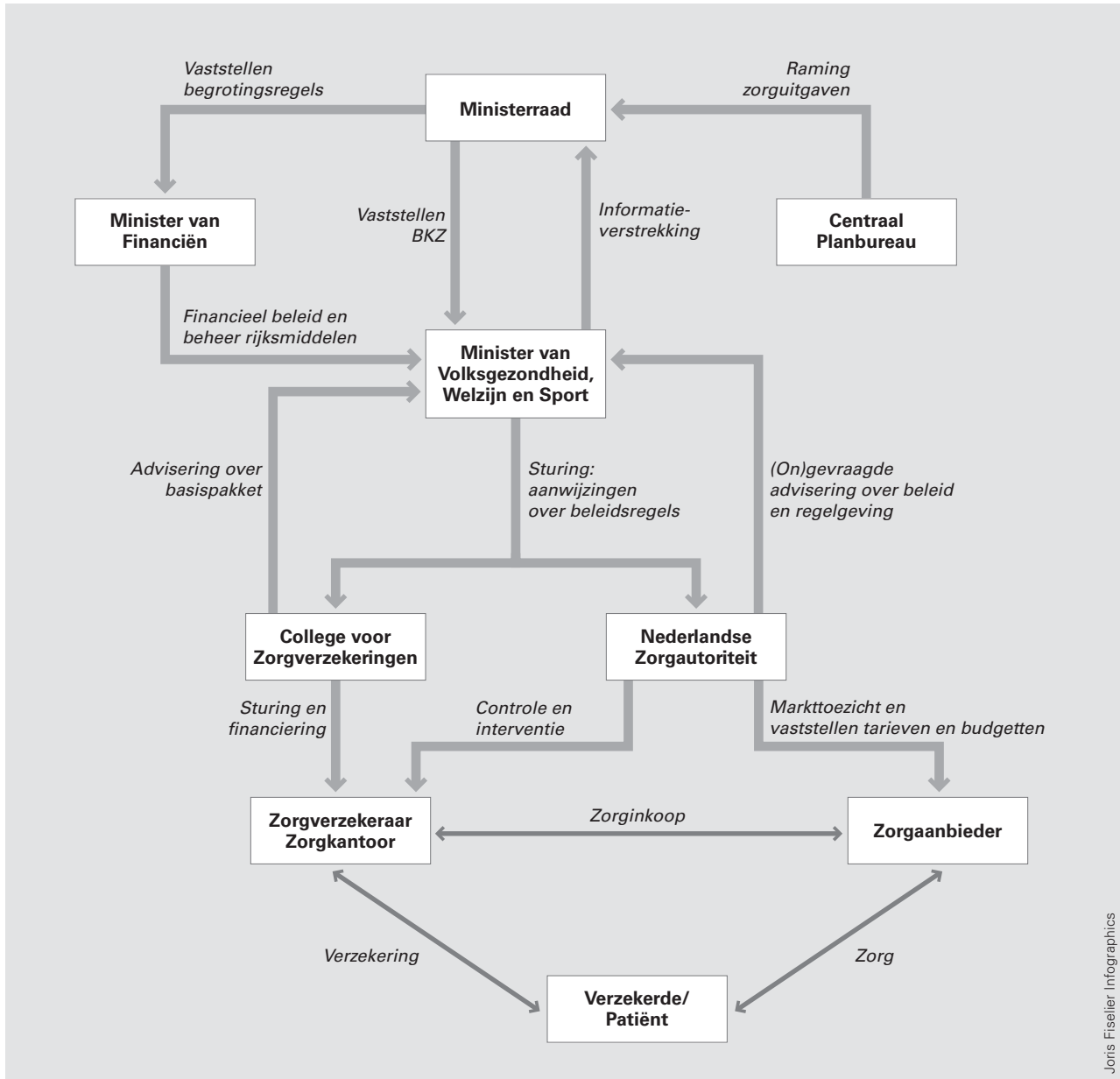
De minister van VWS is in de zorg verantwoordelijk voor het behartigen van drie publieke belangen: de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit is een systeemverantwoordelijkheid. Het stelsel van wetten, regels, beleidsinstrumenten en maatregelen dat de minister hanteert, moet bijdragen aan het bevorderen van deze belangen. De minister moet ervoor zorgen dat zij beschikt over actuele informatie over het functioneren van het stelsel, om tijdig te kunnen bijsturen als er ongewenste ontwikkelingen dreigen. Bovendien moet de minister beschikken over adequate instrumenten om de publieke belangen te kunnen behartigen en zo nodig deze instrumenten verbeteren of aanvullen. De systeemverantwoordelijkheid betreft dus ook ontbrekende elementen of bevoegdheden. De minister moet kunnen verantwoorden waarom deze elementen er niet zijn en waarom dat beter is voor het functioneren van het systeem (Algemene Rekenkamer, 2003).

De Tweede Kamer heeft bij de meeste zorguitgaven geen budgetrecht, omdat het om premiegeld gaat en niet om belastinggeld. De Tweede Kamer heeft echter wel het recht om te toetsen of de minister haar systeemverantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg juist invult. De Kamer moet kunnen beschikken over adequate informatie om deze controletaak te kunnen uitvoeren. Het is de verantwoordelijkheid van de minister van VWS om de Kamer van deze informatie te voorzien.

De minister van Financiën is verantwoordelijk voor het beheer van 's Rijks schatkist, het algemene financiële beleid en het doelmatig en rechtmatig beheer van de rijksmiddelen. Daarbij geldt ook dat collega-ministers voornemens, voorstellen en toezeggingen met financiële gevolgen voor het Rijk niet aan de ministerraad of aan de Staten-Generaal kunnen doen, voordat de minister van Financiën daarop heeft gereageerd.²

² Artikel 16, lid 1, Comptabiliteitswet 2001.

Figuur 2 Overzicht met actoren in de uitgavenbeheersing



Bij de beheersing van de zorguitgaven spelen het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een belangrijke rol. Het CVZ adviseert de minister van VWS over inhoud en samenstelling van het verzekerde pakket op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Een andere taak van het CVZ is het beheer van het Zorgverzekeringsfonds (ZvF) en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Bij het beheer gaat het om het administreren van de ontvangsten, uitgaven en stand van de fondsen op doeltreffende en doelmatige wijze. NZa behartigt het belang van de zorgconsument, onder andere door te adviseren over beleid en regelgeving. NZa kan (maximale) tarieven vaststellen. In de sectoren met vrije prijsvorming houdt zij toezicht op het goed functioneren van de markt.

1.4 Opzet van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan een goede beheersing van de uitgaven in de gezondheidszorg door informatie te leveren over factoren die het succes van de uitgavenbeheersing beïnvloeden. Dit brengt ons bij de volgende probleemstelling:

Hoe geeft de minister van VWS vorm aan het beleid gericht op het beheersen van de zorguitgaven en met welk resultaat?

De vragen die we ons in dit onderzoek hebben gesteld, zijn:

1. Hoe heeft het BKZ zich ontwikkeld in het afgelopen decennium?
2. Hoe is de financiering van de zorg (anno 2009) geregeld?
3. Welke instrumenten heeft de minister om de zorguitgaven te beheersen?
4. Welke mee- en tegenvallers hebben zich sinds 2000 voorgedaan en wat zijn de oorzaken?
5. Welke instrumenten en maatregelen heeft de minister sinds 2000 ingezet om tegenvallers te compenseren?

Afbakening van het onderzoek

Het onderzoek beslaat de afgelopen tien jaar. Bij de beschrijving van de ontwikkeling van het instrumentarium maken we echter een vergelijking met 1986. In dat jaar hebben we ook een onderzoek verricht naar het instrumentarium voor beheersing van de zorguitgaven (Algemene Rekenkamer, 1986).

Achtereenvolgende kabinetten hebben ingestemd met een reële groei van de zorguitgaven, tot uitdrukking komend in een groeiend BKZ. De uitgaven moeten dan zodanig beheerst worden, dat dit afgesproken plafond niet overschreden wordt. Ons onderzoek richt zich op deze vorm van uitgavenbeheersing.

Naast de betaalbaarheid van de zorg zijn er nog twee publieke belangen, namelijk kwaliteit en toegankelijkheid. De Algemene Rekenkamer betreft alle drie in haar onderzoeksprogramma. Een onderzoek naar de kwaliteit is al afgerond (Algemene Rekenkamer, 2009). Een onderzoek naar de toegankelijkheid staat gepland. In dit onderzoek gaat het om de betaalbaarheid. We zijn ons ervan bewust dat er een relatie bestaat tussen de drie belangen en dat financiële beperkingen consequenties kunnen hebben voor kwaliteit en toegankelijkheid. Echter, in dit onderzoek concentreren we ons op de uitgavenbeheersing.

1.5 Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit twee delen. In deel I staan onze conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 2), de reactie van de minister van VWS en ons nawoord (hoofdstuk 3). Deel II bevat de bevindingen waarop de conclusies en aanbevelingen zijn gebaseerd. Deze bevindingen zijn, analoog aan de conclusies, gerangschikt naar de volgende thema's: de inkomsten en uitgaven, de beheersingsinstrumenten, de compenserende maatregelen en de informatievoorziening.

2 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

2.1 Hoofdconclusie

Onze belangrijkste conclusie is dat de minister van VWS over weinig inzicht in de ontwikkeling van de zorguitgaven beschikt en dat zij niet afdoende mogelijkheden heeft om deze tijdig te beheersen. De mogelijkheden die de minister wél heeft, benut ze bovendien niet optimaal. Mede daardoor kan zij haar verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg niet voldoende waarmaken.

Dit blijkt uit het feit dat het BKZ telkens overschreden wordt, terwijl herhaaldelijk getracht wordt om dit tegen te gaan. De voornaamste onvolkomenheden bij de uitgavenbeheersing zijn de volgende:

1. onvoldoende evenwicht tussen inkomsten en uitgaven (§ 2.2);
2. gebrekkige effectiviteit van de beheersingsinstrumenten (§ 2.3);
3. onbekende effectiviteit van de compenserende maatregelen (§ 2.4);
4. niet actuele en onduidelijke informatievoorziening (§ 2.5).

2.2 Inkomsten en uitgaven

De inkomsten voor de zorg zijn niet voldoende om de uitgaven te financieren. Het BKZ wordt structureel overschreden. Deze overschrijdingen worden niet volledig in de eigen sector gecompenseerd, zoals de begrotingsregels (in principe) voorschrijven. En de AWBZ-financiering bevat een oplopend tekort dat gedekt wordt met leningen uit de schatkist.

Structurele overschrijdingen

De afgesproken zorguitgaven zijn vastgelegd in het BKZ. Het BKZ wordt jaarlijks overschreden. Daarbij gaat het om grote overschrijdingen. Volgens de begrotingsregels moeten ten eerste overschrijdingen zoveel mogelijk voorkomen worden door passende en tijdige maatregelen. Ontstaan er vervolgens overschrijdingen, dan moeten deze (in principe) binnen het eigen kader gecompenseerd worden. In de praktijk gebeurt geen van beide voldoende.

Uitzonderingen daargelaten, worden overschrijdingen pas opgemerkt nadat zij zich hebben voorgedaan, zodat niet tijdig kan worden ingegrepen. Compensatie binnen het BKZ komt wel voor, maar is niet voldoende om onder het vastgestelde plafond te blijven. Het kabinet besluit dan tot compensatie vanuit andere begrotingskaders.

Als we kijken op sectorniveau, dan valt op dat zich in de afgelopen periode zowel in de ziekenhuissector als in de geestelijke gezondheidszorg substantiële overschrijdingen hebben voorgedaan. Een duidelijke patroon over meer jaren hebben we op sectorniveau echter niet kunnen ontdekken (zie verder § 2.4).

De uitgaven zijn dus telkens hoger dan begroot. Maar ook als zij binnen de begroting zouden blijven, schieten de inkomsten tekort. Daarbij moet onderscheid gemaakt worden tussen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Hoewel er natuurlijk schommelingen zijn, zijn de begrote inkomsten en uitgaven van het Zorgverzekeringsfonds over het algemeen met elkaar in evenwicht.

Bij de AWBZ is er sprake van een structureel tekort. Als voorbeeld geven we de begrote financiering van de AWBZ voor het jaar 2010.

Tabel 1 Begrote financiering AWBZ 2010

	Bedrag in € mln
Inkomsten	21 073
– Premie	14 870
– Eigen betalingen	1 518
– Overig	4 685
Uitgaven	23 326
Tekort	– 2 253

Bron: VWS, 2009c.

Het jaar 2010 is niet uitzonderlijk. In 2008 en 2009 waren de begrote tekorten in de AWBZ respectievelijk € 2,3 en € 1,9 miljard. Voor 2011 is een tekort van € 1,3 miljard begroot.

Lening vanuit de schatkist

De jaarlijkse exploitatietekorten worden gedekt met leningen uit de schatkist. Er ontstaat zo een groot en groeiend vermogenstekort in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ), waaruit de AWBZ wordt gefinancierd. Op 1 januari 2010 was dit € 10,3 miljard. Verwacht wordt dat dit tekort oploopt tot bijna € 14 miljard op 1 januari 2012. Bij ongewijzigd beleid loopt het jaarlijkse exploitatietekort op tot een vermogenstekort dat rond 2020 groter zal zijn dan de jaaruitgaven van de AWBZ.

We zijn bij de Ministeries van VWS en Financiën nagegaan in hoeverre zij dit als een probleem beschouwen. Dit blijkt niet het geval te zijn. De zorguitgaven worden betaald en de vermogenstekorten worden opgeteld bij het EMU-saldo (staatsschuld). Naar ons oordeel ontbreekt zo transparantie over de financiering van de AWBZ. Het gaat om een rijksbijdrage in de vorm van een lening die nooit zal worden terugbetaald. Dit behoort duidelijk in de rijksbegroting tot uitdrukking te komen en wel in de jaren dat deze uitgaven gedaan worden en niet vele jaren later. De facto ontstaat dan een situatie die vergelijkbaar is met de Algemene Ouderdomswet (AOW). Het premiepercentage van de AOW kent een vastgestelde bovengrens en de resterende financieringsbehoefte wordt aangevuld met een rijksbijdrage.

Aanbevelingen

Wij bevelen de minister van VWS aan de Tweede Kamer het besluit voor te leggen om het jaarlijkse tekort in de AWBZ uit de algemene middelen te bekostigen.

2.3 Beheersingsinstrumenten zorguitgaven

De instrumenten waarmee de zorguitgaven beheerst kunnen worden, zijn onvoldoende effectief. Sommige instrumenten staan op gespannen voet met de sturingsfilosofie. De autonome groei moet goed geraamd worden om de zorguitgaven goed te kunnen beheersen, maar er worden twee verschillende ramingen tegelijk gebruikt. Daardoor is de aansluiting tussen raming en realisatie niet transparant genoeg.

Ontwikkelingen in het instrumentarium (1986–2011)

We hebben de beheersingsinstrumenten van de minister van VWS anno 2011 vergeleken met de beheersingsinstrumenten die we in 1986 onderzochten. Het blijkt dat tal van beheersingsinstrumenten sinds 1986

verdwenen zijn. Dit zijn vooral instrumenten waarmee de minister de capaciteit van de zorgvoorzieningen en het zorgaanbod kan maximaliseren, en tariefmaatregelen wat het vrijgegeven deel van de zorg betreft. Dit is een gevolg van de gereguleerde marktwerking,³ de nu heersende sturingsfilosofie.

De minister van VWS is verantwoordelijk voor de beheersing van de uitgaven die onder het BKZ vallen. Zij heeft echter weinig middelen om dat te doen. De Nederlandse zorg wordt gefinancierd door een verzekeringsstelsel (Zvw en AWBZ). Iemand die verzekerd is, heeft (onder bepaalde voorwaarden) recht op de verzekerde prestaties, ook als het daarvoor bestemde budget uitgeput is. In wezen is een verzekeringsstelsel een openeinderegeling. Daarom bestaat er een spanningsveld tussen het verzekeringskarakter van het stelsel en het hanteren van een budgettaire plafond. Het rechtstreeks beheersen van de uitgaven kan niet binnen het huidige verzekeringsstelsel, waar verzekerden recht hebben op zorg. Het is wel mogelijk om de uitgaven tot op zekere hoogte te sturen. Zo kan de minister het basispakket, de prijs en de eigen betalingen reguleren.

Regulering van het basispakket kan door voorzieningen uit het basispakket te halen. Dergelijke «pakketmaatregelen» bestonden al in 1986. De minister van VWS neemt bijna jaarlijks pakketmaatregelen, vaak om uitgaven te beheersen. Het is niet altijd duidelijk of dit doel ook bereikt wordt, of dat zorggebruikers uitwijken naar andere – en soms duurdere – behandelingen. Daarnaast gaat het vaak over relatief geringe bedragen. Het is voor de overheid moeilijk om grotere stappen te zetten, omdat pakketmaatregelen bijna altijd grote maatschappelijke weerstand oproepen.

Het reguleren van de prijs kan alleen op de deelmarkten waar de gereguleerde marktwerking nog niet volledig is doorgevoerd. Dit instrument heeft wel beperkingen. De minister heeft aangegeven toch ook op de vrijgegeven deelmarkten te willen beschikken over een prijsbeheersinginstrument. Begin juni 2011 is hier een wijzigingsvoorstel van de wet voor ingediend. Dit instrument staat op gespannen voet met gereguleerde marktwerking.

Het verhogen of introduceren van eigen betalingen (eigen bijdrage of eigen risico) leidt tot een verschuiving van publieke naar private uitgaven. Daarnaast kunnen eigen betalingen de vraag remmen. De sterkte van het effect hangt echter af van de vormgeving. In de curatieve zorg lijkt het vooral te leiden tot een verschuiving van de lasten van publiek naar privaat.

Raming van zorguitgaven

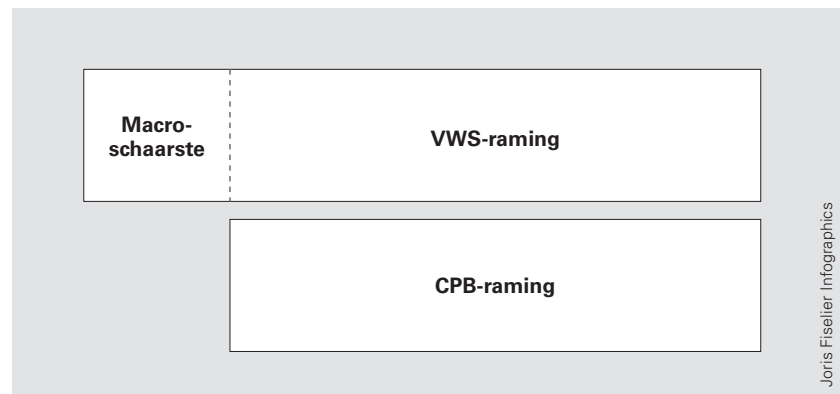
Voor een goede uitgavenbeheersing is het nodig om te weten hoe de zorguitgaven zich zullen ontwikkelen bij autonoom voortgaande groei van de zorg. De voornaamste ramingen worden door het Centraal Planbureau (CPB) gemaakt. De uitkomsten daarvan zijn input voor het formatieoverleg over de in de kabinetsperiode toelaatbare zorguitgaven binnen het BKZ. De onderhandelaars kunnen maatregelen afspreken om de kosten te beheersen (of juist te intensiveren) en de effecten daarvan door het CPB laten doorrekenen. Uiteindelijk stelt het nieuw gevormde kabinet het BKZ vast op voorstel van de minister van Financiën. Het rekent er dan op dat het BKZ realistisch is, dat wil zeggen gehandhaafd kan worden. Het CPB waarschuwt daarbij dat er een bandbreedte is. In de praktijk blijkt stevast dat er meer geld nodig is.

³ De gereguleerde marktwerking betekent dat de overheid de spelregels bepaalt en randvoorwaarden schept, maar – over het algemeen – dat zij niet meer rechtstreeks kan ingrijpen in prijs, volume en capaciteit.

Het ministerie van VWS raamt zelf eveneens de zorguitgaven. De verschillen tussen beide ramingen zijn vrij groot en allebei wijken ze af van de uiteindelijk bereikte realisatie, die overigens pas jaren later bekend is. De ramingen van het Ministerie van VWS (VWS-raming) komen over het algemeen wat hoger uit dan die van het CPB en zijn veel gedetailleerder toegespitst op de diverse zorgsectoren.

De minister van VWS dient de raming van het CPB als uitgangspunt te nemen bij de uitgavenplanning, omdat de omvang van het BKZ daarop gebaseerd is. Ook voor de verdeling tussen curatieve en langdurige zorg is de CPB-raming leidend. Binnen die twee brede sectoren wordt de uitgavenplanning, te weten de opsplitsing van het beschikbare budget over de deelsectoren, ter hand genomen met gebruik van de eigen raming. Daarop moet dan een korting worden toegepast, omdat de VWS-raming hoger is dan de CPB-raming. Deze korting bedraagt 20 à 25% van de groei en wordt de macroschaarste genoemd (zie figuur 3). Deze korting wordt niet openbaar gemaakt. Daardoor is de wijze waarop de minister van VWS de ramingen vertaalt in uitgavenplanningen voor de verschillende zorgsectoren, niet inzichtelijk.

Figuur 3 Macroschaarste



Aanbeveling

We bevelen de minister van VWS aan te verantwoorden waarom de zorguitgaven op twee manieren geraamd worden. Zij moet aan de Tweede Kamer inzicht bieden in de verschillen tussen beide ramingen en in de wijze waarop de CPB-raming wordt vertaald in de uitgavenplanning voor de verschillende zorgsectoren.

2.4 Compenserende maatregelen

Ingrijpen op basis van concrete tegenvallers vindt in de praktijk vertraagd plaats met weinig zicht op de achterliggende oorzaken en de effectiviteit van de compenserende maatregelen.

Zicht op mee- en tegenvallers

Het Ministerie van VWS vertaalt het BKZ naar allerlei deelsectoren, die hun eigen taakstellende budget kennen, zoals vermeld in de begroting. De overschrijdingen van het BKZ komen voort uit allerlei mee- en tegenvallers op deelsectorniveau. De tegenvallers moeten in principe gecompenseerd worden. Uit de inventarisatie van mee- en tegenvallers blijkt dat er zowel in curatieve als in de langdurige zorg jaarlijks tegenvallers worden gemeld. Het zicht op de oorzaak van veel tegenvallers blijkt beperkt te zijn. In de jaarverslagen van het Ministerie van VWS worden

dikwijls redenen voor een tegenvaller vermeld, die eigenlijk niets anders inhouden dan een herhaling van de mededeling dat er een overschrijding is, bijvoorbeeld «hogere uitgaven».

Een bijzondere tegenvaller is het besparingsverlies. Dit zijn verliezen die optreden als een maatregel ter compensatie van tegenvallers minder oplevert dan beoogd. Het is niet altijd duidelijk waarom de maatregel minder oplevert dan is beoogd.

Effect van de maatregelen

De meeste tegenvallers worden pas geruime tijd nadat zij zich hebben voorgedaan opgemerkt of gerapporteerd. De compensatiemaatregel – die ook enige voorbereidingstijd vergt – heeft dus over het algemeen betrekking op latere jaren dan het jaar waarin de tegenvaller zich voordoet (zie ook § 2.5). Doordat de oorzaak van de te compenseren tegenvaller niet altijd bekend is, is het moeilijk om maatregelen te vinden die tot adequate en structurele oplossingen leiden. De formele maatregelen die de minister kan treffen zijn: tariefmaatregelen, eigen betalingen en pakketmaatregelen. Uit onze inventarisatie blijkt dat de (bij)werking van genomen maatregelen lang niet altijd duidelijk is en meestal niet wordt onderzocht:

- Tariefmaatregelen, zoals macrokortingen en efficiencykortingen, zijn onder verschillende namen en berekeningswijzen vooral toegepast bij de ziekenhuizen. Evaluaties of onderzoek naar het effect van de maatregel zijn niet uitgevoerd. Diverse deskundigen zijn van oordeel dat de opbrengst van deze maatregelen twijfelachtig is, onder andere vanwege afwenteling.⁴ Het Ministerie van VWS deelt dit oordeel niet, maar kon niet onderbouwen waarom.
- Eigen betalingen zijn het afgelopen decennium vooral toegepast in de langdurige zorg. Het effect van de maatregel in de langdurige zorg is echter niet bekend. Uit een recente evaluatie in de curatieve zorg blijkt dat een eigen risico het zorggebruik van 17- en 18-jarigen afremt.
- Pakketmaatregelen worden bijna jaarlijks aangekondigd maar worden vaak – al dan niet onder politieke en/of maatschappelijke druk – afgezwakt of teruggedraaid. Ook het (financiële) effect van de maatregel is niet altijd duidelijk.

Aanbevelingen

We bevelen de minister van VWS aan tijdig, dat wil zeggen in het lopende begrotingsjaar, bijvoorbeeld bij de Voorjaarsnota of de Miljoenennota (vermoedelijke uitkomsten), te zorgen voor een zo actueel mogelijk beeld van de mee- en tegenvallers en de Tweede Kamer daarover te informeren. Daarbij moet uitgezocht worden wat de achterliggende oorzaak is, zodat tijdig passende compenserende maatregelen genomen kunnen worden. Daarnaast bevelen we de minister van VWS aan te zorgen voor een evaluatie van de effectiviteit van de compenserende maatregelen die worden getroffen in het kader van de uitgavenbeheersing.

2.5 Informatievoorziening

De beschikbare informatie over de uitgavenontwikkeling is regelmatig niet actueel en definitieve cijfers worden niet gepubliceerd. Dit maakt het voor de minister van VWS moeilijk om tijdig bij te sturen en de Tweede Kamer tijdig van adequate informatie te voorzien.

Actualiteit van de informatie

De definitieve omvang van de uitgaven is laat bekend en wordt regelmatig bijgesteld. De verzekeraars melden hun zorglasten in het kader van de

⁴ Groot & Maasen van Den Brink, 2010; Schut, e.a., 2010).

Zvw bij het CVZ. De eerste melding is echter niet erg accuraat en moet nog diverse malen gecorrigeerd worden. Dit verschil kan honderden miljoenen bedragen. Ook in de AWBZ komen definitieve cijfers over de zorgaanspraken vaak pas jaren later beschikbaar.

De minister van VWS onderkent dit probleem. Zij heeft het voornemen de budgettaire cyclus en de informatievoorziening beter op elkaar te laten aansluiten. Een ambtelijke taskforce houdt zich onder meer bezig met de verbetering en versnelling van de informatievoorziening.

Voor een deel is het te begrijpen dat informatie over de uitgaven pas aan het eind van het jaar inzichtelijk wordt. Anderzijds wijken de uitgaven soms zo ver af van de begroting, dat er al in de loop van het jaar signalen zouden moeten zijn op grond waarvan kan worden ingegrepen.

Juist in 2011 zien we voor het eerst dat een minister van VWS vroegtijdig ingrijpt vanwege de dreiging van grote overschrijdingen. Het is nog niet bekend wat de ingreep oplevert, omdat ons onderzoek halverwege 2011 is afgerond.

Overigens is ook de definitieve omvang van de inkomsten pas laat bekend. De ontvangsten via de Belastingdienst (AWBZ-premie en inkomensafhankelijke bijdrage Zvw) worden twee tot vier jaar later vastgesteld en zijn tussentijds erg onzeker.

Informatiepositie Tweede Kamer

De Tweede Kamer controleert of de minister van VWS de systeemverantwoordelijkheid voor het zorgstelsel (waaronder de betaalbaarheid) op een juiste wijze invult. Zij moet kunnen beschikken over adequate informatie om deze controletaak te kunnen uitvoeren. Daartoe ontvangt de Tweede Kamer vier maal per jaar informatie over de zorguitgaven (in de begroting, de voorjaarsnota, de najaarsnota en het jaarverslag). Het is goed wanneer de Kamer op verschillende momenten actuele informatie krijgt. De informatie van de minister van VWS is echter stelselmatig niet actueel. Bovendien is vaak niet duidelijk of het om definitieve gegevens gaat of gegevens die nog zullen worden bijgesteld. Door de Kamer telkens nieuwe en andere informatie verschaffen, verliest deze zijn meerwaarde, wat vooral verwarrend werkt.

De verwarring neemt verder toe doordat er naast gegevens van het Ministerie van VWS ook gegevens uit het jaarverslag van CVZ beschikbaar worden gesteld. Een probleem met deze twee bronnen is dat zij niet goed op elkaar aansluiten. Vooral wat het Zorgverzekeringsfonds betreft zijn er verschillen van honderden miljoenen. Deze verschillen kunnen verklaard worden uit verschillende boekhoudmethoden en -momenten. Op deze manier ontstaat er echter geen transparant beeld voor de Tweede Kamer.

Het BKZ kent evenmin betrouwbare actuele realisatiecijfers. De presentatie van deze cijfers wordt regelmatig aangepast, waardoor de vergelijkbaarheid vermindert. In opeenvolgende jaren worden telkens weer gecorrigeerde cijfers over hetzelfde begrotingsjaar vermeld. Sinds 2004 gaat het Ministerie van VWS in het Financieel Beeld Zorg⁵ wat de brutorealisaties betreft tot drie jaar terug. De gegevens over eigen betalingen, die nodig zijn om het netto-BKZ te berekenen, worden sinds 2007 alleen over het afgesloten boekjaar verschaft, terwijl er daarna wel degelijk nog wijzigingen kunnen komen. Definitieve cijfers over de nettorealisatie van de zorguitgaven die onder het BKZ vallen, worden niet gegeven.

⁵ Bijlage bij het jaarverslag (en de begroting) over de premiegefinancierde zorguitgaven.

De veelheid van telkens wisselende informatie leidt ertoe dat de Tweede Kamer alleen een compleet beeld kan krijgen van de samenstelling van de zorguitgaven door intensieve bestudering en het maken van eigen berekeningen. Dit is een onwenselijke situatie die afbreuk doet aan de informatiepositie van de Tweede Kamer.

Aanbevelingen

We bevelen de minister van VWS aan te zorgen voor tijdige, actuele, complete en overzichtelijke informatie over de zorguitgaven, zodat tijdig bijgestuurd kan worden en de informatiepositie van de Tweede Kamer wordt verbeterd. Daarnaast bevelen we de minister van VWS aan verantwoording af te leggen over de definitieve realisatiecijfers van de zorguitgaven die onder het BKZ vallen.

3 REACTIE MINISTER EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER

3.1 Reactie minister van VWS

De minister van VWS heeft op 19 oktober 2011 een reactie gegeven op ons onderzoek. Deze is hieronder weergegeven. De brief van de minister staat ook op onze website, www.rekenkamer.nl. De reactie gaf ons aanleiding tot een nawoord (§ 3.2).

«Met belangstelling heb ik het Conceptrapport Uitgavenbeheersing in de zorg gelezen. Beheersing van de zorguitgaven is van belang om de betaalbaarheid van de zorg te kunnen waarborgen. Naast betaalbaarheid van de zorg zijn ook toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg belangrijke publieke belangen. Deze drie belangen hangen nauw met elkaar samen. Voor een goed oordeel over de wijze waarop ik invulling geef aan de borging van de drie publieke belangen is een integrale afweging aangewezen. Daarom hecht ik eraan te vermelden dat in Nederland de toegankelijkheid van de zorg zeer goed is. Op basis van de OECD-cijfers blijkt keer op keer dat Nederland zeer lage eigen betalingen kent. Bovendien blijkt dat Nederland internationaal gezien een zeer breed uniform basispakket heeft (waarvoor een acceptatieplicht geldt). Nederlanders ervaren weinig belemmeringen om van zorg gebruik te maken en er worden zeer weinig «unmet needs» gerapporteerd. Er zijn bovendien slechts geringe verschillen tussen hogere en lagere inkomensgroepen, zowel qua betalingen als qua zorggebruik. De kwaliteit van zorg is in Nederland goed en op sommige onderdelen zelfs uitstekend. Zo heeft Nederland internationaal gezien een zeer lage mortaliteit bij hartziekten en beroertes, weinig vermijdbare ziekenhuisopnames en een hoge 5-jaarsoverleving bij verschillende vormen van kanker.

Met inachtneming van deze kanttekening reageer ik hieronder op uw rapport, dat geïsoleerd ingaat op één van de publieke belangen, in casu de betaalbaarheid.

De hoofdconclusie van de Algemene Rekenkamer betreft mijn inzicht in de ontwikkeling van de zorguitgaven, de mogelijkheden die ik heb om deze tijdig te beheersen en hoe ik deze mogelijkheden benut. Ik onderschrijf de conclusie van de Rekenkamer dat de informatievoorziening op dit moment verbetering behoeft. Dit vraagstuk is al enige tijd door mij onderkend en ik ben dan ook vanaf mijn aantreden bezig de informatievoorziening te versnellen en te verbeteren.

De Rekenkamer concludeert verder dat ik niet afdoende mogelijkheden heb om de zorguitgaven te beheersen en dat ik mijn mogelijkheden niet optimaal benut. Ik deel deze conclusie niet. Ik ben van mening dat ik afdoende mogelijkheden heb om mijn rol als systeemverantwoordelijke op te pakken. Mijn beleid is erop gericht om de prikkels in het systeem op de juiste plaats te leggen en waar nodig te versterken. Daarnaast benut ik mijn mogelijkheden om tarief- en pakketmaatregelen te nemen en eigen bijdragen te vragen. Op basis van mijn hervormingsagenda wil ik niet alleen de financiële houdbaarheid van de zorg verbeteren, maar ook wil ik de kwaliteit van de zorgverlening verder verbeteren en de goede toegankelijkheid tot de zorg op peil houden. In tegenstelling tot de Rekenkamer ben ik van mening dat ik mijn verantwoordelijkheid voor de beheersing van zorguitgaven voldoende kan waarmaken.

Ik heb mijn reactie op uw rapport als volgt opgebouwd. Alvorens nader in te gaan op uw conclusies wil ik eerst in algemene zin stil staan bij een aantal kenmerken van de zorgsector en de transitie, waarin de zorg zich momenteel bevindt. Tegen deze achtergrond reageer ik vervolgens op uw onderliggende conclusies en aanbevelingen. Ik verzoek u met klem mijn reactie, die ik mede namens de staatssecretaris van VWS stuur, volledig in uw rapport op te nemen.

Algemeen

Een belangrijk kenmerk van de zorgsector is dat de zorg weliswaar wordt gefinancierd met collectieve middelen, maar wordt uitgevoerd door private verzekeraars, die daartoe contracten sluiten met grotendeels private, over het land verspreide aanbieders. Het gaat daarbij om circa 100 ziekenhuizen, 1000 instellingen in de langdurige zorg, 100 instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en meer dan 33 000 vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. De grenzen tussen de sectoren vervagen: veel instellingen zijn in verschillende deelsectoren actief. De zorg die aanbieders verlenen en de daarmee samenhangende uitgaven vergen geen expliciete toestemming van de minister van VWS, maar vloeien voort uit de aanspraken die zijn vastgelegd in de Zvw en de AWBZ. Deze kenmerken van de sector – privaat, hybride, zeer divers en zeer veel entiteiten – hebben ontegenzeggelijk consequenties voor de wijze waarop de uitgavenbeheersing vorm krijgt en de informatiestromen in de sector lopen.

De zorgsector is volop in beweging en bevindt zich op dit moment in een transitiefase. De transitie van een aanbod- naar een vraaggestuurd zorgstelsel heeft gevolgen voor de rol die de verschillende actoren in het zorgstelsel hebben. De zorgverzekeraars kopen Zvw-zorg (curatieve zorg) in bij zorgaanbieders ten behoeve van hun verzekerden. Zij onderhandelen over prijs en kwaliteit en doen de uitgaven. Verschillen tussen verzekeraars komen tot uitdrukking in de hoogte van de premie en/of kwaliteit van ingekochte zorg voor het basispakket Zvw, waarmee zij dingen naar de gunst van de verzekerden. Hiermee hebben de zorgverzekeraars een prikkel tot doelmatigheid.

Op dit moment kopen de zorgkantoren bij aanbieders AWBZ-zorg (langdurige zorg) in voor mensen in hun regio. In het Regeer- en Gedoogakkoord is opgenomen dat de uitvoering van de AWBZ overgaat naar de zorgverzekeraars. Verzekerden hebben recht op zorg. De verzekeraars hebben een zorgplicht. Binnen het stelsel heb ik de systeemverantwoordelijkheid. Ik moet zorgen voor goede spelregels en randvoorwaarden en de juiste prikkels in het systeem. De transitie naar een vraaggestuurd zorgstelsel heeft ook gevolgen voor het instrumentarium voor uitgavenbeheersing waarover ik kan beschikken.

De zorg is de grootste collectieve uitgavenpost en groeit fors, zoals u ook constateert. De minister van Financiën, staatssecretaris van VWS en ik hebben vorig jaar, kort na de start van dit kabinet, reeds besloten tot de instelling van een Taskforce beheersing zorguitgaven. Wij hebben de Taskforce verzocht uiterlijk 1 juli 2012 voorstellen te doen, die de beheersing op middellange termijn kunnen vergroten en tevens te komen met aanbevelingen die de houdbaarheid op langere termijn bevorderen cq. die leiden tot een lager groeipad van de collectieve zorguitgaven. De Taskforce zal zich richten op verbetering van de informatievoorziening, verbetering van de jaarlijkse raming en verbetering van de beheersing van de zorguitgaven. Een goede informatievoorziening en raming zijn noodzakelijke randvoorwaarden voor de invulling van mijn rol als

systeemverantwoordelijke. De Taskforce heeft als eerste de verbetering van de informatievoorziening opgepakt, wat inmiddels al heeft geresulteerd in een aantal voorstellen om te komen tot een verbetering van de informatievoorziening. Die voorstellen heb ik overgenomen. Ook in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 dat ik heb gesloten met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFu), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn afspraken gemaakt over de informatievoorziening en hoe deze te verbeteren (vroegere contractering en monitoring uitgaven gedurende het jaar).

Ik zal nu ingaan op de onderliggende conclusies en aanbevelingen in het rapport en daarbij zo veel mogelijk de indeling uit het rapport volgen.

Inkomsten en uitgaven

Twee keer per jaar worden de zorguitgaven geactualiseerd. Het totaal van de geactualiseerde zorguitgaven wordt vervolgens getoetst aan de hoogte van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) dat bij Startnota is vastgesteld. De hieruit voortvloeiende over- en onderschrijdingen betreft het kabinet bij de voorjaarsbesluitvorming, wanneer integrale besluitvorming plaatsvindt over alle uitgaven onder de drie budgetdisciplinesectoren: Rijksbegroting in enge zin (Rbg-eng), het kader Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt (SZA) en het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Daarbij hanteert het kabinet de uitgangspunten dat elke sector eventuele overschrijdingen (in principe) binnen het desbetreffende uitgavenkader compenseert en dat het totaal kader een sluitend beeld laat zien.

De constatering van de Algemene Rekenkamer dat het BKZ de afgelopen tien jaar (met uitzondering van 2007) jaarlijks is overschreden, is juist. Gegeven de begrotingsregels en geheel in lijn met deze regels is in die jaren dekking gezocht voor deze tegenvallers, hetzij binnen het BKZ, hetzij binnen andere kaders. In de praktijk zijn tegenvallers in de zorg vaak gedekt met de ruimte die telkens optrad bij de andere twee budgetdisciplinesectoren (met name het SZA-kader).

De Algemene Rekenkamer constateert terecht dat «er een spanningsveld is tussen het feit dat de minister het geleverde volume van zorg niet kan controleren en het principe van een budgettair kader. Het rechtstreeks beheersen van de zorguitgaven is dus niet mogelijk binnen het huidige verzekeringsstelsel.» Gegeven dit spanningsveld is binnen het huidige stelsel een absolute, mechanische en directe sturing op het jaarlijkse BKZ-saldo dan ook onmogelijk, aangezien niet kan worden ingegrepen in verzekerde rechten in het lopende jaar. In de praktijk zijn overschrijdingen op het BKZ in het uitvoeringsjaar dan ook dikwijls gecompenseerd vanuit andere kaders. Structureel zijn er echter wel voldoende mogelijkheden om te sturen op het BKZ-saldo.

De Algemene Rekenkamer is van mening dat overschrijdingen binnen het eigen kader gecompenseerd moeten worden. Tegelijkertijd constateert de Rekenkamer dat dit voor wat betreft het BKZ de afgelopen tien jaar niet gebeurd is. «Compensatie binnen het BKZ komt wel voor», zo stelt de Algemene Rekenkamer, «maar is niet voldoende om onder het vastgestelde plafond te blijven. Het kabinet besluit dan tot compensatie vanuit andere begrotingskaders.» Hiermee lijkt de Rekenkamer ervan uit te gaan dat ik over onvoldoende mogelijkheden zou beschikken om de volledige omvang van de overschrijding (intertemporeel) te redresseren binnen het BKZ. En dat er vervolgens door andere budgetdisciplinesectoren moet worden bijgesprongen om toch een sluitend beeld op te leveren. Deze

voorstelling van zaken is onjuist en wil ik graag bijstellen. Besluiten in de afgelopen tien jaar om overschrijdingen van het BKZ te compenseren vanuit andere budgetdisciplinesectoren zijn het gevolg van een politieke afweging. Deze politieke afweging en besluitvorming hebben er toe geleid dat overschrijdingen van het BKZ dikwijls deels zijn gecompenseerd door beschikbare financiële ruimte (meevallers) in andere budgetdisciplinesectoren. Ik benadruk dat de oorzaak hiervan niet ligt in het ontbreken van instrumenten om structurele maatregelen te treffen binnen de zorg. Bij de kabinetsbesluitvorming wordt een breed scala aan maatregelen in de zorg afgewogen in relatie tot de beschikbare ruimte (meevallers) in andere budgetdisciplinesectoren. In plaats van het treffen van (extra) bezuinigingen in de zorg, hebben opeenvolgende kabinetten er vaak voor gekozen om juist deze ruimte in te zetten als compensatie voor de overschrijding van het BKZ.

De Algemene Rekenkamer constateert verder dat de AWBZ-financiering niet sluitend is en dat er sprake is van een oplopend tekort in het AFBZ en beveelt aan om «de Tweede Kamer het besluit voor te leggen om het jaarlijkse tekort in de AWBZ uit de algemene middelen te bekostigen». Ik hecht er aan te memoreren dat in 2005 door het toenmalig kabinet bij de Verzamelwet sociale verzekeringen 2006 is voorgesteld om een algemene rijksbijdrage te introduceren (ter vervanging van de BIKK). Een dergelijke rijksbijdrage zou het mogelijk maken de aanbeveling van de Rekenkamer op te volgen en het jaarlijks tekort te dekken. De introductie van deze algemene rijksbijdrage is toen evenwel door de Tweede Kamer uit het wetsvoorstel geamendeerd (via een amendement van het lid Omtzigt).

Overigens ben ik het oneens met de constatering van de Algemene Rekenkamer dat de financiering van de AWBZ niet sluitend is. In het Financieel Beeld Zorg wordt uitgebreid beschreven hoe de AWBZ-uitgaven worden gefinancierd. Daar staat ook duidelijk vermeld dat er (jaarlijks) een negatief exploitatiesaldo is en dat het tekort in het fonds dus oploopt. Ik zie dan ook geen noodzaak om nadere voorstellen te doen om de wijze van financiering van de AWBZ te wijzigen. Door het verstrekken van een rijksbijdrage verandert er immers niets wezenlijks aan de AWBZ-uitgaven. Een rijksbijdrage verkleint weliswaar het tekort van het AFBZ, maar het tekort van het Rijk wordt evenredig groter en het EMU-saldo verandert per saldo niet. Hetzelfde geldt voor de EMU-schuld. Uit de constatering en aanbeveling van de Algemene Rekenkamer zou mogelijk de suggestie kunnen ontstaan dat een tekort in het AFBZ er toe kan leiden dat hierdoor de AWBZ-uitgaven niet meer betaald kunnen worden. Dat is onjuist en wil ik graag op voorhand wegnemen.

Beheersingsinstrumenten

De Algemene Rekenkamer concludeert dat het instrumentarium om de zorguitgaven te beheersen onvoldoende effectief is en dat sommige instrumenten op gespannen voet staan met de sturingsfilosofie. Zoals ik ook in de inleiding van mijn reactie heb aangegeven bevindt de zorg zich in een transitiefase naar een vraaggestuurd zorgstelsel. In deze transitiefase zijn de prikkels nog niet optimaal. Voor beheersing van de zorguitgaven moeten alle prikkels in het stelsel goed liggen en waar nodig worden versterkt. In dit kader wordt de risicodragendheid van verzekeraars en zorgaanbieders vergroot door afschaffing van ex-post verevening respectievelijk invoering van prestatiebekostiging in combinatie met een betere productstructuur. Daarnaast heb ik inhoudelijke afspraken vastgelegd in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 dat ik heb gesloten met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In dat akkoord zijn de

rollen van de verschillende partijen uitgewerkt, gekoppeld aan een beheerst groeiscenario.

In geval dat de zorguitgaven ondanks het ingezette beleid te hard groeien en ik word geconfronteerd met overschrijdingen, kan ik sinds kort beschikken over het macrobeheersingsinstrument (MBI). Het MBI verschilt van de huidige budgetkorting in die zin dat overschrijdingen niet in de toekomst worden geredresseerd, maar in het jaar van overschrijding worden teruggehaald. Ik wijs erop dat het MBI, als last-resort-instrument, geen afbreuk doet aan de maatregelen die worden genomen om de prikkels in het stelsel te verbeteren en waarbij bestuurlijke afspraken faciliterend zijn. Het MBI is evident een overgangsinstrument om juist de betaalbaarheid te garanderen in de overgangsperiode waarin alle prikkels niet optimaal zijn. Daarmee is de conclusie van de Rekenkamer dat het instrumentarium als zodanig onvoldoende effectief is, niet correct.

Ten aanzien van de beheersing van de uitgaven voor de langdurige zorg wil ik erop wijzen dat vanaf 2011 het risico op overschrijdingen in de AWBZ is beperkt. Stapsgewijs worden meer uitgaven onder de contracteerruimte gebracht. Het gaat hierbij om de exploitatielasten van nieuwe capaciteit en de kapitaallasten van AWBZ-instellingen. Op termijn worden ook pgb-middelen onderdeel van de contracteerruimte.

De Algemene Rekenkamer geeft terecht aan dat (de groei van) zorguitgaven goed geraamd moeten worden en constateert dat zowel het CPB als mijn departement werkt aan ramingen voor de zorguitgaven. De Algemene Rekenkamer doet de aanbeveling om te verantwoorden waarom de zorguitgaven op twee manieren worden geraamd. De reden dat ik werk met een eigen (VWS-)raming van de zorguitgaven, is dat de raming van het CPB niet fijnmazig genoeg is om de algemene groei van de zorguitgaven te verdelen over de verschillende zorgsectoren. De CPB-raming is leidend voor de vaststelling van het (totale) Budgettair Kader Zorg (BKZ) voor een kabinetsperiode. Voor de verdeling van de groei over de verschillende sectoren maak ik gebruik van de meer fijnmazige VWS-raming. Dit gebeurt technisch door een afslag (of opslag) op het BKZ, de zogenaamde macroschaarste (of het macro-overschot). Op deze manier kent elke sector een uitgavenontwikkeling die in verhouding staat met de uitgavenontwikkeling uit de VWS-raming, maar tellen de uitgaven van de verschillende sectoren in totaal op tot het BKZ. De verschillen tussen de CPB- en VWS-raming zijn ook onderwerp van de eerder genoemde Taskforce. De Taskforce pakt dit onderwerp op in overleg met het CPB. In dit kader wil ik erop wijzen dat niet alleen bij de zorguitgaven, maar ook op andere terreinen, meer ramingen naast elkaar bestaan. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de koopkrachtramingen. Voordeel van twee ramingen is dat partijen elkaar scherp houden. Dit komt de kwaliteit van de ramingen ten goede.

De aanbeveling van de Rekenkamer om «de Tweede Kamer inzicht te bieden in de verschillen tussen beide ramingen en in de wijze waarop de CPB-raming wordt vertaald in de uitgavenplanning voor de verschillende zorgsectoren» vind ik om twee redenen ongelukkig. Ten eerste omdat de suggestie wordt gewekt dat nu geen inzicht wordt gegeven in de wijze waarop de CPB-raming wordt vertaald in de uitgavenplanning voor de verschillende zorgsectoren. Dat is onjuist omdat in de begroting van VWS uiteindelijk zichtbaar is welke middelen er per sector beschikbaar zijn, dat wil zeggen de uitkomsten van de vertaling van de CPB-raming naar de verschillende zorgsectoren gecombineerd met de effecten van het kabinetsbeleid. Ten tweede omdat het vooraf verschaffen van inzicht aan

de Tweede Kamer in de wijze waarop de CPB-raming wordt vertaald in de daadwerkelijke uitgavenontwikkeling van de verschillende deelsectoren een groot risico met zich meebrengt. Mijn mogelijkheden om met de verschillende sectoren onderhandelingen te voeren over de budgettaire ontwikkeling worden hierdoor zeer beperkt. Dit draagt mijns inziens niet bij aan uitgavenbeheersing. Ik zal uw aanbeveling dan ook niet overnemen.

Compenserende maatregelen

De Algemene Rekenkamer besteedt in haar rapport aandacht aan drie soorten maatregelen: tariefmaatregelen, eigen betalingen en pakketmaatregelen. In algemene zin concludeert de Rekenkamer over deze maatregelen dat ze niet in alle gevallen passend zijn of aansluiten bij de achterliggende oorzaken van overschrijdingen. De Rekenkamer wijst in dit kader ook op de informatievoorziening. Op informatievoorziening ga ik in volgende paragraaf in.

De Algemene Rekenkamer concludeert dat de opbrengst van tariefmaatregelen (met name bij ziekenhuizen) twijfelachtig is. Ik ben van mening dat dergelijke maatregelen wel degelijk effect hebben. Macrobudgetkortingen worden doorgaans vertaald naar de budgetten van individuele zorgaanbieders. De macrobudgetkorting wordt daarmee ceteris paribus gerealiseerd. Wel kunnen instellingen ten opzichte van het gekorte budget extra inkomsten realiseren (en dus extra ziekenhuisuitgaven onder het BKZ) door extra productie te leveren en/of (in het B-segment) hogere prijzen af te spreken. Voor zover deze effecten zich voordoen is het overigens niet vast te stellen of die het gevolg zijn van een reactie op de budgetkorting, of dat andere oorzaken een rol spelen. Hoewel er ondanks kortingsmaatregelen opnieuw overschrijdingen kunnen optreden, is er niet per definitie sprake van een besparingsverlies op de maatregel. Ook andere (autonome) verklaringen kunnen een rol spelen, zoals de toename van de vraag als gevolg van demografische ontwikkelingen, ontwikkelingen op het gebied van arbeidsproductiviteit en innovatie binnen de ziekenhuizen, verschuiving van klinische opnames en dagbehandelingen naar poliklinische behandelingen en de wijze waarop schoningen van het functiegerichte bekostigingsbudget zijn uitgevoerd in verband met de uitbreiding van het B-segment. Het blijkt op macroniveau niet goed mogelijk om de financiële gevolgen van de verschillende verklaringen te onderscheiden. Ik wijs in dit verband bijvoorbeeld op het Volumeonderzoek ziekenhuizen, dat in 2009 in opdracht van VWS en de NVZ is uitgevoerd en op de marktscans die de NZa uitbrengt.

De Algemene Rekenkamer concludeert voorts dat geen evaluaties of onderzoek naar de effectiviteit van de maatregelen is uitgevoerd. Deze conclusie is onjuist. Ik licht dat hieronder toe.

In de langdurige zorg zijn de afgelopen jaren verschillende onderzoeken gepubliceerd naar de relatie tussen de kosten en de kwaliteit van zorgverlening.⁶ Uit deze onderzoeken komt naar voren dat er geen direct verband is tussen de omvang van de kosten en de kwaliteit. Daaruit wordt door de onderzoekers de conclusie getrokken dat een efficiencylag in de langdurige zorg mogelijk is. Dit vormt de basis voor tariefmaatregelen die in de langdurige zorg zijn getroffen. Deze maatregelen werken rechtstreeks door in de uitgaven van de AWBZ door de contractafspraken tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders en het strakke budgettering-regime dat in de AWBZ van kracht is.

⁶ Gupta statisticians: Trouw aan de belofte, januari 2010; Plexus: Kosten en kwaliteit, mei 2010.

De Algemene Rekenkamer constateert dat vooral eigen bijdragen zijn ingevoerd in de langdurige zorg, maar dat de effecten van deze invoering niet goed bekend zijn. Bij de inzet van eigen bijdragen in de langdurige zorg gaat het naast het remeffect op het zorggebruik vooral bij de instellingszorg met verblijf om de solidariteitsvraag, waarbij het medefinancieringsmotief alsmede het besparingsmotief van belang zijn. Bij wijzigingen in de systematiek wordt vooraf in kaart gebracht welke (inkomens)gevolgen deze wijzigingen met zich meebrengen. Ik wijs erop dat ook in de curatieve zorg het instrument van de eigen bijdragen is toegepast. Zo is in 2005 de no-claimregeling ingevoerd. Deze is in 2008 vervangen door een algemeen eigen risico, dat recentelijk is geëvalueerd. Daarnaast wordt het instrument eigen betalingen ingezet voor een aantal specifieke aanspraken. Als voorbeeld noem ik een specifieke eigen bijdrage voor bepaalde genees- en hulpmiddelen, eerstelijns GGZ, kraamzorg en ziekenvervoer.

De Algemene Rekenkamer wijst er op dat pakketmaatregelen vanwege politieke druk worden afgezwakt en/of teruggedraaid. Daarnaast is er onzekerheid rond de opbrengst van de maatregelen. Jaarlijks komt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) met een pakketadvies. Hierin wordt ik via in- en uitstroomadviezen geadviseerd over geneesmiddelen en behandelingen die toegelaten zouden moeten worden tot het basispakket, of die het basispakket zouden kunnen uitstromen. Op basis van deze adviezen neem ik het besluit tot pakketwijzigingen. Daarnaast kan ook politiek worden besloten tot een pakketaanpassing. Dit laat onverlet dat in het parlement een andere keuze kan worden gemaakt en op die manier bepaalde zorg alsnog weer onderdeel uitmaakt van het basispakket.

Op basis van informatie van het CVZ, NZa en andere bronnen wordt zo adequaat mogelijk het financiële effect van pakketaanpassingen in beeld gebracht. Dit effect wordt vervolgens verwerkt in de begroting van VWS. Het is evident dat de opbrengst uiteindelijk kan afwijken dan de raming vooraf. Hierbij kunnen verschillende oorzaken een rol spelen. Zo kunnen gedragseffecten, bijvoorbeeld ander voorschrijfgedrag van geneesmiddelen, en substitutie een rol spelen. Dergelijke effecten zijn lastig vooraf precies in te schatten.

In het verleden zijn pakketmaatregelen weldegelijk geëvalueerd. Voorbeelden hiervan zijn zittend ziekenvervoer (2004), pakketmaatregelen bovenoogleden, buikwanden, flaporen, borstimplantaten anders dan in geval borstkanker, besnijdenissen, IVF, sterilisaties en hersteloperaties bij sterilisaties (2004 en 2005). De Tweede Kamer is over deze evaluaties geïnformeerd (Kamerstukken II, 2005/06, 30 300 XVI, nr. 7; Kamerstukken II, 2005/06, 30 300 XVI, nr. 84). In 2008 is de leeftijdsgrens voor mondzorg verhoogd van 18 jaar naar 21 jaar. Het CVZ heeft hier onderzoek naar laten doen en in het pakketadvies 2010 geadviseerd om mondzorg voor achttien- tot tweeëntwintigjarigen weer uit het basispakket te halen. In 2011 maakt deze zorg niet langer onderdeel uit van het basispakket. Ook in de langdurige zorg zijn grote pakketaanpassingen doorgevoerd, denk aan overheveling huishoudelijke zorg naar Wmo en inperking begeleiding. Naast ex-ante ramingactiviteiten zijn ook monitorinstrumenten ingezet om het effect van deze maatregelen zowel voor de cliënt als voor het financiële beeld te volgen.

Informatievoorziening

De Algemene Rekenkamer concludeert dat de beschikbare informatie over de uitgavenontwikkeling in de zorg regelmatig niet actueel is en dat de definitieve cijfers niet worden gepubliceerd. Ten aanzien van de actualiteit van de cijfers concludeert de Rekenkamer dat de definitieve omvang van de uitgaven in onderdelen van de cure en care laat bekend zijn en regelmatig worden bijgesteld. Enerzijds vindt de Rekenkamer het te begrijpen dat de inzichten over de uitgaven pas aan het eind van het jaar inzichtelijk worden. Anderzijds constateert de Rekenkamer dat de uitgaven zover afwijken van de begroting dat al tijdens de loop van het uitvoeringsjaar signalen bekend zouden moeten zijn op basis waarvan zou moeten worden ingegrepen in de uitgaven ontwikkeling. De Rekenkamer heeft ook geconstateerd dat ik de problemen rond de financiële informatievoorziening onderken en verwijst daarbij naar mijn voornemen de budgettaire cyclus en de informatievoorziening beter op elkaar te laten aansluiten en naar de Taskforce die zich met deze problematiek bezighoudt.

Alvorens ik op uw afzonderlijke constatering reageer, wil ik er graag op wijzen dat ik stelselverantwoordelijke ben, waarbij private partijen binnen het stelsel de verantwoordelijkheid hebben om de feitelijke uitgaven te doen. De inrichting van het stelsel heeft gevolgen voor de informatievoorziening. Daarbij wil ik benadrukken dat voor belangrijke delen van de zorg de informatie over de uitgaven op tijd beschikbaar is. Daarmee doel ik bijvoorbeeld op de uitgaven voor eerstelijnszorg. Dit geldt echter niet voor de medisch specialistische zorg, de curatieve GGZ en de AWBZ. Informatie over deze uitgaven komt pas voor mij beschikbaar nadat de uitgaven door zorgaanbieders zijn gedeclareerd bij verzekeraars en zorgkantoren, deze declaraties aldaar zijn gecontroleerd en betaald en de informatie vervolgens is geaggregeerd en bij mij aangeleverd door CVZ en NZa.

Ik ben met de Rekenkamer van mening dat de informatievoorziening over deze zorguitgaven moet worden verbeterd en versneld. Ook ben ik het met de Rekenkamer eens dat er in de loop van het jaar goede en bruikbare informatie moet komen om al gedurende het uitvoeringsjaar het beleid zo nodig bij te buigen. Ik heb de eerste stappen daartoe al gezet.

De afgelopen periode is er intensief overleg geweest met mijn gegevensleveranciers (CVZ en NZa) over de kwaliteit en gedetailleerdheid van de data en het tijdstip van aanlevering. Dit heeft in 2010 en 2011 geleid tot een belangrijke stap in de versnelling van de informatie bij vooral de AWBZ. In 2010 is de aanlevering van de financiële informatie over de AWBZ sterk verbeterd en deze sluit nu aan op de begrotingscyclus.

In aanvulling daarop heeft de eerder genoemde Taskforce mij deze zomer voorstellen gedaan op het gebied van informatievoorziening, die momenteel nader worden uitgewerkt. Hieronder ga ik kort in op de belangrijkste voorstellen.

Om tot een versnelling van de financiële informatie over de uitgaven in het medisch specialistisch kader en de curatieve GGZ te komen heeft de Taskforce voorgesteld om binnen het Budgettair Kader Zorg de kosten van een DBC niet langer toe te rekenen aan het jaar van openen maar aan het jaar waarin de betreffende DBC wordt gesloten. Daarnaast wordt voorgesteld om voor de uitgaven aan medisch specialistische zorg een verschoven kasjaar te gaan hanteren, zoals dat ook voor sommige belastingsoorten wordt toegepast. Dat houdt in dat de realisatie van de

uitgaven aan medisch specialistische zorg niet langer wordt bepaald door de gesloten DBC's in de periode 1 januari t/m 31 december jaar t, maar over de periode 1 oktober jaar t-1 t/m 30 september jaar t. Beide voorstellen samen moeten ertoe leiden dat al in de Voorjaarsnota van het jaar t+1 een 95% betrouwbaar beeld te geven van de realisatie in het voorgaande jaar. Op dit moment laat ik een nadere verkenning uitvoeren naar de mogelijkheden tot implementatie van dit voorstel per 2013. Een tweede voorstel van de Taskforce betreft de inrichting van een early warning systeem voor zowel de curatieve als de langdurige zorg. Dit systeem moet het mogelijk maken om al gedurende het jaar afwijkingen van de uitgaven ten opzichte van de raming te signaleren. Zo kan al in een veel eerder stadium dan nu het geval is worden onderzocht waar zich mogelijke overschrijdingen voordoen, wat de risico's zijn en welke passende maatregelen kunnen worden voorbereid. In dit kader zijn ook afspraken gemaakt in het eerder genoemde bestuurlijk hoofdlijnenakkoord.

De Algemene Rekenkamer constateert dat er aansluitingsverschillen bestaan tussen de cijfers van het ministerie en die van het CVZ over de zorgfondsen. Zoals de Rekenkamer zelf al aangeeft vloeien deze verschillen voort uit andere boekhoudmethodes- en momenten. Hoewel de verschillen verklaarbaar zijn, ben ik met de Rekenkamer van mening dat deze situatie niet transparant is. Ik zal er daarom op toezien dat de verschillen tussen de CVZ-cijfers en de VWS-cijfers voortaan in de begroting worden toegelicht. Daarmee wordt de inzichtelijkheid voor het parlement verbeterd.

De Algemene Rekenkamer constateert ook dat de realisatie van de netto-zorguitgaven die onder het BKZ vallen nog uitsluitend over het afgesloten boekjaar worden gepubliceerd. Dit is een gevolg van het wijzigen van de begrotingsvoorschriften. In het verleden werd de nettorealisatie over een reeks van jaren gepubliceerd. Omdat realisatiecijfers nog lang aan bijstellingen onderhevig zijn, ontbreekt in de huidige situatie een goed historisch overzicht van de daadwerkelijke netto-zorguitgaven. In het kader van de uitvoering van de motie Van der Veen (Kamerstukken II, vergaderjaar 2010–2011, 32 710 XVI, nr. 7) zal ik een dergelijk historisch overzicht aan de begroting toevoegen.

De Algemene Rekenkamer beveelt aan om tijdig, dat wil zeggen in het lopende begrotingsjaar, te zorgen voor een zo actueel mogelijk beeld van mee- en tegenvallers en de Tweede Kamer daarover te informeren en tijdig passende compenserende maatregelen te nemen. Ik wijs er in dit verband op dat de Kamer gedurende het lopende jaar bij Voorjaarsnota, Miljoenennota, en Najaarsnota een geactualiseerd beeld van de zorguitgaven ontvangen op basis waarvan tijdig passende compenserende maatregelen kunnen worden genomen. Zoals ik eerder heb aangegeven, ga ik graag in overleg met de Kamer hoe de informatie in deze nota's inzichtelijker te maken. Compenserende maatregelen kunnen – en dat is inherent aan het stelsel – niet van de ene op de andere dag worden doorgevoerd. Compenserende maatregelen raken immers zorgaanbieders (tariefmaatregelen) en burgers (eigen betalingen, pakketmaatregelen). Dergelijke soms ingrijpende maatregelen vragen een zorgvuldig invoeringstraject, niet alleen in het parlement (met inderdaad de mogelijkheid dat het parlement tot een bijstelling komt), maar ook in het veld zelf. Zo moeten bij pakketmaatregelen verzekeraars hun polissen en premiestelling aanpassen (en bezien of zij zaken in de aanvullende verzekering

willen aanbieden), terwijl burgers de gelegenheid moeten krijgen om zich desgewenst aanvullend te verzekeren.

Tot slot

Ik waardeer het dat u onderzoek heeft gedaan naar beheersing van de zorguitgaven. Dat is een belangwekkend thema dat ook de komende decennia hoog op de agenda zal staan. Zoals ik hierboven heb uiteengezet beschik ik, gegeven mijn systeemverantwoordelijkheid, over voldoende inzicht in de uitgavenontwikkeling en over voldoende instrumenten om mijn verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg waar te maken. Dit laat onverlet dat ik blijf streven naar verdere verbetering van de informatievoorziening.

Daarnaast blijft het noodzakelijk bij eventuele overschrijdingen tijdig passende maatregelen te nemen, dit met inachtneming van de specifieke kenmerken van de sector en de door mij vereiste zorgvuldigheid bij de implementatie van maatregelen.»

3.2 Nawoord Algemene Rekenkamer

We hebben met belangstelling kennisgenomen van de reactie van de minister van VWS. We zijn verheugd dat de minister onze conclusies over de informatievoorziening deelt. De hoofdconclusie en de overige deelconclusies deelt de minister echter niet.

In deze paragraaf gaan we nader in op de reactie van de minister.

Inkomsten en uitgaven

De minister geeft aan dat overschrijding van het Budgettaire Kader Zorg en compensatie daarvan vanuit andere budgettaire kaders, niet noodzakelijkerwijs betekent dat zij onvoldoende mogelijkheden heeft om deze overschrijdingen binnen het BKZ te compenseren. Dit kan ook het gevolg zijn van politieke besluitvorming. Op zich is dat waar. Echter, los daarvan hebben wij in ons onderzoek geconstateerd dat de beheersingsinstrumenten onvoldoende effectief zijn. Bovendien is er weinig zicht op de effectiviteit van compenserende maatregelen.

Onze aanbeveling om het jaarlijkse tekort in de AWBZ met een rijksbijdrage uit de algemene middelen te bekostigen (althans, om dat aan de Tweede Kamer voor te stellen), neemt de minister niet over. Deze ingreep zou volgens de minister niets wezenlijks veranderen. We zijn het daar niet mee eens. Het tekort wordt inderdaad niet kleiner door een dergelijke maatregel. Maar nu dit tekort een structureel karakter heeft gekregen, vinden we dat de minister het bijbehorende budget via de begroting van het Ministerie van VWS aan het parlement moet vragen.

Beheersingsinstrumenten

De minister van VWS deelt de conclusie niet dat haar instrumentarium onvoldoende effectief is en soms op gespannen voet staat met de sturingsfilosofie. Tegelijkertijd stelt zij dat de zorgsector zich in een transitiefase bevindt. In deze fase zijn de prikkels nog niet optimaal. Voor een beheersing van de zorguitgaven moeten volgens de minister alle prikkels goed zijn en waar nodig versterkt. Wij zien in deze constatering eerder een onderbouwing van onze conclusie dan een weerlegging. De transitiefase duurt al vijf jaar en is nog lang niet afgelopen. Wij blijven de activiteiten van de minister om de prikkels te versterken dan ook nauwlettend volgen.

De zorguitgaven worden zowel door het Centraal Planbureau als door het Ministerie van VWS geraamd. De uitkomsten van deze ramingen verschillen. Over de oorzaak van dit verschil leggen het Ministerie van VWS en CPB eigen accenten. De Algemene Rekenkamer heeft zich in dit onderzoek geen oordeel gevormd over deze kwestie. Wel bevelen we aan dat de minister meer inzicht biedt in de verschillen tussen beide ramingen en in de wijze waarop de CPB-raming wordt vertaald in de uitgavenplanning voor de verschillende zorgsectoren. In haar reactie geeft de minister aan dat het resultaat van deze vertaalslag voor iedereen zichtbaar is, namelijk in de begroting van het Ministerie van VWS. Dit gaat eraan voorbij dat niet alleen het resultaat van de vertaalslag transparant moet zijn, maar ook de wijze waarop dit resultaat tot stand komt.

Compenserende maatregelen

We concluderen dat ingrijpen op basis van concrete tegenvallers in de praktijk vertraagd plaatsvindt met weinig zicht op de achterliggende oorzaken en de effectiviteit van de maatregelen. In haar reactie gaat de minister slechts gedeeltelijk in op deze conclusie. Zij vindt dat compenserende maatregelen wel degelijk effect hebben. De tariefmaatregel en ingrepen in de eigen betalingen onderbouwt ze echter weinig met onderzoek. De onderzoeken die worden aangehaald bij de tariefmaatregelen en (inkomens)gevolgen van eigen betalingen in de langdurige zorg zijn bovendien ex-ante uitgevoerd, waardoor nog geen zicht ontstaat op de daadwerkelijke (neven)effecten van een maatregel. In de evaluatie van het eigen risico wordt door de onderzoekers gesteld dat het nog te vroeg is om definitieve uitspraken te doen over de impact (gedragseffect) van het verplicht eigen risico. Er worden wel uitspraken gedaan over gedragseffecten van 17- en 18-jarigen. De minister geeft zelf ook aan dat de effecten vooraf lastig precies zijn in te schatten.

Voor een actueel beeld van de mee- en tegenvallers verwijst de minister (bij het onderwerp informatievoorziening) naar de Voorjaarsnota, de Miljoenennota en de Najaarsnota. Deze bronnen geven de meest recente cijfers die beschikbaar zijn. Dit betreft echter veelal informatie over voorgaande jaren en geeft dus geen actueel beeld. De minister reageert verder niet op onze conclusie dat er weinig zicht is op de achterliggende oorzaken van tegenvallers. Als de oorzaak van een tegenvaller niet bekend is, is het moeilijk om maatregelen te treffen die tot een adequate en structurele oplossing leiden.

Informatievoorziening

De minister reageert niet op onze aanbeveling om verantwoording af te leggen over de definitieve realisatiecijfers van de zorguitgaven die onder het BKZ vallen. Het lijkt ons wenselijk dat de minister zich verantwoordt over het resultaat van haar inspanningen om de betaalbaarheid van de zorg te waarborgen.

Verder deelt de minister onze conclusie dat de informatievoorziening over de zorguitgaven verbeterd en versneld moet worden. De stappen die zij hiervoor zet zullen we nauwlettend volgen. De huidige gebreken in de informatievoorziening doen namelijk afbreuk aan de mogelijkheden van de minister om tijdig bij te sturen en de Tweede Kamer tijdig van adequate informatie te voorzien.

BIJLAGE OVERZICHT VAN BELANGRIJKSTE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Conclusie	Aanbevelingen aan de minister van VWS	Reactie minister van VWS	Nawoord Algemene Rekenkamer
<p>Hoofdconclusie: De minister van VWS beschikt over weinig inzicht in de ontwikkeling van de zorguitgaven en heeft niet afdoende mogelijkheden om deze tijdig te beheersen. De mogelijkheden die de minister wel heeft, benut ze bovendien niet optimaal. Mede daardoor kan zij haar verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg niet voldoende waarmaken.</p>		Minister is het hier niet mee eens.	
Inkomsten en uitgaven			
Het BKZ wordt structureel overschreden. Overschrijdingen worden niet volledig in eigen sector gecompenseerd.			
AWBZ-financiering bevat een oplopend tekort dat gedekt wordt met leningen uit de schatkist.	Leg de Tweede Kamer het besluit voor om het jaarlijkse tekort uit de algemene middelen te bekostigen.	Minister ziet hier geen noodzaak toe. Het zou niets wezenlijks veranderen aan de AWBZ-uitgaven.	Het tekort heeft een structureel karakter gekregen, waardoor het bijbehorende budget via de VWS-begroting aan het parlement gevraagd moet worden.
Beheersingsinstrumenten			
Beheersingsinstrumenten zijn onvoldoende effectief en soms niet in overeenstemming met de sturingsfilosofie.		Minister acht deze conclusie niet correct. Zorg is in een transitiefase, waarin de prikkels nog niet optimaal zijn.	Wij zien hierin een onderbouwing van onze conclusie.
De minister van VWS werkt met twee ramingen tegelijk waardoor het proces van aansluiting tussen raming en realisatie niet transparant is.	Verantwoord waarom zorguitgaven op twee manieren geraamd worden en biedt inzicht in de verschillen. Geef eveneens inzicht in de vertaling van de CPB-raming naar de uitgavenplanning.	Minister wil hier niet op in gaan. Inzichtelijkheid in dit opzicht is tevens onderhandelingsrisico. Resultaat van de vertaling is zichtbaar in de begroting.	De wijze waarop het resultaat tot stand komt is niet transparant.
Compenserende maatregelen			
Ingrijpen op basis van concrete tegenvallers vindt in de praktijk vertraagd plaats met weinig zicht op de achterliggende oorzaken.	Zorg voor een actueel en tijdig beeld van mee- en tegenvallers. Zoek zo snel mogelijk uit wat achterliggende oorzaak is, zodat tijdig passende compenserende maatregelen genomen kunnen worden.	Voor actualiteit verwijst minister naar haar opmerkingen bij informatievoorziening. Zij reageert niet op de conclusie dat er weinig zicht is op achterliggende oorzaken van tegenvallers.	Als de oorzaak niet bekend is, is het moeilijk om maatregelen te vinden die tot een adequate en structurele oplossing leiden.
Er is weinig zicht op de effectiviteit van de compenserende maatregelen.	Evalueer structureel de effectiviteit van compenserende maatregelen die worden getroffen in het kader van de uitgavenbeheersing.	De maatregelen hebben wel degelijk effect en er is ook onderzoek naar uitgevoerd.	De genoemde onderzoeken zijn bijna allemaal ex-ante uitgevoerd waardoor nog geen zicht ontstaat op de daadwerkelijke (neven)effecten van de maatregelen.

Conclusie	Aanbevelingen aan de minister van VWS	Reactie minister van VWS	Nawoord Algemene Rekenkamer
Informatievoorziening			
De informatie is regelmatig niet actueel, waardoor tijdig bijsturen moeilijk is.	Zorg voor tijdige, actuele, complete en overzichtelijke informatie over zorguitgaven, zodat tijdig bijgestuurd kan worden en informatiepositie van de Tweede Kamer wordt verbeterd.	Minister is met Rekenkamer eens dat informatievoorziening over zorguitgaven verbeterd en versneld moet worden. Lopende het jaar wordt wel telkens een geactualiseerd beeld verschaft.	De meest recent beschikbare gegevens die in de actualisatie staan, gaan over voorgaande jaren en zijn dus niet actueel.
Definitieve realisatiecijfers van het BKZ worden niet gepubliceerd.	Leg verantwoording af over de definitieve realisatiecijfers van de zorguitgaven die onder het BKZ vallen.	Geen reactie.	Verantwoording lijkt ons wenselijk.
De informatievoorziening aan de Tweede Kamer schiet tekort wat betreft actualiteit, tijdigheid, eenduidigheid en transparantie.		Geen reactie, specifiek gericht op informatievoorziening aan Tweede Kamer.	

DEEL II ONDERZOEKSBEVINDINGEN

1 OVER DIT ONDERZOEK

In deel I van dit rapport hebben we samengevat dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over weinig inzicht in de ontwikkeling van de zorguitgaven beschikt en niet afdoende mogelijkheden heeft om deze tijdig te beheersen. De mogelijkheden die de minister wel heeft, benut ze bovendien niet optimaal. Mede daardoor kan zij haar verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg niet voldoende waarmaken.

In dit deel van het rapport gaan we dieper in op de achterliggende oorzaken. In dit eerste hoofdstuk beschrijven we de aanleiding (§ 1.1), het Budgettair Kader Zorg en de begrotingsregels (§ 1.2), de verantwoordelijkheid van de minister (§ 1.3), uitvoerings- en adviesorganen (§ 1.4) en onze onderzoeksopzet (§ 1.5).

1.1 Aanleiding

De zorguitgaven vormen de belangrijkste groeisector binnen het geheel van de collectieve uitgaven. Zij groeien sneller dan het bruto nationaal product en maken daardoor ieder jaar weer een groter aandeel uit van het BNP en van de collectieve uitgaven. Het regeringsbeleid is erop gericht de groei van de zorguitgaven te beheersen. Dit blijkt telkens weer buitengewoon moeilijk.

De minister van VWS is verantwoordelijk voor de betaalbaarheid (en toegankelijkheid en kwaliteit) van de zorg. In die rol moet de minister ervoor zorgen dat de zorguitgaven niet sneller groeien dan is afgesproken. In dit onderzoek gaan wij na welke mogelijkheden de minister heeft om de zorguitgaven te beheersen.

De Algemene Rekenkamer heeft in haar *Strategie 2010–2015* een onderzoeksagenda opgenomen. Hierin geven we aan blijvende aandacht te willen besteden aan de zorg. Daarbij is het uitgangspunt dat burgers mogen verwachten dat de zorg toegankelijk, betaalbaar en van voldoende kwaliteit is. Naar ieder van deze publieke belangen wordt onderzoek gedaan. Een onderzoek naar de implementatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is al afgerond. Een onderzoek naar de toegankelijkheid van de zorg staat gepland. De bevindingen van het onderzoek naar de beheersing van de zorguitgaven worden in dit rapport gerapporteerd. Dit is een vervolg op het onderzoek dat we een kwart eeuw geleden deden naar hetzelfde onderwerp (Algemene Rekenkamer, 1986).

1.2 Het Budgettair Kader Zorg en de begrotingsregels

De zorguitgaven worden grotendeels gefinancierd met premiegelden, dus niet met belastinggeld. Daarom vallen zij onder een speciaal uitgavenkader, het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Er zijn drie uitgavenkaders, de Rijksbegroting in enge zin, het kader Sociale Zekerheid en Arbeidsmarktbeleid en het BKZ.

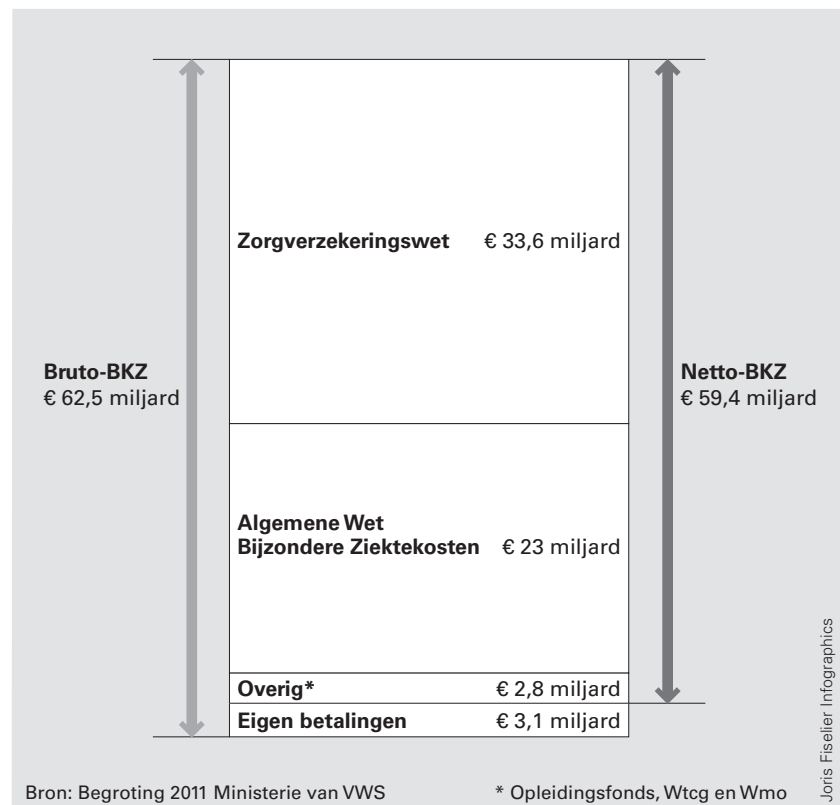
De totstandkoming van het BKZ begint met de middellange termijn (MLT) ramingen van het Centraal Planbureau (CPB). Hierin raamt het CPB onder meer de zorguitgaven voor de komende kabinetsperiode. Deze ramingen zijn een gegeven en vormen voor de politieke partijen het vertrekpunt van de onderhandelingen voor een nieuwe kabinetsperiode. Als de onderhandelingen voor het nieuwe kabinet zijn afgerond, gaat het CPB de gevolgen

van de gemaakte afspraken verwerken door deze af te zetten tegen de MLT-ramingen. Zo ontstaat een raming voor de nieuwe kabinetsperiode waarin de effecten van het beoogde kabinetsbeleid zijn verwerkt. De onderhandelaars vormen zich er een oordeel over. Eventueel worden de afspraken nog gewijzigd en worden deze wijzigingen opnieuw doorge-rekend.

Uiteindelijk ontstaat een uitonderhandeld regeerakkoord waarvan de financiële afspraken deel uitmaken en dus ook de overeengekomen uitgaven aan zorg (in de diverse jaren van de regeerperiode). Na de formatie worden deze overeengekomen zorguitgaven in een zogenoemde Startnota gezet en vormen het vastgestelde BKZ. Het BKZ is daarmee niet per definitie gelijk aan de oorspronkelijke CPB-ramingen.

Het BKZ betreft de collectief gefinancierde zorg. Er is een bruto- en netto-BKZ (zie figuur 1). Het bruto-BKZ betreft het geheel aan uitgaven waarvan afgesproken is dat zij onder dit kader vallen. Dit zijn de premie-gefinancierde uitgaven via de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de eigen betalingen en de categorie overig. Tot deze laatste categorie behoren de rijksbijdrage aan het gemeentefonds voor de uitvoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), het opleidingsfonds en een financiële tegemoet-koming aan chronische zieken (Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten). De netto-uitgaven binnen het BKZ zijn de bruto-uitgaven, verminderd met de eigen betalingen van de zorggebruiker. De normering heeft betrekking op de netto BKZ-uitgaven. Deze moeten blijven binnen het plafond van het budgettair kader.

Figuur 1 Het Budgettair Kader Zorg



Aan het begin van een kabinetsperiode worden de budgettaire spelregels besproken voor de drie uitgavenkaders. In de Startnota worden deze spelregels vastgelegd en begrotingsregels genoemd. De ministerraad stelt deze regels vast op voorstel van de minister van Financiën. Op hoofdlijnen zijn de begrotingsregels al geruime tijd ongewijzigd:

- Er is een scheiding tussen inkomsten en uitgaven: meevallers en tegenvallers bij de inkomsten hebben geen consequenties voor de toegestane uitgaven.
- De uitgavenkaders worden aan het begin van een kabinetsperiode voor de hele periode vastgesteld en worden in principe daarna niet verhoogd. Eventuele overschrijdingen moeten (in principe⁷) binnen het betreffende uitgavenkader gecompenseerd worden (Financiën, 2010).

Het budgettaire kader wordt voor de hele kabinetsperiode vastgesteld. Tussentijdse verhogingen kunnen – aan het begin – worden ingepland. Zo stijgt het netto-BKZ in de huidige kabinetsperiode van € 59,4 miljard in 2011 tot € 74,2 miljard nominaal in 2015 vanwege de afgesproken groei en intensiveringen.

Voor dit onderzoek zijn twee begrotingsregels van belang:

- Overschrijdingen moeten zoveel mogelijk voorkomen worden door passende en tijdige maatregelen.
- Overschrijdingen moeten binnen het eigen kader gecompenseerd worden.

Nadat het BKZ en de begrotingsregels zijn vastgesteld, volgt de begrotingsuitvoering. In deze fase krijgt de minister van VWS (en Financiën) te maken met realisatiecijfers uit het verleden. Dit zijn meestal tegenvallers die niet meer in hetzelfde jaar gecompenseerd kunnen worden. De begrotingsregels bepalen dat er dan dekking binnen de zorguitgaven gevonden moet worden. Dit mag eventueel een compensatie zijn die in volgende jaren wordt gerealiseerd («intertemporele compensatie»).

Verder kan de ministerraad – in afwijking van de begrotingsregels en het BKZ – besluiten compensatie te vinden op een ander terrein dan de zorg. Overschrijdingen van de zorguitgaven worden dan gefinancierd via meevallers bij en/of bezuinigingen op de Rijksbegroting in enge zin en/of het kader Sociale Zekerheid en Arbeidsmarktbeleid. Het totaal kader, de som van alle drie de uitgavenkaders, wordt niet overschreden.

1.3 Ministeriële verantwoordelijkheid bij zorguitgaven

Zorg wordt in Nederland verleend door private zorgaanbieders aan zorgvragers en wordt verzekerd door private zorgverzekeraars. De rol van de verzekeraars is het inkopen van de nodige zorg voor hun verzekerden tegen een zo gunstig mogelijke prijs-kwaliteitsverhouding.

De overheid heeft in de zorg een verantwoordelijkheid in het behartigen van drie publieke belangen: de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit is een systeemverantwoordelijkheid: de minister van VWS moet de randvoorwaarden waarborgen voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het stelsel van wetten, regels, beleidsinstrumenten en maatregelen dat de minister hanteert, moet bijdragen aan het bevorderen van deze belangen. De minister moet ervoor zorgen dat zij beschikt over actuele informatie over het functioneren van het stelsel, om tijdig te kunnen bijsturen als er ongewenste ontwikkelingen dreigen. De minister moet beschikken over adequate instrumenten om de publieke belangen te kunnen behartigen en zo nodig deze instrumenten verbeteren of

⁷ Dit principe houdt in dat de ministerraad kan besluiten van de begrotingsregel af te wijken.

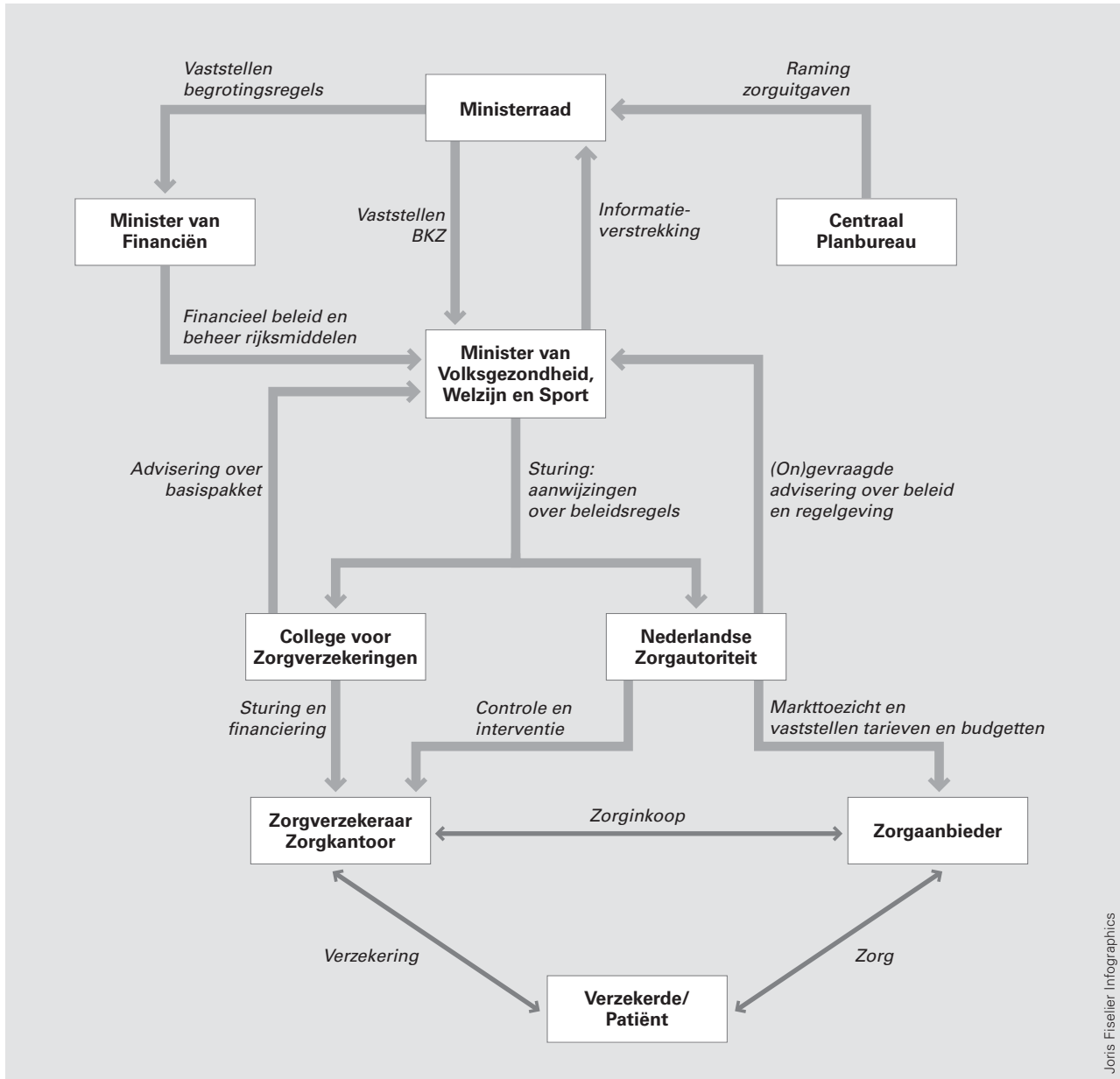
aanvullen. De systeemverantwoordelijkheid betreft dus ook ontbrekende elementen of bevoegdheden. De minister moet kunnen verantwoorden waarom deze elementen er niet zijn en waarom dat beter is voor het functioneren van het systeem (Algemene Rekenkamer, 2003).

De Tweede Kamer heeft bij de meeste zorguitgaven geen budgetrecht, omdat het om premiegeld gaat en niet om belastinggeld. De Tweede Kamer heeft echter wel het recht om te toetsen of de minister haar systeemverantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid juist invult. De Kamer moet kunnen beschikken over adequate informatie om deze controletaak te kunnen uitvoeren. Het is de verantwoordelijkheid van de minister van VWS om de Kamer van deze informatie te voorzien.

De minister van Financiën is verantwoordelijk voor het beheer van 's Rijks schatkist en voor het algemene financiële beleid en doelmatig en rechtmatig beheer van de rijksmiddelen. Daarbij geldt ook dat collega-ministers voornemens, voorstellen en toezeggingen met financiële gevolgen voor het Rijk niet aan de ministerraad of aan de Staten-Generaal kunnen doen, voordat de Minister van Financiën daarop reactie heeft gegeven.⁸

⁸ Artikel 16, lid 1, Comptabiliteitswet 2001.

Figuur 2 Overzicht met actoren in de uitgavenbeheersing



Joris Fisseler Infographics

1.4 Uitvoerings- en adviesorganen

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn de uitvoerings- en adviesorganen van het Ministerie van VWS. Zij hebben een belangrijke rol bij de beheersing van de zorguitgaven.

1.4.1 College voor Zorgverzekeringen

De belangrijkste taak van het CVZ bij de uitgavenbeheersing is het adviseren van de overheid over de inhoud en samenstelling van het basispakket van de Zvw en de AWBZ. Dit advies baseert het CVZ op zorginhoudelijke, maatschappelijke en financiële overwegingen.

Daarnaast beheert het CVZ het Zorgverzekeringsfonds (ZvF) en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). «*Onder beheer wordt hier verstaan het administreren van de ontvangsten, uitgaven en stand van de fondsen op doeltreffende en doelmatige wijze, met als doel het kunnen afleggen van verantwoording over beheer en het tijdig signaleren en analyseren van kosten- en opbrengstontwikkelingen richting derden*» (CVZ, 2008a). In het fondsbeheer kent het CVZ een directe en indirecte verantwoordelijkheid. Het CVZ is indirect verantwoordelijk voor de inkomsten en uitgaven van de fondsen. De directe verantwoordelijkheid voor de juistheid en rechtmatigheid van geldstromen ligt bij de organisaties die direct met de uitvoering zijn belast, zoals de Belastingdienst, het Ministerie van VWS en het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Soms voert het CVZ zelf financiële handelingen uit, zoals de betaling van subsidies die onder het CVZ vallen. In dat geval is het CVZ, naast indirect verantwoordelijk als fondsbeheerder, ook direct verantwoordelijk als uitvoerder. Tot slot is het vaststellen van de vereveningsbijdrage (zie § 2.2.1) en de beheerskosten AWBZ voor verzekeraars en verbindingkantoren een onderdeel van het fondsbeheer.

Daarnaast heeft het CVZ de volgende taken:

- advisering over de verzekerde toepassing van geneesmiddelen;
- peiling van de (kosten)ontwikkeling in het extramurale gebruik van genees- en hulpmiddelen;
- verdeling van pgb-middelen over zorgkantoren;
- afhandeling van verzekering/vergoeding van zorgkosten voor specifieke doelgroepen.⁹

1.4.2 De Nederlandse Zorgautoriteit

De NZa heeft als doel het belang van de zorgconsument te waarborgen. Dit doet zij zowel in het strikt gereguleerde deel van de zorg, als in de sectoren waar vrije prijsvorming bestaat. De bevoegdheden van de NZa zijn vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De NZa kan zowel algemene condities opstellen als ingrijpen in individuele gevallen (om wet- en regelgeving te handhaven). Verder adviseert de NZa gevraagd en ongevraagd over beleid en regelgeving. Voor het gereguleerde deel van de zorg stelt de NZa bindende budgetten, (maximum)-tarieven en regels vast. Dit gebeurt samen met de sector. Bovendien kan de minister de NZa aanwijzingen geven over de vast te stellen beleidsregels. In de sectoren met vrije prijsvorming heeft de NZa een andere rol. Hier houdt zij toezicht op het goed functioneren van de markt en transparante informatievoorziening door de verschillende marktpartijen. Hiervoor brengt zij monitoren uit voor de verschillende sectoren, bijvoorbeeld de huisartsenmonitor, farmaciemarkt en curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz). Bij aanmerkelijke marktmacht van een zorgverzekeraar of zorgaanbieder grijpt de NZa in door verplichtingen op te leggen.

1.5 Opzet van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan een goede beheersing van de uitgaven in de gezondheidszorg door informatie te leveren over factoren die het succes van de uitgavenbeheersing beïnvloeden. Dit brengt ons bij de volgende probleemstelling: «Hoe geeft de minister van VWS vorm aan het beleid gericht op het beheersen van de zorguitgaven en met welk resultaat?»

⁹ Wanbetalers, gemoedsbezwaarden, onverzekerden, onverzekerbare vreemdelingen en Nederlanders die in het buitenland wonen.

De vragen die we ons in dit onderzoek hebben gesteld, zijn:

1. Hoe heeft het BKZ zich ontwikkeld in het afgelopen decennium?
2. Hoe is de financiering van de zorg (anno 2009) geregeld?
3. Welke instrumenten heeft de minister om de zorguitgaven te beheersen?
4. Welke mee- en tegenvallers hebben zich sinds 2000 voorgedaan en wat zijn de oorzaken?
5. Welke instrumenten en maatregelen heeft de minister sinds 2000 ingezet om tegenvallers te compenseren?

1.5.1 Reikwijdte van het onderzoek

Het onderzoek beslaat de afgelopen tien jaar. Bij de beschrijving van de ontwikkeling van het instrumentarium gaan we echter terug tot 1986, omdat we in dat jaar ook een onderzoek verricht hebben naar het instrumentarium voor beheersing van de zorguitgaven. De ontwikkeling van de zorguitgaven wordt beschreven vanaf 1995, omdat sindsdien het BKZ geldt.

Achtereenvolgende kabinetten hebben ingestemd met een groei van de zorguitgaven, tot uitdrukking komend in een BKZ. De uitgaven moeten dan zodanig beheerst worden dat dit afgesproken plafond niet overschreden wordt. Dat is de vorm van uitgavenbeheersing waar dit onderzoek zich op richt.

Naast de betaalbaarheid zijn er nog twee publieke belangen, namelijk kwaliteit en toegankelijkheid. We zijn ons ervan bewust dat er een relatie bestaat tussen de drie publieke belangen en dat financiële beperkingen consequenties kunnen hebben voor kwaliteit en toegankelijkheid. Echter, in dit onderzoek concentreren we ons op de uitgavenbeheersing.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 bespreken we de inkomsten en uitgaven van de zorgsector en de ontwikkeling daarin. In hoofdstuk 3 gaan we in op de effectiviteit van de beheersingsinstrumenten. In hoofdstuk 4 komen op de compenserende maatregelen aan de orde die naar aanleiding van de tegenvallers getroffen zijn. Ten slotte behandelen we in hoofdstuk 5 de informatievoorziening van de minister en aan de Tweede Kamer.

2 INKOMSTEN EN UITGAVEN

Het Budgettair Kader Zorg wordt structureel overschreden. Deze overschrijdingen worden niet volledig in de eigen sector gecompenseerd, zoals de begrotingsregels (in principe) voorschrijven. Daarbij bevat de AWBZ-financiering een oplopend tekort dat wordt gedekt met leningen uit de schatkist. Hierop gaan we in dit hoofdstuk nader in.

Allereerst beschrijven we in § 2.1 de ontwikkeling in het BKZ sinds de introductie in 1995. In § 2.2 geven we een overzicht van de inkomsten en uitgaven in de curatieve zorg. In § 2.3 doen we hetzelfde voor de langdurige zorg. In § 2.4 beschrijven we de overige inkomsten en uitgaven in de zorg. In § 2.5 geven we een totaaloverzicht van inkomsten en uitgaven, dat ook in beeld gebracht wordt. In § 2.6 geven we een slotbeschouwing.

2.1 Ontwikkelingen in het BKZ

Het BKZ is een beheersmiddel dat een plafond vormt voor de merendeels premiegefinancierde zorguitgaven. In de onderzochte periode waren er diverse wijzigingen in de samenstelling van het BKZ. Technische wijzigingen in de periode van 1995–2006 veroorzaken volgens de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) een verlaging van € 6,89 miljard ten opzichte van het BKZ, zoals dat oorspronkelijk gedefinieerd werd (RVZ, 2008).

Naast de technische wijzigingen zijn er nog een aantal andere belangrijke wijzigingen die in het BKZ hebben plaatsgevonden. De eerste grote wijziging van het BKZ vond plaats in 2002. In dat jaar verdwenen de begrotingsgefinancierde uitgaven uit het BKZ en veranderde de calculatiemethode (VWS, 2003b). De tweede wijziging wordt veroorzaakt door politieke afspraken in 2004 en 2005, te weten pakketverkleining en de introductie van de no-claim (RVZ, 2008). Een derde belangrijke wijziging is de invoering van Zorgverzekeringswet in 2006 waardoor het mogelijk is om de totale schadelast van de zorgverzekeraars beter bij het BKZ aan te laten sluiten. Bovendien zijn premiegefinancierde subsidiestromen deels omgezet in subsidies vanuit de begroting en vallen ook de beheerskosten van de verzekeraars niet meer onder het BKZ (VWS, 2005). Uiteraard zijn de wijzigingen in het basispakket van invloed op het BKZ. Zodra een verstrekking niet meer onder het basispakket valt, verdwijnt deze uit het BKZ. Voor een overzicht van alle pakketwijzigingen wordt verwezen naar bijlage 4.

Tabel 1 Overschrijdingen van het BKZ¹ (2002–2010)

Jaartal	Afgesproken (netto-)BKZ € mln.	Realisatie netto-BKZ € mln.	Overschrijding BKZ (in mln euro's en %)	
2002	37 079	38 188	1 109	3%
2003	40 670	41 572	902	2%
2004	41 076	42 607	1 531	4%
2005	41 691	42 333	642	2%
2006	43 469	44 347	878	2%
2007	47 933	47 571	- 362	- 1%
2008	51 388	51 797	409	1%
2009	54 653	56 378	1 725	3%
2010	57 062	58 667	1 605	3%

¹ Cijfers zijn gebaseerd op de laatst vermelde informatie in het *Financieel beeld zorg*.

Het afgelopen decennium is het BKZ in bijna ieder jaar overschreden (zie tabel 1). Daarbij gaat het om grote overschrijdingen. De exacte omvang van deze overschrijdingen is niet bekend, omdat de realisatiecijfers nog jaren later bijgesteld worden en een definitieve realisatie niet gepubliceerd wordt. Wel kan bij benadering worden aangegeven hoe groot de overschrijding was aan de hand van de meest recente cijfers. Dit hebben we gedaan in bovenstaande tabel.

2.2 Inkomsten en uitgaven in de curatieve zorg

De curatieve zorg is wettelijk geregeld in de Zorgverzekeringswet. De Zvw wordt uitgevoerd door verzekeraars. Deze verkrijgen middelen uit de nominale premie, eigen betalingen en het Zorgverzekeringsfonds (ZvF). Het ZvF verkrijgt inkomsten van de Belastingdienst (via de inkomensafhankelijke bijdrage) en van het Ministerie van VWS (via de rijksbijdrage kinderen). Met deze middelen betalen de zorgverzekeraars de kosten van de curatieve zorg, voor zover deze zorg onder het basispakket valt. We vermelden de inkomsten en uitgaven in de curatieve zorg voor het peiljaar 2009. Zoals we zullen beschrijven, duurt het jaren voordat de definitieve inkomsten en uitgaven over een zorgjaar bekend zijn. De keuze voor 2009 is een compromis, het resultaat van een afweging tussen de noodzaak van enerzijds actualiteit en anderzijds betrouwbaarheid. Dezelfde overweging geldt voor de volgende paragrafen, waarin ook als peiljaar 2009 gekozen is.

De inkomensafhankelijke bijdrage moet de helft van de kosten dekken, nominale premie, rijksbijdrage en eigen betalingen de andere helft. Dit is vastgelegd in de Zvw.

Figuur 3 (zie pagina 36) illustreert dat de financiering van de curatieve zorg voor een belangrijk deel via het ZvF loopt. In de volgende paragraaf besteden we aandacht aan de inkomsten en uitgaven van dit fonds. Daarnaast zijn er twee geldstromen buiten het zorgverzekeringsfonds: de nominale premie en het eigen risico.

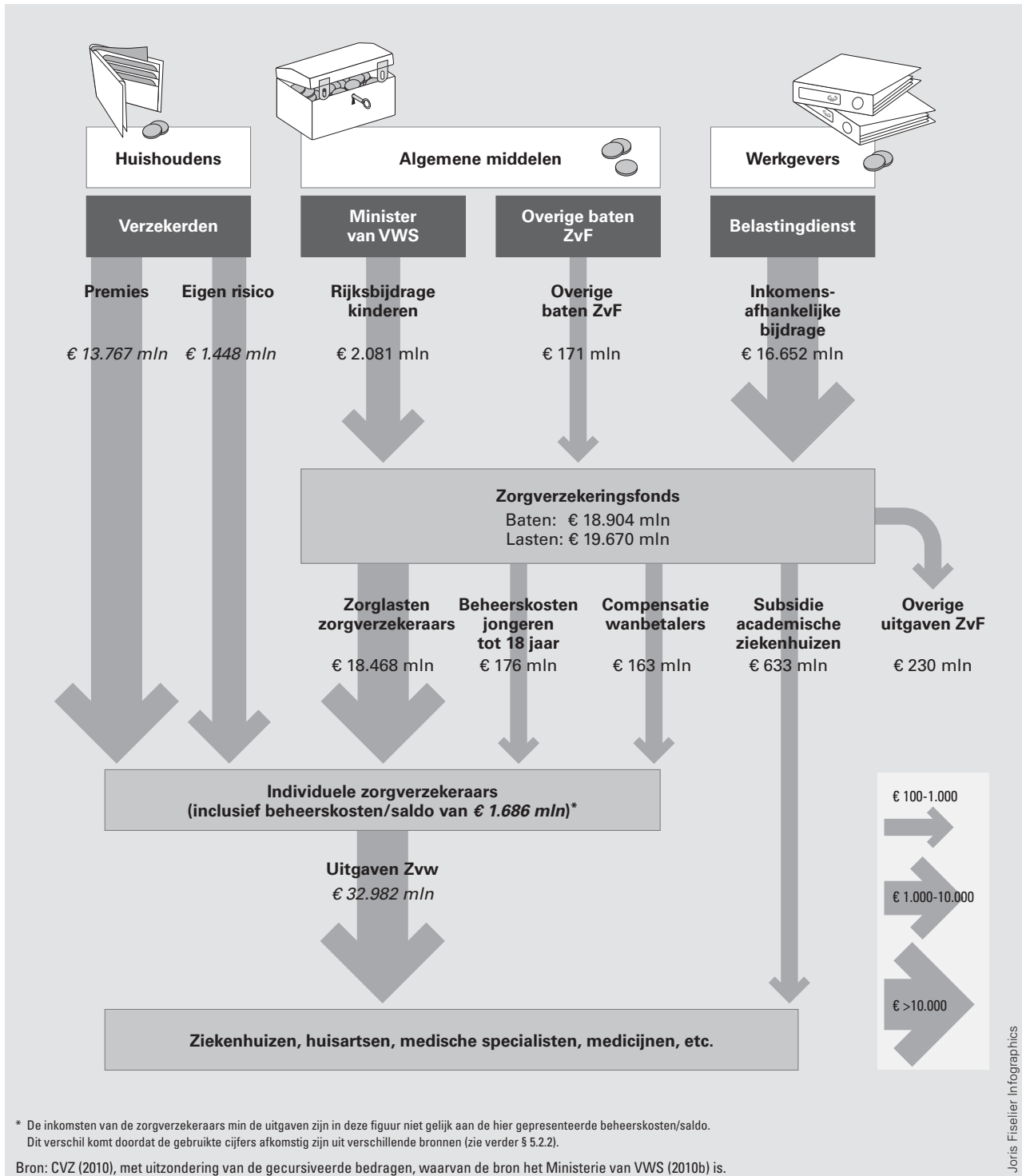
Nominale premie (€ 13 767 miljoen)

Iedere volwassen verzekerde is een nominale premie aan de eigen zorgverzekeraar verschuldigd. De verzekeraar mag de premie niet differentiëren naar leeftijd of gezondheidstoestand van de verzekerden. De zorgverzekeraar bepaalt zelf de hoogte van de nominale premie.

Eigen risico basisverzekering (€ 1 448 miljoen)

Voor de zorgverzekering geldt een verplicht eigen risico voor iedereen van 18 jaar en ouder. In 2011 betekent dit dat verzekerden de eerste € 170 van de gemaakte zorgkosten zelf betalen. Bij sommige verzekeraars kunnen verzekerden vrijwillig kiezen voor een hoger eigen risico, in ruil voor een lagere maandelijkse premie voor de basisverzekering.

Figuur 3 Geldstromen Zorgverzekeringswet in 2009



2.2.1 Inkomsten en uitgaven Zorgverzekeringsfonds

Het CVZ beheert het Zorgverzekeringsfonds. Het fonds ontvangt de inkomensafhankelijke bijdrage van de Belastingdienst en de rijksbijdrage voor kinderen van het Ministerie van VWS. Uit het ZvF ontvangt elke

verzekeraar een bedrag ter gedeeltelijke dekking van de zorguitgaven. Daarnaast ontvangen verzekeraars uit het ZvF een vergoeding voor de beheerskosten van verzekerde kinderen. Uit het ZvF vinden ook rechtstreekse betalingen plaats op grond van internationale verdragen, subsidies en de zogenoemde academische component van academische ziekenhuizen.

We beschrijven nu de afzonderlijke geldstromen die via het zorgverzekeringsfonds lopen.

Inkomsten

Inkomensafhankelijke bijdrage ingezetenen (€ 16 652 miljoen)

De Belastingdienst int de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw in combinatie met de overige premies volksverzekeringen en de loon- en inkomstenbelasting. Dit gebeurt op basis van aangiften en aanslagen loonheffing van werkgevers en op basis van aanslagen inkomstenbelasting. De geïnde bedragen worden met voorlopige verdeelsleutels verdeeld over belastingen en sociale verzekeringen en vervolgens over de verschillende sociale fondsen, waaronder het ZvF (CVZ, 2010). Werkgevers compenseren voor werknemers deze inkomensafhankelijke bijdrage. Zelfstandigen en gepensioneerden betalen een lagere inkomensafhankelijke bijdrage, die niet wordt gecompenseerd.

Rijksbijdrage jongeren tot 18 jaar (€ 2 081 miljoen)

Met deze rijksbijdrage bekostigt het Ministerie van VWS uit de algemene middelen de zorglasten van jongeren tot 18 jaar. De Zvw bepaalt namelijk dat deze groep geen nominale premie hoeft te betalen (CVZ, 2010). De omvang van deze inkomsten staat aan het begin van het jaar vast. Er vinden geen verrekeningen plaats met oudere jaren.

Overige baten ZvF (€ 171 miljoen)

De overige baten van het zorgverzekeringsfonds bestaan onder meer uit rentevergoedingen van zorgverzekeraars (€ 158 miljoen), de inkomensafhankelijke bijdrage van niet-ingezetenen (€ 97 miljoen) en een compensatie eigen risico chronisch zieken (€ 94 miljoen).

Uitgaven

Zorglasten zorgverzekeraars (€ 18 468 miljoen)

Alle zorgverzekeraars krijgen uit 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, 2007b). Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor het systeem en de verdere ontwikkeling van de risicoverevening (CVZ, 2010).

Subsidie academische component (€ 633 miljoen)

De minister van VWS is sinds 1 januari 2008 verantwoordelijk voor het verstrekken van subsidies aan academische ziekenhuizen voor zeer specialistische zorg en innovatie en ontwikkeling. Op basis van de Subsidieregeling academische functie verleent de minister van VWS de subsidies en betaalt het CVZ deze uit het ZvF (VWS, 2010a). Voor ieder

zorgjaar staat de omvang van deze last aan het eind van het jaar vast. Er vinden geen verrekeningen plaats met oudere jaren.

Beheerskosten jongeren tot 18 jaar (€ 176 miljoen)

De zorgverzekeraars ontvangen onder de Zvw een bijdrage in de beheerskosten voor verzekerden, jonger dan 18 jaar. Voor deze beheerskosten vinden wel verrekeningen met oudere jaren plaats.

Compensatie voor wanbetalers (€ 163 miljoen)

De belangrijkste ontwikkeling in 2009 voor het ZvF is de invoering van de nieuwe regeling tegen wanbetalers. Deze houdt in dat de zorgverzekeraars de premie-inning bij verzekerden met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden mogen overdragen aan het CVZ. Het CVZ voert deze regeling sinds september 2009 uit voor twee zorgverzekeraars. In 2010 neemt het CVZ ook de overige zorgverzekeraars op in het nieuwe regime.

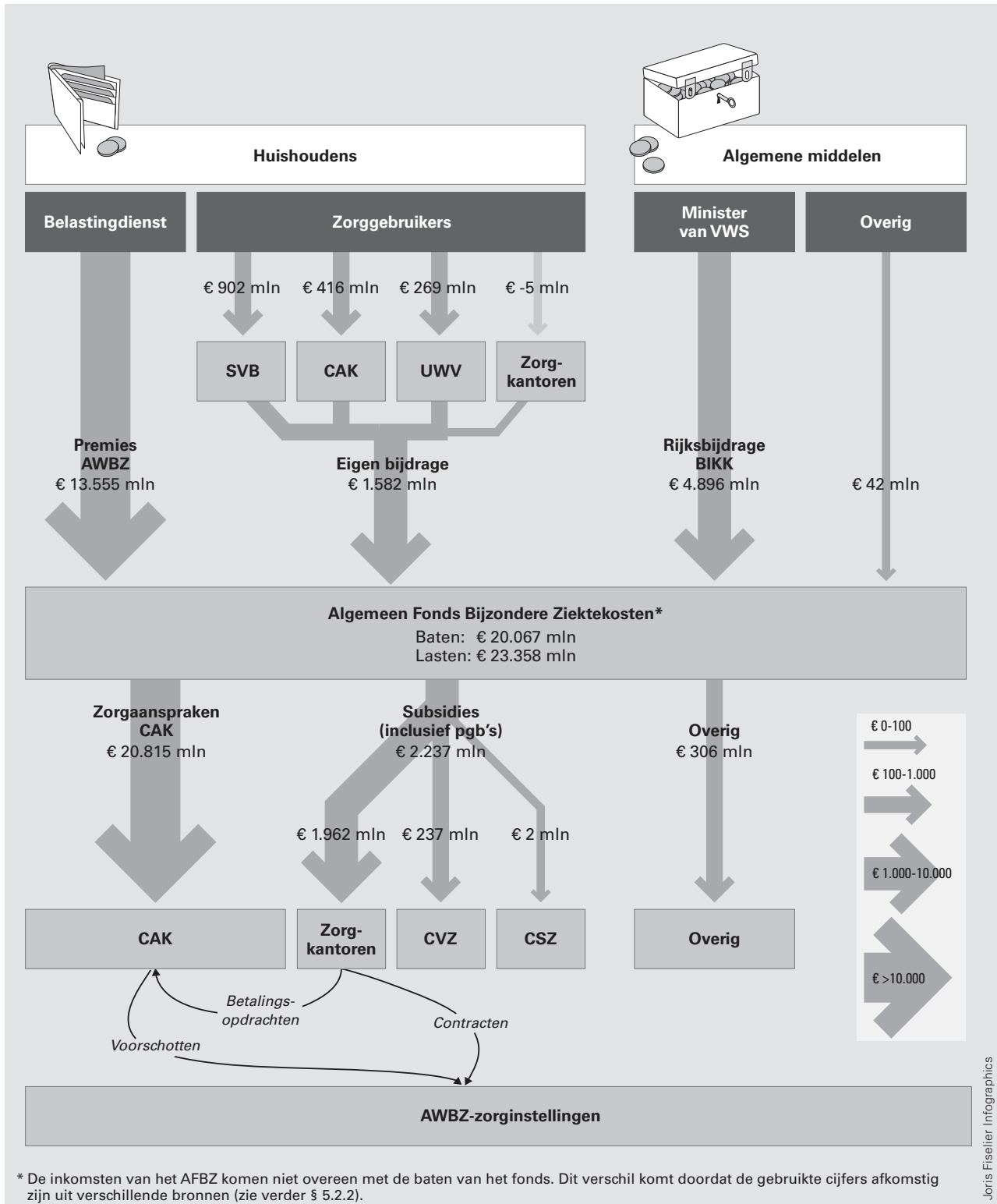
2.3 Inkomsten en uitgaven in de langdurige zorg

De langdurige zorg is wettelijk geregeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ is een volksverzekering: iedere ingezetene is van rechtswege verzekerd. Een verzekerde kan pas aanspraak maken op AWBZ-zorg wanneer het Centrum Indicatiestelling Zorg heeft vastgesteld dat de desbetreffende zorg nodig is en in welke omvang. De AWBZ geeft in principe recht op zorg in natura. Deze AWBZ-zorg komt voor rekening van de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde is ingeschreven. De uitvoering van de AWBZ is namens de verzekeraars neergelegd bij regionale zorgkantoren. De verzekerde kan de zorg betrekken van een zorgaanbieder die door een regionaal zorgkantoor is gecontracteerd. Het zorgkantoor dient hiertoe voldoende zorgaanbieders te contracteren en de verzekerde desgewenst te helpen bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder (zorgplicht) (SER, 2008).

Daarnaast kent de AWBZ een mogelijkheid tot geldverstrekking vooraf via het persoonsgebonden budget (pgb). Met een pgb kan een verzekerde zelf zorg inkopen in plaats van aangewezen te zijn op de zorg in natura. De mogelijkheid van een pgb geldt niet voor de functies behandeling en (langdurig) verblijf (SER, 2008).

Net als bij de curatieve zorg vermelden we de inkomsten en uitgaven voor het peiljaar 2009. Zoals gezegd is deze keuze een compromis.

Figuur 4 Geldstromen AWBZ in 2009



Bovenstaande figuur illustreert dat alle geldstromen in de AWBZ via het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten lopen. In de volgende paragraaf besteden we aandacht aan inkomsten en uitgaven van dit fonds. In § 2.3.2. gaan we in op de tekorten van het fonds.

2.3.1 Inkomsten en uitgaven Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten

Het AFBZ wordt beheerd door het CVZ. Het AFBZ ontvangt de AWBZ-premie van de Belastingdienst, de eigen bijdragen van patiënten/cliënten en de Bijdrage in Kosten van Kortingen (BIKK) van het Ministerie van VWS. Het CAK ontvangt van het fonds de middelen om de AWBZ zorginstellingen te bevoorschotten. Zorgkantoren ontvangen subsidies van het fonds, waaronder middelen om de persoonsgebonden budgetten te financieren. We beschrijven nu de afzonderlijke geldstromen die via het AFBZ lopen.

Inkomsten

Premies via de Belastingdienst (€ 13 555 miljoen)

De Belastingdienst int de premie AWBZ in combinatie met de overige premies volksverzekeringen en de loon- en inkomstenbelasting. De geïnde heffingen worden verdeeld tussen het Rijk en de volksverzekeringen AWBZ, AOW en ANW.

Eigen bijdrage AWBZ-zorg, SVB, UWV, CAK en zorgkantoren (€ 1 582 miljoen)

De eigen bijdrage voor AWBZ-zorg is te verdelen in de eigen bijdrage voor zorg zonder verblijf en voor zorg met verblijf. De oplegging en de inning van deze twee soorten eigen bijdragen worden sinds 2008 uitgevoerd door het CAK. UWV en SVB blijven de broninhouding¹⁰ verzorgen (CVZ, 2010, p.33). Het CAK verantwoordt zich over de gehele geldstroom in zijn jaarverslag, wat wordt overgenomen door het CVZ. Het is niet inzichtelijk in welke mate er verrekeningen met oudere jaren plaatsvinden.

Rijksbijdrage In de Kosten van Kortingen (€ 4 896 miljoen)

Met deze bijdrage worden de volksverzekeringsfondsen gecompenseerd voor de premiederving na de herziening van het belastingstelsel in 2001. De BIKK volgt de ontwikkeling van de heffingskortingen en het aandeel van de AWBZ-premie in de eerste schijf van de inkomstenbelasting en loonheffing (CVZ/KPMG, 2008). In 2009 is de BIKK aangepast aan de hand van cijfers van het CPB. Naar aanleiding van het Centraal Economisch Plan werd de BIKK € 21,5 miljoen naar beneden bijgesteld, wat teniet werd gedaan door de bijstelling van € 39,9 miljoen naar aanleiding van de Macro Economische Verkenningen. Er vinden geen verrekeningen met oudere jaren plaats. Voor ieder zorgjaar staat de omvang van deze inkomsten aan het eind van het jaar vast.

Uitgaven

Zorgaanspraken CAK (€ 20 815 miljoen)

Het zorgkantoor sluit met AWBZ-zorginstellingen contracten af over de te leveren zorg, zorgaanspraken genoemd. De omvang van de gecontracteerde zorg moet goedgekeurd worden door de NZa. Voor de financiering van de zorgaanspraken dient het zorgkantoor betalingsverzoeken in bij het CAK. Vervolgens ontvangt de zorginstelling de betalingen van het CAK.

¹⁰ In het kader van administratieve lastenverlichting wordt de eigen bijdrage voor zorg met verblijf ingehouden op de uitkering die cliënten van het UWV of de SVB ontvangen.

Subsidies via zorgkantoren (€ 1 962 miljoen)

De subsidies die via de zorgkantoren worden uitgekeerd, betreffen voornamelijk persoonsgebonden budgetten (pgbs (CVZ, 2010). De zorgkantoren leggen over deze geldstroom een financiële verantwoording af. De NZa houdt toezicht op het (rechtmatig) functioneren van het zorgkantoor.

Subsidies via CVZ en CSZ (€ 275,5 miljoen)

De subsidies verstrekt via het CVZ bestaan voornamelijk uit subsidies aan organisaties voor ondersteuning bij leven met beperkingen (MEE-organisaties) en subsidies die samenhangen met algemene dagelijkse levensverrichtingen. Het College Sanering Zorginstellingen (CSZ) verstrekt subsidies voor door het Ministerie van VWS goedgekeurde saneringen van geneeskundige voorzieningen. In 2009 kwamen de lasten hiervoor op € 2,4 miljoen.

Overige lasten AFBZ (€ 306 miljoen)

De overige lasten van het AFBZ bestaan uit de beheerskosten zorgkantoren (€ 165 miljoen), compensatie gemeentes door de invoering Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (€ 67 miljoen) en de beheerskosten van het CAK (€ 48 miljoen).

2.3.2 Financiering van het AWBZ-tekort

Als we de inkomsten en de uitgaven in de AWBZ met elkaar vergelijken, dan is er een tekort. Het tekort in de financiering van de AWBZ is geen verrassing. In 2009 was dit namelijk al begroot op € 1 994 miljoen. Mede door tegenvallers kwam het tekort uit op € 3 229 miljoen. Het inplannen van tekorten is de laatste jaren gebruikelijk. Voor 2008, 2010 en 2011 was een tekort begroot van respectievelijk € 2,3, € 2,3 en € 1,3 miljard. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat voor het tekort goedkoop kan worden bijgeleend bij de schatkist. De rente die het AFBZ voor deze leningen in rekening gebracht wordt, is niet hoog, bijvoorbeeld 0,79% in december 2010. Zo ontstaat wel een vermogenstekort voor het AFBZ. Op 1 januari 2010 was dit € 10,3 miljard. Op 1 januari 2012 wordt een tekort van bijna € 14 miljard verwacht. Bij ongewijzigd beleid loopt het jaarlijkse exploitatietekort op tot een vermogenstekort dat rond 2020 groter zal zijn dan de jaaruitgaven van de AWBZ.

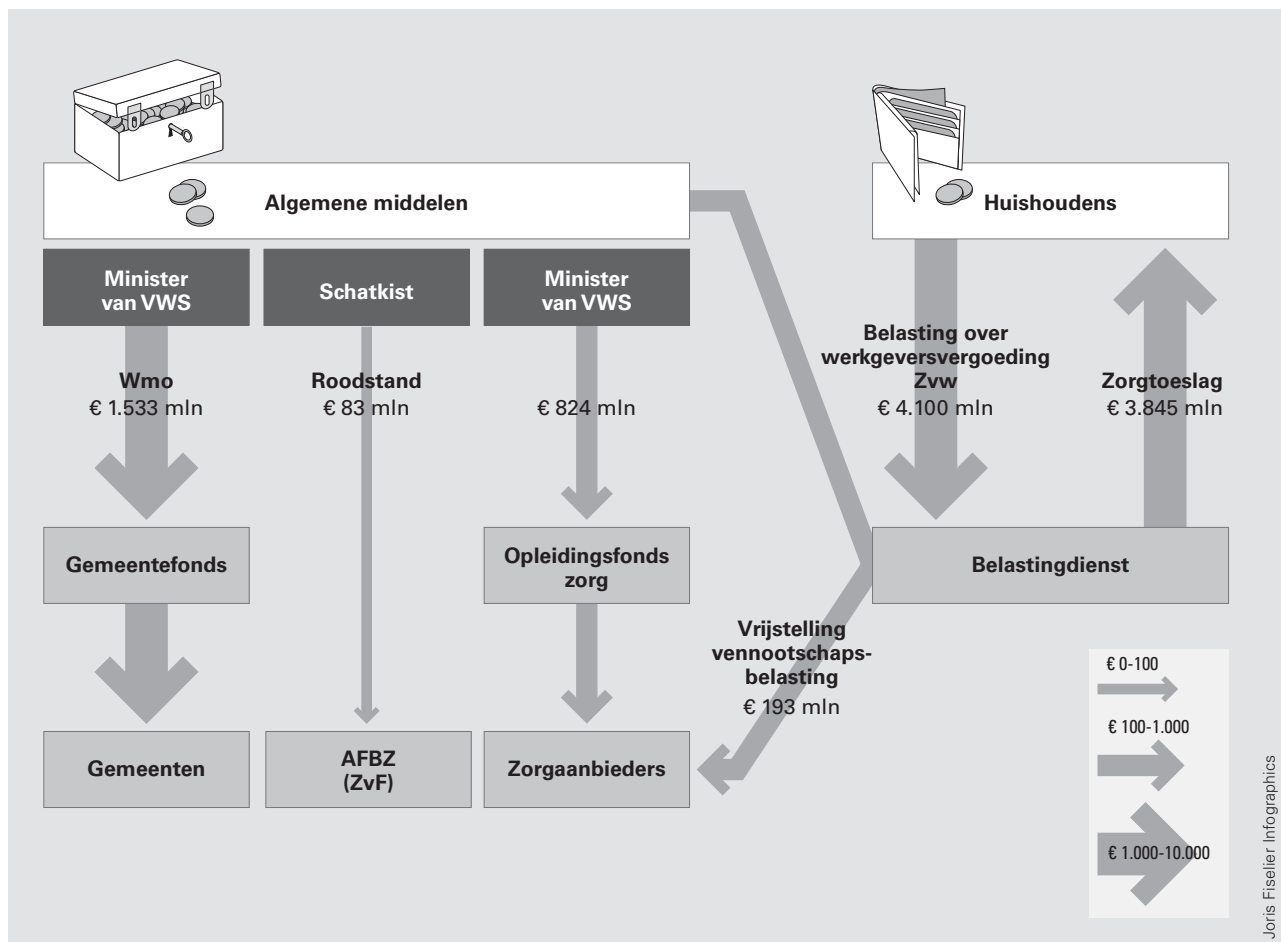
We hebben bij de Ministeries van VWS en Financiën nagevraagd wat het plan is om dit probleem op te lossen. Het blijkt dat een dergelijk plan niet bestaat, omdat men de ontstane situatie niet als een probleem ziet. De zorguitgaven worden betaald en de vermogenstekorten worden opgeteld bij het EMU-saldo (staatsschuld). Het gaat om een rijksbijdrage in de vorm van een lening die nooit zal worden terugbetaald. De facto ontstaat dan een situatie die vergelijkbaar is met de Algemene Ouderdomswet (AOW). Het premiepercentage van de AOW kent een vastgestelde bovengrens en de resterende financieringsbehoefte wordt aangevuld met een rijksbijdrage.

2.4 Overige inkomsten en uitgaven zorg

Behalve de financiering van curatieve zorg en langdurige zorg zijn er voor een totaaloverzicht nog enkele andere geldstromen van belang. Ten eerste de begrotingsgefinancierde geldstromen die binnen het BKZ vallen. Hiertoe behoren de financiering van de Wmo vanuit het Gemeentefonds en het Opleidingsfonds Zorg. Ten tweede zijn er nog een aantal

geldstromen van belang die gerelateerd zijn aan het BKZ. Dit zijn de zorgtoeslag, de belasting over de werkgeversvergoeding, de financiering van de roodstand van de fondsen en de vrijstelling van vennootschapbelasting voor zorginstellingen.

Figuur 5 Overige geldstromen in 2009



Financiering Wmo vanuit Gemeentefonds (€ 1 533 miljoen)

Vanaf 2007 is de eenvoudige huishoudelijke hulp onderdeel geworden van de voorzieningen die de gemeenten aanbieden binnen de Wmo. Voor 2007 viel deze hulp binnen de AWBZ. Het Ministerie van VWS levert uit zijn begroting hiervoor een bijdrage aan het Gemeentefonds.

Opleidingsfonds (€ 824 miljoen)

Sinds 1 januari 2007 regelt het Opleidingsfonds de bekostiging van zorgopleidingen. Het Opleidingsfonds Zorg moet ervoor zorgen dat er per zorgopleiding voldoende specialisten worden opgeleid. De opleidingsplaatsen worden verdeeld over de opleidende zorginstellingen. De middelen voor het Opleidingsfonds komen direct uit de begroting van het Ministerie van VWS.

Zorgtoeslag (€ 3 845 miljoen)

De Belastingdienst betaalt de zorgtoeslag uit als een tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie Zvw aan alle burgers met een laag inkomen die daar recht op hebben.

Belasting over de werkgeversvergoeding (€ 4 100 miljoen in 2007)

De werkgeversbijdrage voor de basisverzekering ziektekosten wordt opgeteld bij het belastbaar inkomen waar werknemers belasting over afdragen. Over een werkgeversbijdrage van € 2,507 per jaar betaalt een werknemer met een modaal inkomen € 1,053 belasting.

Financiering roodstand fondsen (€ 83 miljoen).

Tekorten in het BKZ worden gefinancierd door een roodstand op de rekening courant van het CVZ bij het Ministerie van Financiën. In 2009 compenseerde het Ministerie van Financiën het tekort op de rekening van het CVZ met overschotten op de rekeningen van het UWV en de SVB.

Vrijstelling van vennootschapbelasting voor zorginstellingen (€ 193 miljoen in 2008)

Zorginstellingen zijn uitgesloten van vennootschapsbelasting. Dit is vastgelegd in de Wet op de vennootschapbelasting.

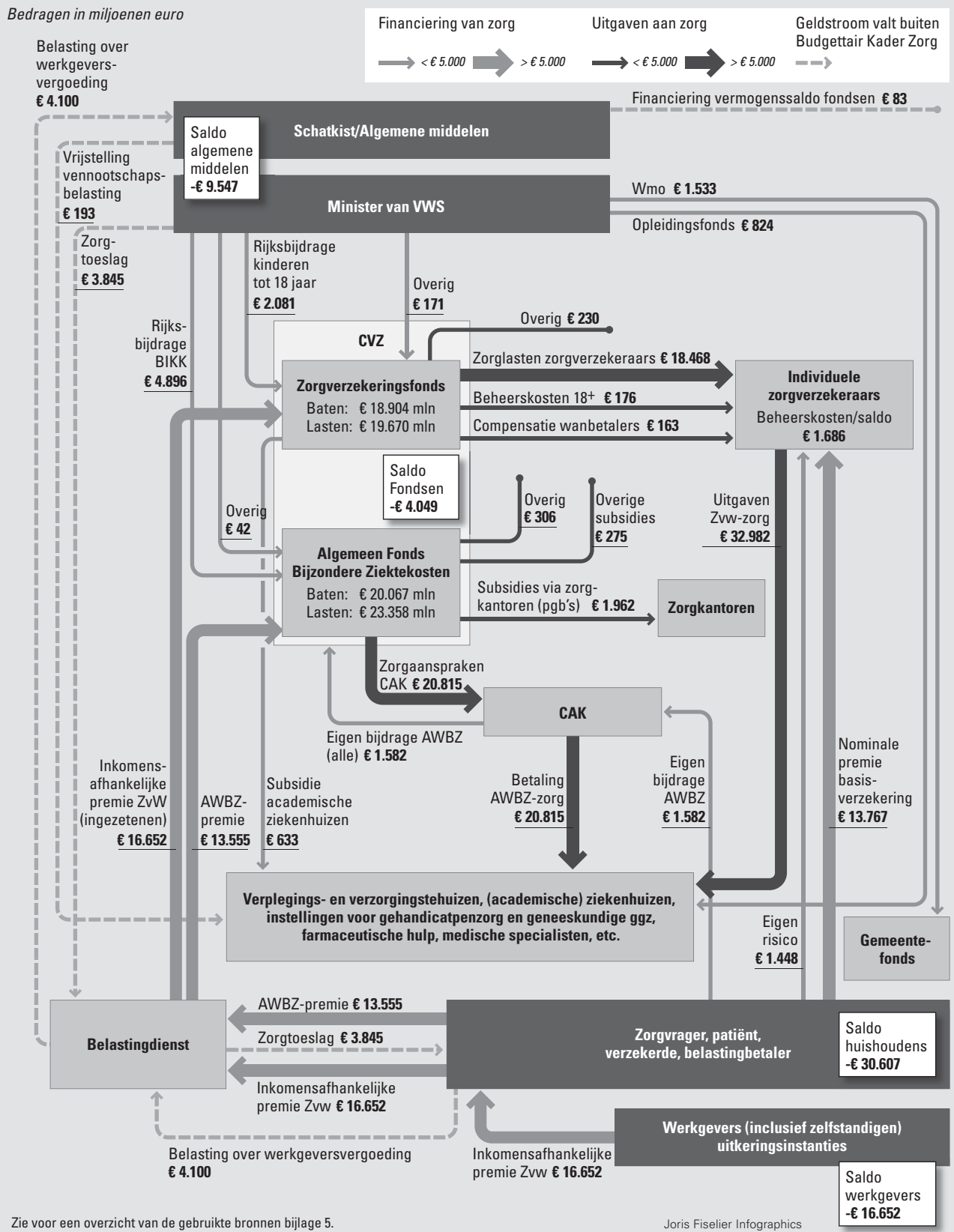
Het CBS (2009) schat de gezamenlijke bedrijfsopbrengsten in 2008 van de ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en de verpleging en verzorging en thuiszorg op € 965 miljoen. Indien deze instellingen vennootschapsbelasting zouden moeten afstaan, zou het om € 193 miljoen gaan.

2.5 Totaalbeeld geldstromen

Onderstaande figuur geeft een totaaloverzicht van de Zvw, AWBZ en overige geldstromen (respectievelijk figuren 3, 4 en 5). De figuur laat zien waar de rekening voor de AWBZ en Zvw zorg in 2009 wordt neergelegd. De huishoudens betalen met € 30 607 miljoen het meest, gevolgd door werkgevers (inclusief zelfstandigen) met € 16 652 miljoen, de rijks-schatkist met € 9 547 miljoen. Bijlage 2 bevat twee tabellen met een onderbouwing van de bedragen (financiering en zorguitgaven).

Figuur 6 Totaaloverzicht geldstromen in 2009

Bedragen in miljoenen euro



Zie voor een overzicht van de gebruikte bronnen bijlage 5.

Joris Fiselier Infographics

Uit de figuur blijkt dat er een tekort is van € 4 049 miljoen. Voor ongeveer de helft is dit een gepland tekort (zie § 2.3.2), de andere helft is een gevolg van tegenvallers die onvoldoende gecompenseerd zijn en van meer technische afwijkingen (zie § 4.1). Dit leidt tot een overschrijding van het BKZ. In 2009 was deze overschrijding volgens de meest recente realisatiecijfers ongeveer € 1 725 miljoen.

2.6 Slotbeschouwing

Overschrijdingen moeten zoveel mogelijk voorkomen worden door passende en tijdige maatregelen. En als er toch overschrijdingen ontstaan, moeten deze binnen het eigen kader, gecompenseerd worden. Dit lukt lang niet altijd. Jaarlijks zijn de uitgaven hoger dan begroot. Maar ook als zij binnen de begroting zouden blijven, schieten de inkomsten tekort. Bij de AWBZ is er sprake van een structureel tekort. De tekorten worden gedekt met leningen uit de schatkist. Er ontstaat zo een groot en groeiend vermogenstekort in het AFBZ.

3 DE BEHEERSINGSINSTRUMENTEN

Naast het onvoldoende evenwicht tussen inkomsten en uitgaven, is de effectiviteit van de beheersingsinstrumenten gering. In dit hoofdstuk gaan we in op de instrumenten waarover de minister van VWS beschikt om de zorguitgaven te beheersen.

Zoals gezegd hebben we in 1986 ook een onderzoek naar dit onderwerp uitgevoerd. We beginnen in § 3.1 met een vergelijking tussen de beheersingsinstrumenten waarover de minister in 1986 beschikte en het huidige instrumentarium. In § 3.2 komen de afzonderlijke instrumenten aan de orde die anno 2011 gebruikt kunnen worden. In § 3.3 bespreken we de ramingen van de zorguitgaven. Goede ramingen zijn namelijk een onmisbaar instrument bij de beheersing van de zorguitgaven. We besluiten het hoofdstuk met een korte beschouwing (§ 3.4).

3.1 Beheersingsinstrumentarium in 1986 en 2011

De sturingsinstrumenten die de minister in 1986 tot zijn beschikking had vonden hun juridische basis in de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv), de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg), de Wet arbeid gepremieerde en de gesubsidieerde sector (Waggs) en de Tijdelijke wet normering vrije beroepsbeoefenaars (Twn). De eerste belangrijke ontwikkeling in de uitgavenbeheersing sinds 1986 was de invoering van het Budgettair Kader Zorg. Begin 1995 ging het kabinet akkoord met de invoering van deze nieuwe budgetdiscipline.

Aan het eind van de vorige eeuw waren er signalen dat het toenmalige systeem van aanbodregulering niet meer leidde tot de gewenste uitkomsten. De RVZ concludeerde in haar rapport *De rollen verdeeld* dat aanbodsturing niet effectief meer was (RVZ 2000). Er heerste ontevredenheid onder de burgers over de oplopende wachtlijsten. In de nota *Vraag aan bod* constateerde het Ministerie van VWS dat wachtlijsten burgers het gevoel geven dat ze niet altijd kunnen rekenen op verzekerde zorg wanneer zij die nodig hebben (VWS, 2001). Ook bleek uit uitspraken van de nationale rechter in 1999 en het Europese Hof van Justitie in 2001 in de zaak Smits/Peerbooms dat mensen recht hebben op tijdige verstrekking van de aanspraken onder de sociale ziektekostenverzekeringen (Schut, 2003). De conclusie dat het stelsel meer vraaggericht moest worden, is ook terug te zien in verschillende kabinetsvisies. Het kabinet-Kok II pleitte al voor vraagsturing en ook in het hoofdlijnenakkoord van 2003 werd geconstateerd dat het systeem van aanbodregulering is vastgelopen en dat zo snel mogelijk moet worden overgegaan op gereguleerde marktwerking.

In 2006 is het stelsel gewijzigd van aanbodregulering naar gereguleerde concurrentie. Het idee is dat de rol van de overheid verandert van het actief reguleren van prijs, volume en productiecapaciteit naar het maken en bewaken van de spelregels waarbinnen marktwerking moet plaatsvinden (Schäfer et al., 2010). Om dit te realiseren zijn er verschillende wetten vervallen en nieuwe wetten ingevoerd. Opgeheven zijn de Zfw, de Wtz, de Wzv en de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres). Ingevoerd zijn de Wmg, de Zvw, de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en de Wet op de zorgtoeslag. Verder zijn in 2007 ook de Wmo en de Geneesmiddelenwet ingevoerd.

De Nederlandse zorg wordt gefinancierd door middel van een verzekeringsstelsel (Zvw en AWBZ). Sinds 2006 is het centrale sturingsmechanisme in dit verzekeringsstelsel gereguleerde marktwerking. Iemand die verzekerd is, heeft (onder bepaalde voorwaarden) recht op de verzekerde prestaties, ook als het daarvoor bestemde budget uitgeput is. In wezen is een verzekeringsstelsel een openeinderegeling. Daarom bestaat er een inherente spanningsveld tussen het verzekeringskarakter van het stelsel en het hanteren van een budgettaire plafond. De gereguleerde marktwerking betekent dat de overheid de spelregels bepaalt en randvoorwaarden schept, maar – over het algemeen – dat zij niet meer rechtstreeks kan ingrijpen in prijs, volume en capaciteit.

Nederland had ook voor 2006 een zorgverzekeringsstelsel. De spanning met het BKZ is dan ook niets nieuws. Boot en Knapen (2005) wezen op de implicaties van het recht op zorg: «De waarde van het stelsel als instrument voor de kostenbeheersing is echter betrekkelijk, daar immers de vraag naar de verstrekkingen van deze wetten [ZFW/WTZ en AWBZ] simpelweg gehonoreerd moeten worden. Een verzekeringsstelsel impliceert per definitie een onbeheersbare dynamiek, omdat de premies zich in de tijd onverbidde dienen aan te passen aan de kosten van de feitelijk en wettelijk te verlenen zorg, ofwel aan de vraag naar zorg».

Tabel 2 Wettelijke sturingsinstrumenten in 1986 en 2011

	Instrumenten 1986	Instrumenten 2011
Aanbod		
– capaciteit	Wzv: bouwplafond en planning ziekenhuisvoorzieningen	Wtzi: vergunningensysteem, dat niet werkt als planningsmechanisme of bouwplafond
– verstrekkingen	AWBZ, Zfw: inhoud verzekerde pakket	Zvw, AWBZ: inhoud verzekerde pakket
– volume/budget	Wzv: licentiesysteem topklinische zorg	Wbmv: licentiesysteem topklinische zorg
	Wtg: budgettering	Wmg: financieel macrokader voor «zorg in natura» door AWBZ-instellingen.
– prijs	Wtg: vaststellen van (maximum)prijzen van geneesmiddelen	Wgp: maximumprijs die fabrikant mag vragen voor geneesmiddel, sinds 2004 kan hier over onderhandeld worden
	Wtg: tariefmaatregel op grond van macrobudgettaire overweging	Geneesmiddelen Vergoedingssysteem: maximum vergoeding die een verzekeraar mag uitkeren
	Waggs: lonen	Wmg: tariefmaatregel op grond van macrobudgettaire overweging in gereguleerde deel van de zorg
	Wtg en Twn: honoraria vrije beroepsbeoefenaren	Wmg: (maximum) tarieven voor gereguleerde deel van de zorg
		Wmg: honoraria vrije beroepsbeoefenaren ten dele gereguleerd
Vraag	AWBZ, Zfw: eigen betalingen	Zvw, AWBZ: eigen betalingen
	Zorgaanbieders indexeren zorgbehoefte van cliënten	Indicatiestelling door regionale indicatieorganen

Bron: Algemene Rekenkamer, 1986

3.2 De afzonderlijke beheersingsinstrumenten

Het huidige instrumentarium richt zich – in overeenstemming met de sturingsfilosofie – niet meer direct op de capaciteit en het volume. De minister van VWS kan het basispakket, de prijs en eigen betalingen wel reguleren.

3.2.1 Ingrijpen in het basispakket

Regulering van het pakket kan door voorzieningen uit het basispakket te halen. Dergelijke pakketmaatregelen neemt de minister van VWS regelmatig (op advies van CVZ), vaak ook met het oog op uitgavenbeheersing. Deze pakketmaatregelen hebben als beheersingsinstrument niet aan kracht ingeboet. Het doorvoeren van pakketmaatregelen kan wel

tot grote maatschappelijke en politieke weerstand leiden. Wanneer een voorziening uit het basispakket wordt gehaald, kan deze immers voor een deel van de bevolking onbetaalbaar en dus onbereikbaar worden (De Kam, 2009). Verder kunnen pakketmaatregelen in sommige gevallen tot ongewenste effecten leiden, zoals substitutie naar andere (duurdere) behandelingen. Ook kunnen behandelingen onverantwoord lang worden uitgesteld, waardoor later een complexere en duurdere behandeling nodig is die wel verzekerd is.

We hebben de in het afgelopen decennium genomen pakketmaatregelen geïnventariseerd (zie bijlage 1). Wat opvalt is dat het over het algemeen om kleinere ingrepen gaat met een relatief gering financieel belang. Deze ingrepen werden bovendien ook nog dikwijls later afgezwakt of teruggedraaid (zie § 4.2.3).

3.2.2 Regulering van de prijs

Naast het reguleren van het verstrekkingenpakket kan de minister van VWS de prijs nog (ten dele) reguleren. Dit instrument kan worden ingezet voor geneesmiddelen en voor de sectoren waar nog geen gereguleerde concurrentie tussen aanbieders is ingevoerd. Op de vrijgegeven deelmarkten (zoals een deel van de ziekenhuissector) is prijsregulering niet meer mogelijk.

Het instrument heeft wel beperkingen. Wanneer de prijs per productie-eenheid onafhankelijk is van het geleverde volume aan zorg kan budgetoverschrijding niet voorkomen worden zolang het volume niet gereguleerd wordt. Men kan proberen budgetoverschrijdingen te compenseren door tariefkortingen in een later jaar door te voeren. Ook hier speelt dan het probleem dat het onzeker is of de besparing ook daadwerkelijk slaagt, omdat men het volume niet kan regelen.

De minister heeft aangegeven toch te willen beschikken over een prijsbeheersinginstrument in het gedereguleerde deel van de ziekenhuiszorg. Begin juni 2011 heeft zij hiervoor een wijzigingvoorstel van de Wmg ingediend (VWS, 2011c). Het reguleren van de prijs in het gedereguleerde deel van de zorg is in strijd met de sturingsfilosofie. ZonMw (2009) concludeert dat prijsinterventies het op gang komen van de concurrentie kunnen remmen. Volgens de NZa bemoeilijkt de onzekerheid over prijsregulering (NZa 2009) de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Tot slot is de RVZ tegen het ontwikkelen van een prijsbeheersinginstrumentarium dat tot doel heeft de ontwikkelingen in het vrije (B-)segment altijd in het BKZ te kunnen passen (RVZ 2008).

3.2.3 Het introduceren of verhogen van eigen betalingen

Het introduceren of verhogen van de eigen betalingen (eigen risico of eigen bijdrage) kan op twee manieren tot uitgavenbeheersing leiden. De eerste is zeker en direct, door een verschuiving van een deel van de uitgaven van publiek naar privaat. Bij de tweede kunnen eigen betalingen de vraag remmen. Het idee is dat eigen betalingen leiden tot een doelmatigheidsprikkel, doordat consumenten kostenbewust worden en daarom doelmatiger gebruik van zorg gaan maken (VWS en ministerie van Financiën, 2003). De sterkte van dit effect hangt echter sterk samen met de vormgeving. Een rem op de vraag naar zorg treedt vooral op als verzekerden zelf invloed hebben op hun zorggebruik (Schut, 2003). Verzekerden hebben deze invloed vooral bij de keuze om wel of niet naar de huisarts of fysiotherapeut te gaan. Verdere zorgverlening vindt plaats op voorschrift of na verwijzing door een arts.

Op het gebruik van ziekenhuiszorg blijken eigen betalingen nauwelijks invloed te hebben (De Kam, 2009). Door het eigen risico niet voor de huisarts te laten gelden kan het nauwelijks fungeren als rem op de vraag naar zorg. Bij een andere vormgeving kunnen eigen betalingen een sterker instrument vormen. Wel blijft het zo dat patiënten weinig invloed hebben op de doelmatigheid van zorgverlening (Schut, 2003).

De minister van VWS heeft het eigen risico laten evalueren. Op 11 juli 2011 meldde zij aan de Tweede Kamer dat een onderzoek onder 17- en 18-jarigen een gedragseffect van het eigen risico liet zien, namelijk minder zorgconsumptie (VWS, 2011d). Van deze jongeren wordt aangenomen dat zij relatief prijsgevoelig zijn. De minister concludeert: «De bandbreedte van het gedragseffect voor de hele populatie zal daarom naar alle waarschijnlijkheid lager zijn. Wat dat effect is, is niet op basis van dit onderzoek in te schatten».

Het effect van eigen betalingen in de curatieve zorg lijkt dus op dit moment hoofdzakelijke beperkt te blijven tot een verschuiving van de lasten. Wat het effect is van eigen betalingen voor AWBZ-zorg – waar deze vaak worden toegepast – is niet onderzocht. Het gaat in de AWBZ vooral om verpleging, waardoor er niet vanuit mag worden gegaan dat het effect hier hetzelfde is als in de curatieve zorg.

3.2.4 Systeeminterventies

De minister kan ook ingrijpen in het systeem. Bijvoorbeeld door een hele sector uit het systeem te halen en anders dan met een verzekering aan te sturen. Hierbij wordt de Wmo vaak als geslaagd voorbeeld genoemd. De RVZ (2008) stelt dat de mogelijkheden voor doelmatigheidswinst in de zorg zo groot zijn, dat het verhogen van een financieel risico bij verzekeraars of de uitvoerende partij een uitgavenbeperkende werking heeft. Een aantal verzekerde aanspraken verdwenen met de invoering van de Wmo uit de AWBZ en werden omgevormd tot voorzieningen binnen de Wmo. Het risico werd zo bij gemeentes neergelegd. Deze hebben hierop gereageerd door scherp aan te besteden en zo een aanzienlijke besparing te realiseren. Bovendien geldt voor voorzieningen, in tegenstelling tot voor verzekerde aanspraken, geen afdwingbaar recht op zorg. De effectiviteit en de politieke haalbaarheid van systeemveranderingen als uitgavenbeheersinginstrument hangen sterk af van de vormgeving en inhoud van de voorgestelde verandering en het politieke en maatschappelijke klimaat.

3.3 Ramingen van de zorguitgaven

Voor een goede uitgavenbeheersing is het nodig om te weten hoe de zorguitgaven zich zullen ontwikkelen. Een adequate projectie van de autonome groei bij ongewijzigd beleid is cruciaal. Er worden tal van ramingen in dit opzicht gemaakt die meestal betrekking hebben op bepaalde delen van de zorg of bepaalde ziekten of doelgroepen. We beperken ons hier tot de ramingen van het Centraal Planbureau (CPB) en het ministerie van VWS zelf, omdat deze rechtstreeks van belang zijn voor de vaststelling van het BKZ en de verdere uitgavenplanning. We behandelen eerst de ramingen afzonderlijk en daarna vergelijken we de uitkomsten van de ramingen en de – later gebleken – werkelijke realisaties van het BKZ.

3.3.1 CPB-ramingen

Het CPB analyseert economische ontwikkelingen en raamt de ontwikkelingen in de collectieve uitgaven, waaronder de zorguitgaven. Daarbij worden zes brede zorgsectoren onderscheiden. Voor de periode 2008–2011 werd per sector de historische waardeontwikkeling geanalyseerd met afzonderlijke berekening van het volume en de prijs van zorg. De volumegroei ten gevolge van demografische veranderingen wordt berekend op basis van cijfers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu uit het project *Kosten van ziekten*. De overige volumegroei wordt bepaald aan de hand van een internationale analyse van zorguitgaven in de EU-landen. De referentieperiode wisselt per sector, maar is over het algemeen vrij lang, bijvoorbeeld vanaf 1990. Voor de domeinafbakening baseert het CPB zich op de definitie van het CBS, voor zover de onderdelen daarvan tot het BKZ behoren, plus de particulier gefinancierde zorguitgaven. Volgens het CPB verdient deze werkwijze de voorkeur, omdat de BKZ-afbakening instabiel is. Op basis van deze data wordt de totale volumegroei in de curatieve zorg in de te ramen periode geschat. Deze totale volumegroei wordt dan weer toebedeeld aan de individuele sectoren (CPB, 2007a).

Dit alles betreft de verwachte volumegroei in de curatieve zorg. Voor de volumegroei in de langdurige zorg baseerde het CPB zich – voor de periode 2008–2011 en na intensieve afstemming – op de raming daarvan door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Bij de meest recente ramingen gebruikt het CPB de eigen cijfers om de eenheid in de ramingsmethodiek te verzekeren. Wel was er opnieuw afstemming met het SCP, waaruit bleek dat de ramingsresultaten grotendeels overeenstemden (CPB, 2010a).

Op de aldus verkregen volumeraming wordt een prijscomponent gezet. Deze bestaat uit de algemene loonontwikkeling (CPB-raming), het geschatte Baumol-effect,¹¹ extra prijsverhoging voor geneesmiddelen en hulpmiddelen (CVZ-raming) en prijsverhoging kapitaallasten (vastgoed). In combinatie met de volumegroei wordt zo een raming van de totale groei van de zorguitgaven verkregen (in een percentage per jaar). In 2006 raamde het CPB bijvoorbeeld voor de periode 2008–2011 een jaarlijkse nominale groei van 5,5%. Dit cijfer was als volgt samengesteld.

Tabel 3 CPB-raming: Groei van de zorguitgaven 2008–2011 in % per jaar

	Volume	Prijs	Waarde
Care	2,3	2,7	5,0
Cure	3,0	2,7	5,7
Totaal	2,8	2,7	5,5

Voor dezelfde periode werd een nominale groei van het bruto binnenlands product van 3,5% per jaar verwacht (CPB, 2007a).

Het CPB vraagt aandacht voor de onzekerheden in de raming. De trends zijn gebaseerd op onzekere demografische en economische factoren en worden uitgevoerd op niet-actuele bestandsgegevens, omdat recente realisaties nog niet bekend zijn. Daarnaast veroorzaakten de grote structuurwijzigingen in de zorg in de jaren 2000–2006 ernstige ramingsproblemen. Het is vanwege deze veranderingen complexer om ontwikkelingen uit het verleden door te trekken naar de toekomst. Het CPB zegt dat men daarom «al snel moet denken» in termen van onzekerheden rond de

¹¹ De productiviteitsgroei in de zorg blijft achter bij de algemene productiviteitsgroei, omdat de mogelijkheden tot verhoging van de productiviteit beperkt zijn. Daardoor nemen de kosten per eenheid product in de zorg (extra) toe.

1% in zowel de volume- als de prijsramingen. In dit licht moet men dus naar bovenstaande tabel kijken. Ondanks deze waarschuwing worden de resultaten van CPB-ramingen over het algemeen letterlijk overgenomen als basis voor het beleid (CPB, 2007a).

In 2010 maakte het CPB een middellange termijn raming voor de jaren 2011–2015. Bij de raming van het effect van vergrijzing is gebruik gemaakt van actuele bevolkingsprognoses van het CBS die een sterke stijging van de levensverwachting te zien geven. Het is daarbij de vraag of de leeftijdsspecifieke kostenstructuur (gemiddelde zorguitgaven per leeftijdscohort) nog wel geldig is. Worden de extra jaren in gezondheid doorgebracht (uitstel van kosten) of ziek en gebrekkig (toename van kosten)? Er is gekozen voor de aanname dat ongeveer de helft van de extra levensjaren in gezondheid wordt doorgebracht. De raming concludeert dat de reële brutogroei van de zorguitgaven jaarlijks 4% zal zijn. Dit komt neer op € 13,25 miljard meer zorguitgaven in 2015 dan in 2010. Het CPB maakte de technische veronderstelling dat € 4 miljard van deze stijging gedekt zou worden door eigen betalingen, zodat de netto zorguitgaven minder snel zouden stijgen (3%). Om dit gematigder groeitempo te bereiken middels deze maatregel, zou het wettelijk verplichte eigen risico in de Zorgverzekeringswet omhoog moeten van € 165 naar € 775 per jaar (CPB, 2010a en Besseling & Shestalova, 2011).

Deze exercities werden verricht voordat het kabinet-Rutte/Verhagen aantrad. Op basis van het regeer- en gedoogakkoord is de middellange-termijnraming geactualiseerd. Dit levert een reële groei van de zorguitgaven (exclusief inflatie) van 3,25% per jaar op, in de periode 2011–2015 (CPB, 2010b).

3.3.2 Ramingen van het Ministerie van VWS

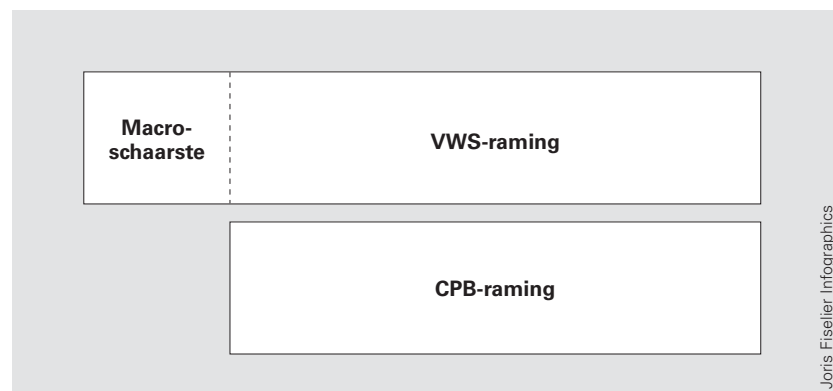
De minister van VWS maakt eigen ramingen om niet geheel afhankelijk te zijn van de inzichten van het CPB en ten behoeve van de uitgavenplanning voor deelsectoren. Deze ramingen lijken qua methodiek op die van het CPB. Het voornaamste verschil in de raming voor de periode 2008–2011 was de referentieperiode. Het ministerie van VWS hanteert daarvoor een kortere referentieperiode. De belangrijkste reden hiervoor was dat bij een langere referentieperiode de jaarlijkse groei meetelt uit een periode die een heel andere bekostigings- en financieringssysteem kent. Een lange referentieperiode leidt ertoe dat groeispurts in de zorguitgaven een afgevlakt effect hebben. De kortere referentieperiode van het ministerie leidde dus tot hogere groeicijfers dan die van de CPB-raming. Inmiddels is het CPB bij de meest recente ramingen ook overgegaan naar de referentieperiode 2001–2008. Voor de periode 2008–2011 raamde VWS een jaarlijkse volumegroei van 3,9% (bij ongewijzigd beleid).

Voor de periode 2011–2015 raamt het Ministerie van VWS een volumegroei van 4,5%. Inclusief een prijsontwikkeling van 2,5% komt dat neer op een totale jaarlijkse waardeverhoging van 7%. Het CPB komt uit op 6%, inclusief inflatie. Volgens de Minister van VWS wordt het verschil voornamelijk veroorzaakt doordat het CPB een reële raming maakt door de nominale uitgavengroei te corrigeren voor inflatie (de prijsontwikkeling van het BBP). Het ministerie daarentegen maakt een volumeraming door de nominale uitgavengroei te corrigeren voor de loon- en prijsontwikkeling in de zorg.

Volgens de raming van het ministerie ontstaat er dus een tekort als de raming van het CPB leidend is bij het vaststellen van het BKZ (wat het

geval is). Dit tekort noemt men de macroschaarste. Voor de periode 2005–2008 werd de macroschaarste becijferd op € 2,1 miljard en voor de periode 2008–2011 op € 2,5 miljard. De macroschaarste wordt meestal uitgedrukt als het percentage dat de door CPB geraamde groei uitmaakt van de door het ministerie geraamde groei (zie figuur 7). Voor de periode 2005–2008 was dit 79% en voor de periode 2008–2011 78%. De omvang van de macroschaarste is dus vrij constant.

Figuur 7 Macroschaarste



Het Ministerie van VWS staat vervolgens voor de taak om de eigen raming in overeenstemming te brengen met de CPB-raming. Dit is nodig, omdat het ministerie een raming op deelsectoren van de zorg nodig heeft. De CPB-raming is niet alleen leidend voor de collectieve zorguitgaven, maar daarbinnen ook voor de verdeling tussen uitgaven, bekostigd uit respectievelijk de Zvw, de AWBZ en de begroting. Binnen die drie budgetsectoren mag het ministerie zelf het geraamde geld verdelen. Daarbij is dan weer de raming van het ministerie leidend. De volumegroei volgens raming van het ministerie wordt gesplitst in een demografisch deel en een deel «overige» volumegroei. Het demografische deel wordt volledig aan iedere sector toegekend. Het resterende deel «overige» volumegroei wordt naar rato van de eigen raming verdeeld over de sectoren. De macroschaarste per sector is gemiddeld 78% en varieert van 70% tot 88%¹² (uitgezonderd de Wmo, die op grond van afspraken met de gemeenten 100% van de geraamde groei krijgt toegewezen). Na afloop van dit proces is er een raming per sector die zoveel mogelijk in overeenstemming is met zowel de CPB-raming als de oorspronkelijke raming van het ministerie. Het komt er op neer dat de minister van VWS in recente kabinetsperiodes telkens verantwoordelijkheid neemt voor een budgettair kader dat ruim € 2 miljard lager is dan het ministerie oorspronkelijk nodig achtte.

Tijdens de formatie van 2010 heeft het Ministerie van VWS op ambtelijk niveau een brief verzonden aan het Ministerie van Financiën. Hierin wijst het op deze problematiek, met het verzoek deze kwestie onder de aandacht te brengen van de onderhandelaars aan de formatietafel. Het is ons niet bekend of aan dit verzoek voldaan is.

¹² De macroschaarste wordt door VWS uitgedrukt als het percentage van de oorspronkelijk berekende groei dat wél besteed kan worden. Vanwege het woord schaarste lijkt het logischer om het percentage te noemen dat niet besteed kan worden. De betreffende percentages zouden dan respectievelijk 22%, 30% en 12% zijn.

5.3.3 Uitkomsten van ramingen en realisaties

In deze paragraaf vergelijken we de ramingen van het CPB en het Ministerie van VWS met de gerealiseerde zorguitgaven en met het BKZ (zie onderstaande tabel).

Tabel 4 Ramingsuitkomsten en realisatie BKZ (in % groei)

Jaartal	Raming VWS	Raming CPB	Realisatie bruto-BKZ
2003		5,9	7,5
2004		5,9	2,9
2005		5,9	3,6
2006	6,3	5,9	4,3
2007	6,3	5,5	4,9
2008	6,4	5,5	8,9
2009	6,4	5,5	6,8
2010	6,4	5,5	4,0

De ramingen zijn in procenten (jaarlijkse groei) en hebben betrekking op de brutorealisatie. De ramingscijfers hebben we van het ministerie ontvangen. Bij de volumepercentages uit de ramingen van het Ministerie van VWS van 2006 t/m 2010 hebben we steeds 2,5% opgeteld voor prijsinvloeden (dus bijvoorbeeld 2006: 3,8% volumegroei + 2,5% = 6,3%). De jaren 2002 t/m 2005 in deze kolom «Raming VWS» zijn leeggelaten. Er was wel een globale raming van het ministerie, maar deze is niet vergelijkbaar met de andere cijfers in deze tabel (VWS en Financiën, 2003).

De CPB-cijfers zijn afkomstig uit de MLT's. Uitzondering is het percentage van 2007, dat net tussen twee periodes valt. In de Macro Economische Verkenningen 2007 (uit 2006) raamt het CPB een volumegroei van 3%. Prijsontwikkelingen worden daar niet gegeven. Naar analogie van de kolom «Raming VWS» hebben we 2,5% voor prijsinvloeden opgeteld bij deze 3%. Daarmee is dit cijfer ook in lijn met de daarop volgende jaren 2008–2010.

3.4 Slotbeschouwing

De minister van VWS heeft de verantwoordelijkheid om de uitgaven die onder het BKZ vallen te beheersen, maar heeft weinig middelen om dat te doen. Er is een spanningsveld tussen het feit dat de minister het geleverde volume van zorg niet kan controleren en het principe van een budgettair kader. Het rechtstreeks beheersen van de uitgaven is dus niet mogelijk binnen het huidige verzekeringsstelsel. Wel kunnen de uitgaven tot op zekere hoogte worden gestuurd. Daarbij is het van belang om de autonome groei van de zorguitgaven goed te kunnen ramen. Dit blijkt echter bijna net zo moeilijk te zijn als het beheersen van die uitgaven.

Vraagsturing ligt in dit stelsel primair in handen van de verzekeraars. De overheid kan alleen de spelregels maken en bewaken. Marktwerking leidt echter niet per definitie tot uitgavenbeheersing. Een goed werkende markt leidt tot een zo laag mogelijke prijs per eenheid van gegeven kwaliteit. Het is echter niet gezegd dat deze kwaliteit gelijk blijft. Bovendien kan een betere marktwerking leiden tot meer volume en dus tot hogere uitgaven.

4 COMPENSERENDE MAATREGELEN

In deel I van dit rapport lieten we zien dat de minister van VWS compenserende maatregelen moet treffen bij een overschrijding van het Budgettair Kader Zorg. Deze overschrijdingen zijn een gevolg van de tegenvallers binnen de afzonderlijke deelsectoren, die doorgaans groter zijn dan de meevallers. In dit hoofdstuk gaan we in op de achterliggende oorzaken en de effectiviteit van de compenserende maatregelen.

In § 4.1 beschrijven we de mee- en tegenvallers die zich het afgelopen decennium hebben voorgedaan in de curatieve en langdurige zorg. Daarnaast besteden we aandacht aan een bijzonder soort tegenvaller: de besparingsverliezen. In § 4.2 gaan we in op de drie belangrijkste maatregelen die de minister heeft genomen om tegenvallers te compenseren. Daar komen de tariefmaatregel, eigen betalingen en pakketmaatregelen aan de orde. We besluiten het hoofdstuk met een korte beschouwing.

4.1 Mee- en tegenvallers

De minister van VWS meldt jaarlijks tegenvallers. Op basis van de jaarverslagen en begrotingstoelichtingen hebben wij de mee- en tegenvallers binnen de deelsectoren geïnventariseerd. Naast de mee- en tegenvallers zijn er ook meer technische oorzaken voor afwijkingen van het BKZ. Dit zijn loon- en prijsbijstellingen, ijklijnmutaties¹³ en financieringsschuiven.¹⁴ Dit hebben we niet nader onderzocht.

4.1.1 Curatieve zorg

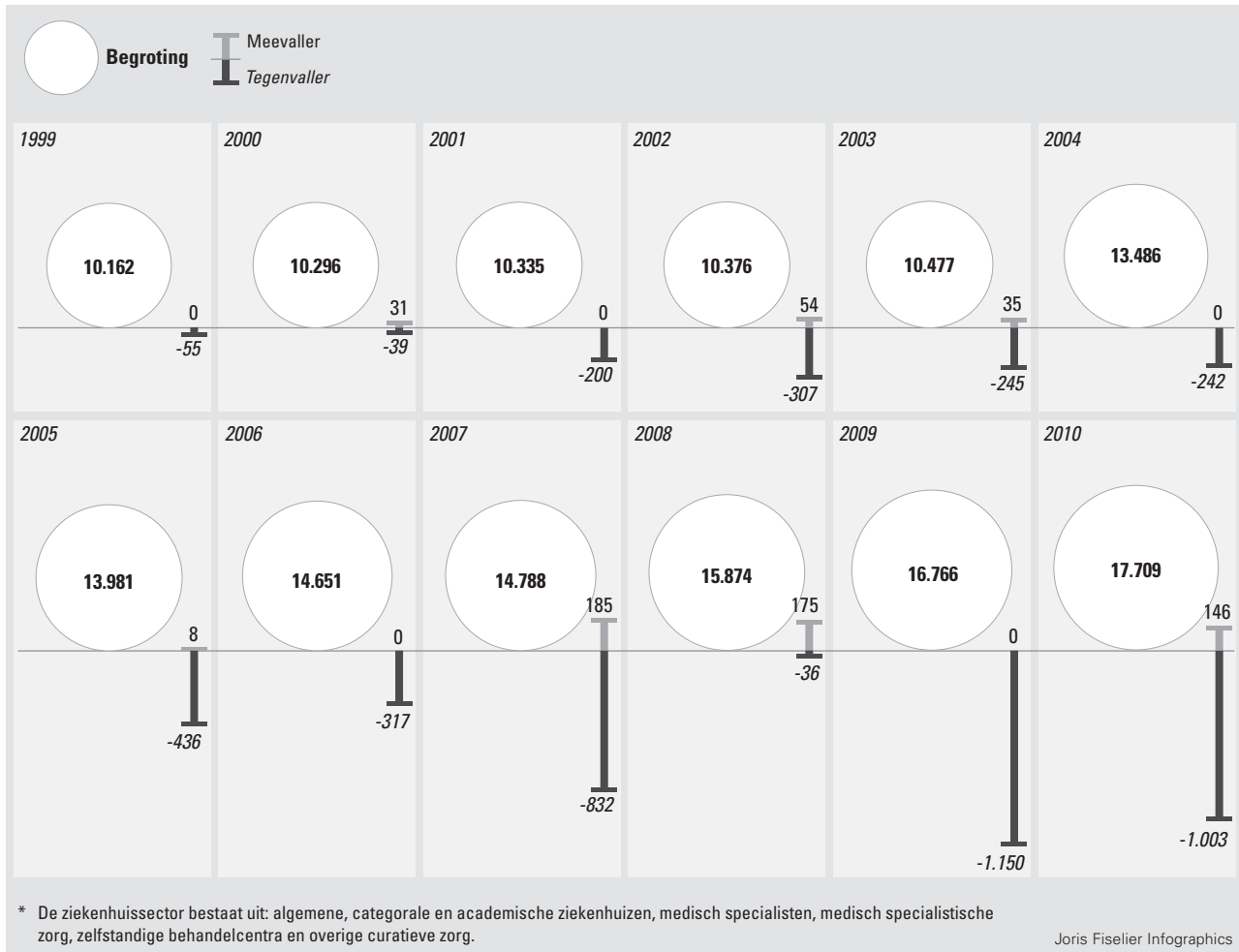
Zo'n 30% van het BKZ komt terecht bij de ziekenhuizen en medisch specialisten (VWS, 2011a). De uitgaven aan deze sector hebben daarom een grote invloed op het beeld van de totale gezondheidszorg. Als we kijken naar de mee- en tegenvallers in deze sector, dan valt op dat er ieder jaar tegenvallers zijn en dat de omvang van de tegenvallers toeneemt. Tot 2006 waren er geen tegenvallers groter dan 3% van de begroting, terwijl dit vanaf 2007 omslaat in tegenvallers van meer dan 5% van de begroting. Hoewel de percentages gering lijken, gaat het in absolute aantallen om grote bedragen, in 2009 gaat het om € 1 150 miljoen en in 2010 om € 1 003 miljoen. Daar komt bij dat de tegenvallers die in een bepaald jaar gemeld worden, regelmatig in eerdere jaren veroorzaakt zijn. Zo worden er voor medisch specialisten in 2009 overschrijdingen gemeld die zich in de periode 2007–2008 hebben voorgedaan. In figuur 8 op pagina 55 zijn dergelijke tegenvallers meegenomen in het jaar dat ze gemeld zijn en niet in het jaar dat ze veroorzaakt zijn.

De verklaringen voor de mee- en tegenvallers geven over het algemeen weinig zicht op de achterliggende oorzaken. Zo treden er overschrijdingen op vanwege hogere productieafspraken dan verwacht (2000), gereali-seerde capaciteitsuitbreidingen van het voorgaande jaar (2001), ramingen die niet aangepast zijn aan de realisaties uit het verleden (2001), hogere volumeontwikkelingen (2004 en 2006), prijsontwikkelingen (2005), toename (van de productie) van zelfstandige behandelcentra (2009), honoraria van medisch specialisten (2007 en 2008) en besparingsverliezen (2008). Er is dan ook regelmatig extra onderzoek nodig om deze oorzaken te achterhalen. Het onderzoek naar de overschrijdingen bij de medisch specialisten is daar een recent voorbeeld van.

¹³ Het betreft het saldo van diverse mutaties tussen het BKZ en de andere uitgavenkaders: de Rijksbegroting in *enge* zin en de Sociale Zekerheid en het Arbeidsmarktbeleid.

¹⁴ Er is sprake van een zeker tijdsverloop tussen het moment dat de NZa de productieafspraken van partijen ontvangt en de verwerking daarvan in de budgetten en de bevoorschotting van instellingen. Hierdoor is het gebruikelijk dat de financiering binnen een jaargrens afwijkt van de uitgaven (budgetten) in dat jaar. Zo ontstaan zogeheten financieringsachterstanden of -voorsprongen.

Figuur 8 Mee- en tegenvallers in de ziekenhuissector* (in miljoenen euro)



De huisartsenzorg levert een vergelijkbaar beeld op. Ook hier is de omvang van de tegenvallers in de periode 2006–2008 toegenomen en was extra onderzoek nodig om de achterliggende oorzaak te achterhalen en de juiste maatregelen te treffen.

Na de ziekenhuizen en medische specialisten vormen de uitgaven aan extramuraal geneesmiddelengebruik¹⁵ een andere grote post binnen de curatieve zorg. De farmaceutische hulp laat tot 2004 jaarlijks (flinke) tegenvallers zien. Deze tegenvallers worden bijna allemaal verklaard door zogenoemde besparingsverliezen (zie § 4.1.3). Na 2005 worden er jaarlijks meevallers gemeld en nog maar een enkele keer een tegenvaller. Het Ministerie van VWS geeft hiervoor nauwelijks inhoudelijke verklaringen in het jaarverslag of de begrotingstoelichting.

De andere sectoren in de curatieve zorg maken over het algemeen een minder groot deel uit van de begroting van het ministerie. Het beeld dat deze sectoren laten zien verschilt. Zo laat de paramedische hulp tot 2003 vooral meevallers zien, waarna dit omslaat naar (forse) tegenvallers. Het beeld bij verloskundige en kraamzorg is juist omgekeerd.

Ook de bijbehorende verklaringen wisselen erg. Naast verklaringen die weinig tot geen inzicht bieden, zoals een stijging van de uitgaven of de doorwerking van extra uitgaven uit het voorgaande jaar, zijn er ook

¹⁵ Dit zijn via apotheken en apotheehoudende huisartsen verstrekte middelen en niet om de kosten van toegediende medicijnen tijdens een ziekenhuisverblijf»

verklaringen die dat inzicht wel geven. Bijvoorbeeld de afname van het aantal geboorten als verklaring voor meevallers bij verloskundige zorg en kraamzorg of toename van het aantal patiënten bij ergotherapie als gevolg van de directe toegang als verklaring voor een tegenvaller.

4.1.2 Langdurige zorg

In de langdurige zorg worden eveneens jaarlijks tegenvallers gemeld (zie figuur 9 op pagina 57). Er zijn ook meevallers, maar deze zijn veel minder omvangrijk. De tegenvallers laten vanaf 2001 een flinke toename zien. Dit heeft te maken met de invoering van het «boter bij de vis»-principe, waarna zowel de productie als de kosten van de AWBZ-verstrekkingen sterk zijn gestegen. Diverse keren per jaar moest de raming naar boven worden bijgesteld, zijn extra middelen beschikbaar gesteld en waren er jaren later nog tegenvallers uit voorgaande jaren. Zo worden er in 2007 bijvoorbeeld nog tegenvallers gemeld als gevolg van afrekeningen van voorgaande jaren (2003–2005).

In 2004 treedt er een kentering op in de tegenvallers in de langdurige zorg. In april blijkt de totaal gecontracteerde omzet in de AWBZ voor 2004 reeds volledig te zijn opgesoupeerd (VWS, 2004a). De staatssecretaris schrijft verontrust te zijn over berichten die ze ontvangt over de aard van de gecontracteerde zorg. «Die berichten hebben betrekking op verschuivingen naar duurdere functies (bijvoorbeeld huishoudelijke zorg naar persoonlijke verzorging) en op de explosieve stijging met soms honderden procenten van de functies met de nodige interpretatieruimte zoals ondersteunende en activerende begeleiding en het leveren van advies, instructie en voorlichting» (VWS, 2004a). De functionele pakketomschrijving in de AWBZ lijkt een verschuiving naar indicaties voor zwaardere (en duurdere) zorgfuncties veroorzaakt te hebben. Aangezien de tarieven voor «persoonlijke verzorging» circa 30% hoger liggen dan die voor «huishoudelijke verzorging», heeft deze indicatieverschuiving forse budgettaire consequenties.

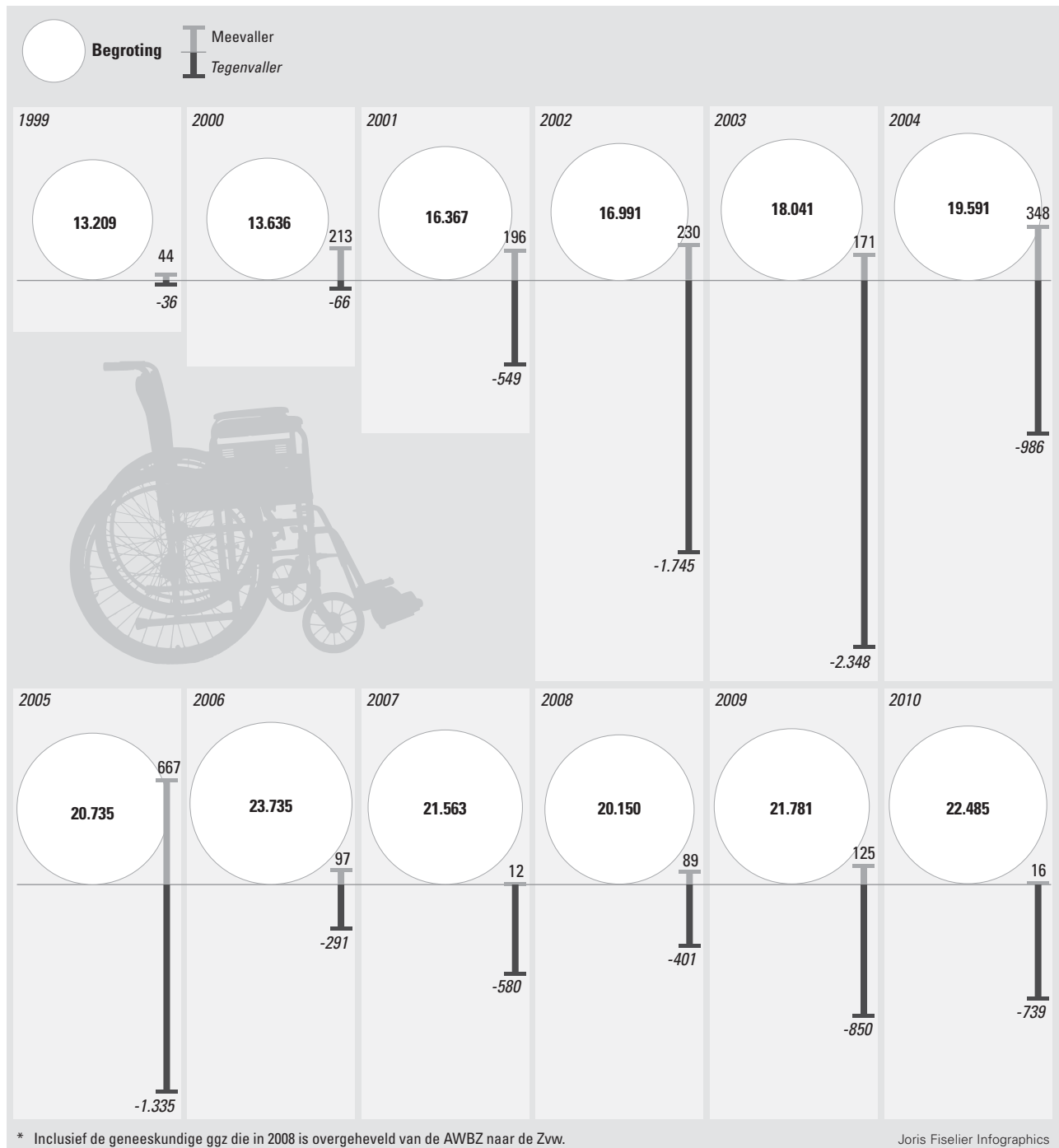
De laatste jaren worden er tegenvallers gemeld waarvoor het ministerie van VWS geen duidelijke oorzaak noemt in haar jaarverslagen of de begrotingstoelichtingen. Zo worden er extra gerealiseerde productie (2005), de bijstelling van budgetten (2006) en hogere uitgaven bij de zorg in natura door AWBZ-instellingen (2009 en 2010) genoemd. Dergelijke verklaringen geven geen zicht op de achterliggende oorzaken van de overschrijding. Bij de verklaringen worden nauwelijks specifieke sectoren meer genoemd, waardoor het onduidelijk is of een tegenvaller zich voordoet in de gehandicaptenzorg, ouderenzorg of geestelijke gezondheidszorg.

Voor de geneeskundige ggz worden vanaf 2008 tegenvallers gemeld. De geneeskundige ggz wordt sinds 1 januari 2008 niet langer via de AWBZ gefinancierd maar via de Zvw en behoort daarmee strikt genomen niet meer tot de langdurige zorg. Omwille van de vergelijkbaarheid in de tijd nemen we de geneeskundige ggz echter mee bij de langdurige zorg. Volgens het Ministerie van VWS doet de stijging in de uitgaven van 2009 zich vooral voor bij de tweedelijnsinstellingen in de geneeskundige ggz. Het betreft voornamelijk een structurele doorwerking van de overschrijding in 2008.

Relatief gezien is er vooral een flinke toename in de uitgaven voor verslavingszorg en jeugd-ggz. Daarnaast is er sprake van een toename van de uitgaven voor eerstelijns psychologische zorg (VWS, 2010a). Een

duidelijke verklaring voor de achterliggende oorzaken wordt niet gegeven. Uit een rapportage van het CVZ blijkt alleen dat de ggz-uitgaven in de Zvw in 2008 met € 1 miljard zijn toegenomen tot € 3,8 miljard, een stijging van ruim 35% ten opzichte van 2007 (CVZ, z.d.).

Figuur 9 Mee- en tegenvallers in de AWBZ (in miljoenen euro)



4.1.3 Besparingsverliezen

Een bijzondere tegenvaller die regelmatig optreedt, is het zogenoemde besparingsverlies. Dit zijn verliezen indien een maatregel – ter compensatie van tegenvallers – minder oplevert dan beoogd. Achter besparingsverliezen gaan verschillende oorzaken schuil. Zo zijn er pakketverkleiningen die minder opleveren, omdat er een verschuiving naar andere behandelingen of een toename van het gebruik van uitzonderingsmogelijkheden optreedt. Andere maatregelen leveren minder op, omdat ze niet tijdig of in afgezwakte vorm worden doorgevoerd. Er zijn ook besparingsverliezen gemeld, waarbij alleen is aangegeven dat de maatregel niet de beoogde besparing heeft opgeleverd. Achterliggende oorzaken worden dan niet genoemd.

4.2 Compenserende maatregelen

Tegenvallers moeten in principe gecompenseerd worden. Als er geen meevallers tegenover staan, moet de minister van VWS maatregelen treffen. De minister heeft hier verschillende formele mogelijkheden: tariefmaatregelen, eigen betalingen en pakketmaatregelen. De maatregelen die het afgelopen decennium zijn genomen om tegenvallers te compenseren zijn op sectorniveau geïnventariseerd. Hieruit blijkt dat de effectiviteit van de genomen maatregelen lang niet altijd duidelijk is en meestal niet wordt onderzocht. Naast de formele mogelijkheden kan de minister ook afspraken maken of convenanten afsluiten.

4.2.1 Tariefmaatregelen

Een tariefmaatregel is een kortingsmaatregel die op grond van macrobudgettaire overwegingen getroffen kan worden. Met de introductie van nieuwe wetgeving in 2006 is het echter minder duidelijk of de maatregel nog toegepast kan worden in de gedereguleerde sectoren. Het meest complex is de situatie in de ziekenhuissector, die slechts ten dele gedereguleerd is. Het Ministerie van VWS maakt in de begroting van het ziekenhuisbudget geen verschil tussen het gereguleerde en niet gereguleerde deel (het A- en B-segment). De vraag of in reactie op een overschrijding van het BKZ een tariefmaatregel opgelegd kan worden aan de ziekenhuizen, ligt op het moment van schrijven van dit rapport bij de Hoge Raad.

Als we kijken naar het afgelopen decennium dan is de tariefmaatregel – onder verschillende namen en berekeningswijzen – vooral toegepast bij de ziekenhuizen. In 2000 is een structurele volumekorting opgelegd om overschrijdingen binnen het kader 1998 te redresseren. In 2003 wordt een efficiencykorting toegepast om de sterke productiegroei af te romen¹⁶ In 2007 wordt een makroorting opgelegd vanwege tegenvallers in de volumeontwikkeling in 2006. In 2007 volgt er een structurele korting vanwege dreigende overschrijdingen in dat jaar. In 2008 kondigt de minister voor de ziekenhuizen een (oplopende) taakstellende efficiencybesparing aan. En in 2011 wordt wederom een structurele makroorting aangekondigd om de overschrijdingen te compenseren.

Op geaggregeerd niveau kan het Ministerie van VWS zien dat de kortingen zijn doorgevoerd. De NZa levert hierover periodiek gegevens aan. Aangegeven is dat tegenover het realiseren van kortingen ontwikkelingen kunnen staan die weer tot een toename van zorguitgaven leiden.

¹⁶ In 2005 blijkt na een uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) dat deze korting voor de tweede helft van het jaar in strijd is geweest met de wet, dan wel met enig beginsel van behoorlijk bestuur. De incidentele korting uit 2003 wordt teruggedraaid en wordt voor de helft in 2006 ingevoerd.

«Met andere woorden hoewel een korting in de budgetten is verwerkt wil dat niet per definitie zeggen dat de uitgaven ook daadwerkelijk met die korting verminderd zijn. Dat hangt af van andere ontwikkelingen».¹⁷ Evaluaties of onderzoek naar de effectiviteit van de tariefmaatregelen zijn niet uitgevoerd. Deskundigen geven wel aan dat de toepassing van deze maatregel in het huidige systeem nadelige effecten kent, onder andere vanwege afwenteling (Groot & Maasen van Den Brink, 2010; Schut, e.a., 2010). Wij hebben hier verder geen onderzoek naar gedaan.

Voor de AWBZ-sector wordt in 2008 – onder de noemer efficiencykorting (taakstelling best practices) – voor het eerst een tariefmaatregel aangekondigd. De invoering van de maatregel wordt echter uitgesteld tot 2010. In 2011 krijgt de AWBZ-sector wederom een korting op de contracteer-ruimte opgelegd om de extra uitgaven te compenseren.

Tabel 5 Tariefmaatregelen (inclusief niet indexeren)

	Jaren dat maatregel is toegepast
Instellingen	
Ziekenhuizen	2000, 2003 (2006), 2007, 2008, 2011
AWBZ-sector	2010, 2011
Geneeskundige ggz	2010
Vrije beroepsbeoefenaren	
Huisartsen	2007, 2008, 2009, 2010
Medisch specialisten	2009, 2010, 2011
Vrije beroepsbeoefenaren	2009, 2010
Apothekers	2003, 2008
pgb's	2011

Naast zorginstellingen worden tariefmaatregelen ook opgelegd aan vrije beroepsbeoefenaren. Dit kan verschillend worden vormgegeven. Het kan gaan om een kortingspercentage, zoals toegepast bij de apothekers, maar ook om het niet indexeren van tarieven waar alle vrije beroepsbeoefenaren mee te maken hebben (gekregen).

4.2.2 Eigen betalingen

Om tegenvallers te compenseren kan de minister ook eigen betalingen invoeren of verhogen. Dit betekent een verschuiving van collectief naar privaat gefinancierde zorg en kan als zodanig bijdragen aan de handhaving van het BKZ. De totale zorguitgaven veranderen niet substantieel, wel nemen de collectieve zorguitgaven af.

Als we kijken naar het afgelopen decennium, dan is de maatregel vooral genomen in de langdurige zorg. Zo zijn in 2001 ideeën geopperd om de grondslag voor de intramurale AWBZ-zorg aan te passen. De ingreep was echter zo omvangrijk, dat de maatregel uiteindelijk pas sinds 2008 voor alle bewoners van een AWBZ-instelling geldt. In 2004 zijn de eigen bijdragen in de AWBZ voor de intra- en de extramurale zorg verhoogd. Deze verhoging heeft tot € 180 miljoen hogere ontvangsten geleid. Desondanks waren de *totale* opbrengsten aan eigen bijdragen in 2004 lager dan geraamd (VWS, 2005b).

Sectorspecifiek wordt in de ggz vanaf oktober 2004 de eigen bijdrage voor psychotherapie verhoogd ter compensatie van tegenvallers (en versoepeling van de pakketmaatregel). Per 1 januari 2009 is besloten de eigen bijdrage voor psychotherapie te laten vervallen. Het effect van «eigen bijdrage»-maatregelen in de AWBZ-zorg is niet geëvalueerd.

¹⁷ Schriftelijke reactie VWS van 10 mei 2011 op vragen van de Algemene Rekenkamer.

In de curatieve zorg wordt per 1 januari 2005 de no-claimregeling ingevoerd. Met deze regeling krijgt iedere verzekerde van 18 jaar en ouder geld terug van zijn zorgverzekeraar als de zorgkosten onder een bepaald drempelbedrag blijven. Per 1 januari 2008 is deze maatregel vervangen door een eigen risico.¹⁸ Hoewel beide regelingen voor eigen betalingen hetzelfde beogen, zijn de inning en hoogte van de eigen betaling veranderd. Uit een recente evaluatie van het verplichte eigen risico blijkt dat de maatregel een remmende werking heeft op het zorggebruik van 17- en 18-jarigen (Ecorys, 2011).

Sectorspecifiek is in 2004 in de geneesmiddelensector nog geprobeerd de «medicijnknaak» te introduceren. Deze maatregel voorzag in een eigen bijdrage van de patiënt van € 1,50 per afgeleverd geneesmiddel. Naar aanleiding van de Algemene Beschouwingen 2004 is besloten deze maatregel niet door te zetten.

4.2.3 Pakketmaatregel

De laatste mogelijkheid die de minister van VWS heeft om tegenvallers te compenseren is de pakketmaatregel. Met deze maatregel kan de zorg worden ingeperkt die vergoed wordt via het basispakket. Pakketmaatregelen worden bijna jaarlijks door de minister van VWS aangekondigd, maar worden vaak – al dan niet onder politieke en/of maatschappelijke druk – afgezwakt of teruggedraaid (en soms weer ingevoerd).

Tabel 6 Pakketmaatregelen in 2004

	Afgezwakt	Teruggedraaid	Financiële opbrengst
Fysio- en oefentherapie	2004		–
Psychotherapie boven 30 behandelingen	2004		–
Eerste IVF-behandeling en bijbehorende medicatie		2007	+
Zelfzorggeneesmiddelen eerste jaar	2005		–
Zittend ziekenvervoer	2004		–
Tandarts vanaf 18 jaar (uitgezonderd bijzondere tandheekkunde)		2008	–
Anticonceptie vanaf 21 jaar		2008	+

+ = financiële opbrengst volgens raming;

– = financiële opbrengst minder dan geraamd.

Bron: VWS, 2005a en 2007b.

Als we bijvoorbeeld kijken naar de zeven pakketmaatregelen die in 2004 zijn getroffen dan is geen enkele maatregel volledig en consequent doorgevoerd. Daarnaast stemt ook de financiële opbrengst slechts in twee van de zeven gevallen overeen met de geraamde opbrengst. Zo zijn behandelingen voor kinderen en chronische aandoeningen vanaf de 10^e zitting uitzonderingen op de pakketmaatregel fysio- en oefentherapie. De opbrengst valt tegen omdat er een toename zou zijn van het aantal behandelingen dat wel vergoed wordt (chronische lijst).

Ook het maximaal aantal te vergoeden behandelingen psychotherapie wordt versoepeld voor een aantal doelgroepen. In de evaluatie van de maatregel wordt gesteld dat de theoretische besparing € 30 miljoen is en de observeerbare besparing € 23 miljoen, terwijl in de ontwerpbegroting van € 70 miljoen was uitgegaan (Boer & Croon, 2006).

Ook de andere pakketmaatregelen zijn niet volledig en/of consequent doorgevoerd:

- Het schrappen van de eerste IVF-behandeling. Dit levert wel de geraamde opbrengst op, maar wordt in 2007 weer teruggedraaid.
- Het onder voorwaarden¹⁹ weer onderbrengen in het pakket van een aantal zelfzorggeneesmiddelen in 2005.

¹⁸ Het eigen risico geldt niet voor huisarts, ketenzorg (multidisciplinaire zorgverlening chronisch zieken), verloskundige zorg, kraamzorg en nacontroles van levende donoren na een in de polisvoorwaarden opgenomen periode. Het eigen risico geldt wel voor alle andere zorgvormen uit de basisverzekering (Zvv).

¹⁹ Geen vergoeding bij gebruik van minder dan zes maanden.

- Het zittend ziekenvervoer wordt niet voor iedereen uit het pakket gehaald.
- Het schrappen van de tandarts en de anticonceptiemiddelen uit het basispakket is na invoering in 2004 teruggedraaid en in 2011 opnieuw ingevoerd.

De pakketmaatregelen in de andere jaren laten op enkele uitzonderingen na een vergelijkbaar beeld zien.

4.3 Slotbeschouwing

De minister van VWS meldt jaarlijks tegenvallers. Vaak gaat het om tegenvallers die zich in eerdere jaren hebben voorgedaan. De compensatiemaatregelen – die ook enige voorbereidingstijd vergen – hebben dus over het algemeen betrekking op latere jaren dan het jaar waarin de tegenvaller zich voordoet. Doordat de oorzaak van de te compenseren overschrijding lang niet altijd bekend is, is het moeilijk om maatregelen te vinden die tot adequate en structurele oplossingen leiden. Dit wordt onderstreept door de besparingsverliezen die we in ons onderzoek zijn tegengekomen.

De (bij)werking van de genomen maatregelen is lang niet altijd duidelijk en wordt meestal niet onderzocht. Dit klemt in het bijzonder bij tariefmaatregelen, zoals macrokortingen en efficiencykortingen. Diverse deskundigen zijn van oordeel dat de opbrengst van deze maatregel twijfelachtig is. Het Ministerie van VWS deelt dit oordeel niet, maar kon ons hiervoor geen onderbouwing verschaffen.

5 INFORMATIEVOORZIENING

Voor een goede uitgavenbeheersing in de zorg heeft de minister van VWS actuele en betrouwbare gegevens nodig over de lopende en afgesloten uitgaven. Anders verwordt uitgavenbeheersing tot het sturen van een auto met de ogen dicht. Daarnaast heeft de Tweede Kamer informatie – van de minister van VWS – nodig om haar controletaak uit te voeren.

In deel I van dit rapport constateren we dat er veel mankeert aan de actualiteit en duidelijkheid van de informatievoorziening. In dit hoofdstuk gaan we hierop nader in. In § 5.1 bespreken we de actualiteit van de macrogegevens. In § 5.2 gaan we in op de informatievoorziening aan de Tweede Kamer en de onduidelijkheden daarbij. Daarna komen in § 5.3 de voorgenomen verbeteringen aan de orde. We besluiten het hoofdstuk met een beschouwing van het geheel.

5.1 Actualiteit van de macrogegevens

In deze paragraaf gaan we in op een aantal belangrijke informatiebronnen over de inkomsten en uitgaven in de zorg. We behandelen achtereenvolgens de informatie over de zorguitgaven, de informatie over de heffingen via de Belastingdienst en de verbeterplannen van de minister.

5.1.1 Informatie over de zorguitgaven

De definitieve omvang van de uitgaven aan de curatieve zorg (zorglasten) en langdurige zorg (zorgaanspraken) over een bepaald jaar zijn lange tijd onzeker of onduidelijk.

Zorglasten in de curatieve zorg

De zorglasten van de zorgverzekeraars vormen het belangrijkste bestanddeel van de uitgaven aan de curatieve zorg. De zorglasten worden door het CVZ vastgesteld in het kader van het proces van verevening van kosten tussen verzekeraars. De zorglasten zorgverzekeraars in het Financieel Jaarverslag Fondsen 2009 (€ 18 467,8) zijn opgebouwd uit de:

- eerste voorlopige vaststelling 2009 (€ 18 821,1 mln.);
- tweede voorlopige vaststelling 2007 van (– € 370,0 mln.);
- definitieve vaststelling van de zorglasten 2006 (– € 11,0 mln.);
- opbrengstverrekening ziekenhuizen en ggz-instellingen voor 2008 (€ 27,2 mln.).

De aanlevering van de definitieve gegevens voor enig zorgjaar vindt pas in het derde jaar na afloop van het zorgjaar plaats (CVZ, 2010). De omvang van de latere correcties is niet in te schatten. Het gevolg hiervan is dat mee- en tegenvallers consequenties hebben voor de gerapporteerde gegevens in drie daarop volgende jaren.

Zorgaanspraken bij CAK

Het Centraal Administratie Kantoor betaalt de zorgaanbieders voor de gecontracteerde zorg op basis van hun zorgaanspraken. Het CVZ neemt in zijn administratie de gegevens over van de maandelijkse afrekeningen en de jaarverantwoording van het CAK. De omvang van de gecontracteerde zorg is onderworpen aan goedkeuring door de NZa. De NZa toetst die financiële omvang aan de regionale contracteerruimte die het ministerie van VWS oplegt aan de hand van het budgettaire kader. Dit kan leiden tot aanpassingen in de tariefbeschikkingen.

Het CVZ heeft geen informatie over verwachte aanpassingen in de tariefbeschikkingen over 2009 en eerdere jaren (bijvoorbeeld vanwege de nacalculatie door de NZa bij zorginstellingen). Daardoor kan het CVZ niet beoordelen in hoeverre gewijzigde tariefsbeschikkingen nog moeten leiden tot (aanvullende) betalingsopdrachten en/of verrekeningen door het CAK (CVZ, 2010). Het is daarom niet bekend in welke mate het totaalbedrag van de zorgaanspraken uit het Financieel Jaarverslag Fondsen verrekeningen met oudere jaren bevat. Het is evenmin bekend wat de omvang zal zijn van verrekeningen over 2009 die in latere jaren toegepast worden.

Uitgaven per (deel)sector

Niet alleen de totaalgegevens, maar ook de uitgaven per (deel)sector zijn dikwijls niet actueel, ten dele om dezelfde redenen als hierboven vermeld. Daardoor worden concrete mee- en tegenvallers op het niveau van (deel)sectoren dikwijls pas laat bekend. In de ziekenhuissector gaat het hierbij om zeer grote bedragen (zie § 4.1.1). Regelmatig is er ook nog een doorwerking van tegenvallers naar volgende jaren, wat de raming doorkruist van benodigde middelen voor deze jaren.

5.1.2 Informatie over de inkomsten van de Belastingdienst

De Belastingdienst int de AWBZ-premie voor de langdurige zorg en de inkomensafhankelijke bijdrage voor de curatieve zorg. Voor beide heffingen geldt dat de definitieve omvang pas twee tot vier jaar later vastgesteld wordt en tussentijds erg onzeker is.

De Belastingdienst int de premie voor de AWBZ met de overige premies voor volksverzekeringen en de loon- en inkomstenbelasting. De geïnde heffingen worden verdeeld tussen het Rijk en de volksverzekeringen AWBZ, AOW en ANW. Het Ministerie van Financiën stelt hiervoor – aan de hand van prognoses – verdeelsleutels vast, omdat de daadwerkelijk geïnde heffingen pas later bekend zijn. Op basis van deze daadwerkelijk geïnde heffingen volgen nabetalings tussen het Rijk, het AFBZ en de AOW- en ANW-fondsen. Deze afrekeningen vinden bij de loonheffing twee jaar na afloop van het belastingjaar plaats en bij de inkomstenheffing na vier jaar.

In 2009 heeft het Ministerie van Financiën de verdeelsleutel voor de Inkomstenbelasting/Premies Volksverzekeringen (IB/PVV) over 2006 definitief vastgesteld. Dit leidt tot verrekening van € 1 021,6 miljoen ten laste van het AFBZ. In 2010 is een herberekening gemaakt van de verdeelsleutel voor de loonheffing 2007. Dit leverde € 50,2 miljoen op voor het AFBZ (zie tabel 7).

Tabel 7 geeft de opbouw van de in 2009 verantwoorde premieopbrengst weer.

Tabel 7 Premie AWBZ via Belastingdienst in 2009

	Bedrag in € mln
Premie AWBZ 2009	€ 14 526,6
Afrekening IB/PVV 2006	– € 1 021,6
Afrekening LB/PVV 2007	€ 50,2
Premie AWBZ via Belastingdienst	€ 13 555,2

Bron: CVZ, 2010.

Het CVZ geeft aan dat het niet goed mogelijk is de omvang van deze nabetalingen te ramen. Dit beeld wordt bevestigd door de bijstellingen die zijn opgenomen in de voorgaande jaarverslagen. Het gevolg hiervan is dat de definitieve omvang van de premie-inkomsten over een zorgjaar pas vier jaar later bekend is.

Inkomensafhankelijke bijdrage curatieve zorg

Voor de inkomensafhankelijke bijdrage voor de curatieve zorg stelt het Ministerie van Financiën na twee jaar de definitieve verdeelsleutel vast van de verdeling tussen de loonbelasting (LB) en de premie volksverzekeringen. In 2009 heeft de Belastingdienst de verdeelseutel voor het belastingjaar 2007 vastgesteld. Dit leidt tot een afrekening van € 3,4 miljoen ten last van het ZvF. De voorlopige vaststelling van de verdeelsleutel 2008 leidt tot een afrekening van € 310,1 miljoen ten laste van het ZvF (CVZ, 2010).

Tabel 8 Bijdragen ingezetenen via Belastingdienst in 2009

	Bedrag in € mln
Bijdragen ingezetenen 2009	16 965,0
Afrekening LB/PVV 2007	– 3,4
Afrekening LB/PVV 2008	– 310,1
Bijdragen ingezetenen via Belastingdienst	16 651,5

Bron: CVZ, 2010.

Het CVZ geeft aan dat de onzekerheid omtrent de definitieve vaststelling van de verdeelsleutels niet te kwantificeren is. Dit beeld wordt bevestigd in de bijstellingen in 2006, 2007 en 2008. De verdeling van de geïnde heffingen tussen het Rijk en de volksverzekeringen heeft tot gevolg dat de omvang van deze baat voor één bepaald zorgjaar pas twee jaar later vaststaat.

5.1.3 Voornemens tot verbetering

De minister van VWS laat blijken de problematiek van actualiteit van gegevens serieus te nemen. Zo geeft de minister aan dat de budgettaire cyclus en de informatievoorziening beter op elkaar aan zou moeten sluiten (VWS, 2010b). «Specifiek ten aanzien van de informatievoorziening betekent dit dat gezocht wordt naar een betere aanwending van en eventueel andere dan de tot nu toe gebruikte informatiebronnen, waaruit geput kan worden om de ontwikkelingen van de zorguitgaven lopende het jaar te monitoren.» In aansluiting hierop heeft de minister in een brief aan de Tweede Kamer op 26 januari 2011 erkend dat de realisatiecijfers vaak lang op zich laten wachten en dat maatregelen tot verbetering nodig zijn (VWS, 2011b). Daarbij denkt zij bijvoorbeeld aan verkorting van de termijn waarbinnen zorgaanbieders declaraties kunnen indienen bij de verzekeraars en verkorting van onderhandelingstermijnen. Verder hebben de minister en staatssecretaris van VWS en de minister van Financiën de ambtelijke Taskforce beheersing zorguitgaven opgericht. Deze taskforce houdt zich allereerst bezig met de informatievoorziening, de hervormingen uit het regeerakkoord en onderwerpen als de beheersbaarheid van de pgb's. Hierover wordt de Tweede Kamer in het najaar van 2011 ingelicht.

5.2 Duidelijkheid van de informatie

De late beschikbaarheid van definitieve cijfers zorgt ervoor dat veel gepubliceerde informatie een voorlopige status heeft. De minister van VWS verstrekt op vier vaste momenten per jaar (gewijzigde) informatie over zorguitgaven en -inkomsten die onder het BKZ vallen: de begroting, tweemaal een wijziging van begrotingsstaten en het jaarverslag. De informatie in het jaarverslag en de begroting is opgenomen in een aparte bijlage, het *Financieel Beeld Zorg*. In deze bijlage geeft de minister een overzicht van de premiegefinancierde uitgaven binnen het BKZ over een reeks van jaren. Dit zijn voor een deel (voorlopige) realisaties en voor een deel begrote bedragen.

Tussentijds wordt in de memorie van toelichting bij «Wijziging van de begrotingsstaten van het ministerie van VWS» (wijzigingen samenhangende met de voor- en najaarsnota) een bijgesteld beeld gegeven van de zorguitgaven binnen het BKZ. Deze bevat informatie over de doorwerking van voorlopige uitgaven uit het voorgaande jaar, mutaties die voortkomen uit het in gang gezette beleid en knelpunten uit het lopende jaar.

Naast het Ministerie van VWS publiceren ook het CVZ en de NZa rapporten over de uitvoering van de AWBZ en de Zvw. Het CVZ brengt voor half december het Financieel Jaarverslag Fondsen over het voorgaande jaar uit. In dit jaarverslag staat een overzicht van de ontwikkeling van de fondsen, de jaarrekeningen van de fondsen en de financiële rechtmatigheid per fonds en per geldstroom. De NZa brengt gedurende het jaar publicaties uit over de rechtmatige uitvoering van de Zvw en de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ.

5.2.1 Veel en wijzigende informatie over de fondsen

De veelheid aan continu wijzigende informatie die de Tweede Kamer ontvangt, kan goed geïllustreerd worden aan de hand van het AFBZ en het ZvF. Als we kijken naar de informatie over deze fondsen in 2008 en 2009, dan zijn er substantiële verschillen in de begrote en gerealiseerde waarden (zie figuren 10 en 11 op pagina 67 en 68). Ook valt het op dat de onzekerheid omtrent inkomsten en uitgaven met de tijd niet afneemt. Voor het ZvF zijn in beide jaren de uitkeringen aan de zorgverzekeraars hoger dan aanvankelijk begroot. Aan de inkomstenkant van het ZvF is de inkomensafhankelijke bijdrage hoger dan begroot in 2008 en lager in 2009. Voor het AFBZ liggen de uitgaven aan zorgaanpakken van het CAK en subsidies in 2009 dicht bij de oorspronkelijke begroting (hoewel het jaarverslag 2010 van het Ministerie van VWS nog een forse stijging vermeldde). Voor zowel 2008 als 2009 wijken de gerealiseerde inkomsten fors af van de begroting. In 2008 waren deze meer dan € 2 miljard hoger dan begroot, in 2009 waren deze meer dan € 1 miljard lager dan begroot.

Een verklaring voor deze schommelingen is de reeds genoemde late beschikbaarheid van definitieve cijfers. Daarnaast is bij het ZvF sprake van een «opbrengstverrekening», waarmee het CVZ de verrekening bedoelt tussen de zorgverzekeraars en de instellingen op basis van over- of onderproductie. Door de invoering van diagnose behandelcombinaties²⁰ in 2005 waren de inkomsten van de ziekenhuizen hoger dan de door de NZa vastgestelde budgetten. De verrekening tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen leidde weer tot een afrekening tussen de zorgverzekeraars en het ZvF. Tot slot zijn nog een aantal andere onzekerheden in de verantwoording van de fondsen over de volledigheid en juistheid van de

²⁰ Een DBC beschrijft een gemiddeld zorgpakket van een patiënt in vier codes. Die codes staan voor de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling (DBC Onderhoud, z.d.).

bedragen. Belangrijke oorzaak hiervan is dat de diverse gegevensaanleverende partijen zich verantwoordden op basis van het kasstelsel in plaats van het baten-lastensstelsel. Bovendien komt de controletoelantie op aangeleverde gegevens door partijen niet overeen met die van de fondsen (CVZ, 2010).

Figuur 10 Begroting en realisatie Zorgverzekeringsfonds, 2008–2009



Begroting



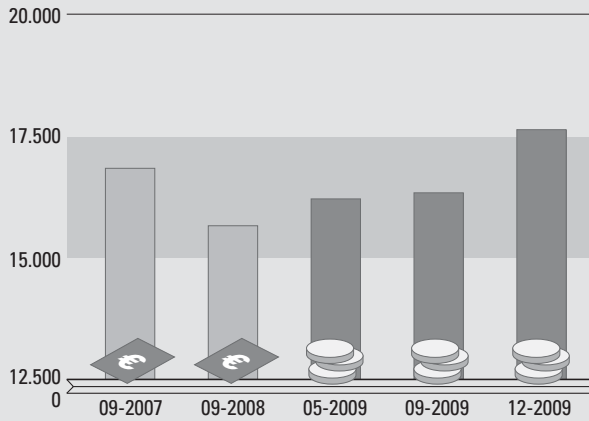
Voorlopige realisatie

Bedragen in miljoenen euro

ZvF: budgetjaar 2008

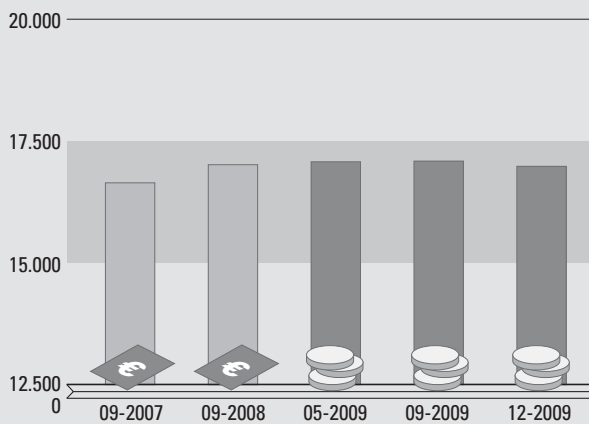
De Tweede Kamer krijgt over het Zorgverzekeringsfonds steeds andere cijfers. Zo blijkt in 2008 de uitkering aan verzekeraars hoger dan verwacht...

Uitkering aan verzekeraars voor zorg



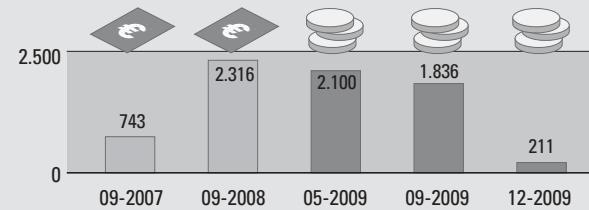
...maar de Belastingdienst int ook een hogere Zvw-bijdrage...

Inkomensafhankelijke bijdrage



...waardoor het saldo alsnog positief uitvalt, zij het veel lager.

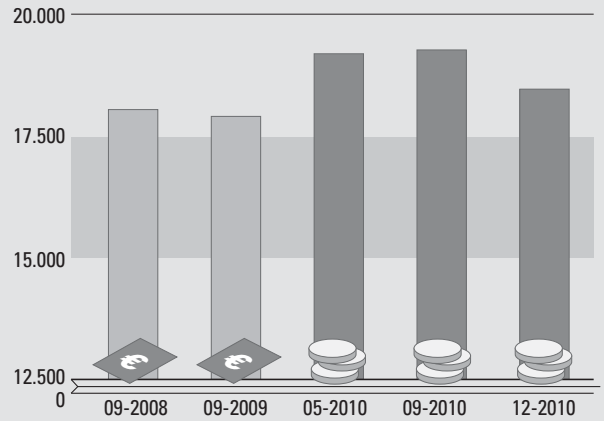
Exploitatiesaldo



ZvF: budgetjaar 2009

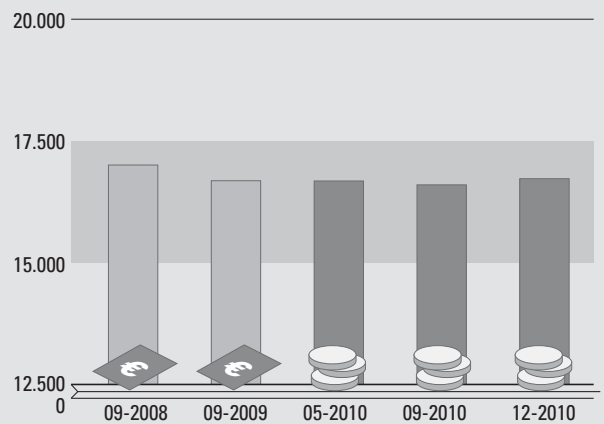
Ook in 2009 blijkt de uitkering aan verzekeraars hoger dan verwacht...

Uitkering aan verzekeraars voor zorg



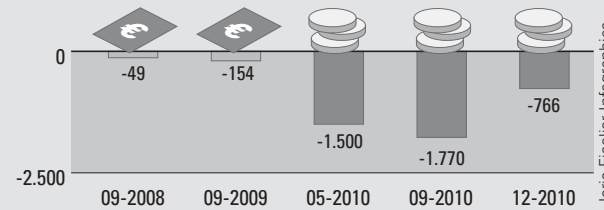
...maar de geïnde Zvw-bijdrage is lager dan begroot...

Inkomensafhankelijke bijdrage



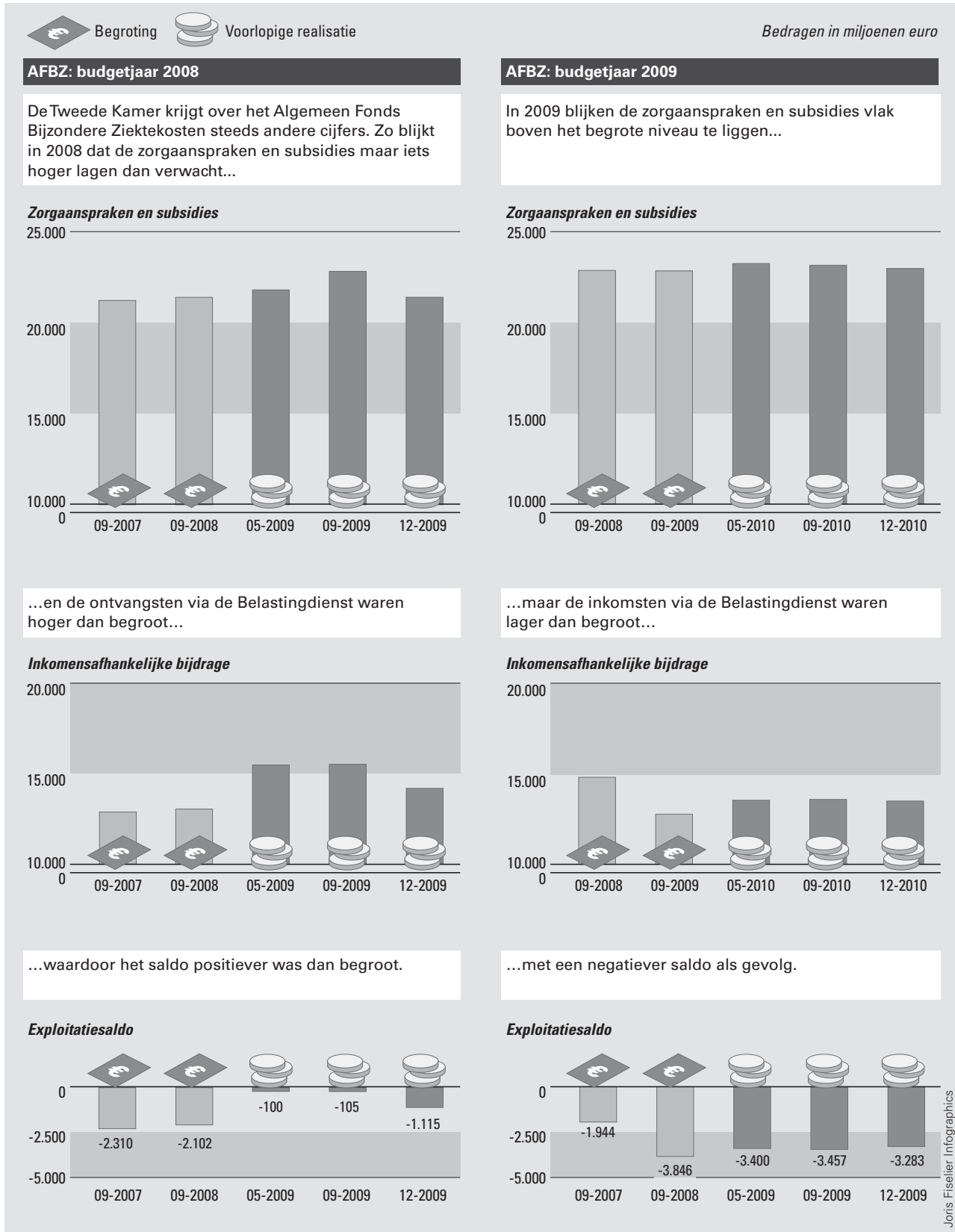
...met een negatief saldo als gevolg, zij het eerst meer en later minder.

Exploitatiesaldo



Joris Fisseler Infographics

Figuur 11 Begroting en realisatie Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, 2008–2009



5.2.2 Aansluiting tussen informatiebronnen

De informatievoorziening door het Ministerie van VWS en het CVZ kunnen elkaar aanvullen. Het Financieel Beeld Zorg van het ministerie geeft onder meer informatie over de inkomsten en uitgaven van zorgverzekeraars en het Financieel Jaarverslag Fondsen van het CVZ detailinformatie over de baten en lasten van de fondsen. Op hoofdlijnen gaat de informatie over dezelfde onderwerpen, maar heeft niet dezelfde uitkomsten. Dit komt doordat beide een verschillende methodiek hanteren bij het verwerken van nakomende correcties uit eerdere jaren. De verschillende uitkomsten zijn dus wel verklaarbaar, maar het geschetste totaalbeeld is niet transparant en af en toe verwarrend. Het gaat hierbij om onderlinge verschillen van honderden miljoenen. Als voorbeeld geven we een overzicht van de baten en lasten van het Zorgverzekeringsfonds over 2009, zoals vermeld in het Jaarverslag Fondsen (CVZ) en het Financieel Beeld Zorg in de begroting 2011 (VWS).

Tabel 9 Baten en lasten Zorgverzekeringsfonds in 2009

	CVZ, 2010	VWS, 2010b
Baten	18 903,5	18 530,2
Lasten	19 669,3	20 300,1
Saldo	- 765,8	- 1 770,0

Bron: CVZ (2010) en Ministerie van VWS (2010b).

5.2.3 Realisatiecijfers BKZ

De realisatiecijfers voor het BKZ zijn eveneens moeilijk helder te krijgen. De presentatie van deze cijfers wordt regelmatig aangepast, waardoor de vergelijkbaarheid vermindert. De realisatiecijfers stonden in 1995–1996 in het Financieel Overzicht Zorg en later achtereenvolgens in het Jaaroverzicht Zorg (JOZ), het Jaarbeeld Zorg en het Financieel Beeld Zorg. Niet elk document presenteert de realisatiecijfers even ver terug in de tijd. Wanneer de realisatiecijfers voor een bepaald jaar in verschillende opeenvolgende documenten worden gepubliceerd, blijkt dat deze cijfers steeds worden aangepast. Definitieve cijfers worden niet gepubliceerd.

Tabel 10 Informatievoorziening BKZ-uitgaven in jaaroverzichten

Periode	Document	Informatie
1997–1999	Jaaroverzicht Zorg	Brutorealisatie en ontvangsten tot en met drie jaar terug. Nettorealisatie valt hieruit te berekenen.
2000–2003	Jaarbeeld Zorg	Brutorealisatie tot en met drie jaar terug (uitgezonderd in het Jaarbeeld Zorg 2000). Eigen betalingen en nettorealisatie tot één jaar terug.
2004-heden	Financieel Beeld Zorg (bijlage bij jaarverslag Ministerie van VWS)	Brutorealisatie tot en met drie jaar terug. 2004–2006: eigen betalingen tot en met één jaar terug. 2007-heden: eigen betalingen worden alleen van het jaar zelf weergegeven.

In tabel 10 staat een overzicht van welke informatie over de BKZ-uitgaven in welk jaar gepubliceerd wordt. De uitgaven en het BKZ worden gepresenteerd conform de definitie van het jaar waarin het overzicht is opgesteld. Dus in het JOZ van 1999 worden andere cijfers over 1996 gepresenteerd dan in het JOZ van 1998. Wanneer men inzicht wil verkrijgen in de uiteindelijke uitgaven van een bepaald jaar, volgens de definitie van dat jaar, is dit zonder informatie over eigen betaling niet uit de jaaroverzichten te halen.

Verder worden eigen betalingen sinds 2000 nog maar voor maximaal één jaar terug gepresenteerd. Hierdoor is het niet mogelijk de nettorealisatie vast te stellen op grond van het meest actuele cijfer van de brutorealisatie. Het cijfer van de brutorealisatie wordt namelijk wel drie jaar lang aangepast voor technische wijzigingen, terwijl de eigen betalingen gebaseerd zijn op de BKZ-definitie van het jaar zelf of van één jaar daarna. Eigen betalingen staan sinds 2007 enkel vermeld bij het desbetreffende jaar. Deze cijfers kunnen echter daarna nog gewijzigd zijn door zowel later binnenkomende gegevens als door definitiewijzigingen. Hierdoor kunnen de cijfers van de nettorealisatie niet worden vastgesteld.

5.3 Slotbeschouwing

Door de geringe actualiteit van de beschikbare informatie over de uitgavenontwikkeling is het moeilijk voor de minister van VWS, om tijdig bij te sturen. De voortdurende veranderingen in realisatiecijfers gedurende een reeks van jaren dragen niet bij aan de transparantie van deze cijfers voor degenen die ze moeten toetsen, allereerst – maar niet uitsluitend – het parlement.

De norm voor het toetsen van de zorguitgaven, het BKZ, kent evenmin betrouwbare actuele realisatiecijfers. Ook de presentatie van deze cijfers wordt regelmatig aangepast, waardoor de vergelijkbaarheid vermindert. In opeenvolgende jaren worden telkens weer gecorrigeerde cijfers over hetzelfde begrotingsjaar vermeld. Sinds 2004 gaat het Ministerie van VWS in het Financieel Beeld Zorg daarbij telkens tot drie jaar terug wat de brutorealisaties betreft. De gegevens over eigen betalingen, die nodig zijn voor het berekenen van het netto-BKZ, worden sinds 2007 alleen over het afgesloten boekjaar gegeven, terwijl er daarna wel degelijk nog wijzigingen kunnen komen. Definitieve cijfers van de nettorealisatie voor de zorguitgaven die onder het BKZ vallen, worden niet gegeven.

De veelheid van telkens wisselende informatie leidt ertoe dat de Tweede Kamer alleen een compleet beeld kan krijgen van de samenstelling van de zorguitgaven door intensieve bestudering en het maken van eigen berekeningen. Dit is een onwenselijke situatie die afbreuk doet aan de informatiepositie van de Tweede Kamer.

BIJLAGE 1 PAKKETWIJZIGINGEN 1999–2011

Jaar	Aan het pakket toegevoegd	Uit het pakket verwijderd
1999		Zelfzorggeneesmiddelen die op indicatie nog wel vergoed werden.
2000		
2001	Ergotherapie.	
2002	Röntgendiagnostiek en extracties.	Tandarts volwassenen: controle beperkt tot 1x per jaar, tandsteenverwijdering.
2003		
2004		Fysio- en oefentherapie. Psychotherapie boven 30 behandelingen. Eerste IVF-behandeling en bijbehorende medicatie. Tandarts vanaf 18 jaar (uitgezonderd bijzondere tandheek-kunde). Zelfzorggeneesmiddelen eerste jaar. Anticonceptie vanaf 21 jaar. Zittend ziekenvervoer.
2005	Bij chronisch gebruik, voorgeschreven door huisarts, weer in pakket: – kalktabletten; – middelen bij allergie; – antidiarreemiddelen; – middelen tegen maagledigingsstoornissen; – laxeermiddelen; – vier uur dieetadvisering (Zfw).	Chronisch gebruik = langer dan zes in plaats van langer dan drie maanden. Uvuloplastiek (behandeling tegen snurken). Correctie van de bovenoogleden. Correctie van een afwijkende oorstand (flaporen). Abdominoplastiek (correctie van de buikwand). Correctie van de borsten (uitgezonderd na amputatie). Hersteloperatie na een sterilisatie voor man en vrouw. Besnijdenis
2006		
2007	Eerste IVF-behandeling. Buikwandcorrectie (onder voorwaarden).	
2008	Anticonceptiepil. Tandarts 18–22 jaar. Uren in de thuiszorg. Acht zittingen eerstelijns psychologische zorg (eigen bijdrage € 10).	Ondersteunende begeleiding op somatische grondslag.
2009	Diagnostiek en behandeling ernstige dyslexie. Geen eigen bijdrage psychotherapie.	Vergoeding faxapparatuur auditief gehandicapten. Vergoeding allergeenvrije en stofdichte hoezen. Vergoeding stoelen met uitsluitend een sta-opfunctie. Beperking van vergoeding benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen). Begeleiding op grond van lichte beperking zelfredzaamheid of psychosociale grondslag.
2010	De maximale vergoeding voor pruiken gaat omhoog naar € 383. Losse «voorzetkamers», om vernevelde geneesmiddelen in te ademen. Vergoeding mandibulair repositieapparaat bij het obstructieve slaapapneusyndroom. Behandeling ernstige dyslexie van 9-jarigen.	
2011	De vergoeding van fysiotherapie wordt uitgebreid met de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Hulp bij stoppen met roken. Nacontroles van levende donoren vallen niet langer onder het verplicht eigen risico van de donor.	Tandheekkundige zorg (controle en behandeling) voor mensen ouder dan 18 jaar. De pil, het spiraaltje en andere anticonceptiemiddelen voor vrouwen ouder dan 21 jaar. Antidepressiva worden niet meer voor alle vormen van depressie vergoed. Eenvoudige extracties (tand of kies trekken) door een kaakchirurg. Voor fysiotherapie bij een chronische aandoening en oefentherapie komen twaalf (in plaats van negen) behandelingen voor eigen rekening voor verzekerden boven 18 jaar. Krukken en rollators.

Bron: diverse begrotingen, zorgnota's, jaarverslagen en jaarbeelden zorg

BIJLAGE 2 FINANCIERING EN ZORUITGAVEN 2009

Onderstaande tabel zet de financieringsstromen (blauw en paars in figuur 5) op een rij, onderverdeeld naar financieringsbron en wel/niet behorend tot het BKZ met daarbij de bronvermelding. De schuingedrukte bedragen in de tabel staan voor betalingen en de andere bedragen voor ontvangsten.

Algemene middelen	BKZ	Niet BKZ	Totaal	Bron
Rijksbijdrage BIKK	- 4 896		- 4 896	1
Zorgtoeslag		- 3 845	- 3 845	2
Rijksbijdrage kinderen tot 18 jaar	- 2 081		- 2 081	1
Wmo	- 1 533		- 1 533	2
Opleidingsfonds	- 824		- 824	2
Financiering opgebouwd vermogenssaldo fondsen		- 83	- 83	5
Vrijstelling Venootschapsbelasting		- 193	- 193	5
Belasting over de Werkgeversvergoeding		4 100	4 100	4
Overige baten ZvF	- 171		- 171	1
Overige baten AFBZ	- 42		- 42	1
Saldo	- 9 547	- 21	- 9 568	
Zorgvrager/ huishoudens				
Inkomensafhankelijke premie Zvw (ingezetenen)	- 16 652		- 16 652	1
Nominale premie basisverzekering	- 13 767		- 13 767	3
AWBZ-premie	- 13 555		- 13 555	1
Belasting over de werkgeversbijdrage Zvw		- 4 100	- 4 100	4
Eigen bijdrage AWBZ	- 1 582		- 1 582	1
Eigen risico	- 1 448		- 1 448	3
Zorgtoeslag		3 845	3 845	2
Werkgeversbijdrage: inkomensafhankelijke premie Zvw (ingezetenen)	16 652		16 652	1
Saldo	- 30 352	- 255	- 30 607	
Werkgevers (inclusief zelfstandigen), uitkeringsinstaties				
Werkgeversbijdrage: inkomensafhankelijke premie Zvw (ingezetenen)	- 16 652		- 16 652	1
Saldo	- 16 652		- 16 652	
Saldo fondsen	- 4 049		- 4 049	
ZvF	- 766		- 766	1
AFBZ	- 3 283		- 3 283	1
Totaal financiering	- 60 600	- 276	- 60 876	
Beheerskosten/ exploitatiesaldo zorgverzekeraars	1 686		1 686	3
Totaal financiering voor AWBZ-/Zvw-zorg	- 58 914	- 276	- 59 190	

1. Financieel verslag fondsen, CVZ;

2. Rijksjaарverslag 2009;
3. VWS begroting 2011;
4. Ontleend aan de SER;
5. Eigen berekeningen.

Uitgaven in het kader van de AWBZ en Zvw, het BKZ

De uitgaven binnen het BKZ zijn opgenomen in onderstaande tabel. Deze geldstromen zijn BKZ-uitgaven die via de fondsen lopen en via de zorgverzekeraars. Indien de BKZ uitgaven die direct uit de begroting worden gefinancierd hierbij worden opgeteld, komen de totale BKZ-uitgaven in 2009 uit op € 58 927, wat € 13 miljoen afwijkt van de financiering in de voorgaande tabel.

Zoals beschreven in hoofdstuk 5 is er geen goede aansluiting tussen de gegevens uit het Financieel Beeld Zorg van het Ministerie van VWS en het Financieel Jaarverslag Fondsen van het CVZ. Naast het gebrek aan goede aansluiting is het de vraag of de posten «overige AFBZ» en «overige ZvF» geheel tot de uitgaven mogen worden gerekend.

	Uitgaven	Bron
Uitgaven Zvw	32 982	3
Zorgaanspraken CAK	20 815	1
Subsidies via zorgkantoren	1 962	1
Overige subsidies	275	1
Overig AFBZ	306	1
Overig ZvF	230	1
	56 570	
Wmo (via VWS-begroting)	1 533	3
Opleidingsfonds (idem)	824	2
Totaal	58 927	

Bronnen:

1. CVZ 2009, Financieel jaarverslag fondsen;
2. VWS jaarverslag 2009;
3. VWS begroting 2011

BIJLAGE 3 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING EN GEHANTEERDE NORMEN

In het kader van dit onderzoek hebben we de voornaamste documenten over de beheersing van de zorguitgaven bestudeerd. Zonder uitputtend te willen zijn, noemen we de begrotingen en jaarverslagen van het Ministerie van VWS en de jaarverslagen van het CVZ en de NZa, de ramingsdocumenten van het CPB, de statistieken van het CBS en de OESO en wetenschappelijke publicaties. In de periode voorafgaand aan 2004 hebben de relevante verantwoordingsdocumenten van het Ministerie van VWS andere namen, zoals het Financieel Overzicht Zorg, Jaaroverzicht Zorg en Jaarbeeld Zorg. Verder hebben we een aantal personen geïnterviewd die deskundig zijn in het onderwerp beheersing van de zorguitgaven (vanuit beleid, wetenschap, toezicht en/of veldervaring).

De aanpak die we gehanteerd hebben in het onderzoek naar de mee- en tegenvallers en de maatregelen vereist een nadere uitleg, omdat we hier een aantal keuzes hebben gemaakt.

1. De basis voor de inventarisatie van de mee- en tegenvallers van het afgelopen decennium wordt gevormd door de jaarverslagen en de begrotingstoelichting bij de wijziging van de begrotingsstaten (wijziging samenhangende met voor- en najaarsnota's) van de minister van VWS. In aanvulling hierop hebben we een quick scan uitgevoerd van enkele WORAP-formulieren. Dit zijn interne formulieren van het ministerie op basis waarvan wordt besloten of een mee- of tegenvaller wordt opgenomen in het jaarverslag of de begrotingstoelichting. Voor aanvullende informatie zijn de Jaarboeken overheidsfinanciën van de Wim Drees Stichting voor openbare financiën geraadpleegd. Deze jaarboeken bevatten de resultaten van onafhankelijk en wetenschappelijk onderzoek van de openbare financiën.
2. Bij de berekeningen zijn de mee- en tegenvallers niet teruggerekend naar het jaar waarin zij zich daadwerkelijk voordeden. Verder worden niet alle tegenvallers door het Ministerie van VWS verantwoord. Dit gebeurt alleen als de omvang groter is dan € 10 miljoen (uitzonderingen, die van groot beleidsbelang zijn, daargelaten). Derhalve hebben wij in ons onderzoek deze afwijking ook niet mee kunnen nemen.
3. De inventarisatie is niet volledig, omdat over sommige mee- en tegenvallers onduidelijkheden bestonden of niet toegedeeld kon worden aan een deelsector. Een aantal kleinere sectoren is vanwege het geringe financiële belang niet meegenomen in de inventarisatie.

Tot slot is ook de inventarisatie van de maatregelen gebaseerd op de jaarverslagen. Dit riep een aantal specifieke en gedetailleerde vragen op die zijn voorgelegd aan het Ministerie van VWS. Het ging daarbij vooral om de vraag of er evaluaties zijn uitgevoerd naar de effectiviteit van een specifieke maatregel. Derhalve is bij de maatregelen ook gebruikgemaakt van andere bronnen.

Gehanteerde normen

De normen die we in dit onderzoek hanteren, zijn ontleend aan de begrotingsregels en de regels omtrent de ministeriële verantwoordelijkheid:

- De minister van VWS moet dreigende overschrijdingen zoveel mogelijk voorkomen door passende en tijdige maatregelen (Financiën, 2010).
- De minister van VWS moet ervoor zorgen dat hij beschikt over actuele informatie (Algemene Rekenkamer, 2004).

- Als er toch overschrijdingen ontstaan, moet de minister van VWS deze specifiek, dat wil zeggen in de eigen sector, compenseren (Financiën, 2010).
- De minister van VWS moet beschikken over adequate instrumenten om de uitgaven te kunnen beheersen (Algemene Rekenkamer, 2003).
- De minister van VWS moet de Tweede Kamer op een adequate wijze informeren, opdat deze haar controletaak naar behoren kan uitoefenen (Algemene Rekenkamer, 2004).

BIJLAGE 4 AFKORTINGEN

AOW	Algemene Ouderdomswet
ANW	Algemene Nabestaandenwet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
BIKK	Bijdrage in Kosten van Kortingen
BNP	Bruto nationaal product
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CAK	Centraal Administratiekantoor
CPB	Centraal Planbureau
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
Ggz	Geestelijke gezondheidszorg
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Pgb	Persoonsgebonden budget
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SVB	Sociale Verzekeringsbank
Twv	Tijdelijk wet normering vrije beroepsbeoefenaren
Waggs	Wet arbeid gepremieerde en gesubsidieerde sector
Wbmv	Wet bijzondere medische verrichtingen
Wgp	Wet geneesmiddelenprijzen
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg
Wtgc	Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten
Wtz	Wet toelating zorgverzekeringen
Wzv	Wet ziekenhuisvoorzieningen
Wtzi	Wet toelating zorginstellingen
ZvF	Zorgverzekeringsfonds
Zvw	Zorgverzekeringwet

BIJLAGE 5 LITERATUURLIJST

- Algemene Rekenkamer (1986). *Instrumenten en doelbereiking kostenbeheersing gezondheidszorg: een inventarisatie*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1986–1987, 19 794, nr. 2. Den Haag: Sdu.
- Algemene Rekenkamer (2003). *Wonen, zorg en welzijn van ouderen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 951, nr. 2. Den Haag: Sdu.
- Algemene Rekenkamer (2004). *Handleiding Ministeriele verantwoordelijkheid*. Intern document. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Algemene Rekenkamer (2009). *Kwaliteitswet zorginstellingen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 961, nrs. 1–2. Den Haag: Sdu.
- Besseling, P. Shestalova, V. (2011). *Forecasting public expenditures in the Netherlands*. Den Haag: CPB.
- Boer & Croon (2006). *Evaluatie pakketmaatregelen psychotherapie*. Amsterdam: Boer & Croon.
- Boot, J.M, Knapen, M.H.J.M (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- CBS (2009). *Gezondheid en zorg in cijfers 2009*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- CPB (2007a). *Een scenario voor de zorguitgaven 2008–2011*. Den Haag: CPB.
- CPB (2007b). *Macro Economische Verkenningen 2007*. Den Haag: CPB.
- CPB (2010a). *Economische Verkenning 2011–2015*. Den Haag: CPB.
- CPB (2010b). *Actualisatie Economische Verkenning 2011–2015*. Den Haag: CPB.
- CPB (2011a). *Macro Economische Verkenningen 2011*. Den Haag: CPB.
- CPB (2011b). *Centraal Economisch Plan 2011*. Den Haag: CPB.
- CVZ (2008a). *Brief aan de minister van VWS d.d. 29 augustus 2008 betreffende het vergroten van zekerheid in het Financieel Jaarverslag Fondsen*. Diemen: CVZ.
- CVZ (2008b). *Financieel Jaarverslag Fondsen 2007*. Diemen: CVZ.
- CVZ (2009). *Financieel Verslag Uitvoeringstaken CVZ 2008*. Diemen: CVZ.
- CVZ (2010). *Financieel Jaarverslag Fondsen 2009*. Diemen: CVZ.
- CVZ (z.d.). *Lasten Zvw 2006–2009*. www.cvz.nl, geraadpleegd op 1 december 2010.
- CVZ/KPMG (2008). *Geldstromen*. Z. pl.
- DBC-Onderhoud (z.d.). www.dbconderhoud.nl, geraadpleegd op 18 augustus 2011.

Ecorys (2011). *Evaluatie naar het verplicht eigen risico. Eindrapport*. Rotterdam: Ecorys.

Financiën (2010). *Startnota*. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van Financiën. Kenmerk BZ/2010/797. Den Haag: Directie Begrotingszaken.

Geest, S.A., van der, Schut, F.T. en Varkevisser, M. (2004). Gezondheidszorg. In Kam, C.A. de, Ros, A.P. (red), *Jaarboek overheidsfinanciën 2004* (p. 129–148). Den Haag: Sdu.

Geest, S.A., van der, Schut, F.T. & Varkevisser, M. (2006). Gezondheidszorg. In Kam, C.A. de, Ros, A.P. (red), *Jaarboek overheidsfinanciën 2006* (p. 57–86). Den Haag: Sdu.

Groot, W. & Maassen van den Brink, H. (2010). Gezondheidszorg. In Kam, C.A. de, Ros, A.P. (red), *Jaarboek overheidsfinanciën 2010* (p. 69–80). Den Haag: Sdu.

Houkes, A.R.B.J. en Kok, L.M., (2007). Gezondheidszorg. In Kam, C.A. de, Ros, A.P. (red), *Jaarboek overheidsfinanciën 2007* (p. 87–109). Den Haag: Sdu.

Houkes, A.R.B.J. en Kok, L.M., (2008). Gezondheidszorg. In Kam, C.A. de, Ros, A.P. (red), *Jaarboek overheidsfinanciën 2008* (p. 59–80). Den Haag: Sdu.

Kam, C.A. de. (2009). Gezondheidszorg en openbare financiën. In Schut, F.T., Rutte, F.F.H. (red.), *Economie van de gezondheidszorg* (p. 51–81). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Klerk, M. de., Gilsing, R. en Timmermans, J. (2010.) *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007–2009*. Den Haag: SCP.

NZa (2007). *Huisartsenmonitor*. Z.pl.

NZa (2008). *Monitor werking farmaciemarkt: Analyse van de ontwikkelingen op de farmaciemarkt*. Z.pl.

NZa (2010). *Monitor extramurale farmacie 2010: Een nulmeting van deze markt*. Z.pl.

NZa (2011). *Monitor curatieve GGZ. Sector in ontwikkeling*. Z.pl.

RVZ (2000). *De rollen verdeeld*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

RVZ (2008). *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M. van den, Westert, G., Devillé, W. & Ginneken, W. van (2010). The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(1), p. 1–229.

Schut, F.T. (2003). Gezondheidszorg. In Kam, C.A. de, Ros, A.P. (red), *Jaarboek overheidsfinanciën 2003 I* (p. 105–131). Den Haag: Sdu.

Schut, F.T., Ven, W.P.M.M. van de., & Varkevisser, M. (2010). Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen. *Economische Statistische Berichten*, jaargang 95, nr 4587 (p. 25–27).

Schut, F.T. & Ven, W.P.M.M. van de (2011). Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? *Health, Economics, Policy and Law*, 6 (p. 109–123).

SER (2008). *Langdurige zorg verzekerd; Over de toekomst van de AWBZ*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.

TCOZ (2004). *Onderzoek naar de zorguitgaven: rapport van de tijdelijke commissie onderzoek zorguitgaven*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 28 852, nr. 3. Den Haag: Sdu.

VWS (1995). *Financieel Overzicht Zorg 1996*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995–1996, 24 404, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2000a). *Voorjaarsbrief Zorg 2000 van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 27 113, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2001). *Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag: Sdu.

VWS (2001a). *Jaarbeeld Zorg 2000*. Den Haag: Sdu.

VWS (2001b). *Zorgnota 2002*. Den Haag: Sdu.

VWS (2002a). *Voorjaarsbrief Zorg 2002 van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 313, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2002b). *Najaarsbrief Zorg 2002 van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 696, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS en Financiën (2003). *Financiële bouwstenen zorg: Rapportage voor de kabinetsformatie*. Den Haag: Sdu.

VWS (2003a). *Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2003b). *Jaarbeeld zorg 2002*. Den Haag: Sdu.

VWS (2004a). *Brief van de staatssecretaris van VWS over de Modernisering AWBZ*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 26 631, nr. 83. Den Haag: Sdu.

VWS (2005). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2005, 30 300 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2005a). *Evaluatie pakketmaatregelen. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. Kenmerk DBO-CB-U-26202206*. Den Haag.

VWS (2005b). *Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005 (wijzigingen samenhangende met de Voorjaarsnota*. Tweede Kamer, vergaderjaar, 30 105 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS (2007a). *Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2007 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota*). Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 31 061 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS (2007b). *Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet, 1 augustus 2007*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2008). *Invoering Diagnose Behandel Combinaties (DBC's)*. Tweede kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 52. Den Haag: Sdu.

VWS (2008a). *Slotwet en jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2007*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 444 XVI, nrs. 1–3. Den Haag: Sdu.

VWS (2009a). *Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 123 hoofdstuk XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2009b). *Slotwet en jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2008*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 924 XVI, nrs. 1–3. Den Haag: Sdu.

VWS (2009c). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 123 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2010a). *Slotwet en jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2009*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 360 XVI, nrs. 1–3. Den Haag: Sdu.

VWS (2010b). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2011*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 500 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2010c). *Laatste voortgangsrapportage pakketmaatregelen AWBZ*. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS d.d. 21 juli 2010. Kenmerk DLZ/KZ-U-3009236. Den Haag: Directie Langdurige Zorg.

VWS (2011a). *Slotwet en jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2010*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 710 XVI, nrs. 1–3. Den Haag: Sdu.

VWS (2011b). *Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2011c). *Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG)*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 393, nr. 2.

VWS (2011d). *Evaluatie verplicht eigen risico*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 29 689, nr. 325.

ZonMw (2009). *Evaluatie wet marktordening gezondheidszorg*. Den Haag.