

Vergaderjaar 2008–2009

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 268

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2009

Met deze brief ontvangt u de reactie van het kabinet op het advies *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg* dat ik in december van het afgelopen jaar mocht ontvangen van de Raad van de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)¹.

Kostenontwikkeling in de zorg, en de beheersbaarheid daarvan, wordt een steeds belangrijker onderwerp. Van elke verdiende euro wordt een steeds groter deel uitgegeven aan gezondheidszorg. Ook de huidige economische omstandigheden maken dat dit kabinet kritisch moet kijken naar de collectieve uitgaven. De zorguitgaven maken daar een belangrijk onderdeel van uit.

Dit voorjaar heeft het kabinet overeenstemming bereikt over een pakket aanvullende maatregelen dat moet bijdragen aan gezonde overheidsfinanciën en de houdbaarheid van onze publieke voorzieningen (ook andere dan de zorg) ook voor de langere termijn moet borgen (het zogenaamde houdbaarheidspakket). In totaal wordt voor de zorg gerekend met een taakstellende opbrengst van deze maatregelen van 0,4% BBP waarvan ten minste 0,2% wordt ingevuld op de zorgtoeslag. Het overige wordt ingevuld op basis van voorstellen (voor de cure) van de minister van VWS. In een separate brief zal het kabinet ingaan op de invulling van deze specifieke houdbaarheidsmaatregelen.

Het advies van de Raad is vanuit het oogpunt van de beheersing van de zorgkostenontwikkeling een welkome input voor het huidige kabinetsbeleid en mogelijke voornemens van toekomstige kabinetten. Het kabinet stelt zich belangrijke politieke doelen met betrekking tot de gezondheidszorg; zowel voor de cure als voor de care. De kwaliteit en beschikbaarheid van zorg dienen verder te worden verbeterd en aan te sluiten op een veranderende vraag, maar het kabinet is zich er ook terdege van bewust dat deze publieke doelen alleen kunnen worden gerealiseerd als dat op een doelmatige manier gebeurt en de kosten zich binnen zekere kaders ontwikkelen.

¹ Het advies van de RVZ heb ik bij brief van 3 december 2008 de Eerste en Tweede Kamer toegezonden. Kamerstukken II 2008–2009, 29 689, nr. 246.

Bij discussies over de verhoging van efficiency, transparantie en kostenbeheersing moet het cliëntperspectief niet uit het oog worden verloren. Kostenbeheersing zonder oog te blijven houden voor de kwaliteit van zorg en voor de meest kwetsbaren is een valkuil waar dit kabinet niet in wil trappen.

De Raad stelt dat uitgaven aan gezondheidszorg voor een belangrijk deel zijn gebaseerd op solidariteitsoverdrachten. De gezonde Nederlander is over het algemeen graag bereid mee te betalen aan de zorg voor Nederlanders die wel zorg nodig hebben. Die solidariteit is echter aan grenzen gebonden. Met de toename van de zorgkosten zal blijken dat de solidariteit niet ongelimiteerd stand zal houden. Het is daarom ook vanuit dat oogpunt gewenst kritisch naar de ontwikkeling van de zorgkosten te kijken.

De Raad concludeert dat de stijgende zorguitgaven leiden tot hogere levensverwachting en een verhoging van de kwaliteit van leven, maar ook dat de huidige groei van de zorguitgaven op termijn onhoudbaar zal blijken. De Raad heeft een aantal oorzaken in kaart gebracht die de kostenontwikkeling veroorzaken en daarbij een aantal problemen gesignaleerd. De Raad schetst in haar advies een aantal aanbevelingen om de ongewenste oorzaken van die kostenontwikkeling aan te pakken.

Ik zal bij elk van deze onderdelen van het advies stilstaan. De aanbevelingen van de Raad sluiten in veel gevallen aan bij staand kabinetsbeleid of borduren daar op voort. Ik zal in deze brief dan ook verwijzen naar brieven die ik het parlement recent heb gestuurd en de komende periode zal sturen waarin op specifieke deelonderwerpen uit het advies in nog meer detail wordt ingegaan.

1 Ongewenste oorzaken van kostenstijging

De RVZ geeft aan dat er allerlei redenen zijn waarom de zorgkosten de komende jaren harder zullen stijgen dan de historische trend. De bevolking vergrijst, de informele zorg staat onder druk en ook technologische vooruitgang resulteert (naast extra gezondheidswinst) in extra uitgaven. Ook de achterblijvende productiviteitsgroei is volgens de RVZ een oorzaak van de stijgende zorgkosten. In delen van de zorgsector is minder productiviteitswinst te realiseren dan in de rest van de economie terwijl de contractlonen zich ontwikkelen zoals in de rest van de economie gemiddeld het geval is. Het is voor de RVZ reden om sterkere groei van de zorgkosten realistisch te vinden. Wat de RVZ betreft mogen de zorgkosten als percentage tweemaal zo snel groeien als de Nederlandse economie. Daar moet bij worden opgemerkt dat een dergelijke groei op lange termijn zou leiden tot de onrealistische situatie dat in de Nederlandse economie nog vrijwel uitsluitend zorggerelateerde activiteiten worden ontplooid. In de huidige kabinetsperiode stijgen, mede als gevolg van ingrepen in de AWBZ, de zorguitgaven overigens minder dan twee keer zo snel als de trendmatige groei van de Nederlandse economie.

Dat neemt niet weg dat de RVZ ongewenste oorzaken ziet van kostenstijging. Het kabinet kan zich goed vinden in dat standpunt. Het is voor het kabinet dan ook extra reden om, naast inzet op verbetering van kwaliteit en brede toegankelijkheid, in te blijven zetten op kostenbeheersing. Als ongewenste oorzaken van de huidige kostenontwikkeling noemt de RVZ met name de spelregels rond de bekostiging van zorg. De RVZ is van mening dat het kabinet met de huidige sturingsfilosofie in de cure (gereguleerde marktwerking) een goede richting heeft gekozen om kostenbeheersing in de zorg te bewerkstelligen. De Raad is er voorstander van dat het kabinet snel verdere stappen zet in de gekozen richting.

De RVZ neemt een aanzienlijke stijging van het gebruik van lichtere vormen van geestelijke gezondheidszorg waar. Dat is een belangrijke oorzaak voor de huidige kostenontwikkeling. De toegang tot die zorg is vereenvoudigd en ook het taboe op die zorg verdwijnt. Een andere belangrijke oorzaak voor kostenstijgingen is de stijging van de honoraria voor de medische beroepsgroepen. Volgens de Raad is het feit dat veel zorg intramuraal wordt verleend ook een belangrijke oorzaak voor verder oplopende zorgkosten. Ook de monetarisering van mantelzorg is in de ogen van de Raad oorzaak van stijgende collectief betaalde zorgkosten.

Het kabinet is zich ervan bewust dat bij verzekeraars, aanbieders en zorggebruikers op dit moment nog onvoldoende prikkels bestaan om tot kostenbeheersing te komen. Hoewel de afgelopen jaren belangrijke stappen in die richting zijn gezet, realiseert het kabinet zich dat voortgang op de ingeslagen weg nodig is. De overheid heeft een belangrijke taak om dit verder te realiseren, door een kader te scheppen waar instellingen, verzekeraars en cliënten die prikkel tot kostenbeheersing sterker zullen ontwikkelen. Het zal niet het veld maar de overheid moeten zijn die druk moet zetten achter deze verandering en zich daarbij niet teveel moet laten leiden door de wensen van veldpartijen. Het publieke belang en de belangen van de sector lopen immers niet altijd geheel parallel.

Dat neemt niet weg dat het kabinet zoveel als noodzakelijk de weg van de geleidelijkheid zal blijven bewandelen. De sector moet in zijn veranderende rol groeien en leren omgaan met de verantwoordelijkheden en risico's die op hem afkomen. Het kabinet hecht er dan ook zeer veel waarde aan om de invoering van meer prikkels voor veldpartijen in een verantwoord tempo te laten plaatsvinden. De belangen van de meest kwetsbaren moeten immers worden gewaarborgd. Terwijl aanbieders, verzekeraars en verzekerden worden geprikkeld tot doelmatigheid en verhoging van de kwaliteit, blijven we voortdurend in de gaten houden of partijen hun nieuwe verantwoordelijkheden met de daarbij horende risico's naar behoren kunnen invullen. Het kabinet zal de veranderingen dan ook stap voor stap introduceren.

Met de modernisering van het Nederlandse zorgstelsel krijgen aanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren meer ruimte bij het realiseren van zorg en ondersteuning. Het geven van ruimte betekent niet dat de overheid geen rol meer heeft. De overheid blijft systeemverantwoordelijk voor het waarborgen van de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Het parlement ontvangt naar verwachting nog deze zomer een brief van het kabinet waarin de verschillende verantwoordelijkheden ten aanzien van o.m. governance en continuïteit van zorg worden beschreven.

2 De specifieke aanbevelingen

De RVZ vindt dat de komende periode de uitgavengroei van de gezondheidszorg percentueel maximaal tweemaal zo groot mag zijn als de economische groei. De huidige middellange termijnraming van het CPB – jaarlijks 4,2 procent reële groei van de zorguitgaven – ziet de Raad als het maximum van wat de economie op langere termijn kan dragen. Met de groei van het BKZ zoals voor de huidige kabinetsperiode is vastgesteld, blijft het kabinet binnen deze door de RVZ als maximaal omschreven kaders.

Ook voor de periode na de huidige kabinetsperiode zet dit kabinet in op kostenbeheersing. De introductie van gereguleerde marktwerking in de cure, maar ook de maatregelen die het kabinet neemt in de care hebben mede tot doel op de langere termijn de noodzakelijke zorg voor iedereen betaalbaar, toegankelijk en van voldoende kwaliteit te laten zijn. Het

kabinet ziet het oordeel van de RVZ over de huidige sturingsfilosofie die het kabinet hanteert voor de zorg als een steun in de rug. De RVZ is van mening dat het kabinet met de huidige sturingsfilosofie een goede richting heeft gekozen.

Het kabinet deelt de analyse van de RVZ dat de houdbaarheid en kwaliteit van de zorg vooral worden verbeterd door het verder doorvoeren van structuuraanpassingen. Deze structuuraanpassingen leveren op de korte termijn weinig op (ze kosten soms zelfs geld), maar dragen bij aan de houdbaarheid en kwaliteit van zorg op de langere termijn. De RVZ stipt in zijn advies een veelheid aan suggesties aan. Veel van die suggesties worden reeds in meerdere of mindere mate betrokken bij de ontwikkeling van het huidige kabinetsbeleid.

De voorstellen van de RVZ hebben veelal betrekking op de verbetering van de prikkelstructuur en het daar leggen van de verantwoordelijkheden waar ze bijdragen aan kostenbeheersing, waardoor de zorg als geheel efficiënter en effectiever gaat functioneren. Het kabinet is het met die algemene denkrichting eens.

Ook is het kabinet het met de RVZ eens dat actoren in het zorgveld baat hebben bij helderheid over vergoedingen, prijzen en budgetten voordat de bewuste prestatie wordt geleverd (sturen aan de voorkant) en dat zorgaanbieders en verzekeraars niet zijn gebaat bij efficiencykortingen of ex-post compensatie (sturen aan de achterkant). Een systeem is alleen effectief op vooraf vastgestelde regels te sturen als vooraf ook goed duidelijk is wat de gevolgen van die regels voor de specifieke zorgspeler zijn en deze die gevolgen kan beïnvloeden. Dat is nu in de zorg nog niet overal het geval. Sturen aan de achterkant, hoewel op zich onwenselijk, is daarmee vaak onvermijdelijk. Het kabinet streeft er naar om zo snel als kan, maar zo geleidelijk als het moet, toe te werken naar een beter ingericht systeem met risico's en verantwoordelijkheden op de plaats waar ze thuishoren en die sturen aan de achterkant zoveel als mogelijk onnodig maken.

Met de huidige financiële en economische crisis is de actualiteitswaarde van uitgavenbeheer in de gezondheidszorg en daarmee de actualiteit van het RVZ-advies *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg* verder toegenomen. De economische crisis zorgt voor een ongewenste toename van de staatsschuld. Toekomstige uitgaven zullen moeten worden gereduceerd omdat nu noodgedwongen middelen moeten worden besteed aan de oplossing van urgente problemen zoals de instabiliteit op de financiële markt, de oplopende werkloosheid en de krimp van de Nederlandse economie. Dat betekent dat op de langere termijn extra houdbaarheidsmaatregelen moeten worden doorgevoerd.

Dit voorjaar heeft het kabinet overeenstemming bereikt over een zogenaamd houdbaarheidspakket, waarvan de vormgeving en invoering in deze kabinetsperiode wordt vastgelegd. In totaal wordt voor de zorg gerekend met een taakstellende opbrengst van 0,4% BBP waarvan ten minste 0,2% in wordt gevuld op de zorgtoeslag. Het overige wordt ingevuld op basis van voorstellen (voor de cure) van de minister van VWS. Het kabinet put om deze doelstelling te realiseren uit de aanbevelingen van de RVZ. In een separate brief zal het kabinet ingaan op de invulling van de specifieke houdbaarheidsmaatregelen.

2.1 Meer risico voor verzekeraars en aanbieders

Het kabinet is het met de RVZ eens dat actoren in de zorg die beslissingen nemen ook het risico over deze beslissingen dienen te lopen. Met de

introductie van gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg is de verantwoordelijkheid meer bij zorginstellingen en zorgverzekeraars gelegd, en minder bij de overheid. Het is van belang dat verzekeraars en aanbieders de risico's dragen die bij die verantwoordelijkheid horen. Het kabinet zal zorgdragen voor een snelle, doch zorgvuldige overheveling van risico van de overheid naar zorgaanbieders en verzekeraars. Er worden, zoals ook uit onderstaande blijkt, reeds belangrijke stappen in die richting gezet.

Wanneer ziekenhuizen gericht op output worden afgerekend en verzekeraars en aanbieders meer risico moeten gaan lopen, is het essentieel dat de onderliggende bekostigingssystematiek goed functioneert. De afgelopen jaren zijn ten aanzien van de dbc-systematiek enkele kinderziekten aan het licht gekomen. Met name de stabiliteit, medische herkenbaarheid, normtijdenverwerking en kostenhomogeniteit van het huidige dbc-systeem is nog te verbeteren. Bij de invoering van DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie) worden de huidige dbc's, waarvan er momenteel zo'n 30 000 in gebruik zijn, vervangen door circa 3 000 zorgproducten. Deze zijn beter medisch herkenbaar en leiden tot een eenduidiger declaratiesysteem. Ook wordt het administratieve proces eenvoudiger en beter controleerbaar, zodat de kans op fouten vermindert.

Om de voorwaarden voor verdere stappen naar prestatiebekostiging te realiseren zet het kabinet daarom bij voorrang in op deze verbetering. Recent heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over het invoeringstraject van de nieuwe productstructuur¹.

Het kabinet werkt in de cure, in lijn met de RVZ-aanbevelingen, toe naar integrale dbc-tarieven. Dat betekent dat ook kosten voor kapitaal integraal onderdeel uit moeten gaan maken van het dbc-tarief. De RVZ adviseert om het gebruik van een degressief bekostigingssysteem te stimuleren. In het B-segment, waar vrije prijzen gelden, staat het de verzekeraar vrij om, in overleg met de zorgaanbieder, degressieve tarieven overeen te komen. De verdere uitbreiding van het B-segment zal dus leiden tot de mogelijkheid voor verzekeraars om deze systematiek meer toe te gaan passen. In het A-segment zijn de budgetparameters in beginsel maximumwaarden waarover onderhandeld kan worden, al komt dit in de praktijk nog weinig voor. Met de afschaffing van de budgetsysteematiek voor ziekenhuizen (die ik gepland heb voor 2011) zou – voor het A-segment – gekozen kunnen worden voor maximum tarieven. In die situatie zouden verzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen om – onder het maximum – tot afspraken te komen over degressieve dbc-tarieven². Momenteel is de NZa bezig met een uitvoeringstoets over het afschaffen van de budgetsysteematiek voor ziekenhuizen en de transitie naar prestatiebekostiging. Ik zal de NZa in dat kader wijzen op het advies van de RVZ omtrent degressieve tarieven.

Het kabinet heeft met de introductie van de Zvw zorgverzekeraars meer mogelijkheden gegeven om selectief zorg in te kopen. Daarnaast wordt door het kabinet momenteel gewerkt aan het faciliteren van zorginkoop door verzekeraars middels zogenaamde keten-dbc's. Deze keten-dbc's worden ontwikkeld voor chronische aandoeningen. Het aantal chronisch zieken neemt de komende periode substantieel toe. Dat zal bij ongewijzigd beleid leiden tot een naar verhouding sterke stijging van het gebruik van zorg in de tweede lijn. Vanaf 1 januari 2010 wordt het mogelijk om voor vier chronische aandoeningen keten-dbc's aan te bieden. Met de invoering hiervan ontstaat voor de zorgverzekeraar de mogelijkheid om behandeling van chronische ziekten meer in de eerste lijn plaats te laten vinden. De zorg wordt dicht bij de patiënt aangeboden, dit is niet alleen beter en prettiger voor de patiënt, maar ook goedkoper. Deze keten-dbc's zijn gebaseerd op zorgstandaarden die de minimale goede zorg beschrijven die

¹ Kamerstukken II 2008–2009, 29 248, nr. 80.

² Kamerstukken II 2008–2009, 29 248, nr. 74.

voor veel patiënten in de eerste lijn geboden kan worden. Door intensieve begeleiding en afstemming kunnen complicaties voorkomen worden hetgeen leidt tot een beheersing van de (groei van de) zorgkosten. Daarmee komt het kabinet tegemoet aan de wens van de Raad om ook concrete kansen op besparingen (en verbetering van de kwaliteit van zorg) te realiseren door een betere aanpak van bepaalde chronische aandoeningen¹.

Niet alleen wil het kabinet de behandeling van chronische aandoeningen verbeteren, maar met preventieve zorg wil het ook het ziekteproces vertragen en bovenal voorkomen dat het aantal mensen dat lijdt aan een chronische aandoening blijft toenemen. In de kaderbrief 2007–2010 «Visie op gezondheid en preventie»² heeft de minister van VWS beleid ten aanzien van preventie uiteen gezet. Een van de doelen is om aantoonbaar kosteneffectieve interventies op het gebied van preventie op te nemen in het basispakket als dit budgettair inpasbaar is.

De RVZ adviseert de ex-post compensaties in de risicoverevening in de cure af te schaffen. Het kabinet volgt dat advies graag op, maar acht het niet verantwoord dit in één klap te doen. Om tot afbouw van de ex-post compensaties te komen moet de ex-ante verevening degelijk zijn ingebed en zelfstandig in staat zijn zorgverzekeraars in een gelijke uitgangspositie te plaatsen op de zorgverzekeringsmarkt. Er moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan, omdat de afbouw anders contraproductief – in relatie tot de doelstellingen van de risicoverevening – gaat werken.

Dat betekent niet dat het kabinet tot op heden niets heeft gedaan aan de afbouw van de ex-post compensaties in de risicoverevening. Na de introductie van de Zvw zijn elk jaar de verschillende ex-post compensatiemechanismen afgeschaft of geleidelijk afgebouwd. Het aandeel van de risicodragende kosten in de totale kosten van zorgverzekeraars is gestegen van 55% in 2008 naar 64% in 2009. Dit aandeel zal verder stijgen naar ongeveer 70% in 2010. Voor de kosten van overige prestaties en de kosten van B-dbc's zijn verzekeraars in 2010 dus volledig risicodragend. Hiermee is ook een belemmering voor substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg weggenomen. De minister van VWS zal in september bezien of het ex-ante vereveningssysteem verder is verbeterd zodat ook de ex-post compensaties verder kan worden afgebouwd. Het parlement zal dit najaar, zoals gebruikelijk, over het risicovereveningssysteem 2010, inclusief de inzet van ex-post compensatiemechanismen, worden geïnformeerd.

De RVZ adviseert om de financiële positie van de verzekeraars te versterken. Met het verhogen van het financiële risico van verzekeraars zal hun solvabiliteit moeten toenemen. Een alternatief daarvoor zou zijn polissen te herverzekeren. Dan kunnen de aan te houden reserves ter dekking van de solvabiliteitseisen naar beneden. Het kabinet heeft daar op zichzelf geen bezwaar tegen. Het is echter een verantwoordelijkheid van verzekeraars zelf om, binnen de daarvoor geldende regels, zorg te dragen voor hun eigen solvabiliteit. De Nederlandsche Bank is nauw betrokken bij de ontwikkelingen in de risicoverevening en de gevolgen van deze ontwikkelingen op de financiële risico's van verzekeraars. DNB neemt deze ontwikkeling dan ook mee in haar beoordeling van de financiële positie van de individuele zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Het kabinet is voornamelijk niet van plan om te komen tot bonus-malus bekostiging voor kwaliteit in de Zvw, zoals de RVZ voorstelt. De IGZ heeft de afgelopen periode haar beleid ten aanzien van de kwaliteitscontrole aanmerkelijk verscherpt. Daarnaast zal de nog te installeren Regieraad Kwaliteit van Zorg stimuleren dat in richtlijnen expliciet aandacht wordt

¹ In de zomer van dit jaar doet de minister van VWS de Kamer zijn lange termijnvisie inzake keten-dbc's toekomen. Hierin zal de verdere ontwikkeling van functionele bekostiging in de eerstelijnszorg in samenhang nader worden gepresenteerd.

² Kamerstukken II 2007–2008, 22 894, nr. 134.

besteed aan de relatie tussen kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Tevens lopen er verschillende initiatieven om te komen tot meer transparantie in de zorg. De cliënt en de verzekeraar zullen ook in toenemende mate consequenties verbinden aan de kwaliteitsscores van instellingen. Onder deze omstandigheden voegt een bonus-malus onnodige bureaucratie toe.

De AWBZ, die bedoeld is voor kwetsbare mensen die langdurige en onverzekerbare zorg nodig hebben, is de afgelopen jaren fors gegroeid. Het kabinet deelt op dat punt de analyse van de RVZ en heeft dan ook de noodzaak gezien om maatregelen te nemen, zodat de houdbaarheid voor de langdurige zorg ook op langere termijn kan worden gewaarborgd. Het kabinet heeft er uitdrukkelijk voor gekozen om dat niet te doen door doelgroepen, zoals bijvoorbeeld jongeren, uit te sluiten van de AWBZ, maar door in de maatregel aan te sluiten bij de zwaarte van de zorg. Iedereen die kwetsbaar is en langdurig behoefte aan zorg heeft, moet in principe aanspraak kunnen maken op de AWBZ. Over de eerste resultaten van de monitors van de pakketmaatregel stuurt de staatssecretaris van VWS nog voor de zomer een brief naar de Tweede Kamer.

Met de invoering van de zogenaamde zorgzwaarte pakketten (ZZP's) wordt ook in de care een vorm van integrale prestatiebekostiging ingevoerd. De ZZP-tarieven bevatten op dit moment nog niet de huisvestingslasten, maar net als in de cure zullen in 2011 ook in de care deze lasten opgenomen worden in integrale ZZP-tarieven. Voor de ZZP's gelden maximumtarieven. In 2010 en 2011 vindt een geleidelijke overgang plaats van de oude bekostiging naar de nieuwe (ZZP-bekostiging). In 2010 en 2011 is de onderhandelingsmarge op de ZZP-prijzen beperkt tot maximaal 2% onder het maximumtarief om daarmee een stabiele overgang te kunnen garanderen. Na 2011 kunnen aanbieders en zorgkantoren bij de bekostiging afspraken maken over prijzen die liggen onder dat maximum tarief.

De Raad bepleit uitvoering van de AWBZ door risicodragende zorgverzekeraars, die normuitkeringen ontvangen. Dit uitvoeringsmodel bevordert volgens de Raad de doelmatigheid, deels door het opheffen van het financiële schot tussen curatieve zorg en met name de ouderenzorg en, op termijn, door het creëren van een prikkel voor verzekeraars om doelmatig te werken. Het moet volgens de Raad mogelijk zijn daar nog deze kabinetsperiode een experimentele start mee te maken.

In de brief van 13 juni 2008¹, «Zeker van zorg, nu en straks» neemt het kabinet nog geen definitief besluit over uitvoering van (delen van) de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden. Medio 2010 wordt bezien of aan de voorwaarden is voldaan om deze verandering in de uitvoering per 1 januari 2012 door te kunnen voeren. De staatssecretaris van VWS heeft het parlement, naar aanleiding van de motie-Wiegman c.s.² recent een brief³ doen toekomen, waarin een nadere uitwerking van de toekomst van de AWBZ wordt geschetst, waarbij onder andere wordt ingegaan op de rol van de zorgverzekeraars.

Volgens de Raad lopen de uitgaven in de AWBZ (mede) hoog op doordat de zorgkantoren en indicatieorganen geen risico lopen over hun werkzaamheden. Daarmee ontbreekt de tegendruk tegen stijgende zorguitgaven. Anders dan de Raad ziet het kabinet in de contracteerruimte van de AWBZ iets anders dan alleen een budgetplafond. Het is een instrument om de uitgaven te beheersen. Het kabinet deelt de opvatting van de Raad als het gaat om de introductie van prikkels voor de beheersing van de kosten. De introductie van integrale tarieven sluit aan bij de suggestie van de Raad. In de systematiek van de integrale tarieven krijgen de zorgaanbieders meer ruimte voor hun investeringsbeslissingen, maar lopen zij daarover ook risico. Leegstand komt voor eigen rekening en risico van de

¹ Kamerstukken II 2007–2008, 30 597, nr. 15.

² Kamerstukken II 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 56.

³ Kamerstukken II 2008–2009, 30 597, nr. 73.

zorgaanbieders. Daarom zullen deze zich bij hun investeringen goed moeten oriënteren op de vraag van de cliënten om de levensvatbaarheid en rendabele exploitatie daarvan goed in te schatten. In het verlengde van de introductie van de ZZP's en de integrale tarieven zal ook worden bezien of het zinvol is de (intramurale) contracteerplicht op te heffen. Bij de extramurale zorgverlening is al geen sprake meer van een contracteerplicht.

2.2 Hogere arbeidsproductiviteit

De arbeidsproductiviteit in de zorg moet omhoog. De groei blijft nu achter bij de mogelijkheden of de opbrengsten leiden niet tot een daling van de collectieve zorguitgaven. Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat mogelijkheden tot efficiencyverhoging per deelsector verschillen. De Raad merkt op dat in de ouderenzorg minder productiviteitswinst te realiseren is en dat de uitgaven daar sneller zouden mogen stijgen dan de uitgaven voor ziekenhuiszorg. Het kabinet zoekt mogelijkheden tot verhoging van de arbeidsproductiviteit in het verbeteren van de prikkels in het systeem. Met de (her)inrichting van het Nederlandse zorgsysteem beoogt het kabinet actoren in het zorgveld ertoe aan te zetten om de mogelijkheden die het systeem hen biedt te benutten om (arbeids)productiviteitswinst te realiseren. Dat levert positieve effecten op voor zowel de aanbieder, verzekeraar, patiënt als premiebetaler. Prijzen kunnen daardoor dalen, waardoor de groei van de collectieve zorguitgaven kan afnemen. Als wordt onderhandeld over prijzen van dbc's en zzp's, dan zullen (arbeids)productiviteitswinsten daar als vanzelf leiden tot lagere tarieven, mits er geen sprake is van onevenredige marktmacht van zorgaanbieders. Aanbieders worden zo automatisch geprikkeld de arbeidsproductiviteit te verhogen. Ook de bekostiging op basis van integrale dbc's en zzp's maakt prijsverschillen tussen instellingen zichtbaar, wat de neiging tot efficiencyvergroting kan versterken en zorgt ervoor dat efficiencytekorten niet meer kunnen worden gecompenseerd door een lagere productie. Het kabinet zal bij de uitwerking van beleid rekening houden met de wijze waarop arbeidsproductiviteit neerslaat bij de verschillende actoren in de zorg.

De RVZ beveelt de minister van VWS aan om de opleidingscapaciteit voor medische beroepen te vergroten. Het kabinet is in 2000 reeds begonnen met de uitbreiding van de opleidingscapaciteit met als doel om een ruim voldoende aanbod van specialisten te garanderen om de toekomstige zorgvraag het hoofd te kunnen bieden. De opleidingscapaciteit is dan ook bijna verdubbeld: van 4480 plaatsen in 2000 naar 8654 eind 2008. Dit gebeurt op basis van capaciteitsrapporten voor onder meer de medische vervolgopleidingen van het Capaciteitsorgaan. Het kabinet acht het van belang bij de bepaling van de benodigde hoeveelheid artsen te kijken naar zowel het effect daarvan op de kwaliteit en de prijs, maar merkt daar ook bij op dat met een extra toename van het aantal artsen de honorering per arts wellicht afneemt, maar dat de totale zorgkosten erdoor mogelijk zouden kunnen toenemen. Nadere maatregelen zullen worden overwogen op basis van een separaat advies van de RVZ over dit onderwerp.

Voor het kabinet is het stimuleren van innovaties op de werkvloer in de zorg een belangrijk speerpunt. Daardoor neemt niet allen de kwaliteit, maar ook de arbeidsproductiviteit in de zorg toe. De afgelopen jaren is in de langdurige zorg geïnvesteerd in diverse ontwikkel- en verbeterprogramma's. Voorbeelden daarvan zijn, naast belangrijke lokale kleinschaliger innovaties, het Nationaal Ouderenprogramma, het Landelijk Dementie Programma en het programma Zorg-voor-beter. Recent heeft de staatssecretaris van VWS een programma aangekondigd waarin de instellingen in de langdurige zorg worden gestimuleerd om deze ontwikkelde innovaties breder toe te passen. Over dit initiatief zal de Tweede Kamer na de zomer nader worden geïnformeerd.

Een ander belangrijk initiatief ter bevordering van innovatie in de zorg is het Zorginnovatieplatform. Dit platform heeft tot doel de innovatiekracht en ondernemerschap in de zorg te vergroten. Zo is als onderdeel van dit platform de maatschappelijke innovatie agenda gezondheid opgesteld. Centraal in deze agenda staat de inzet van kennis, ondernemerschap en innovatie voor het aanpakken van de uitdagingen waar de zorg voor staat: het verbeteren van zorg en het oplossen van het personeelstekort. Gedacht kan worden aan arbeidsbesparende technologieën, zoals robotica en domotica maar ook aan innovatie op gebied van bijvoorbeeld leiderschap, organisatie en logistiek. Deze zomer wordt het parlement nader geïnformeerd over de voortgang rond het Zorginnovatieplatform.

Het dbc-systeem is mede geïntroduceerd om innovatie in de zorgsector te stimuleren. Zo wordt bijgedragen aan voortdurende modernisering van de Nederlandse gezondheidszorg. Mogelijke productiviteits- en doelmatigheidswinst die voortkomt uit innovatie moet grotendeels terecht komen bij de premiebetaler en niet enkel ten goede komen aan de zorgaanbieder.

Binnen de huidige dbc-systematiek kan dit onder meer pleiten voor een periodieke herijking van de tarieven. Het uurtarief is in 2008 ingevoerd als overgangsmaatregel om uiteindelijk te komen tot een systeem van volledig vrije prijsvorming voor de medisch specialisten. Op dit moment, bijna twee jaar na de introductie van het uurtarief als overgangsmaatregel moet worden bezien of aan de voorwaarden wordt voldaan om de stap naar vrije prijsvorming te zetten. Het aanbod en de relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist zijn hierbij belangrijke aandachtspunten.

2.3 Meer zelf betalen

De analyse van de RVZ ten aanzien van de GGZ laat zien dat de afgelopen jaren de uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg aanzienlijk zijn gestegen. Het kabinet heeft in 2008 ongeveer 75% van de totale GGZ overgeheveld naar de Zvw. Het kabinet verwacht als gevolg van de overheveling naar de Zvw op termijn onder andere een positief effect van onderhandeling tussen aanbieder en verzekeraar over doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Vergroting van de risicodragendheid van zorgverzekeraars door de afbouw van ex-post compensaties in de risicoverevening moet dat effect verder versterken.

De RVZ stelt in haar advies voor om voor «lichte» en moeilijk te verifiëren problematiek het gebruik van op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg af te remmen door de invoering van een eigen bijdrage. Voor de eerstelijns psychologische zorg geldt al een eigen bijdrage per zitting. Ik heb eerder aangekondigd dat in het voorjaar van 2010 een samenhangende kabinetsstandpunt over de toekomst van het systeem van het verplicht eigen risico en EB aan het parlement (zie TK 2007/08, 29 689, nr. 194) zal worden gestuurd. Ik zal dan ook ingaan op de mogelijke invoering van een eigen bijdrage in de tweedelijns curatieve GGZ.

De RVZ adviseert in zijn advies *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg* ook om de overheveling naar de WMO en de Zvw van delen van de AWBZ-zorg verder te bevorderen. Een voorbeeld hiervan is de voorgenomen overheveling van de somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw¹. Ook hier ziet het kabinet kansen voor vergroting van de doelmatigheid en beheersing van kosten. De verwachte tendens tot extramuralisering (waar patiënten meer en meer zorg ontvangen zonder in een instelling te zijn opgenomen) draagt hier aan bij.

De staatssecretaris zal voor de zomer, samen met de minister van WWI, de Kamer een standpunt doen toekomen over de uitkomsten van drie

¹ Kamerstukken II 2008–2009, 30 597, nr. 66.

verschillende onderzoeken naar de gevolgen voor diverse belanghebbenden (cliënten, zorginstellingen, lokale en rijksoverheid) van het financieel scheiden van wonen en zorg in de AWBZ. Onderzocht is bijvoorbeeld wat het betekent als mensen met een AWBZ-indicatie voor verblijf hun woonkosten in een intramurale instelling zelf zouden gaan betalen.

2.4 Budgettaire spelregels

De RVZ adviseert om de groeiruimte gericht in te zetten. Achtergrond van dit RVZ advies is dat in het verleden veel extra middelen naar de zorg zijn gegaan, zonder dat de sector helder kan maken, wat voor deze middelen geleverd is. Het kabinet deelt het achterliggende principe dat de zorg voor meer middelen aantoonbaar meer waar moet leveren. Doel van de dbc-systematiek is mede om, in tegenstelling tot de functionele bekostiging, een duidelijke koppeling te leggen tussen prestatie en bekostiging. Ook in de care zal door de introductie van de ZZP's transparant gemaakt worden wat in zorgzwaarte, wat in volume en wat in kwaliteit is gaan zitten. Het kabinet hoopt zo voor de toekomst een belangrijk bezwaar van de RVZ te ondervangen.

Overigens moet het beeld van de RVZ worden genuanceerd dat het onduidelijk is wat er met de extra middelen voor de Nederlandse gezondheidszorg is gebeurd. Uit studies van het RIVM blijkt dat sinds de jaren vijftig de algemene levensverwachting met meer dan 7 jaar is toegenomen. Gecorrigeerd voor kwaliteit van leven, is de levensverwachting nog sterker toegenomen. Een deel van deze toegenomen levensverwachting is te danken aan verbeteringen in de gezondheidszorg. Bij infectieziekten, kankers en hart- en vaatziekten is de levensverwachting gemiddeld met ongeveer vier jaar toegenomen als gevolg van verbeteringen in de gezondheidszorg¹.

Met de RVZ is het kabinet van mening dat onverwachte uitgavetevallers achteraf zeer ongewenst zijn. De ramingsfunctie binnen het ministerie van VWS is in dat kader versterkt. Het is van belang vooraf goed inzicht te hebben in de te verwachten kostenontwikkeling in de verschillende deelsectoren van de zorg. Door reservefondsen aan te leggen om incidentele tegenvallers mee te dekken, zoals de RVZ voorstelt, zou voorkomen kunnen worden dat budgetoverschrijdingen onmiddellijk moeten leiden tot ingrepen in het pakket of verhoging van de premie. Dat kan rust creëren. Anderzijds kan het bestaan van reserves juist voor onrust zorgen doordat bij veldpartijen een prikkel ontstaat om aanspraak op deze fondsen te claimen. Daar komt bij dat het bij de inrichting van het stelsel zoals het kabinet het voorstaat verzekeraars (en zorgkantoren) en aanbieders onderhandelen over het aanbod en de prijs daarvan. Verzekeraars en zorgkantoren kunnen ervoor kiezen niet alle beschikbare contracteerruimte direct aan te gaan met aanbieders, maar reserves op te bouwen. Het kabinet laat een dergelijk besluit graag over aan individuele verzekeraars.

Het kabinet onderschrijft het advies van de RVZ als het gaat om het zoveel mogelijk beperken van generieke «kaasschaaf-ombuigingen» in geval van overschrijdingen op het kader. Dat neemt niet weg dat het kabinet zich veelal gesteld ziet voor de opgave om overschrijdingen op het zorgkader te compenseren zonder dat exact helder is waar die tegenvaller precies door wordt veroorzaakt of waar (arbeids)productiviteitsontwikkeling afwijkt van waar vooraf rekening mee werd gehouden.

In beginsel is het juist dat kabinet en parlement zoveel mogelijk zelf een keuze moeten kunnen maken over de omvang van de zorguitgaven en de verdeling naar sector. Het kabinet heeft voor de curatieve zorg gekozen

¹ Meerding W. J., J. J. Polder, A. E. M. de Hollander en J. P. Mackenbach, Hoe gezond zijn de zorguitgaven?, RIVM, Bilthoven 2007.

voor een stelsel waarbij veldpartijen in onderlinge gereguleerde concurrentie er voor zorgen dat de zorgkosten worden beheerst. Het is aan kabinet en parlement om te besluiten over de omvang van het pakket van collectief verzekerde zorg en de omvang van eigen bijdragen binnen dat stelsel. Het is vervolgens aan de aanbieders, de verzekeraars en de verzekerden en patiënten om gezamenlijk te bewerkstelligen dat het verzekerde pakket aan de noodzakelijke kwaliteitseisen voldoet tegen een redelijke prijs.

De financiële kaders die door kabinet en parlement worden vastgesteld hebben een sterk sturend karakter voor veldpartijen. Kabinet en parlement besluiten over de omvang van het verzekerde pakket. Vervolgens maakt het kabinet een inschatting van de middelen die nodig zijn om voor iedereen die recht heeft op de verzekerde zorg die zorg ook daadwerkelijk te kunnen laten leveren. Daartoe is het van belang een helder onderscheid te maken tussen onontkoombare en beleidsrijke groei. Daarbij wordt rekening gehouden met pakket- en stelselaanpassingen, prijsontwikkeling, arbeidsproductiviteitsontwikkeling in het algemeen en in de zorg in het bijzonder, bevolkingsgroei en vergrijzing, technologische ontwikkeling en overige volumegroei. De aannames die achter deze ramingen schuilgaan zijn met onzekerheid omgeven. Verschillen in arbeidsproductiviteitsontwikkeling tussen sectoren zijn niet eenvoudig in kaart te brengen. Datzelfde geldt voor de effecten van technologische ontwikkelingen, ontwikkeling van latente en/of aanbod geïnduceerde vraag. Het kabinet is het met de RVZ eens dat in het kader van duurzaam uitgavenbeheer sterk moet worden ingezet op een adequate inschatting van de nodige groei-ruimte. Het moment van kabinetsvorming is daarvoor het meest geëigende moment.

3 Conclusie

Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg staat, terecht, bij velen in het middelpunt van de belangstelling. Het kabinet waardeert het zeer dat de RVZ zich over deze belangrijke en complexe materie heeft gebogen en tot een evenwichtig advies is gekomen dat bij kan dragen aan de discussie hoe de verschillende actoren, waaronder de overheid, een bijdrage kunnen leveren aan een houdbare zorgkostenontwikkeling.

Dit voorjaar heeft het kabinet overeenstemming bereikt over een zogenaamd houdbaarheidspakket. Het kabinet put om deze doelstelling te realiseren uit de aanbevelingen van de RVZ. In een separate brief zal het kabinet ingaan op de invulling van de specifieke houdbaarheidsmaatregelen.

Het kabinet heeft inmiddels op veel van de onderdelen die door de Raad worden genoemd maatregelen genomen of werkt voornemens daaromtrent op dit moment uit. Het kabinet ziet het advies van de RVZ als een steun in de rug bij de verdere implementatie van de modernisering van het Nederlandse zorgstelsel. Het kabinet is het met de Raad eens dat verdere stappen moeten worden gezet richting de verdere implementatie van prikkels voor spelers in de gezondheidszorg, gericht op de vergroting van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Wij zijn desalniettemin van mening dat deze modernisering niet moet worden overhaast. We moeten veldpartijen niet alleen ruimschoots de gelegenheid geven zich op veranderingen voor te bereiden, we moeten ze ook het instrumentarium in handen geven om met de verantwoordelijkheden die hen worden gegeven op een verantwoorde manier om te kunnen gaan. In deze brief hebben wij u op hoofdlijnen inzicht gegeven in de manieren waarop dit kabinet invulling geeft aan de specifieke adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zoals opgenomen in het advies *Uitgavenbeheer*

in de gezondheidszorg. Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

De staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker