



*cutting through complexity™*



# Onderzoek Excess growth Eindrapport

Mei 2012



	Pagina
Inleiding en vraagstelling	7
Kostengroei op zorgsectorniveau	12
Kostengroei op zorgvraagniveau	32
Conclusies	83
Aanbevelingen: Grip op kostengroei in de zorg	91
Bijlage: tabel beleidsmaatregelen	101



*cutting through complexity™*

# Management- samenvatting

# Managementsamenvatting

## Vraagstelling en aanpak

### Vraagstelling

- De zorgkosten stijgen in Nederland en de meeste Westerse landen al jaren relatief harder dan het nationaal inkomen. Gegeven dat het grootste deel van de zorguitgaven collectief gefinancierd wordt, betekent dit een oplopende collectieve uitgavenquote of verdringing van andere uitgaven op de begroting. Demografie en BBP-ontwikkeling verklaren de uitgavengroei maar gedeeltelijk; eerder onderzoek laat zien dat 'beleid' een aanzienlijk deel van de kostenontwikkelingen verklaart.
- Het ministerie van VWS wil beter begrijpen *welk* beleid tot kostengroei leidt, aan de hand van een analyse van de groei van de zorgkosten in de periode 2000-2010. Subvragen daarbij zijn wat de belangrijkste subonderdelen van kostengroei zijn over deze periode; waar de effecten van beleid neerslaan en hoe hierop geïntervenieerd kan worden (dat wil zeggen: hoe beleid kan worden ingezet om eventuele ongewenste of automatische groei af te remmen).

### Aanpak

- In dit onderzoek starten we met een analyse van de macrokosten op zorgsectorniveau, op basis van cijfers van het CBS. We brengen per sector – ziekenhuizen, GGZ, ouderenzorg, etc. - in kaart hoe groot de *excess growth* is: dat deel van de groei dat niet verklaard kan worden door demografische of loonontwikkeling. Vervolgens laten we zien welk deel van de excess growth kan worden verklaard door beleid met een direct budgettair effect.
- In het volgende deel wordt de insteek van de analyse gekanteld: van een analyse per sector verschuiven we de aandacht naar een analyse vanuit het perspectief van het type zorgvraag. Door deze kanteling wordt zowel het inzicht in de onderliggende oorzaken van de kostengroei groter, als ook de mogelijkheden tot voorspellen van ontwikkelingen van zorgvraag en -aanbod. Via een analyse van een aantal casussen wordt deze aanpak uitgewerkt, waarbij we per casus de *drivers* van kostengroei analyseren.
- Vervolgens keren we terug naar het macroniveau om de vraag te beantwoorden met welk beleid de grip op de excess growth kan worden vergroot.

Op de volgende pagina's bespreken we de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van onze studie.

# Managementsamenvatting

## Bevindingen (1/3)

### De groei is fors; ZFW/Zvw en AWBZ gaan gelijk op

- De groei van de zorguitgaven is over de periode 2000-2010 6,5% nominaal per jaar gemiddeld. De bijdrage van de ZFW/Zvw en de AWBZ in de groei over de periode 2000-2010 is ongeveer gelijk (gecorrigeerd voor overhevelingen). In zowel absolute als relatieve zin zijn de ziekenhuiszorg, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de GGZ de belangrijkste veroorzakers van de groei.

### Loonontwikkeling is een belangrijker determinant van groei zorgkosten dan de demografische ontwikkelingen...

- Uit de macro-analyse blijkt dat de loonontwikkeling bijna de helft van de jaarlijkse groei verklaart. Demografie is verantwoordelijk voor 1,2% en 1,4% in de ZFW/Zvw en AWBZ respectievelijk. De overige groei is in de eerste helft van het decennium nog deels prijsontwikkeling onafhankelijk van loonontwikkeling, maar dit verdwijnt langzaam in de jaren daarna. Wat overblijft is volume.

### ... en beleid met direct effect bepaalt het grootste deel van de ontwikkeling van de excess growth

- Zowel in de ZFW/Zvw als de AWBZ is de excess growth zo'n 2¾% gemiddeld per jaar. Opvallend is dat de excess growth in de meeste sectoren vrijwel geheel samen valt met beleidsmaatregelen met een direct budgettaire impact: aanpassingen aanspraken, stimulansmaatregelen, etc. Opvallend is dat in de sectoren verantwoordelijk voor de hoogste uitgaven er bovenop de directe effecten van beleid nog een belangrijk aandeel onverklaarde excess growth te zien is.

### Perspectief vanuit de sectorbenadering stuit op forse beperkingen...

- Met een sectorbenadering komen epidemiologische, technologische en sociaal-culturele factoren moeizaam in zicht. Ook demografische ontwikkelingen kunnen slechts op een globale en weinig nauwkeurige wijze worden meegewogen. Er is slechts zicht op instellingen, maar niet op de patiëntengroepen binnen instellingen en over de instellingsgrenzen heen. Ook vanuit het oogpunt van 'toegevoegde waarde van zorg' is een sectoranalyse een *mission impossible*; de geleverde uitkomsten kunnen slechts worden gemeten langs de as van de zorgvraag.

### ... die kunnen worden weggenomen door een benadering vanuit de zorgvraag...

- Een analyse langs de as van de zorgvraag sluit wel aan bij de drivers van kostengroei, en leidt daarom tot een inzichtelijker beeld. Tevens is beleid – als directe veroorzaker van groei – vaak een antwoord op epidemiologische, technologische en sociaal-culturele factoren per zorgvraag. In de meeste gevallen is dit een antwoord op ontwikkelingen waarvan op sectorniveau alleen de symptomen zichtbaar zijn.
- Zoals uit de casussen gebleken is, zijn de geëigende databronnen voor een analyse langs de as van de zorgvraag gefragmenteerd en moeilijk toegankelijk. Om inzicht te verkrijgen in de drivers van de groei is toegang tot de relevante data essentieel.



# Managementsamenvatting

## Bevindingen (2/3)

**De analyse langs de as van de zorgvraag plaatst de analyse van de ‘excess growth’ in een ander daglicht: in sommige sectoren is de toegevoegde waarde aantoonbaar en aanzienlijk toegenomen...**

- Voor belangrijke typen zorgvragen worden per uitgegeven euro zowel *meer* mensen geholpen als *betere* uitkomsten gerealiseerd. Dit blijkt in bijna alle gevallen op te gaan in de curatieve zorg, maar ook de toenemende vraag in de ouderenzorg wordt met relatief minder middelen en meer in de eigen omgeving van de cliënt opgevangen. In de electieve zorg leidt de technologische innovatie tot vermindering van het operationele risico, waardoor de indicatiestelling in de meeste gevallen wordt verruimd. Naast deze ontwikkelingen, waarbij waarde wordt gecreëerd, lijkt de introductie van het B-segment zonder sturing op gepaste volume tot een verdere verruiming van de indicatiestelling te leiden die geen aantoonbare waarde oplevert. Een zelfde ontwikkeling (zowel waardecreatie als aanwijzingen voor overgebruik) is zichtbaar in de zorg rond de bevalling.

**... voor andere type patiënten/cliënten gaat de kostenstijging echter veel minder gepaard met aantoonbare toegevoegde waarde**

- Voor depressiezorg en gehandicaptenzorg zijn de kosten en het volume aanzienlijk gestegen zonder dat daar een objectieve aanleiding voor is én zonder dat er een aantoonbare, significante stijging van de kwaliteit tegenover staat.

**Uit de casusanalyse blijkt hoezeer beleid wordt gemaakt zonder inzicht in de belangrijkste drivers voor de zorgvraag en zonder mogelijkheid de toegevoegde waarde van het ingezette beleid te volgen.**

- In de meeste gevallen gaat het bij het beleid om ‘meer middelen’, ook daar waar het beleid is gericht op het reduceren van kosten (substitutie-impulsen, bijvoorbeeld), of de additionele groei tijdens systeemwijzigingen. Juist doseren is niet mogelijk bij gebrek aan inzicht waarop gedoseerd zou moeten worden en met welke doelstelling. In jaren van relatieve positieve economische ontwikkeling is ‘overdosering’ dan een verklaarbaar gevolg. Zowel de Zvw als de AWBZ kent voorbeelden van waardecreatie als ook aanwijzingen voor *reductie* van toegevoegde waarde.

**Bekostiging speelt een grote rol in kostenontwikkeling. Dit indirecte effect van beleid is groot, maar ook dit effect is pas daadwerkelijk zichtbaar wanneer de analyse langs de as van de zorgvraag wordt verricht.**

- Zo zien we in de Zvw - waar productfinanciering sinds langere tijd aanwezig is - meer aanwijzingen voor een verbetering van de operationele efficiëntie; de kwaliteitsverbetering gaat samen op met c.q. wordt vertaald in kortere ligduren, snellere doorlooptijden, en hogere productiviteit (in termen van daadwerkelijk geholpen patiënten). De bekostiging in de AWBZ remt de operationele efficiëntiewinsten, tenzij door directe sturing van het aanbod (de rem op de beddenbouw in de ouderenzorg) deze efficiëntiewinst wordt afgedwongen. De inzet op substitutie van intramurale zorg in de gehandicapten zorg en de GGZ zorg heeft slechts geleid tot meer extramurale zorg, zonder dat de hoeveelheid intramurale zorg is afgenomen.

# Managementsamenvatting

## Bevindingen (3/3)

### Expliciete besluitvorming vergt inzicht in de kostengroei en dus toegang tot de relevante data

- Om expliciete besluitvorming over *excess growth* mogelijk te maken is inzicht in waar de kostengroei plaatsvindt vereist. Dit kan alleen op een betekenisvolle manier langs de benadering van de zorgvraag in plaats van de sectorbenadering, omdat anders effecten zoals technologie, demografie, epidemiologie, operationele efficiëntie niet of nauwelijks inzichtelijk te maken zijn.
- De groei van de zorgaanspraak, en ook de doorwerking van technologische ontwikkeling, onttrekt zich voor een belangrijk deel aan expliciete politieke besluitvorming. In veel gevallen besluit de beroepsgroep eigenstandig (al dan niet onder invloed van sociaal-culturele trends en/of technologie) dat een intensivering van de behandeling vereist is. In andere gevallen loopt het proces uit in een toelatingsbeslissing bij het CVZ. In welke mate de toelatingsbeslissingen van het CVZ een rol spelen in de zorgaanspraak uitbreidingen in vergelijking met andere effecten zoals beslissingen door de beroepsgroep is onhelder door een gebrek aan toegankelijke data.

### Om meer grip te krijgen op 'excess growth' van kostengroei in de zorg, adviseert KPMG Plexus het volgende:

#### 1. Kantel de begroting: van sectorbenadering naar de benadering vanuit de zorgvraag

- Geconstateerd is dat een kanteling van de begroting vereist is om inzicht te krijgen in kostengroei in de zorg. Alleen dan kunnen de drivers (demografie, epidemiologie en technologie) op een betekenisvolle manier mee worden meegenomen in de raming van de kostengroei. Een begroting gericht op sectoren past ook niet bij de functiegerichte filosofie van de Zvw, en remt de noodzakelijke innovatie die nodig is om de toegevoegde waarde te verhogen. Op langere termijn is kanteling de enige weg om substitutie te stimuleren en betekenisvol aan kostenbeheersing te doen.

#### 2. Zet in op ontsluiting van data

- Een belangrijke bevinding uit dit onderzoek is dat de benodigde data voor adequate monitoring wel aanwezig zijn, maar dat de data gefragmenteerd worden beheerd, eenduidige regie op het databeheer ontbreekt, en verschillende databeheerders om onduidelijke redenen ook aan VWS niet of nauwelijks toegang verschaffen tot deze data. Zonder inzicht in data ten aanzien van kosten en kwaliteit van zorg is budgettaire beheersing ondoenlijk. Daarom adviseren wij in te zetten op tijdige ontsluiting van de verschillende registraties.

#### 3. Stuur via een 'dashboard' als instrument om de gekantelde begroting te monitoren

- Indien deze databronnen ontsloten worden tot een samenhangende set van informatie per zorgvraag over kosten- en kwaliteitsontwikkeling dan creëert VWS stuurinformatie aan de hand waarvan proactief geacteerd kan worden, waardoor besluitvorming over kostengroei in de zorg expliciet gemaakt wordt. Dit is geen idealistisch toekomstperspectief, maar op korte termijn realiseerbaar anno 2013.



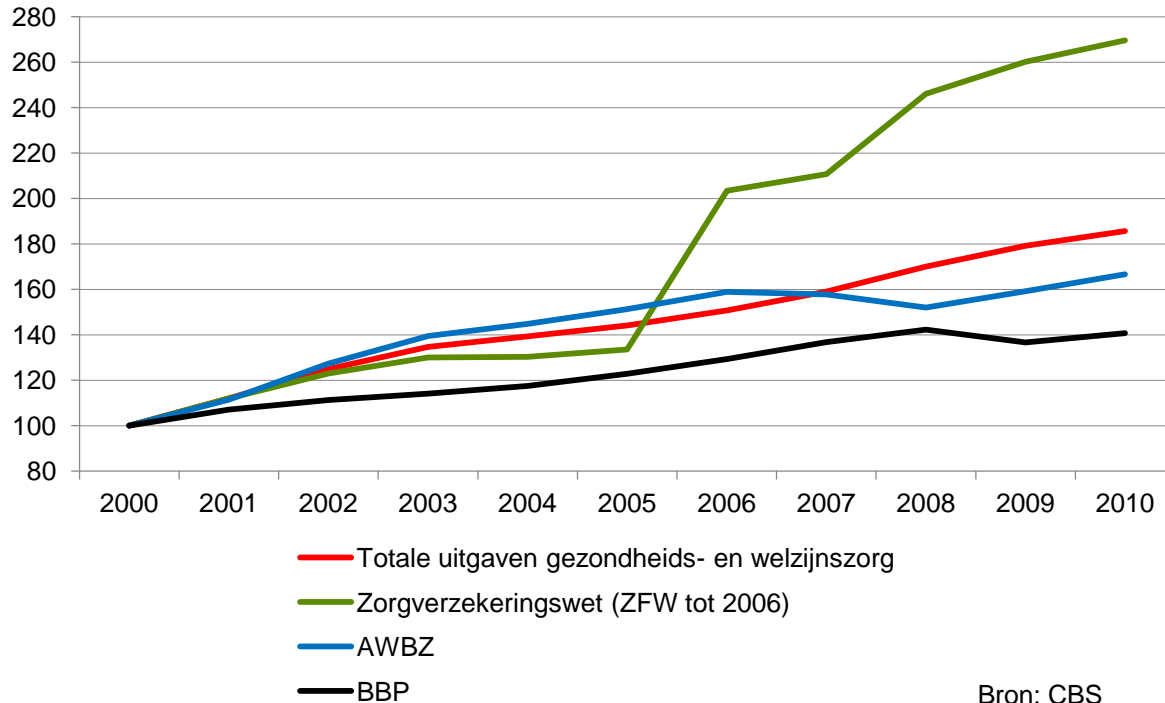
*cutting through complexity™*

# Inleiding en vraagstelling



# Aanleiding en vraagstelling

Groei zorguitgaven en BBP, index (2000 = 100)



## Aanleiding

Zorgkosten stijgen in de meeste Westerse landen al jaren relatief harder dan het nationaal inkomen. Gegeven dat het grootste deel van de zorguitgaven collectief gefinancierd wordt, betekent dit een oplopende collectieve uitgavenquote of verdringing van andere uitgaven op de begroting.

De groei is zowel binnen de langdurige zorg (AWBZ) als binnen de curatieve zorg (vanaf 2006 de Zvw) zichtbaar.

Demografie en bbp-ontwikkeling verklaren de uitgavengroei maar gedeeltelijk. Onderzoek van RIVM (*Determinanten van de volumegroei in de zorg*), Plexus (*Kosten en kwaliteit*) en anderen laten zien dat 'beleid' een aanzienlijk deel van de kostenontwikkelingen verklaart.

## Vraagstelling

De stijgende zorguitgaven zijn op termijn onhoudbaar. VWS wil beter begrijpen *welk* beleid tot kostengroei leidt, *waar* de effecten van beleid neerslaan (bij meer of minder kwetsbare groepen, bijvoorbeeld), en *hoe* hierop *geïnterveneerd* kan worden (dat wil zeggen: hoe beleid kan worden ingezet om eventuele ongewenste groei af te remmen). Op de volgende pagina's staan de (deel)vragen in meer detail opgenomen.

# Aanpak

## Vier analysestappen

- In dit onderzoek starten we met een analyse van de macrokosten op zorgsectorniveau. Hierbij volgen we de cijfers uit de Zorgrekeningen van het CBS, en de door het CBS gehanteerde indeling in sectoren (ziekenhuizen, huisartsen, GGZ, farmacie, etc.) welke grotendeels overeenkomt met de sectorale indeling die ook binnen de begroting van VWS wordt gehanteerd. Door binnen de belangrijkste sectoren de effecten van de demografische ontwikkeling en van de loonontwikkelingen te expliciteren, wordt de resterende 'excess growth' in kaart gebracht.
- Binnen deze excess growth wordt vervolgens geanalyseerd welk deel van de excess growth door beleidsmaatregelen kan worden verklaard. We kijken daarbij naar beleid met een direct budgettair effect.
- In de volgende sectie wordt de insteek van de analyse gekanteld: van een analyse per sector verschuiven we de aandacht naar een analyse vanuit het perspectief van het type zorgvraag. Door deze kanteling wordt zowel het inzicht in de onderliggende oorzaken van de kostengroei groter, als ook de mogelijkheden tot voorspellen van ontwikkelingen van zorgvraag en -aanbod. Via een analyse van een aantal casussen wordt deze aanpak uitgewerkt, waarbij we per casus de drivers van kostengroei analyseren.
- Vervolgens keren we terug naar het macroniveau om de vraag te beantwoorden met welk beleid de grip op de excess growth kan worden vergroot. Om daarbij de kracht van een focus op de zorgvraag te demonstreren wordt een op type zorgvragen gebaseerd 'waarde dashboard' gedemonstreerd dat zou kunnen dienen als een krachtige basis voor beleidsontwikkeling en -monitoring voor de zorg.

# Onderzoeksvragen (1/2)

1. **Wat zijn de belangrijkste subonderdelen van het overige volume: beleid, technologie, kwaliteit en de invulling van beleid?**
  - We analyseren in het onderdeel 'macrokosten op zorgsectorniveau' de macro-decompositie van de groei. Daarin laten we zien wat de invloed is van beleid met directe invloed. De invloed van technologie en indirect beleid volgt uit de aanpak via de casussen. Technologie is daarbij niet zozeer een zelfstandige kostendriver, maar blijkt vooral via de normen en gebruiken in de beroepsgroep een effect te hebben op de intensiteit – en daarmee de kosten – van zorg.
  - Kwaliteit onderscheiden we daarbij niet als een oorzaak van kostengroei; kwaliteit is immers een uitkomstmaat. In de toegevoegde waarde-benadering waar we mee afsluiten, analyseren we wel de relatie tussen kosten en baten.
2. **Hoe hebben deze subonderdelen zich sinds 2000 ontwikkeld? Waar bestaan er directe relaties met overschrijdingen?**
  - We analyseren zowel in het onderdeel 'macrokosten van beleid' als in de casussen de meerjarige kostenontwikkeling. In de casussen is deze aanpak gefragmenteerder, als gevolg van beperkte beschikbaarheid van data. De relatie met overschrijdingen leggen we in het eerste deel.
3. **Waar slaat het overige volume neer: concentreert dit zich bij eenzelfde groep (meer/ duurdere zorg per persoon); of is er juist sprake van meer personen die zorg ontvangen? Hoe varieert dit in de tijd, per sector en naar demografisch/epidemiologische kenmerken? Wat zegt dat dan over de bekostiging en budgettaire beheersing?**
  - Op sectorniveau is deze vraag lastig te beantwoorden. Aan de analyse van de casussen kan wel inzicht worden ontleend. We maken onderscheid tussen groei van de instroom en aanspraak (nieuwe doelgroepen) versus groei van de intensiteit van zorg (meer zorg voor dezelfde patiënten).
  - De focus van het onderzoek ligt overigens meer op kostendrivens (waar komt de groei vandaan), dan op waar de groei neerslaat.

## 4. Welk gedeelte van de groei van het overige volume en haar subonderdelen vindt 'automatisch' plaats?

- In het onderdeel 'macrokosten op zorgsectorniveau' laten we zien welk deel van de groei - dat niet het gevolg is van demografische ontwikkelingen en loonontwikkeling - gevolg is van beleid met direct effect. De overige 'excess growth' kan gezien worden als automatisch.
- Dit biedt op zichzelf echter weinig inzicht. In de casussen waarbij we kijken vanuit de zorgvraag, wordt helderder waar de automatische groei plaatsvindt. Dit betreft vooral groei van de zorgaanspraak voor zover geen gevolg van pakketwijzigingen en van de intensiteit van zorg. In beide categorieën is het leidende mechanisme de normstelling zoals deze door de beroepsgroep wordt gehanteerd, al dan niet onder invloed van sociaal-culturele normen (bij de zorgaanspraak) of verschuivende medische standaarden (bij de intensiteit van zorg). In die zin is er geen sprake van automatische groei, maar veeleer groei waarover beleidsmatig - vanuit "Den Haag" – geen beslissing over genomen wordt. Ook zorgvraag die aangejaagd wordt doordat er aanbod beschikbaar is (supplier induced demand) komt aan bod in de casussen.

## 5. Hoe kunnen we zorgen dat over het resterende deel expliciete besluitvorming plaatsvindt?

- We doen aan het slot een voorstel – middels een 'dashboard' – om te kijken naar toegevoegde waarde per uitgegeven euro. Dat wil zeggen, een aanpak waarbij gekeken wordt naar de relatie tussen kosten en de daaruit voortvloeiende kwaliteitswinst. Dit vergt een blik op de zorg vanuit de zorgvraag, en niet zozeer vanuit zorgsector. Een dergelijke aanpak maakt het mogelijk expliciet te maken welke zorgeuro het meest rendeert, en biedt daarmee aanknopingspunten voor expliciete beleidskeuzes.

## 6. Wat zijn typische processen die leiden tot groei van het overige volume?

- In het onderdeel 'macrokosten op zorgsectorniveau' komt aan de orde dat het loon een groot deel van de kosten en van de kostenontwikkeling bepaalt. Ook beleid komt daaruit naar voren als een belangrijke verklaring. Vanuit de casussen komt naar voren dat er sprake is van een gedifferentieerd beeld van de bronnen van uitgavengroei. De gehanteerde normstelling vanuit de beroepsgroep is daarvan een belangrijke oorzaak waar geen expliciete Haagse besluitvorming over plaatsvindt. Een deel van deze groei is overigens wel het gevolg van de prikkels die het stelsel genereert.



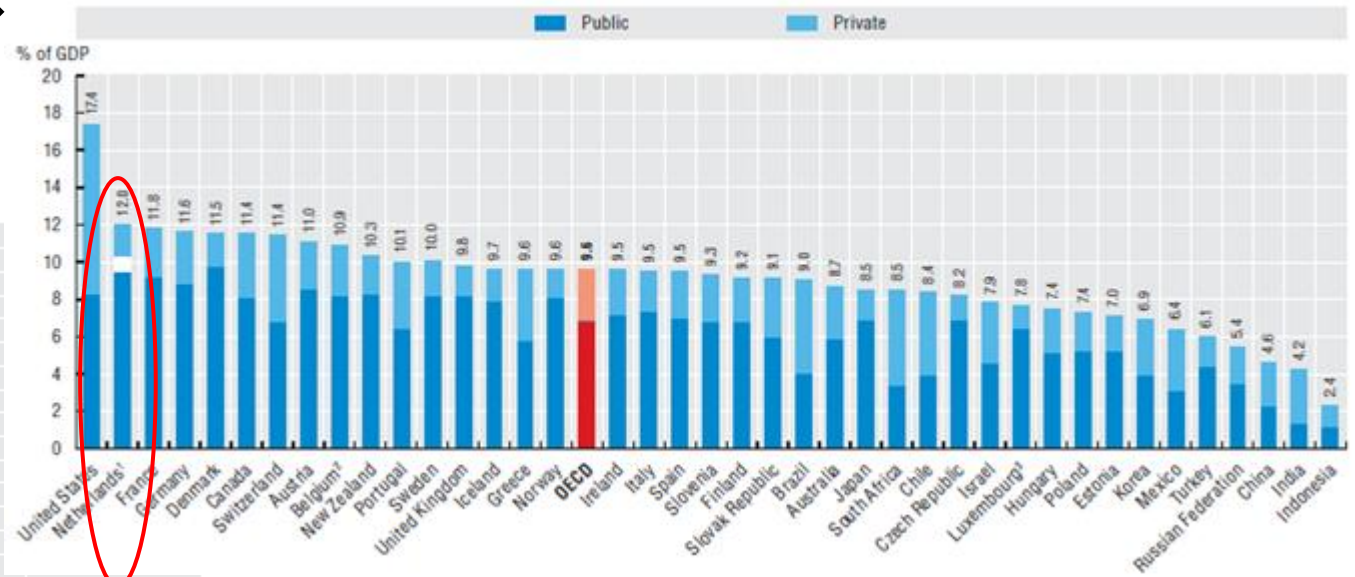
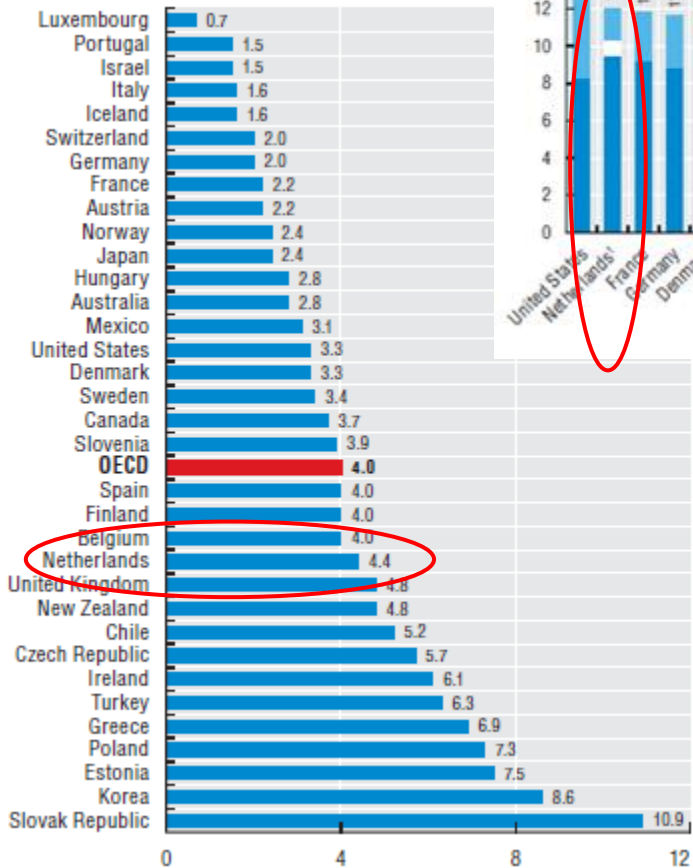
*cutting through complexity™*

# Deel I: Macrokosten – analyse op sectorniveau

# Internationale context

## Na de VS het duurste stelsel ter wereld

Totale uitgaven aan gezondheidszorg als aandeel BBP, 2009 (of laatst bekende jaar).



Gemiddelde jaarlijkse reële groei per hoofd van de bevolking (2000-2009, of laatst bekende jaar). Nederland groeit harder dan de VS; alleen landen met een achterstand in zorginvesteringen in 2000 groeiden harder (de UK en Nieuw Zeeland spendeerden in 2000 onder het OECD gemiddelde aan zorg).

Bron: OECD Health Data, 2011.

De data van de OECD zijn de best beschikbare data voor internationale vergelijking, maar er geldt wel een aantal opmerkingen:

- De OECD-definitie wijkt af van de CBS-definitie. De OECD is enerzijds breder (oa. academisch onderwijs) en anderzijds smaller (verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg).
- De groeicijfers zijn reële groeicijfers. Deze zijn daarom niet geheel vergelijkbaar met de nominale cijfers in de voorgaande pagina's.
- De cijfers voor Nederland laten bij de OECD in 2009 een reeksbreuk zien. De OECD heeft toen een aanpassing gemaakt van de statistiek, voornamelijk om de langdurige zorg completer op te nemen.



- In deze sectie worden de macrokosten binnen de gezondheids- en welzijnszorg voor de afgelopen 10 jaar in kaart gebracht. De financieringsbronnen die de grootste uitgaven kennen - de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Ziekenfondswet (ZFW)/Zorgverzekeringswet (Zvw) - worden vervolgens uitgesplitst naar verschillende sectoren. We kijken daarmee alleen naar collectieve uitgaven. Van de drie sectoren met de grootste uitgaven binnen de AWBZ en ZFW/Zvw wordt de geobserveerde groei gerelateerd aan groei die te verklaren is aan de hand van demografische - en loonontwikkelingen. Zo wordt inzicht verkregen in de groei die niet door demografie of loonontwikkeling verklaard kan worden – oftewel de mate van excess growth binnen deze sectoren. Vervolgens zetten we de excess growth af tegen de beleidsmaatregelen met directe impact in de afgelopen 10 jaar.
- De basis voor deze sectie zijn de cijfers uit de Zorgrekeningen het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Uitgangspunt zijn de werkelijke jaarlijkse uitgaven (dus uitgedrukt in lopende prijzen). Daarnaast rapporteert het CBS de ontwikkeling van volumegroei (uitgaven in constante prijzen). Om de volumegroei te bepalen, hanteert het CBS voor elk zorgproduct een specifieke volumemaat, waarbij de basis idealiter het aantal ‘volledige behandelingen’ betreft. Waar dit niet mogelijk is, wordt bijvoorbeeld het aantal dagen of uren als volumemaat gekozen. De volume-ontwikkelingen worden vervolgens gewogen (met de tarieven) en opgeteld over verschillende zorgproducten tot de volumeontwikkeling voor een gehele zorgcategorie per type aanbieder (bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg of de ziekenhuiszorg).
- De prijsontwikkeling is vervolgens het verschil tussen de totale uitgavenontwikkeling en de volumeontwikkeling. Dit betekent dat de prijsontwikkeling ook alle elementen vangt, die niet vanuit de gekozen maatstaven voor volumeontwikkeling verklaard kunnen worden. Een deel van de prijsontwikkeling kan dus ook elementen van ‘excess growth’ bevatten. Daarom kiezen we in deze studie de volgende benadering van het begrip ‘excess growth’:
  - We beginnen bij de volume- en prijsontwikkeling van het CBS.
  - Vervolgens onderscheiden we van de volumegroei de demografische groei; het restant noemen we overige volumegroei. Van de prijsontwikkeling onderscheiden we de loonontwikkeling; het restant noemen we overige prijsgroei.
  - Het totaal aan overige volume- plus overige prijsgroei noemen we excess growth,
- Op de volgende pagina is een schematische toelichting opgenomen.

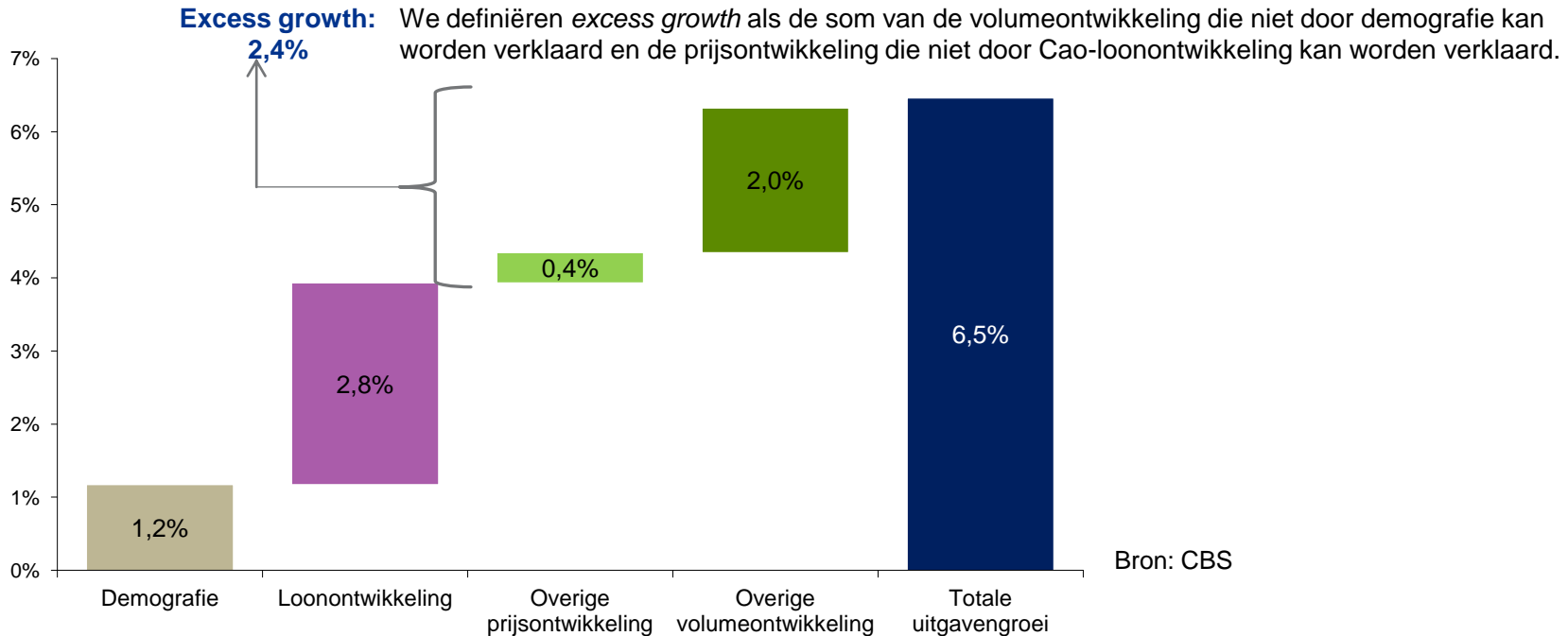
Productiviteit in de zorg is notoir lastig te meten en cijfers hierover zijn weinig betrouwbaar. Een goede productiviteitsmaat zal moeten aansluiten bij een werkelijk toegevoegde waardebegrip van zorg (met scherpe afbakening van gezondheidsuitkomsten en kwaliteit). Tot op heden zijn hierover echter geen goede cijfers beschikbaar. We kijken dan ook niet naar productiviteitseffecten.

\* Theoretisch betekent productiviteitswinst dat dezelfde productie met minder inzet van middelen kan worden bereikt. Indien de productie inderdaad gelijk blijft en dat geldt ook voor de loonkosten, dan dalen de totale zorgkosten als gevolg van productiviteitswinst. In de setting van de zorg wordt productiviteitswinst echter vaak ingezet ten behoeve van extra volume. Bij vaste tarieven betekent dit dus juist hogere kosten. Indien arbeidsproductiviteit in de zorg relatief achterblijft ten opzichte van andere sectoren, maar de lonen niet (die volgen de rest van de economie), dan wordt arbeid in de zorg – en dus de zorg zelf - relatief steeds duurder; het Baumol-effect.

# Methodiek

## Excess growth

### Gemiddelde jaarlijkse groei uitgaven welzijns- en gezondheidszorg, 2000-2010



**Overige volume -ontwikkeling:** De volumeontwikkeling conform de CBS-data minus de demografie. Gedifferentieerd per subsector.

**Overige prijsontwikkeling:** De prijsontwikkeling minus de loonontwikkeling. Conform de CBS-data is de prijsontwikkeling de totale uitgavenontwikkeling minus de volume-ontwikkeling. Hier is vervolgens ook de Cao-loonontwikkeling apart weergegeven. Gedifferentieerd per subsector.

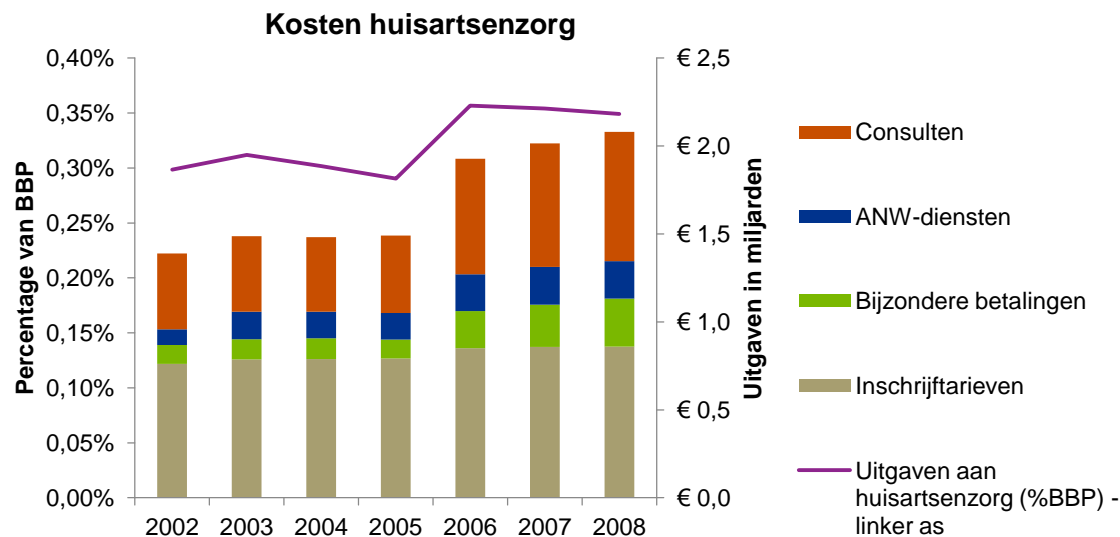
**Loonontwikkeling:** index voor de Cao-lonen bedrijfstak Gezondheids- en welzijnszorg (CBS). Betreft cao-lonen per uur, inclusief bijzondere beloningen exclusief voorwaardelijke toeslagen, voor de bedrijfstak gezondheid- en welzijnszorg. Voor alle typen zorgaanbod hanteren we deze zelfde Cao-loonontwikkeling.

**Demografie:** Demografie: bevolkingsgroei (CBS) en vergrijzing. De vergrijzingscomponent is berekend door de demografische ontwikkelingen te combineren met het aandeel in de zorguitgaven van verschillende leeftijdscohorten (peiljaar 2005; RIVM, Kosten van ziekten 2007). In de macro analyse wordt onderscheid gemaakt in demografie ZFW/Zvw en AWBZ, maar niet gedetailleerder.

# 'Excess growth': cultuur, technologie, beleid

## 'Excess growth' wordt meestal gezien als een conglomeraat van verschillende factoren:

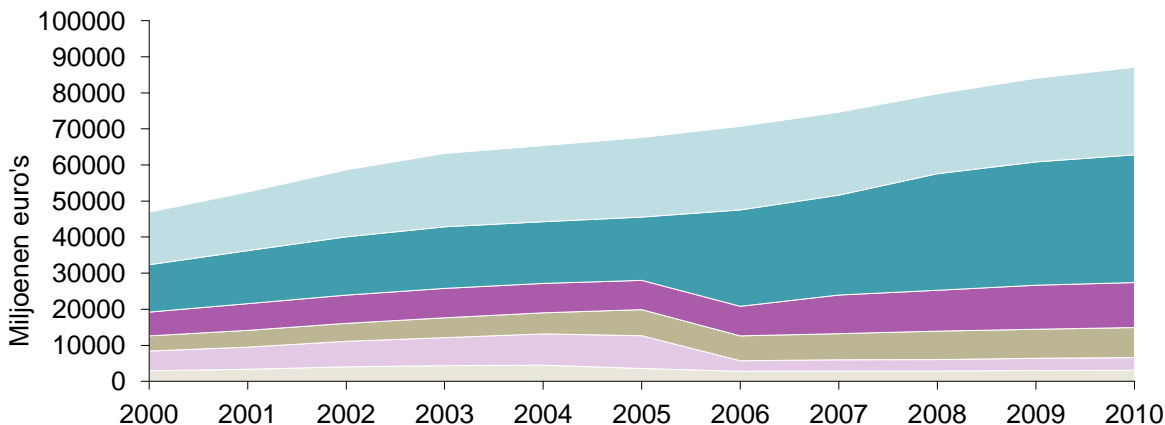
- Sociaal cultureel: meer 'vraag' naar bijv. psychologische zorg; minder acceptatie van 'ziek zijn' en 'sterfelijk zijn'
- Technologie: nieuwe diagnostische en therapeutische technieken, zoals nieuwe behandelingen voor kanker, nieuwe beeldvormende technieken (CT scan, MRI scan), nieuwe, dure geneesmiddelen, enzovoort. Het effect hiervan op de kosten van de zorg is veelvormig. Soms komt nieuwe technologie er 'bij': al sinds geruime tijd groeit het aantal aanvragen voor beeldvormende diagnostiek in het ziekenhuis jaarlijks harder dan het aantal patiënten, zonder dat elders minder diagnostiek wordt aangevraagd. Dure geneesmiddelen hebben eveneens een evident kosten-opdrijvend effect. Tegelijkertijd maken nieuwe technologieën soms andere technieken overbodig; ook kunnen ze zorggebruik 'later' in een zorgtraject verminderen. In zo'n geval kan meer technologie zelfs kostenverminderend werken: zo kan een (goedkopere) dotter-interventie een (duurdere) bypass operatie vervangen, bijvoorbeeld (de evt. betere overleving door nieuwe technieken is verdisconteerd in de demografie)
- Beleid: ook beleid kan een oorzaak zijn van excess growth. Verruiming van het pakket of volume-opdrijvende financiële prikkels kunnen de groei stimuleren. Naast het 'directe impact' beleid (beleidsmaatregelen met directe financiële consequenties zoals pakketuitbreidingen) genereert elk bekostigingssysteem financiële prikkels. Voorbeelden zijn de forse volumestijgingen in het B-segment van de ziekenhuiszorg en het deels betalen van de huisarts per consult vanaf 2005 (met als gevolg een stijging van het aantal consulten, zie figuur hieronder).



Bron: Plexus, 2011, Werken aan de Zorg – Kosten en Kwaliteit.

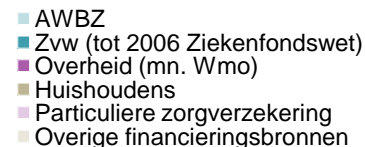
# Totale uitgaven gezondheids- en welzijnszorg: groei 2000-2010

Uitgaven naar sector (in miljoenen euro's)

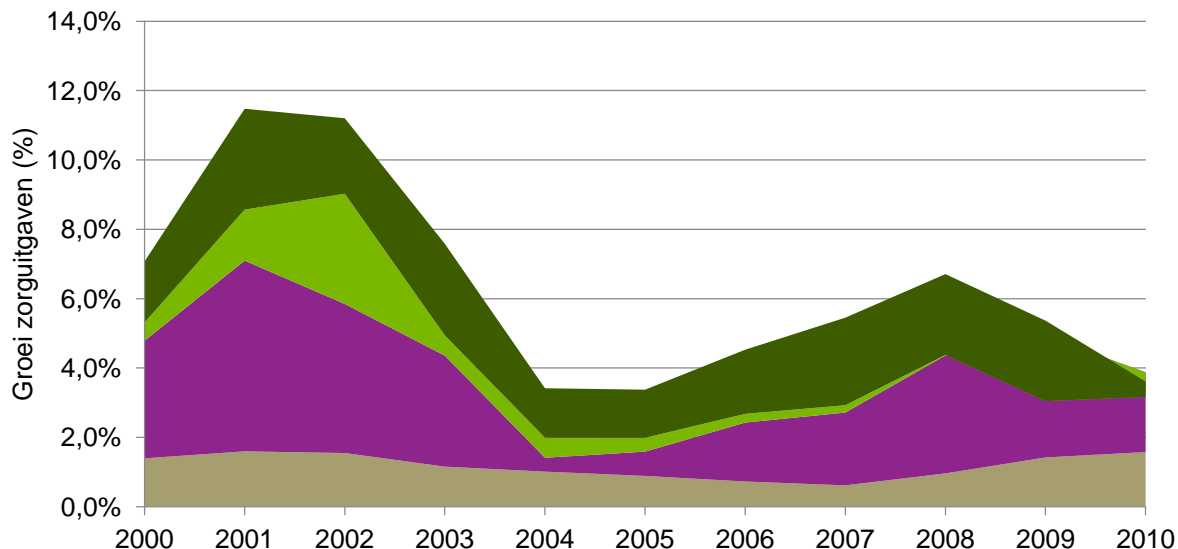


## Observaties

- Het aandeel ZFW/Zvw en AWBZ groeit van 59% in 2000 naar 69% in 2010, De AWBZ is in aandeel constant over deze periode.
- De financiering vanuit eigen bijdragen en betalingen en vrijwillig eigen risico ("huishoudens") is vergeleken met andere OECD landen minimaal, en aandeel slechts licht gestegen (van 9,0 naar 9,6%; OECD 2011).

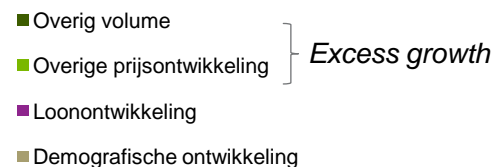


Groei uitgaven gezondheids- en welzijnszorg naar ontwikkeling



## Observaties

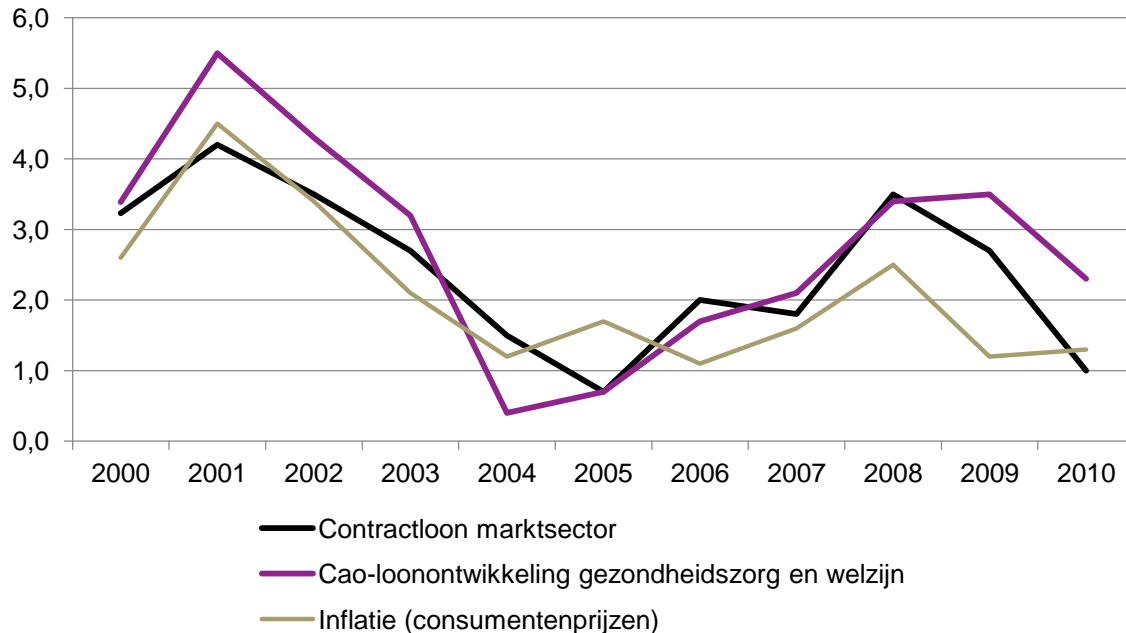
- Voor de periode 2000-2010 verklaart de loonontwikkeling ongeveer de helft van de groei van de uitgaven.
- Begin jaren 2000 is ongeveer de helft van de excess growth overige prijsontwikkeling. Vanaf 2003 wordt de prijscomponent gestaag kleiner. In 2009 en 2010 draagt de prijsontwikkeling negatief bij aan de groei en lijkt de totale groeisnelheid te verminderen.



Bron: CBS

# Loonontwikkeling vergeleken met de markt

Cao-lonen marktsector versus gezondheidszorg en welzijn (% mutaties per jaar)



Bron: CBS (Cao-loonontwikkeling gezondheidszorg en welzijn; inflatie); CPB (contractloon marktsector; betreft de gemiddelde stijging van de lonen in de marktsector volgens de cao's).

## Observaties

- De loonontwikkeling in de zorg bepaalt een aanzienlijk deel van de totale kostenontwikkeling. Het is daarom interessant om te zien hoe de loonontwikkeling in de zorg zich verhoudt tot de algemene cao-loonontwikkeling. Voor dit doel is een vergelijking met de contractlonen in de markt relevant, zoals deze in cao's van particuliere bedrijven worden afgesproken.
- Uit de vergelijking blijkt dat de lonen in de zorg over de afgelopen 10 jaar gemiddeld gesproken iets harder zijn gestegen dan in de marktsector. De hogere loonontwikkeling in de vroege jaren 2000 wordt slechts gedeeltelijk teniet gedaan door een lagere loonontwikkeling zorg in 2004; in 2009 en 2010 reageert de loonontwikkeling in de markt sneller op de economische crisis dan de loonontwikkeling in de zorg.

# Afbakening

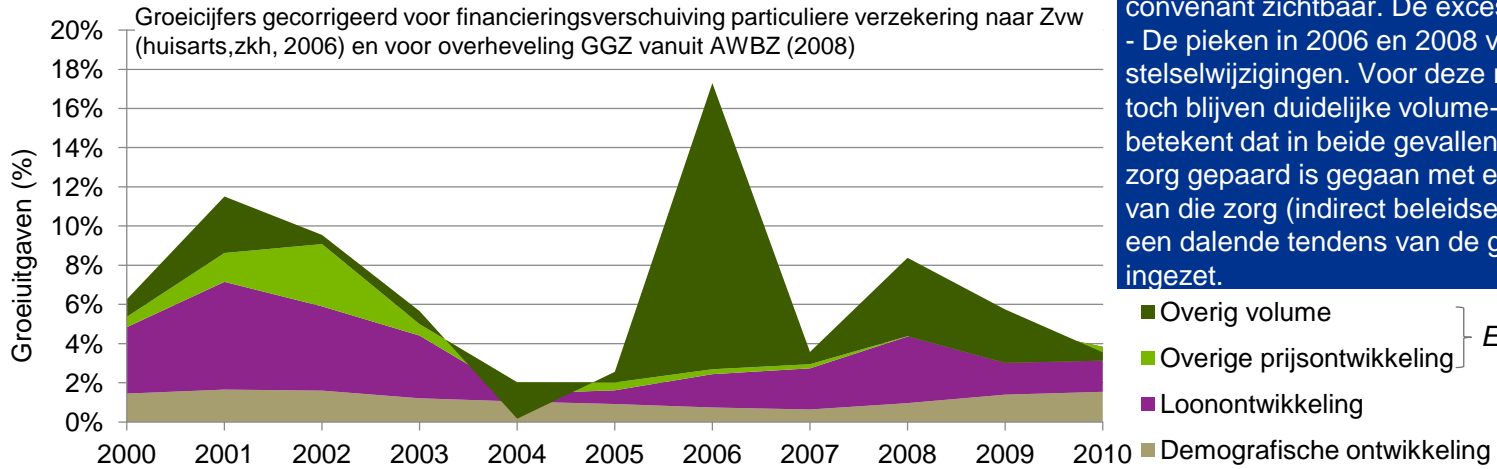
De totale uitgaven zorg en welzijn op de vorige pagina zijn afgebakend conform de definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS rekent een breed aantal instellingen tot zorg en welzijn, zie de onderstaande tabel. Voor het doel van dit rapport is dit een te brede reikwijdte en zijn we geïnteresseerd in de collectieve uitgaven, specifiek: de uitgaven voor de care en cure in engere zin. We kijken in het vervolg daarom naar de uitgaven vanuit de AWBZ en de ZFW/Zvw, en vervolgens naar in het bijzonder naar een aantal specifieke aanbieders binnen de AWBZ en de ZFW/Zvw. Dit betreft ouderen- en gehandicaptenzorg en de GGZ, en ziekenhuizen, huisartsen en geneesmiddelen (de hieronder aangegeven aanbieders). Met deze selectie van aanbieders gaat het overigens wel om 88% van de totale kosten in de AWBZ en Zvw; respectievelijk 82% van de Zvw en 98% van de AWBZ.

(miljarden euro's)	Financieringsbronnen	Overheid (rijk, provincies, gemeenten (ex. soc. verz.)	Zvw	AWBZ	Aanvullende verzekeringen	Huishoudens (eigen bijdragen/ betalingen, vrijwillig eigen risico)	Overig (IZW, bedrijven, buitenland)
<b>Aanbieders</b>							
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken		1,9	18,9	1,0	0,1	0,2	0,3
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg		0,8	2,4	2,2	0,0	0,0	0,0
Huisartsenpraktijken		0,1	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Tandartsenpraktijken		0,0	0,8	0,0	1,5	0,3	0,0
Paramedische en verloskundigenpraktijken		0,0	0,9	0,0	0,9	0,1	0,0
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten		0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
ARBO en reïntegratie		0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Leveranciers van geneesmiddelen		0,0	5,0	0,0	0,1	1,3	0,0
Leveranciers van therapeutische middelen		0,0	1,3	0,0	0,2	1,1	0,2
Verstrekkers van ondersteunende diensten		0,4	0,6	0,1	0,0	0,0	0,7
Overige verstrekkers van gezondheidszorg		0,2	1,2	0,0	0,7	0,7	0,0
Verstrekkers van ouderenzorg		1,7	0,6	13,6	0,0	0,1	0,0
Verstrekkers van gehandicaptenzorg		0,8	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0
Verstrekkers van kinderopvang		0,1	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0
Verstrekkers van jeugdzorg		1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Internaten		0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sociaal-cultureel werk		0,9	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Overige verstrekkers van welzijnszorg		1,2	0,3	0,1	0,0	0,2	0,0
Beleids- en beheersorganisaties		1,0	1,0	0,2	0,0	0,1	0,7

Bron: CBS



### Jaarlijkse groei uitgaven Zorgverzekeringswet

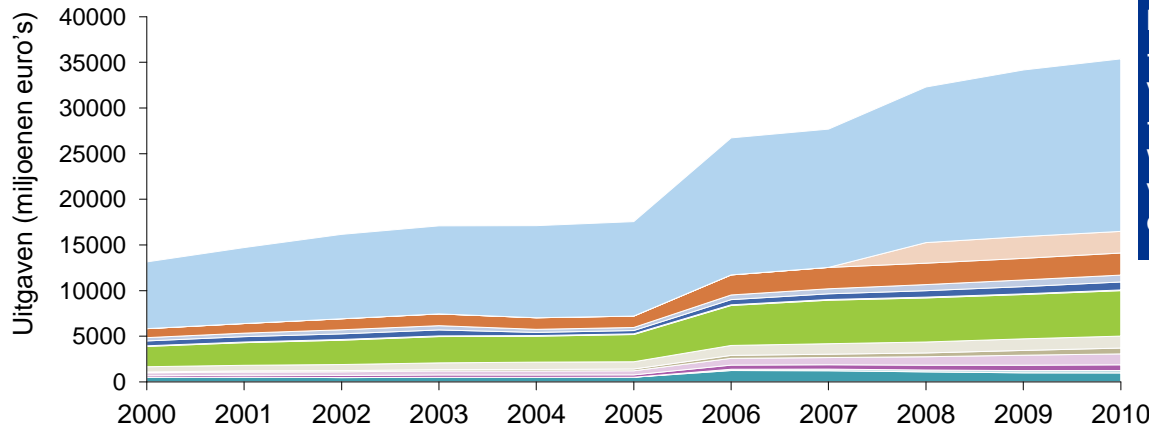


### Observaties

- In 2004 is het effect van de pakketverkleining (paramedisch, tandarts) en het geneesmiddelen-convenant zichtbaar. De excess growth is negatief.
- De pieken in 2006 en 2008 vallen samen met stelselwijzigingen. Voor deze mutaties is geschoond; toch blijven duidelijke volume-effecten zichtbaar. Dit betekent dat in beide gevallen een overheveling van zorg gepaard is gegaan met een absolute volumegroei van die zorg (indirect beleidseffect). Vanaf 2008 lijkt er een dalende tendens van de groeisnelheid te zijn ingezet.

- Overig volume
  - Overige prijsontwikkeling
  - Loonontwikkeling
  - Demografische ontwikkeling
- } Excess growth

### Uitgaven Zorgverzekeringswet naar sector



### Observaties

- De ziekenhuiszorg vormt consistent iets meer dan de helft van de uitgaven in de ZFW/Zvw.
- Vanaf 2008 wordt een deel van de GGZ gefinancierd vanuit de Zvw.
- In de legenda zijn relatief kleinere uitgavencategorieën weggelaten (oa. tandartsen, paramedische en verloskundigenpraktijken, therapeutische middelen, ouderenzorg vanuit de ZFW/Zvw, etc.)

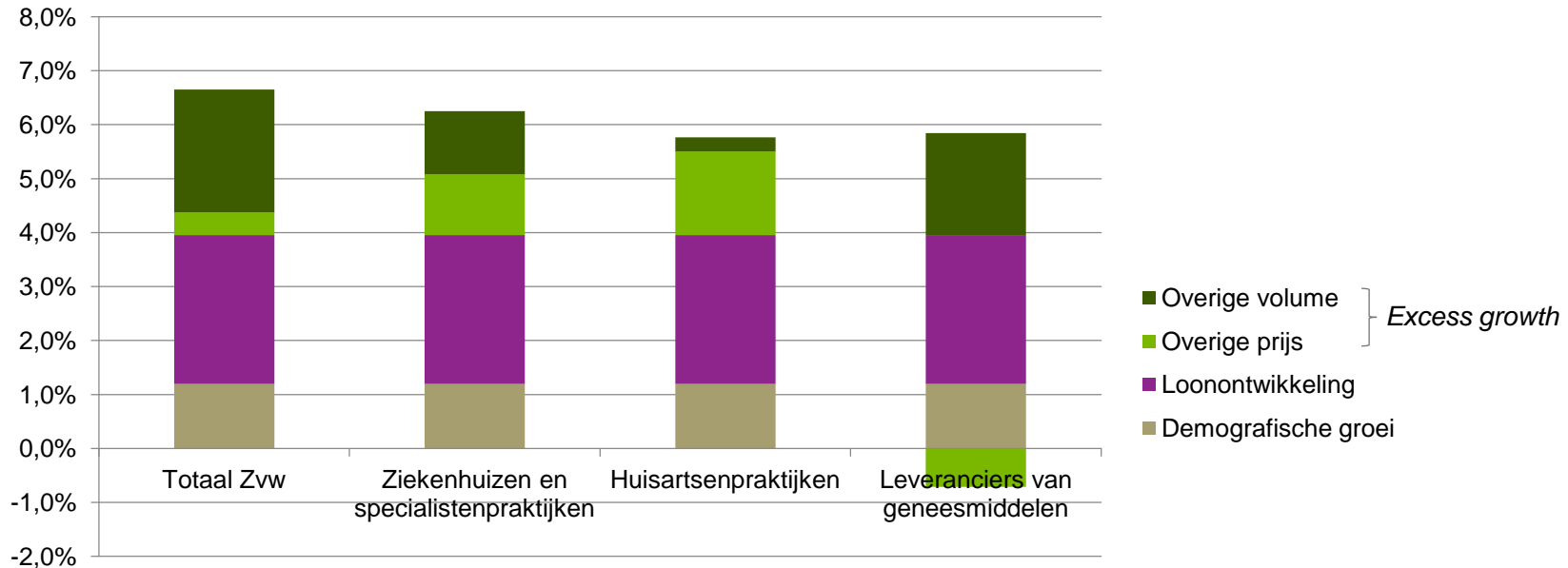
- Ziekenhuizen, specialistenpraktijken
- Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg
- Huisartsenpraktijken
- Leveranciers van geneesmiddelen

Bron: CBS

# Gemiddelde groei 2000-2010

## Drie grootste sectoren ZFW/Zvw

Gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei ZFW/Zvw (2000-2010)



- Groeicijfers gecorrigeerd voor financieringsverschuiving particuliere verzekering naar Zvw (huisarts, zkh, 2006) en voor overheveling GGZ vanuit AWBZ (2008).
- De gemiddelde groei van de geneesmiddelen is 5,2% (het negatieve prijseffect moet gesaldeerd worden met de positieve bijdragen aan de groei van de andere componenten).
- De groei van de totale ZFW/Zvw is groter dan elk van de delen, omdat 1) de ZFW/Zvw meer omvat dan deze drie uitgaven, en 2)

### Observaties

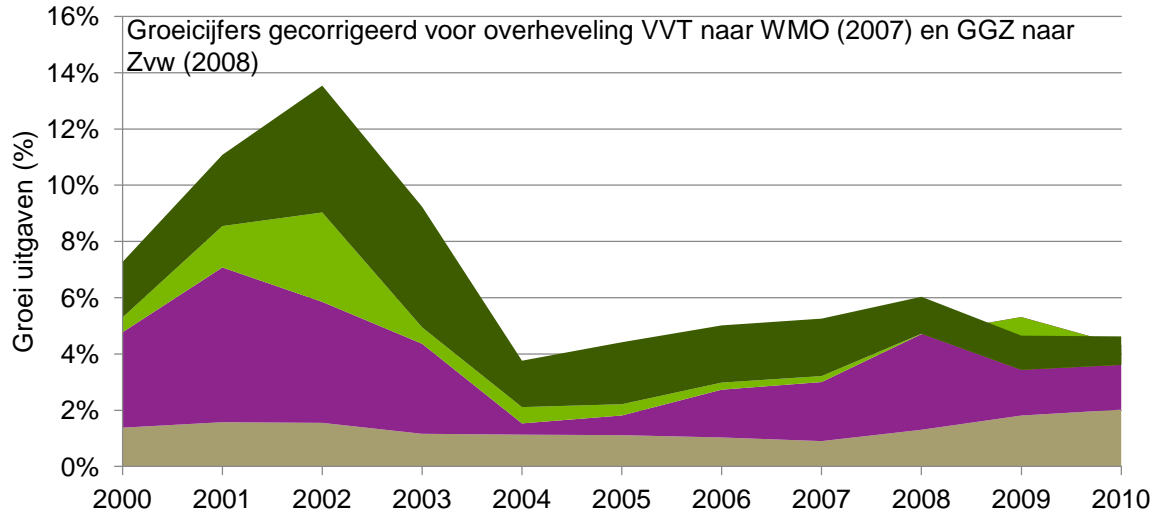
- Van deze categorieën binnen de ZFW/Zvw laat de ziekenhuissector de grootste groei zien.
- In de farmacie is gemiddeld gesproken over deze periode sprake van negatieve overige prijsontwikkeling. Dit is gevolg van beleidsmaatregelen (zie hierna); hier staat echter volumegroei tegenover.
- De relatief hoge gemiddelde bijdrage van de overige prijsontwikkeling in de sector huisartsen is gevolg van een overige prijsontwikkeling van boven de 10% in 2006 (door een wijziging van bekostiging is hier het onderscheid 'overige prijs/overige volume' moeilijk te onderscheiden).

Bron: CBS

# Groei 2000-2010

## AWBZ

### Groei uitgaven AWBZ (2000-2010)

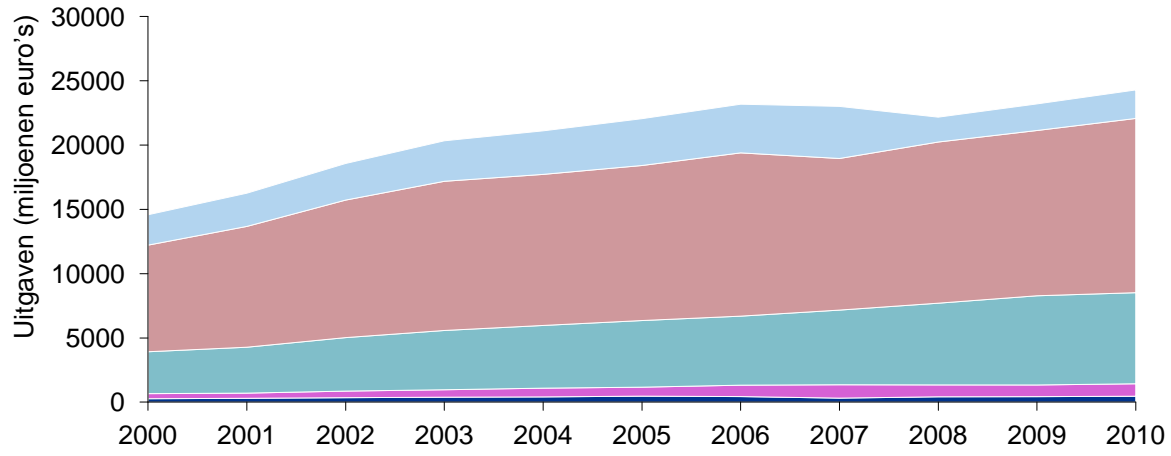


### Observaties

- De piek begin jaren 2000 valt samen met de inzet van extra middelen (wachtlister- en productiemiddelen, Van Rijngelden).
- De overige prijsontwikkeling is in de laatste twee jaren negatief.

- Overig volume
  - Overige prijsontwikkeling
  - Loonontwikkeling
  - Demografische ontwikkeling
- } *Excess growth*

### Uitgaven naar sector (miljoenen euro's)



### Observaties

- De ouderenzorg is consistent bijna 60% van de AWBZ-uitgaven, en groeit het sterkst in 2001 en 2002 (meer dan 13% per jaar).
- De gehandicaptenzorg neemt toe in belang, van 22% in 2000 naar 29% in 2010. De sterkste groei is zichtbaar in 2002 en 2003 (>10%) en 2008 en 2009 (>9%).
- De geneeskundige GGZ is in 2008 overgeheveld naar de Zvw.

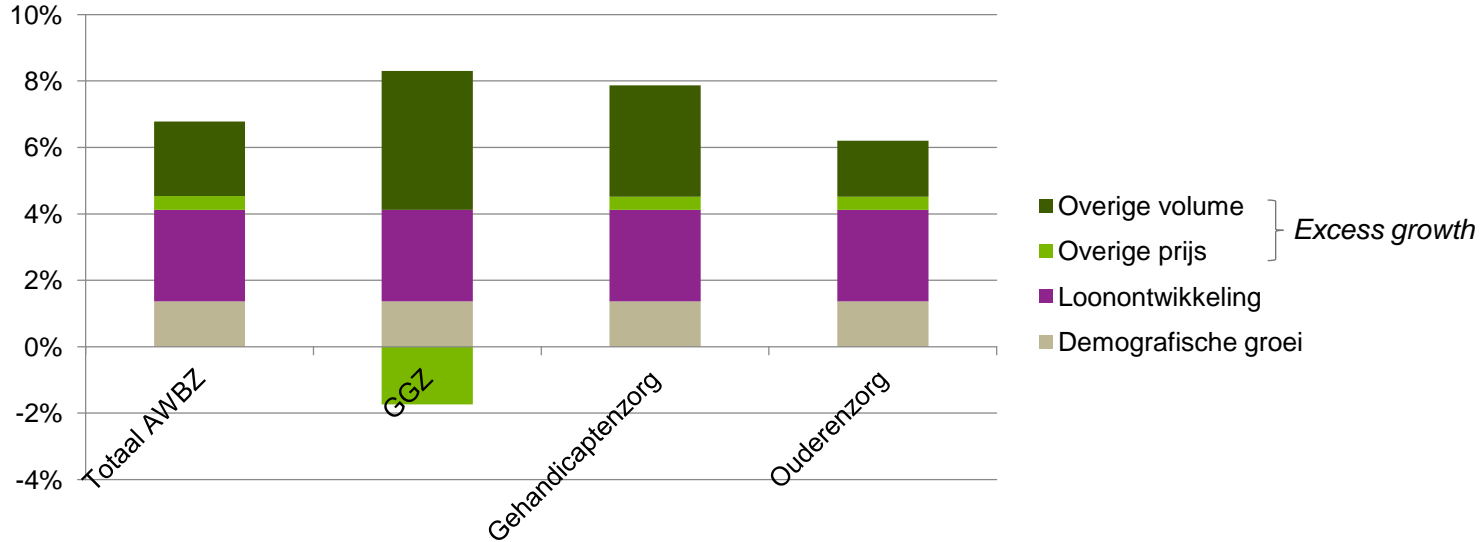
- Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg
- Verstrekkers van ouderenzorg
- Verstrekkers van gehandicaptenzorg
- Ziekenhuizen, specialistenpraktijken
- Overige

Bron: CBS. De categorie 'overige' in de onderste grafiek omvat ondersteunende diensten, beleids- en beheerorganisaties) en overige verstrekkers van welzijnszorg.

# Gemiddelde groei 2000-2010

## Drie grootste sectoren AWBZ

Gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei AWBZ naar ontwikkeling(2000-2010)



- Groeicijfers van totaal AWBZ zijn gecorrigeerd voor overheveling VVT naar WMO (2007) en GGZ naar Zvw (2008).
- De gemiddelde groei van de totale GGZ is 7,1% (het negatieve prijseffect moet gesaldeerd worden met de positieve bijdragen aan de groei van de andere componenten). De groei is gecorrigeerd voor de overheveling van de GGZ naar de Zvw.

### Observaties

- De demografische component is hier berekend voor de gehele AWBZ en kent een hogere vergrijzingscomponent dan de ZFW/Zvw. De demografie draagt in de AWBZ gemiddeld 1,4% bij aan de groei (versus 1,2% in de ZFW/Zvw). De werkelijke vergrijzingscomponent binnen de ouderenzorg is vermoedelijk hoger dan het hier gehanteerde gemiddelde.
- De negatieve overige prijsontwikkeling in de GGZ is redelijk consistent zichtbaar over de gehele periode. Daar staat een grote (overige) volumegroei tegenover.
- De gehandicaptenzorg is van deze categorieën binnen de AWBZ de grootste groeier.

Bron: CBS

# Excess growth en beleid

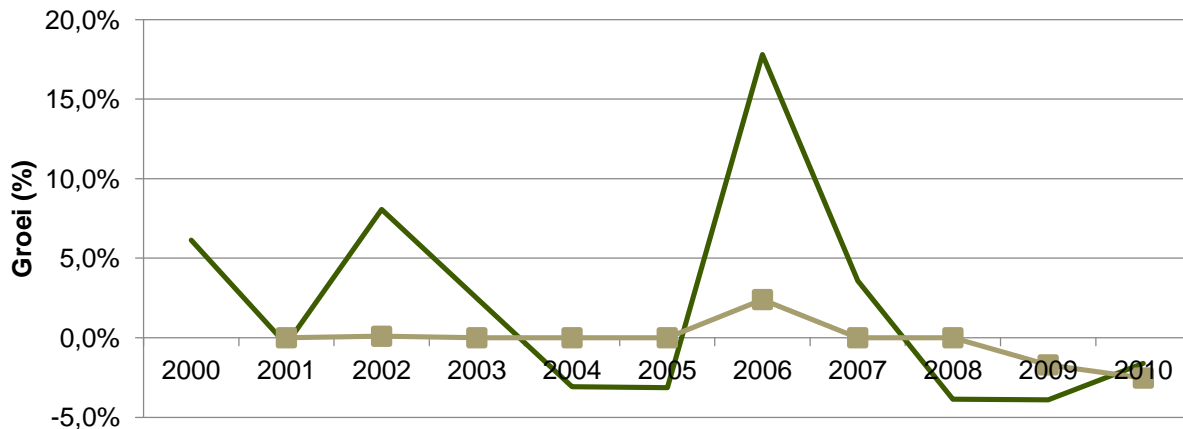
## Aanpak

- In de volgende pagina's zetten we de excess growth – overige prijs en overig volume – af tegen de impuls op de uitgaven als gevolg van beleid. Het is aannemelijk als de impuls vanuit beleid en de 'excess growth' samenvallen, dat (een deel van) de onverklaarde groei het gevolg is van beleid.
- We zetten de excess growth af tegen beleid met direct budgettair effect. Het gaat hierbij om interventies die in euro's zijn uit te drukken. Maatregelen als eigen bijdragen in de zorg, pakketmaatregelen (zoals het uitsluiten van vergoedingen van geneesmiddelen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem) en bijv. de stimulansmaatregelen ten behoeve van het wegwerken van de wachtlijsten in de eerste jaren van deze eeuw vallen hieronder. Ramingsbijstellingen, budgetteringen of doorwerking van realisatiecijfers vallen hier niet onder. Gerichte prijsmaatregelen worden wel meegenomen (gericht op medisch specialisten bijvoorbeeld, of medicijnprijzen; generieke prijsmaatregelen gericht op instellingen zijn niet opgenomen).
- Onze afbakening van 'beleid met direct effect' volgt de selectie zoals gemaakt door het Centraal Planbureau (CPB) in samenspraak met het ministerie van VWS. Het CPB heeft het ex ante effect van beleid met direct effect in kaart gebracht. In de bijlage is deze selectie van beleidsmaatregelen per sector opgenomen.
- Naast een 'direct' effect heeft beleid ook meer indirect impact. De wijze van financiering (fee-for-service vs productfinanciering, bijvoorbeeld) heeft geen 'directe' impact op de zorgkosten, in de zin dat de precieze omvang van mogelijke volume-opdrijvende of –remmende effecten niet definitief valt vast te stellen. Het komt dan ook niet in de CPB-selectie voor. Eigen bijdragen hebben zo naast het directe effect (minder kosten per eenheid van zorg) ook een indirect effect (minder gebruik van zorg door een 'remmend' effect op het gebruik). Dit kan natuurlijk wel een significant effect op de groei hebben. We kunnen deze indirecte effecten in de macro-opstelling in deze sectie niet apart identificeren, en nemen ze daarom niet mee. In de volgende sectie ontstaat per casus wel meer zicht op indirecte effecten van beleid.
- Hoe we de beleidsimpuls in de volgende pagina's hebben verwerkt, is als volgt. De bedragen uit de selectie van het CPB hebben drukken we uit als percentage van de uitgaven in de desbetreffende sector; de grijze lijn met blokken in de figuren. Deze zetten we af tegen de 'excess growth' – de groene lijn in de figuren. Omdat zowel de 'excess growth' als de beleidsimpuls worden uitgedrukt als percentage van de desbetreffende sector, mag de omvang van de impuls vanuit beleid worden vergeleken met de omvang van de 'excess growth'.

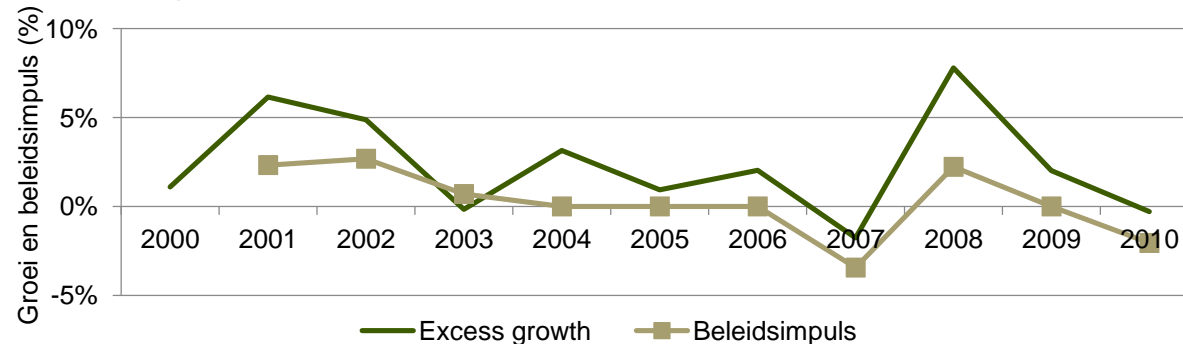
# Excess growth en beleid

## Drie grootste sectoren ZFW/Zvw (1/2)

### Excess growth en beleid huisartsen



### Excess growth en beleid ziekenhuizen en specialisten



### Observaties

- Het feit dat het patroon van excess growth en de directe beleidsimpuls samenvalt, maakt het aannemelijk dat de trend in excess growth hier grotendeels verklaard kan worden door beleid met direct effect.

### Huisartsen

- De piek in beleid in 2006 betreft aanpassing van de bekostiging voor huisartsen, te weten de gelden uit het Vogelaarakkoord, 30 mln euro. In feite bleek de productie van huisartsen hoger te liggen; en daarmee ook de uitgaven. Het CPB heeft dit werkelijke effect opgenomen in de tabel in de bijlage (200 mln euro); we wijken hier af van het CPB, omdat dit de verwachte impuls was op het moment dat het beleid werd ingezet. De hogere productie verklaart wel de excess growth.

### Ziekenhuizen

- Opvallend bij de ziekenhuizen is excess growth weliswaar de beleidsimpuls volgt, maar consistent (in tegenstelling tot bijv. de huisartsen) een paar procentpunt onverkleerde groei te zien blijft.

- De negatieve beleidsimpuls in 2007 betreft overheveling van het opleidingsfonds naar de begroting.

### Toelichting

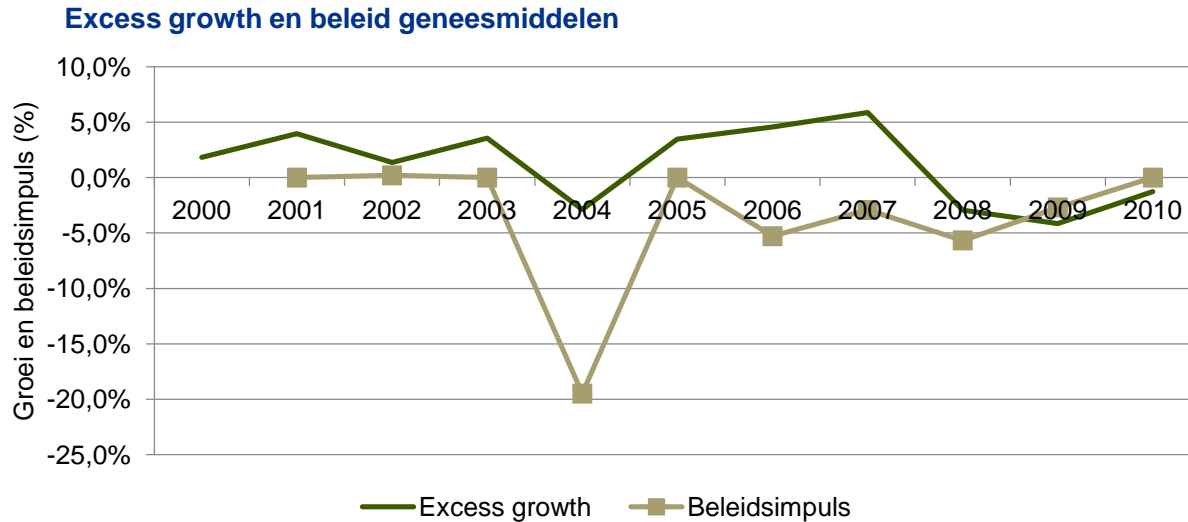
In deze figuren wordt de 'excess growth' (overig prijs plus overig volume) afgezet tegen het directe effect van beleid, als percentage van de uitgaven in de desbetreffende sector (dus met dezelfde basis als het groeipercentage). Zie toelichting op de pagina "Excess growth en beleid, aanpak".

Bron: CBS, CPB (zie bijlage). Noot: Excess growth gecorrigeerd voor financieringsverschuiving particuliere verzekering naar Zvw (2006).



# Excess growth en beleid

## Drie grootste sectoren ZFW/Zvw (2/2)



### Observaties

- Het feit dat het patroon van excess growth en de beleidsimpuls zo samenvalt, maakt het aannemelijk dat de trend in excess growth hier grotendeels verklaard kan worden door beleid met direct effect.

### Geneesmiddelen

-Het geneesmiddelenconvenant in 2004 vertaalt zich weliswaar in negatieve excess growth, maar de ombuiging wordt grotendeels door andere factoren weer teniet gedaan (met name volume). In 2007 (convenant geneesmiddelen) en 2008 (transitieakkoord en preferentiebeleid) lijkt de ombuiging zich met enige vertraging te vertalen in lagere groei.

### Toelichting

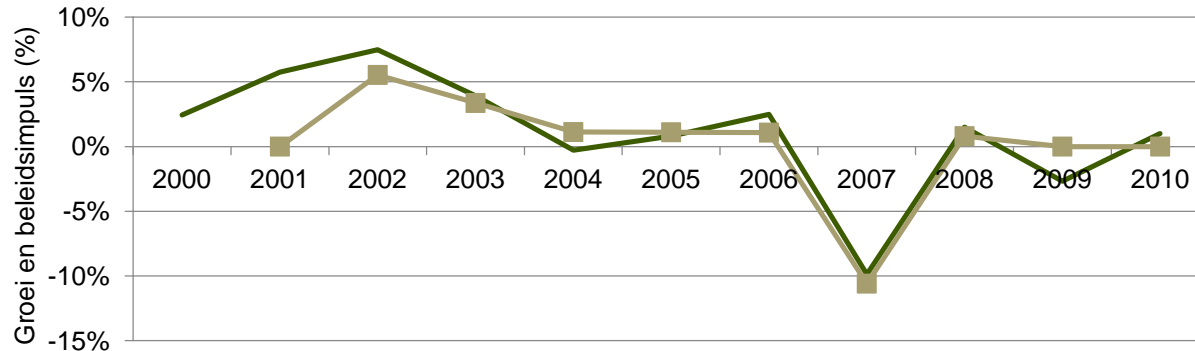
In deze figuren wordt de 'excess growth' (overig prijs plus overig volume) afgezet tegen het directe effect van beleid, als percentage van de uitgaven in de desbetreffende sector (dus met dezelfde basis als het groeipercentage). Zie toelichting op de pagina "Excess growth en beleid, aanpak".

Bron: CBS, CPB (zie bijlage). Noot: Excess growth gecorrigeerd voor financieringsverschuiving particuliere verzekering naar Zvw (2006)

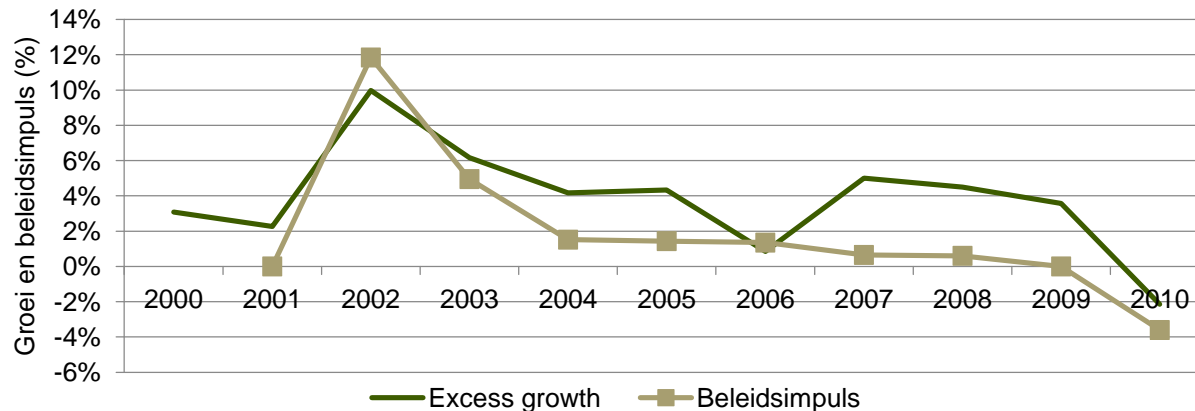
# Excess growth en beleid

## Drie grootste sectoren AWBZ (1/2)

**Excess growth en beleid Ouderenzorg**



**Excess growth en beleid Gehandicaptenzorg**



### Observaties

- Het feit dat het patroon van excess growth en de beleidsimpuls zo samenvalt, maakt het aannemelijk dat ook hier de trend in excess growth grotendeels verklaard kan worden door beleid.
- Voor zowel de ouderenzorg als de gehandicaptenzorg zijn begin jaren 2000 extra middelen ingezet (wachtlister- en productiemiddelen, Van Rijngelden).

### Ouderenzorg

- De dip in 2007 betreft de overheveling van de huishoudelijke hulp naar de WMO.

### Gehandicaptenzorg

- De gehandicaptenzorg laat met name in de tweede helft van de periode grotere groei zien dan door beleid verklaard kan worden.

### Toelichting

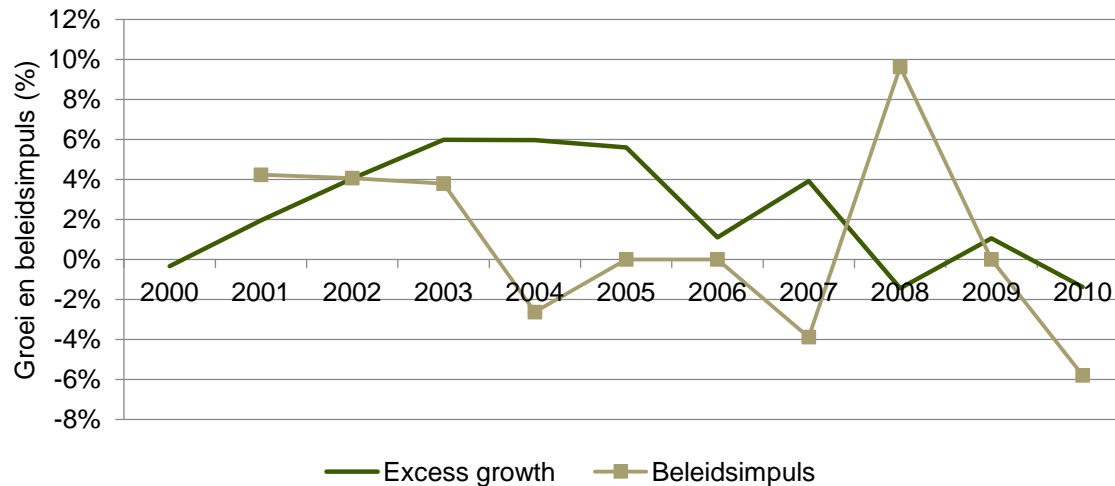
In deze figuren wordt de 'excess growth' (overig prijs plus overig volume) afgezet tegen het directe effect van beleid, als percentage van de uitgaven in de desbetreffende sector (dus met dezelfde basis als het groeipercentage). Zie toelichting op de pagina "Excess growth en beleid, aanpak".

Bron: CBS, CPB (zie bijlage).

# Excess growth en beleid

## Drie grootste sectoren AWBZ (2/2)

### Excess growth en beleid in de GGZ



### Observaties GGZ

- In 2008 is de geneeskundige GGZ overgeheveld naar de Zvw. De cijfers hier betreffen de totale GGZ, dus na 2008 vanuit de Zvw en de AWBZ tezamen.
- Voor de GGZ blijkt de excess growth slechts beperkt verklaarbaar door directe beleid. De ombuigingen in 2004 en 2007 hebben met vertraging wel geleid tot minder snelle groei.
- De beleidsimpuls in 2008 betreft een budgettair effect dat het CPB heeft ingeboekt omdat de overgang van AWBZ naar Zvw een omzetting betreft van een aanspraak naar een recht op zorg. Het effect in euro's van deze omzetting heeft het CPB geschat op 400 mln; dit is niet zichtbaar in de totale GGZ-uitgaven voor deze jaren.

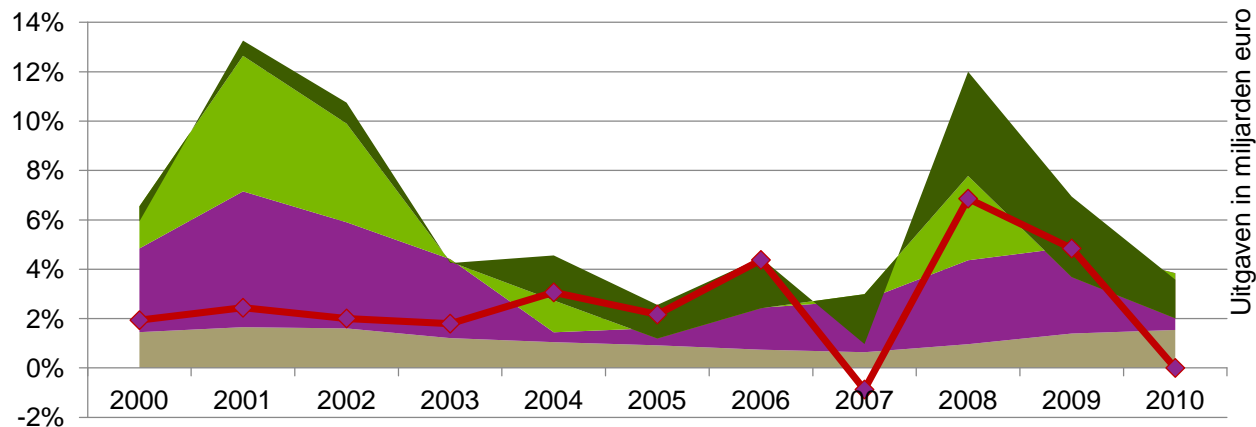
### Toelichting

In deze figuren wordt de 'excess growth' (overig prijs plus overig volume) afgezet tegen het directe effect van beleid, als percentage van de uitgaven in de desbetreffende sector (dus met dezelfde basis als het groeipercentage). Zie toelichting op de pagina "Excess growth en beleid, aanpak".

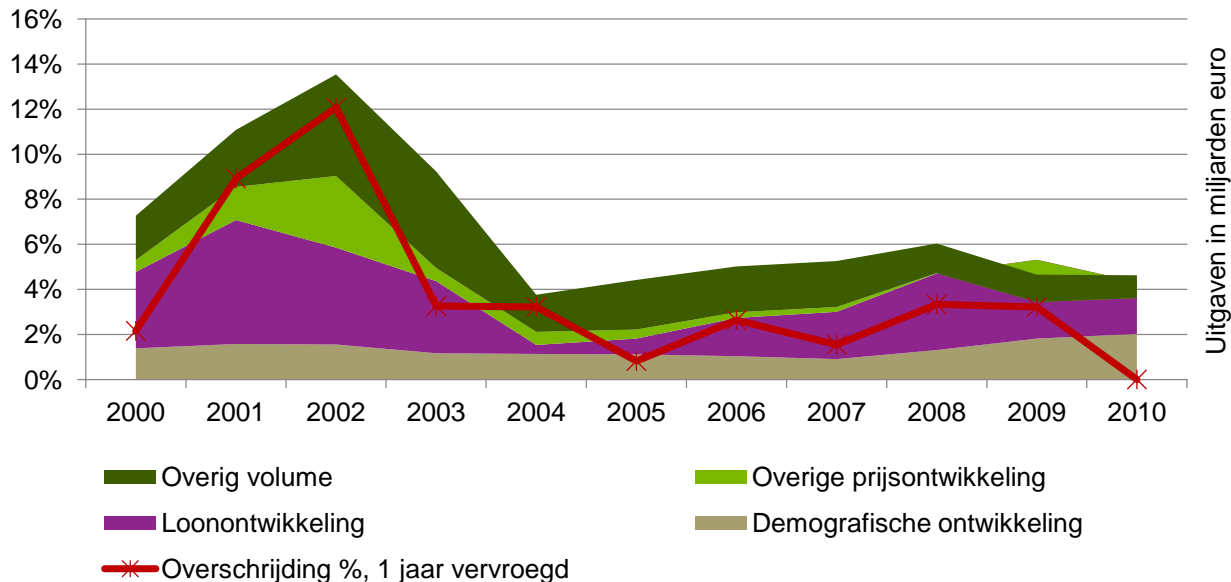
Bron: CBS, CPB (zie bijlage).

# Relatie met overschrijdingen

## Jaarlijkse uitgavengroei en overschrijdingen Ziekenhuizen en medisch specialisten



## Jaarlijkse uitgavengroei en overschrijdingen AWBZ



Voor uitgavenbeheersing is niet alleen de inzet van beleid relevant, maar ook de mate van budgetdiscipline. Het is daarom interessant om ook te kijken naar de relatie tussen de uitgavengroei en de overschrijding van de begroting. De Algemene Rekenkamer (Uitgavenbeheersing in de zorg, 2011) heeft voor de ziekenhuissector en de AWBZ de mee- en tegenvallers uit de begrotingen van de afgelopen 10 jaren op een rij gezet. We zetten het saldo van mee- en tegenvallers –de rode lijn - hier af tegen de jaarlijkse groei van de uitgaven. Omdat de Rekenkamer aangeeft dat tegenvallers vaak later gemeld worden dan in het jaar waarin ze zich voordoen, hebben we de reeks 1 jaar vervoegd weergegeven.

Groei van uitgaven en tegenvallers mogen niet zonder meer vergeleken worden. Tegenvallers zijn immers afwijkingen van *begrote* uitgaven; uitgavengroei is afgezet tegen de uitgaven van het voorgaande jaar. Echter, als begroot wordt met medeneming van de verwachtingen voor de loonontwikkeling en de demografie, dan volgt daaruit een sterke relatie tussen overschrijdingen en excess growth. Dit is voor een belangrijk deel ook wat we zien.

Bron: CBS, Algemene Rekenkamer, 2011, Uitgavenbeheersing in de zorg.

# Conclusies kostengroei op zorgsectorniveau (1/2)

## Beleid met direct effect bepaalt het grootste deel van de ontwikkeling van de zorguitgaven die niet uit demografie en loonontwikkeling verklaard kan worden

- De groei van de zorguitgaven is over de periode 2000-2010 zo'n 6,5% per jaar gemiddeld. Met uitzondering van de UK en Nieuw Zeeland (waar de zorgkosten in 2000 als 'te laag' waren beoordeeld door beleidsmakers) is dit de hoogste groei binnen de Westerse OECD landen – een vol procent punt hoger dan de VS. Als gevolg van deze stijging is de Nederlandse zorg nu de een-na-duurste ter wereld (zorgkosten als percentage van BBP).
- De loonontwikkeling verklaart bijna de helft van de jaarlijkse groei. Demografie is verantwoordelijk voor 1,2% en 1,4% in de ZFW/Zvw en AWBZ respectievelijk.
- De bijdrage van de ZFW/Zvw en de AWBZ in de groei over de periode 2000-2010 is ongeveer gelijk (gecorrigeerd voor overhevelingen). In zowel absolute als relatieve zin zijn de ziekenhuiszorg, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de GGZ de belangrijkste veroorzakers van de groei.
- Zowel in de ZFW/Zvw als de AWBZ is de excess growth – de kostengroei die niet verklaard kan worden uit demografische ontwikkeling of de loonontwikkeling - zo'n 2<sup>3</sup>/<sub>4</sub>% gemiddeld per jaar, over de periode 2000-2010. De hoogste excess growth in de AWBZ ligt in de eerste helft van deze tijdsperiode: 2001 en 2002 waren twee jaren met meer dan 10% (*'double digit'*) groei. De ZFW/Zvw kent eenzelfde piek in 2001-2002 (in 2002 is de groei net onder de 10%), maar kent een zeer hoge piek in 2006 (>16%; gedreven door de stelselwijziging in 2006). Ook in 2008 is een (relatief kleinere: > 8%) piek zichtbaar. De onverklaarde prijsontwikkeling is aanzienlijk in 2001 en 2002, maar verdwijnt langzaam in de jaren daarna.
- Beleid dat direct aangrijpt op de zorgaanspraak is een belangrijke verklaring voor de kostenontwikkeling: in de meeste sectoren volgt de ontwikkeling van de excess growth invoering van beleid met directe impact. Dit is echter geen sluitende verklaring; in de sectoren verantwoordelijk voor de hoogste uitgaven (ziekenhuiszorg, geneesmiddelen, GGZ en gehandicaptenzorg) is er bovenop de beleidsontwikkeling met directe effecten nog een belangrijk aandeel onverklaarde excess growth.

# Conclusies kostengroei op zorgsectorniveau (2/2)

## Argumenten voor het ‘kantelen’ richting een benadering vanuit de zorgvraag zijn krachtig

- De benadering vanuit de verschillende sectoren en financieringsstromen biedt inzicht in de macro-ontwikkelingen en in de consequenties van beleid (dat immers veelal sectorspecifiek is).
- De rol van (in)direct beleid wordt op deze wijze zichtbaar. Het is hiermee echter nog niet duidelijk of de beleidsimpulsen (die netto voor een forse groei hebben gezorgd) ook *toegevoegde waarde* hebben gecreëerd voor de samenleving. Er is veel extra geld besteed – maar wat heeft dat geld opgeleverd voor specifieke patiëntengroepen? Hebben de extra middelen zich vertaald in extra kwaliteit, of is er wellicht ook sprake van groei zonder daadwerkelijke zorg-opbrengsten?
- Met de sector-benadering is het moeizaam om zicht te krijgen op de mogelijke rol van epidemiologische, technologische en sociaal-culturele factoren die ook bijdragen aan de groei. Ook de demografische ontwikkelingen kunnen slechts op een heel globaal en weinig nauwkeurige wijze worden meegewogen (denk bijvoorbeeld aan de AWBZ waar de ouderenzorg een andere dynamiek kent dan de langdurige GGZ of de gehandicaptenzorg). Dit geldt ook voor de duurste sector: de ziekenhuiszorg. Dit betekent ook dat vanuit de sector-benadering het moeilijk inzichtelijk te maken is bij welke patiëntengroepen (leeftijd, sociaaleconomische status, etc.) de volumegroei ‘neerslaat’, omdat de dynamiek per zorgvraag anders is.
  - Om een voorbeeld te geven: de kostengroei in de oncologische zorg kan wellicht worden toegeschreven aan de komst (en toelating) van extra dure geneesmiddelen, en aan epidemiologische ontwikkelingen in het vóórkomen van kanker. Voor de electieve ziekenhuiszorg zijn dit type factoren minder relevant; daar staan (conform literatuur en ervaringen in binnen- en buitenland) mogelijke aanbod geïnduceerde volume effecten meer op de voorgrond.
- Bovendien kan met de sector-benadering nauwelijks worden gekeken naar de *samenhang* aan ontwikkelingen binnen bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg, de huisartsenzorg en de ouderenzorg. Is er sprake van groeiende substitutie tussen eerste en tweede lijn in de ZFW/Zvw? Is er sprake van ‘cost-shifting’ tussen ziekenhuiszorg en ouderenzorg of andersom? Dergelijke vragen zijn feitelijk onbeantwoordbaar vanuit de huidige sector-benadering.
- Vanuit het oogpunt van ‘toegevoegde waarde van zorg’ is een analyse vanuit sectoren een *mission impossible*. ‘Waarde’ is immers de verhouding tussen de geleverde kwaliteit van zorg en de aan die zorg gependeerde middelen, en de daadwerkelijke geleverde uitkomsten van zorg kunnen slechts worden gemeten langs de as van de zorgvraag. Een analyse van (excess) growth, en van de wijzen waarop daar op geïntervenieerd kan c.q. zal moeten worden dient dan ook de as van de zorgvraag als uitgangspunt (mee) te nemen. De impact van ‘beleid’ kan daarmee ook het beste vanuit dit perspectief worden begrepen.
- In de volgende sectie analyseren we daarom de zorguitgaven vanuit het perspectief van de zorgvraag.



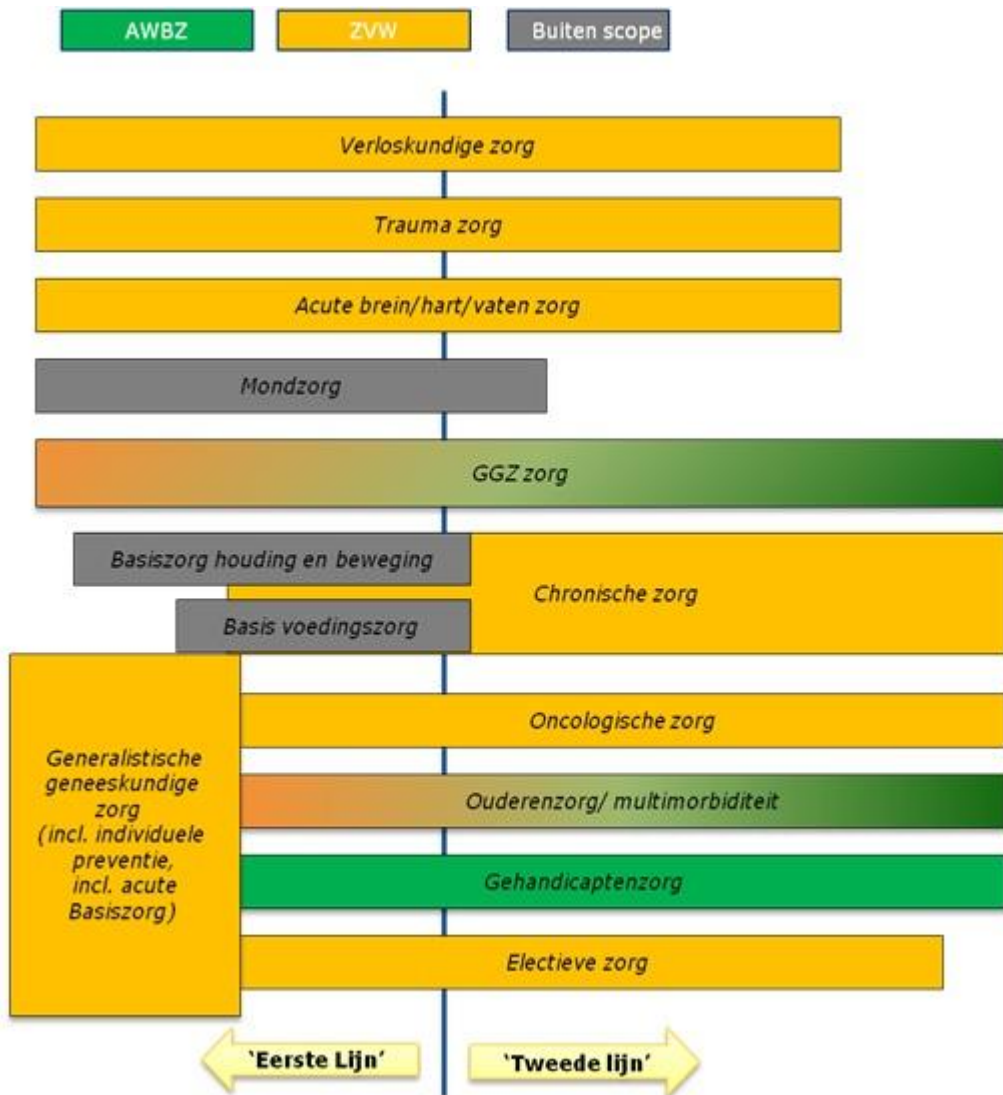


*cutting through complexity™*

# Deel II: Kostengroei op zorgvraagniveau

# Methodiek

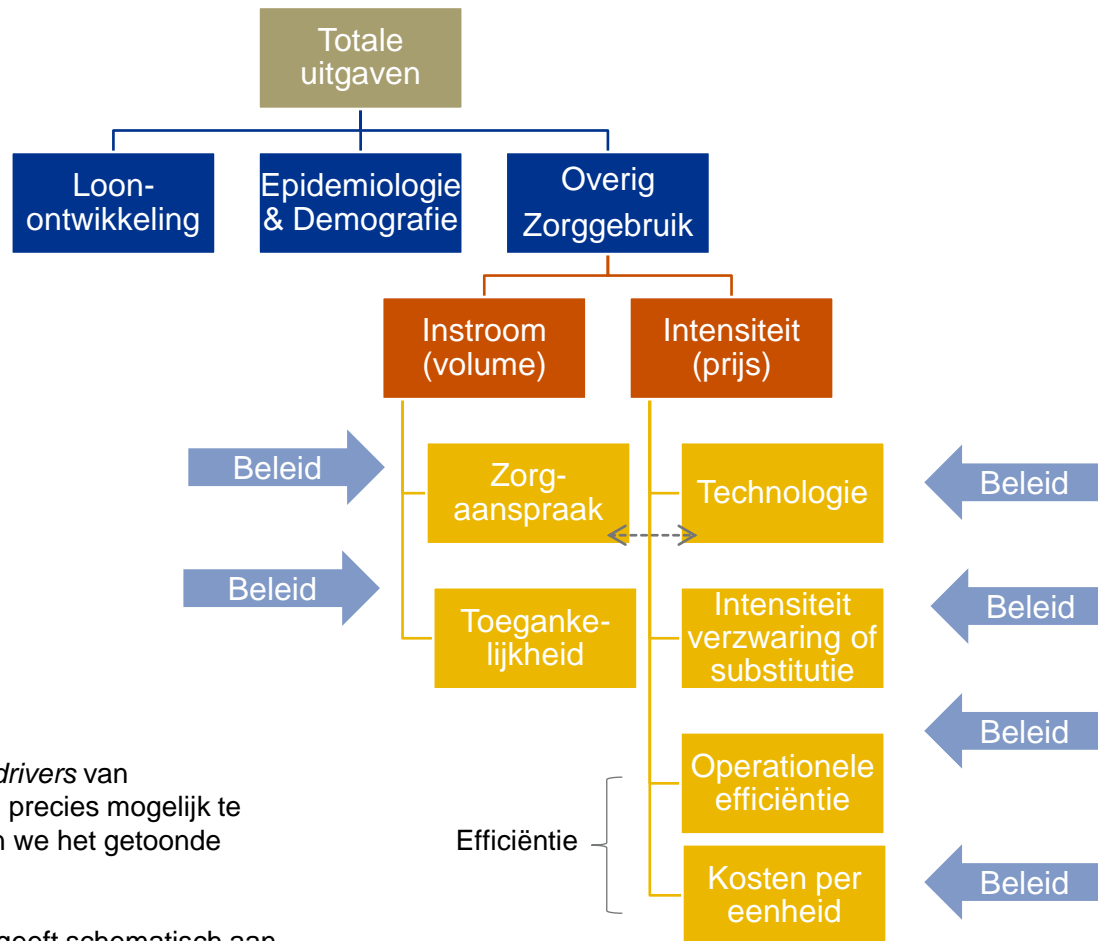
## Kanteling richting zorgvraag



- De benadering van de zorguitgaven op basis van de structuur van het aanbod – het type instellingen – stuit op beperkingen (zie conclusie vorige sectie). In deze sectie wordt de 'kanteling' gemaakt richting een benadering die aansluit bij de zorgvraag vanuit het perspectief van patiënten en cliënten. Dit biedt de mogelijkheid voor een verklaring van de groei van de zorgvraag die dichter ligt bij de zorginhoudelijke werkelijkheid en trends in demografie, epidemiologie, technologie en kwaliteit beter kan duiden.
- Elk van deze typen zorgvraag heeft ook haar eigen marktdynamiek, die mede bepaalt hoe vraag en aanbod op elkaar reageren. Met andere woorden: ook beleidseffecten zijn beter te duiden vanuit dit perspectief.
- Deze figuur is ontwikkeld door KPMG Plexus op basis van in het veld herkenbare indelingen van zorgvragen, in samenspraak met vele veldpartijen (professionals, verzekeraars, aanbieders, patiënten- en consumentenverenigingen). Vergelijkbare functionele indelingen komen terug in verschillende CVZ-rapportages en in bijvoorbeeld het VWS "Visiedocument integrale zorg in de eigen omgeving" (2010).
- In deze sectie wordt voor een aantal van deze typen zorgvraag een beschrijving gegeven van de ontwikkeling van de kosten aan de hand van de belangrijkste drivers.

# Methodiek: analysekader

## Drivers van kostenontwikkeling

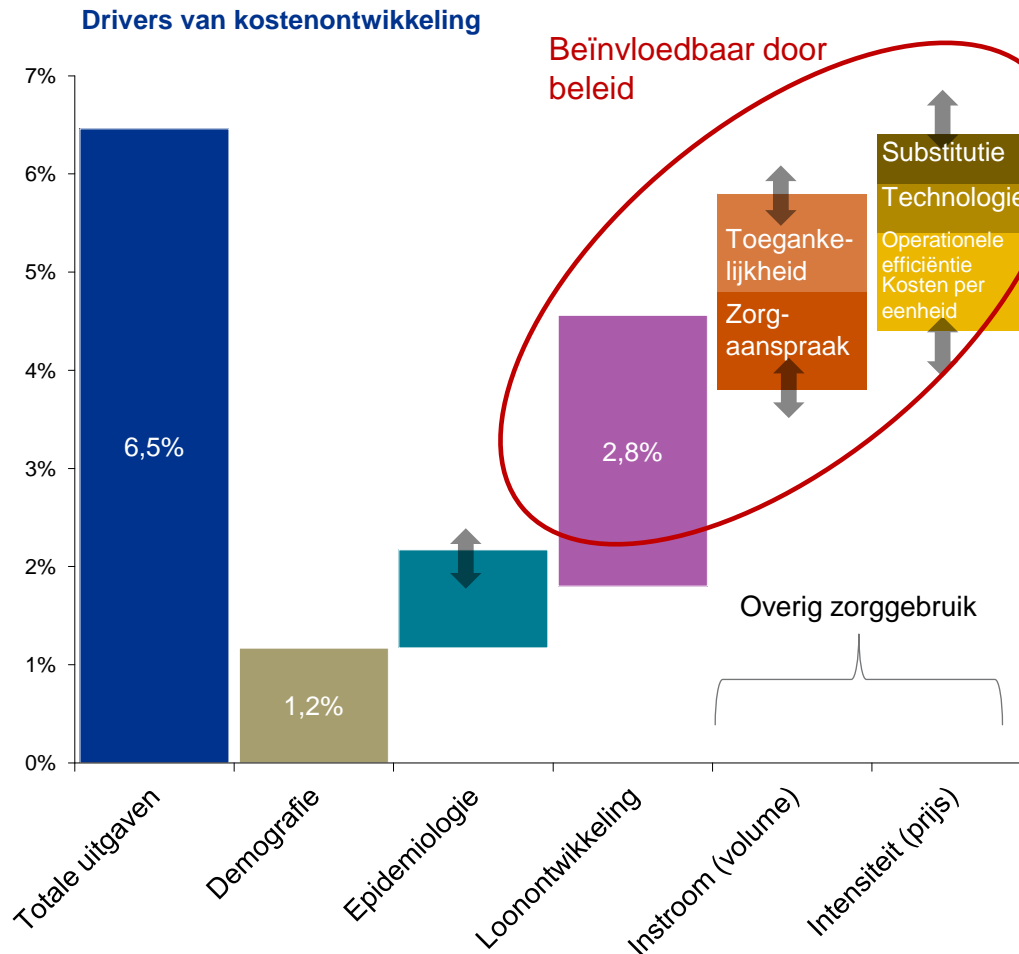


Om de verschillende *drivers* van kostenontwikkeling zo precies mogelijk te identificeren, hanteren we het getoonde analysemodel.

Het figuur hier rechts geeft schematisch aan op welke *drivers* beleid invloed heeft. Op de volgende pagina gaan we dieper in op deze verschillende drivers die het analysekader van dit onderzoek vormen.

# Methodiek: analysekader

## Drivers van kostenontwikkeling



De zorguitgaven worden gedreven door demografie en epidemiologie (dat deels afhankelijk is van preventie en leefstijl) en het gebruik dat deze populatie van zorg maakt.

We onderscheiden als aparte *driver* de loonontwikkeling, omdat deze zo'n grote - maar ook analytisch eenvoudig te onderscheiden - invloed heeft op de zorguitgaven.

Het *zorggebruik* wordt vervolgens gedreven door enerzijds het aantal mensen dat daadwerkelijk gebruik gaat maken van (collectieve) zorg, en anderzijds de inzet van middelen per episode/behandeling. We noemen dit respectievelijk de *instroom* en de *intensiteit*. De intensiteit bepaalt de prijs van een episode/behandeling.

Kwaliteit zien we niet als driver, maar als uitkomst van het totale systeem. Kwaliteit vormt dus de eventuele 'rechtvaardiging' voor kostenstijgingen. Immers de prijs/kwaliteit verhouding bepaalt de waarde van de gezondheidszorg voor de patiënt.

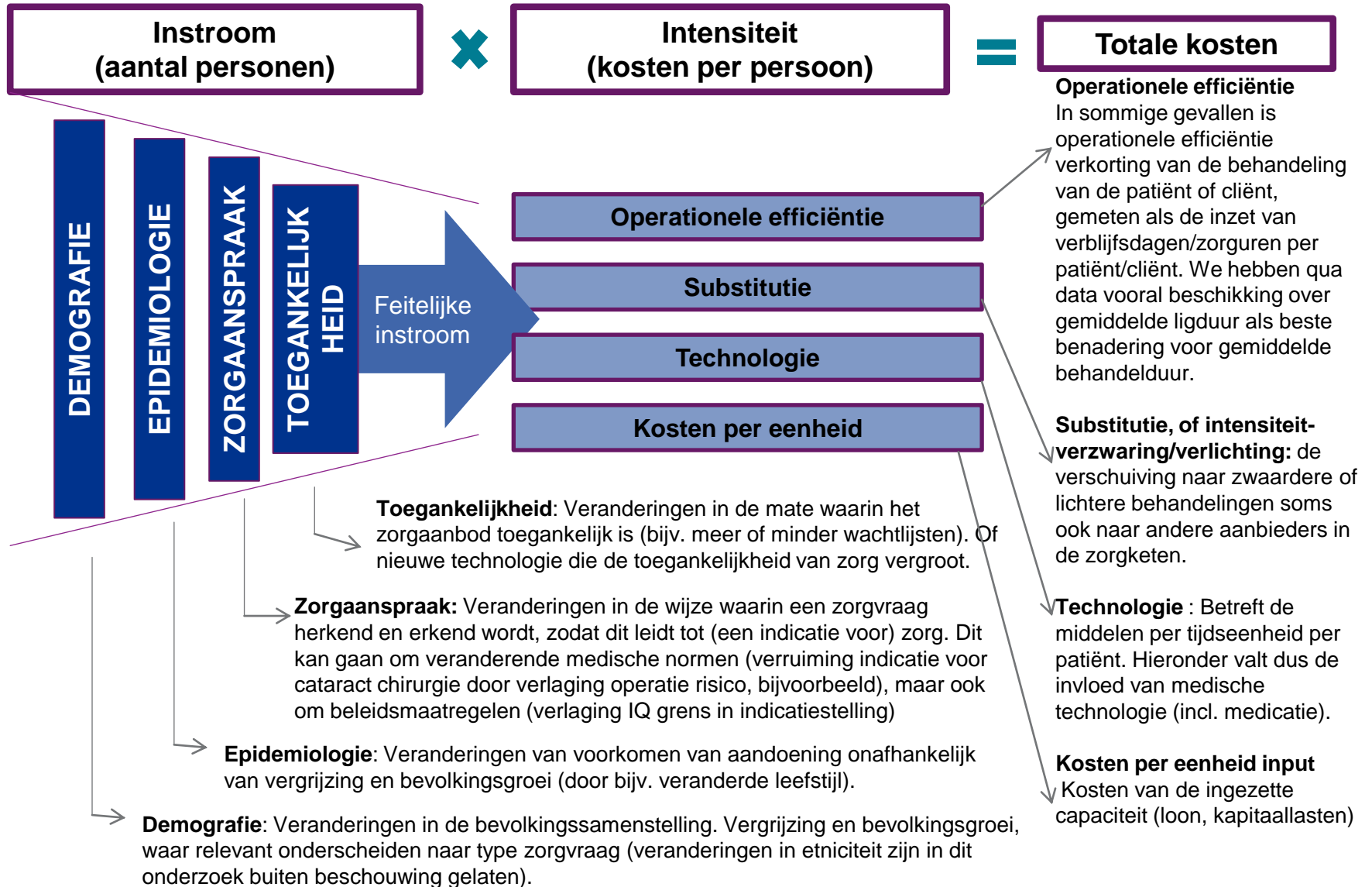
De loonontwikkeling en de drivers die onderdeel zijn van instroom en intensiteit zijn beïnvloedbaar door beleid. We zetten dit uiteen op de volgende pagina.

Technologische ontwikkeling heeft een direct effect op de intensiteit van zorg. Technologie kan echter ook de zorgaanspraak beïnvloeden, bijvoorbeeld als door nieuwe technologie een behandeling mogelijk wordt voor nieuwe aandoeningen. Dit kan tot pakketuitbreiding leiden (via het CVZ) of tot een meer impliciete aanspraakvergroting via afwegingen van de beroepsgroep zelf.

De dubbele pijlen geven aan dat de omvang van epidemiologie, instroom en intensiteit kunnen variëren. (De grootte van deze blokken is willekeurig gekozen.)

# Drivers van kostenontwikkeling

## Nadere toelichting



## Welke van deze *drivers* zijn beïnvloedbaar door beleid?

Driver	Beleid?	Toelichting
Zorgaanspraak	Ja (direct en indirect)	Direct: pakketmaatregelen Indirect: aanzuigend effect nieuw aanbod, verschuiving /afname zorgvraag bij vervallen aanbod Het is belangrijk vast te stellen dat de 'zorgaanspraak' ook sterk sociaal-cultureel wordt bepaald. De Zvw hanteert bewust de formulering 'zorg zoals aanbieders [uit categorie X] plegen te bieden' als omlijning van de aanspraken, om recht te doen aan het dynamiek in de medische wetenschap, maar ook maatschappelijke afwegingen van wat telt als 'noodzakelijke zorg', kosten, baten en risico's.
Toegankelijkheid	Ja (direct en indirect)	Direct: wachtlijstmiddelen en eigen bijdragen/betalingen Indirect: kortere wachtlijsten kunnen vraag oproepen; eigen bijdragen remmen de vraag. Verder heeft het vrijgeven van het volume in de ziekenhuiszorg (het 'B-segment') ook de toegankelijkheid van de zorg indirect vergroot.
Operationele efficiëntie	Deels (indirect)	Taakverdeling, behandelingsduur, benutting van (dure) faciliteiten en andere bedrijfsmatige aspecten van zorg worden sterk beïnvloed door prikkels volgend uit de bekostiging. Daar waar het gaat om het veranderen van de <i>setting</i> (van extra naar intramuraal) of van type <i>hoofdbehandelaar</i> (van specialist naar huisarts, bijvoorbeeld) spreken we van substitutie – zie hieronder.
Technologie	Deels (indirect)	Veranderingen in aard van behandeling worden grotendeels gedreven door medische inzichten/technologie. Op veel zorggebieden zijn de technologische innovaties en kwaliteitswinsten over een periode van 10 jaar indrukwekkend. Pakketbeslissingen en toelatingsbeslissingen hebben invloed op de mate van toepassing van technologie. Ook wetgeving zoals de WBMV heeft invloed op de toepassing van technologie. De snelheid (en kosten-effectiviteit) waarmee innovaties worden geïntroduceerd wordt ook in belangrijke mate door bekostigingsparameters gestimuleerd of gehinderd. Dit laatste aspect is in dit onderzoek niet specifiek verder onderzocht.
Substitutie (Intensiteit verzwaaring of verlichting)	Deels (indirect)	Bekostiging heeft invloed op de mate van substitutie, zowel bij individuele aanbieders als in de zorgketen als geheel. Zo kan ketenfinanciering (bijvoorbeeld via keten-DBC's) substitutie van zorg van de 2 <sup>e</sup> naar de 1 <sup>e</sup> lijn bevorderen. Binnen instellingen kan bekostiging ook aanzetten tot het minder 'zwaar' behandelen van patiënten; bijvoorbeeld patiënten meer dagklinisch in plaats van klinisch behandelen, ten gevolge van de DBC-systematiek. Anderzijds bekostigingsprikkels ook aanzetten tot meer intramurale behandelingen, zogenaamde verzwaaringen van de intensiteit.
Kosten per eenheid (met name loon)	Ja (direct en indirect)	Via prikkels (prijnsregulering of bijv. introductie vrije prijzen: bijv. honorering medisch specialisten resp. ontwikkelingen prijzen generieke geneesmiddelen) worden de kosten per eenheid beïnvloed via beleid.

# Beïnvloedbaarheid van *drivers* voor kostenontwikkeling

- Zoals zichtbaar wordt in de tabel op de vorige pagina, zijn de drivers van instroom en intensiteit beïnvloedbaar door beleid. Hierop zullen we ons richten in de casussen. Echter, ook epidemiologie is niet geheel 'beleidsvrij'. Gegeven de tijdshorizon van dit onderzoek – 10 jaar- laten we de beleidsinvloed op demografie en epidemiologie buiten beschouwing. We beschrijven in de casussen wel de relevante trends in demografie en epidemiologie.

Driver	Beleid?	Toelichting
Demografie	Nee	De demografische ontwikkelingen (veranderingen leeftijdsopbouw en omvang van de populatie) vallen buiten bereik van het beleid. Vanzelfsprekend resulteert goed gezondheidsbeleid in een gezondere (en daardoor langer levende) populatie, bijvoorbeeld, maar dit laten we hier buiten beschouwing.
Epidemiologie	Deels (indirect)	Epidemiologische ontwikkelingen zijn deels beïnvloedbaar door beleid (de mate waarin varieert en is ook moeilijk precies te voorspellen). Beleid kan zich meer of minder richten op primaire en secundaire preventie, hetgeen impact heeft op de zorguitgaven: stoppen met roken maatregelen leiden binnen twee jaar tot forse reductie cardiovasculaire incidenten, bijvoorbeeld.

# Aanpak middels casussen

## Aanpak: acht casussen

- Per type zorgvraag analyseren we de ontwikkeling van de zorgkosten gedurende de periode 2000-2010. De aanpak is daarbij casus-gedreven. Voor elk type zorgvraag zoomen we in op een aandoening die kenmerkend is voor dat type zorgvraag.
- Met deze aanpak wordt gepoogd de verschillende *drivers* van kostenontwikkeling zo precies mogelijk te identificeren. Vervolgens analyseren we elke relevante *driver* en bezien of er beleid, veranderende opvattingen in de samenleving c.q. van de beroepsgroep, of technologische ontwikkelingen ten grondslag liggen aan de groei, en welke demografische en epidemiologische factoren een rol spelen.

## Beperkingen

- De Nederlandse zorginformatie infrastructuur is in dit onderzoek nog meer gefragmenteerd en ontoegankelijk gebleken dan bij aanvang van het onderzoek reeds was voorzien. Er is een grote hoeveelheid data over de uitgaven en ontwikkelingen in de zorg, maar deze data zijn van uiteenlopende kwaliteit en worden door uiteenlopende instellingen beheerd zonder integrale regie. De data van sommige instellingen zijn van hoge kwaliteit en met heldere procedures vanuit VWS toegankelijk<sup>1</sup> (zoals bijv. Vektis); andere databronnen zijn weliswaar vanuit VWS goed toegankelijk maar zijn van beperkte kwaliteit (zoals bijv. DIS). Weer andere bronnen zouden aanwezig moeten zijn, maar blijven voor onderzoekers en het Ministerie om onduidelijke redenen ontoegankelijk – hoezeer ook ten koste van het publieke belang (bijv. CIZ). Er vindt daarbij ook nog veel duplicatie en bewerking plaats, waarbij verschillende beheerders data van elkaar gebruiken en verwerken tot nieuwe bronnen.
- De aanwezige informatie is niet alleen gefragmenteerd qua beheer, toegang en kwaliteit ; de verschillende bestanden zijn (mede als gevolg van deze situatie en het gebrek aan regie) ook zeer beperkt met elkaar in verband te brengen.
- In vergelijking met andere ontwikkelde landen blijft de data-infrastructuur bruikbaar voor analyses langs de as van de *zorgvraag* (informatie over prevalentie van aandoeningen, diagnoses in ziekenhuizen enzovoort) sterk achter.<sup>2</sup>
- We gebruiken in de onderstaande casussen de data die beschikbaar zijn. Dat betekent dat een beeld wordt geschetst op basis van gefragmenteerde data, die niet altijd vergelijkbaar zijn of slechts inzicht geven op een beperkt aantal jaren. We hanteren zoveel mogelijk de data uit de oorspronkelijke bronnen (bijvoorbeeld niet gecorrigeerd voor inflatie, zodat de cijfers te herleiden zijn).
- Bovenstaande beperkingen maken het moeilijk om harde conclusies te trekken over causaliteit van kostenstijgingen die sowieso lastig zijn bij trendonderzoek, zonder controlegroep. Daarom zijn we in onze conclusies over het algemeen voorzichtig.

1. Vanzelfsprekend rekening houdend met alle randvoorwaarden m.b.t. informatiebeveiliging, privacy, e.d.

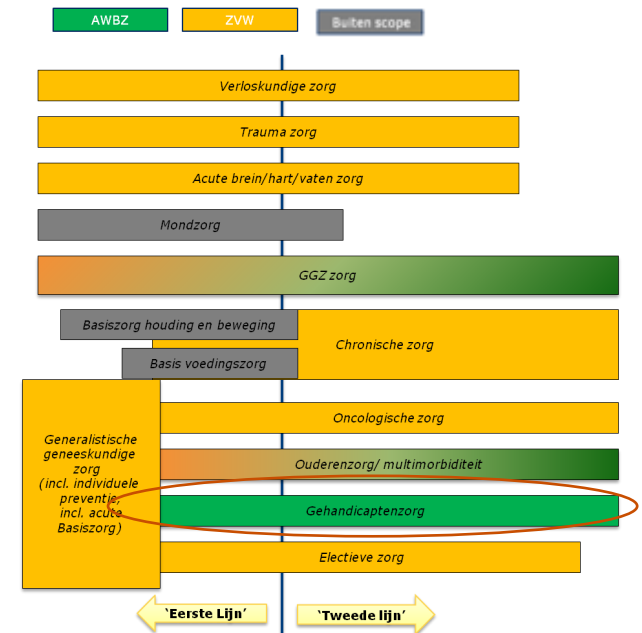
2. Persoonlijke communicatie, Niek Klazinga, OECD.





cutting through complexity™

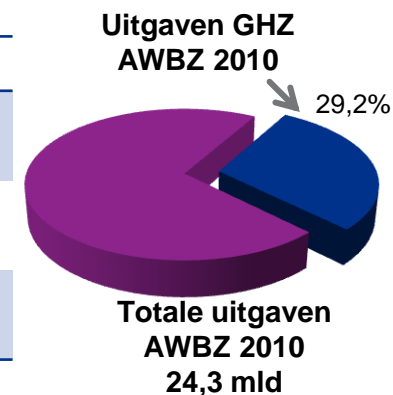
# Gehandicaptenzorg – Casus Verstandelijk gehandicapten



# Verstandelijk gehandicapten

## Kostenontwikkeling

	+19,7%	+22,6%	+23,5%
	Totale uitgaven GHZ	Totale uitgaven verstandelijk gehandicapten	Waarvan GHZ sector
2003	5,4 mld	4,6 mld (85% van GHZ)	4,5 mld (98% van VG)
2007	6,6 mld	5,6 mld (85% van GHZ)	5,6 mld (99% van VG)



Bron: CBS, RIVM Kosten van ziekten

### Kostenontwikkeling 2000-2010

1. Het grootste deel van de GHZ wordt gefinancierd vanuit de AWBZ. Van 2003 tot 2007 groeien de totale uitgaven aan GHZ van 5,4 mld naar 6,6 mld; over de periode 2000-2010 van 3,3 naar 7,1 miljard euro; jaarlijks gemiddeld met 8,0%. De uitgaven aan GHZ maakten in 2010 29,2% uit van de totale uitgaven aan AWBZ-zorg (zie pie chart).
2. Een deel van de geobserveerde uitgavengroei kan worden verklaard door loonontwikkeling (gemiddelde jaarlijkse groei 2,8%). Demografische ontwikkelingen spelen een zeer beperkte rol (zie verder). De te verklaren 'excess growth' is dus ruim 5% op jaarbasis.
3. Ongeveer 85% van de totale uitgaven in de GHZ gaat naar zorg voor verstandelijk gehandicapten (zie tabel).
4. In de periode 2003-2007 zijn de uitgaven aan zorg voor verstandelijk gehandicapten met 22,6% gestegen. Het grootste deel van de uitgaven aan VG-zorg gaat naar GHZ instellingen (98%); de uitgaven in deze sector groeiden tussen 2003-2007 met 23,5% (zie tabel).

# Verstandelijk gehandicapten

## Verklaring ontwikkelingen

Verbeterde prenatale diagnostiek leidt tot een daling van de incidentie van verstandelijk gehandicapten, maar door grotere overlevingskansen van kinderen met een extreem laag geboortegewicht of ernstige afwijkingen en een toenemend aantal vrouwen dat op latere leeftijd kinderen krijgt, blijft de incidentie in zijn geheel stabiel. De prevalentie stijgt wel licht door toenemende levensverwachting van verstandelijk gehandicapten (max. 600 personen stijging op jaarbasis). (Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid; SCP, 2010, Steeds meer verstandelijk gehandicapten?)

Het aantal personen met een uitstaande zorgvraag in de VG-zorg is in de periode 1998-2008 jaarlijks gemiddeld met 9% gestegen. Deze groeiende vraag is opmerkelijk gegeven de zeer beperkte stijging van de prevalentie. Dit wijst op een veranderende indicatiestelling.

Aantal personen met uitstaande VG-vraag	2008	Gemiddelde groei 1998-2008
Langdurig verblijf	69.676	5%
Kortdurend verblijf	21.511	19%
Dagbesteding	20.511	9%
Begeleiding	34.516	20%
Behandeling	1.252	11%
<b>Totaal</b>	<b>147.193</b>	<b>9%</b>

Bron: SCP, 2010, Steeds meer verstandelijk gehandicapten?

Tussen 2007 en 2009 steeg het aantal cliënten dat in een instelling verbleef jaarlijks gemiddeld met 4,2%, het aantal cliënten met dagbesteding met 5,4%. Het aantal extramuraal cliënten steeg in 2008 met 9%, maar daalde daarna met 5%; een gemiddelde groei van 2,0%.

	2007	2008	2009	Groei 2007-2008	Groei 2008-2009	Gem. jaarlijkse groei
Verblijf	55.828	57.726	60.636	3%	5%	4,3%
Dagbesteding	37.054	38.709	41.181	4%	6%	5,4%
Extramuraal	33.177	36.245	34.505	9%	-5%	2,0%

Bron: VGN Jaarcijfers 2010

### Jaar      Beleidsmaatregel – Direct volumeverhogend

2000	Extra zorg licht VG met sterke gedragsstoornis (SGLGV)
2003	Modernisering AWBZ: extramuralisatie en PGB
2004	AWBZ-brede beleidsregel extramuraal zorg: verruiming aanbod
2005	Verruiming IQ-grens van de indicatie voor VG-zorg

### Jaar      Beleidsmaatregel – Direct volumeverlagend

2009	Pakketmaatregel begeleiding
------	-----------------------------

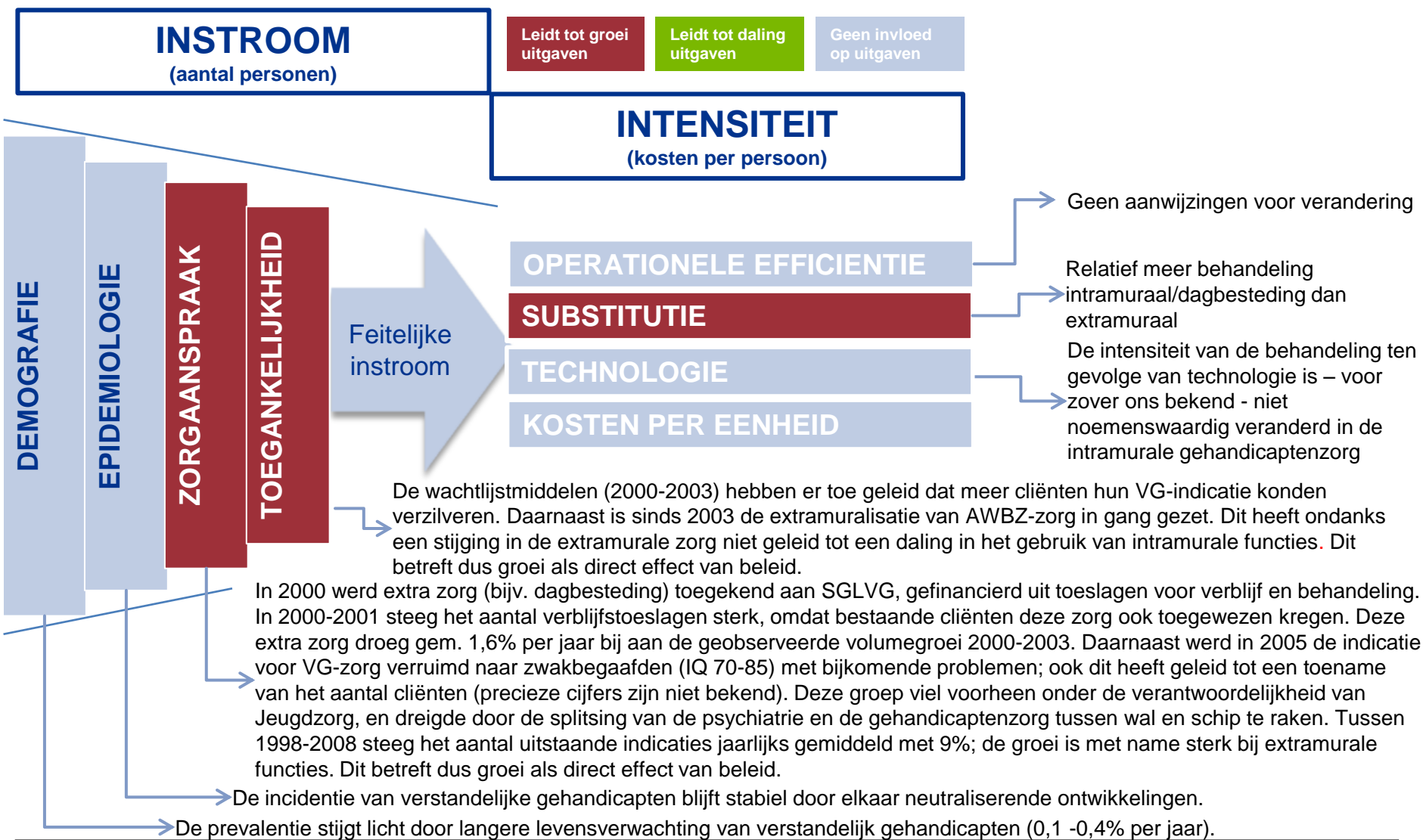
De discrepantie tussen de stabiele incidentie en prevalentie enerzijds, en het groeiend aantal personen met een uitstaande VG zorgvraag anderzijds, is in belangrijke mate toe te schrijven aan beleidsmaatregelen die de afgelopen tien jaar zijn getroffen. In deze jaren volgen in ieder geval vier direct volumeverhogende maatregelen elkaar op, tegen één volumeverlagende maatregel.

Bron: CPB (zie bijlage), SCP 2010, ibid.

### Periode      Beleidsmaatregel – Zeer waarschijnlijk volumeverhogend

2000-2003	Inzet wachtlijstmiddelen
-----------	--------------------------

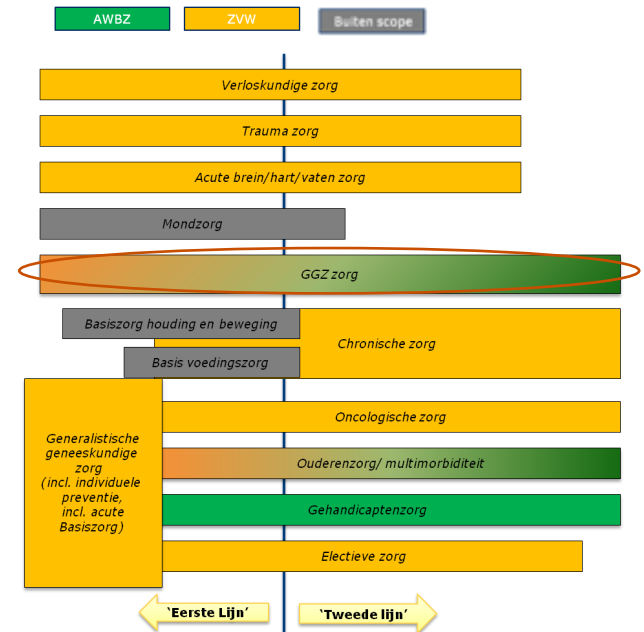
# Verstandelijk gehandicapten Instroom en intensiteit





cutting through complexity™

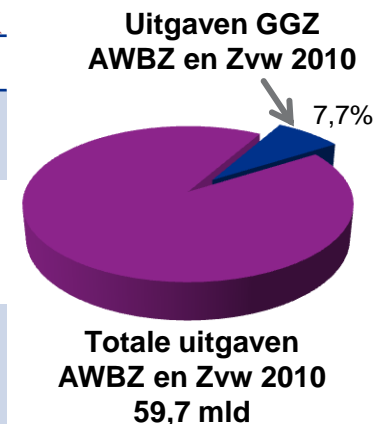
# GGZ – Casus Depressie



# Geestelijke gezondheidszorg

## Kostenontwikkeling

	+31,4%	+46,3%	+54,9%	+26,2%	+63,5%
	Totale uitgaven GGZ	Totale uitgaven depressie	GGZ	Medicatie	Eerstelijns
<b>2003</b>	3,5 mld	0,7 mld (20% van GGZ)	0,4 mld (57% van depressie)	0,1 mld (14% van depressie)	0,06 mld (9% van depressie)
<b>2007</b>	4,6 mld	1,0 mld (22% van GGZ)	0,5 mld (50% van depressie)	0,2 mld (20% van depressie)	0,1 mld (10% van depressie)



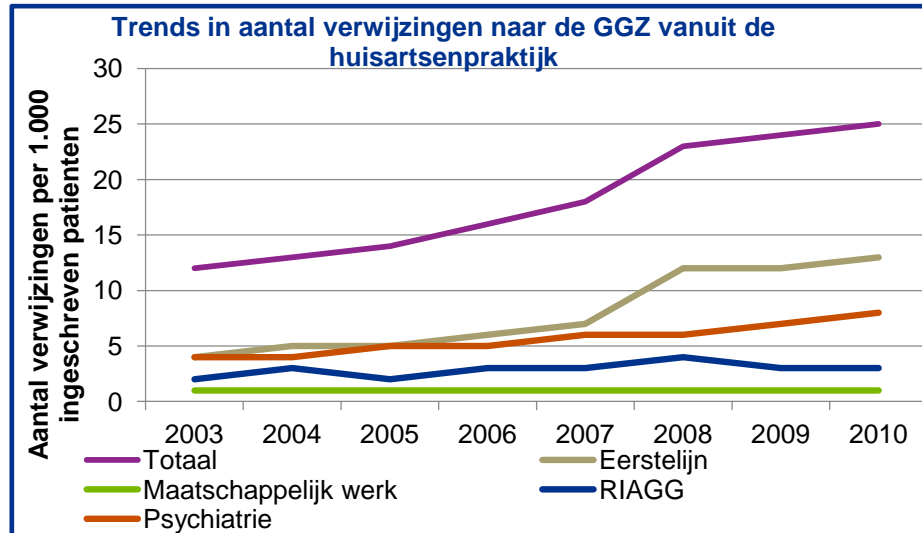
Bron: CBS, RIVM Kosten van ziekten

### Kostenontwikkeling 2000-2010

1. De totale uitgaven aan GGZ groeien van 2003 tot 2007 van 3,5 naar 4,6 mld. Hiervan werd tot en met 2007 het grootste deel gefinancierd vanuit de AWBZ. Over de periode 2000-2007 groeiden de AWBZ-uitgaven aan GGZ van 2,4 naar 4,1 miljard euro; jaarlijks gemiddeld met 5,5%. In 2008 werd de geneeskundige GGZ overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw; dit betrof de ambulante zorg en het eerste jaar van de klinische zorg. Tussen 2008-2010 groeiden de AWBZ-uitgaven aan GGZ van 1,9 naar 2,2 miljard euro. In dezelfde periode groeiden de Zvw uitgaven van 2,2 naar 2,4 miljard euro. De zorguitgaven aan GGZ gefinancierd uit de AWBZ en de Zvw maken 7,7% uit van de totale AWBZ en Zvw uitgaven in 2010 (zie pie chart).
2. Een deel van de geobserveerde uitgavengroei kan worden verklaard door demografie (bevolkingsgroei en vergrijzing; gemiddelde jaarlijkse groei van 1,4%), een deel door loonontwikkeling (gemiddelde jaarlijkse groei 2,8%). Wat overblijft is een gemiddelde jaarlijkse "excess growth" van ongeveer 1,3%.
3. Ongeveer 22% van de totale uitgaven in de GGZ gaat naar depressie zorg (zie tabel).
4. In de periode 2003-2007 zijn de uitgaven aan depressie zorg met 46,3% gestegen. Ongeveer de helft van de uitgaven aan depressie gaat naar GGZ instellingen; de uitgaven in deze sector groeiden tussen 2003-2007 met 54,9% (zie tabel).

# Geestelijke gezondheidszorg: depressie

## Verklaring ontwikkelingen (1/2)



Uit onderzoek blijkt dat het aantal mensen in Nederland met depressieve klachten of negatieve gedachten de afgelopen 30 jaar stabiel blijft. De vraag naar GGZ is de afgelopen jaren echter fors toegenomen. Hierbij spelen sociaal-culturele factoren een rol; een lager wordende drempel om te spreken over psychische problemen, depressie als 'behandelbaar' beschouwen, vroegere (h)erkenning van GGZ problematiek door huisartsen, en een groeiende sociale impact van psychische problemen. Daarnaast blijkt uit internationaal onderzoek dat Nederland relatief veel intramuraal behandelt (Priebe et al, 2004).

Bron: Trimbos Instituut, 2008, Trendrapportage GGZ 2008

Vooraf na 2007 is er een forse stijging in het aantal verwijzingen naar de eerstelijns. Deze stijging valt grotendeels samen met de opname van de eerstelijnspsychologie (eerste acht behandelingen) binnen het basispakket.

Bron: Nivel, 2010, <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=16139>

Het aantal cliënten in de eerste lijn stijgt, het aandeel aanmeldingen van patiënten met depressieve klachten stijgt hierin mee. Het aantal als 'depressief' gediagnosticeerde cliënten blijft achter in de groei.

Eerstelijns GGZ	2005	2010	Gem. jaarl. groei
# cliënten in eerstelijns (afgerond)	71.500	91.500	5,1%
Waarvan depressie/angst klachten	20.735	24.705	3,5%
Waarvan diagnose depressie/angst	15.730	17.385	2,1%

Bron: Jaarverslagen Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen 2005-2010

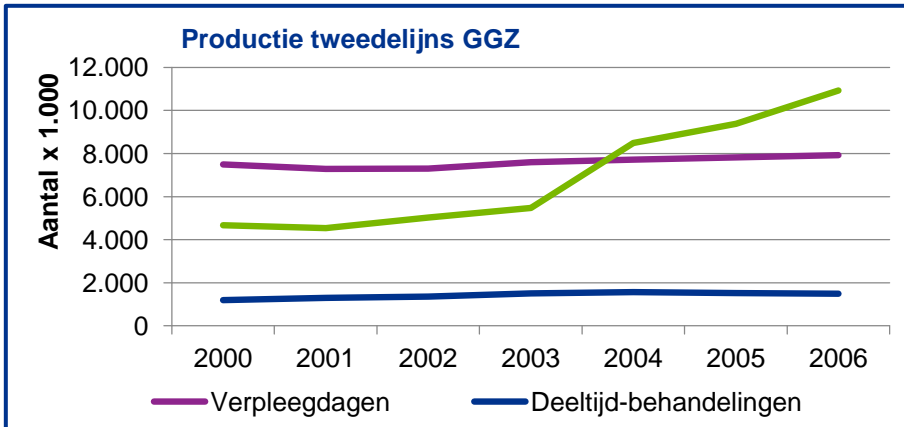
Tweedelijns GGZ	2005	2007	Gem. jaarl. groei
# cliënten in tweedelijns (18-65 jr)	478.000	504.000	2,5%
Waarvan stemmingsklachten	186.420	201.600	4,0%
Waarvan diagnose stemming	133.840	95.760	-15,2%
Waarvan diagnose pers./gedr.	23.900	171.360	167,8%

Het aantal cliënten in de tweedelijns stijgt, het aandeel aanmeldingen van patiënten met stemmingsklachten stijgt relatief sterker. Het aandeel diagnoses stemmingsstoornis daalt daarentegen flink. Dit is met name een registratie effect, zeer waarschijnlijk te wijten aan een verschuiving tussen (deels verwante) diagnosegroepen door alternatieve gegevensverzameling in 2007.

Bron: Trimbos Trendrapportage GGZ 2010

# Geestelijke gezondheidszorg: depressie

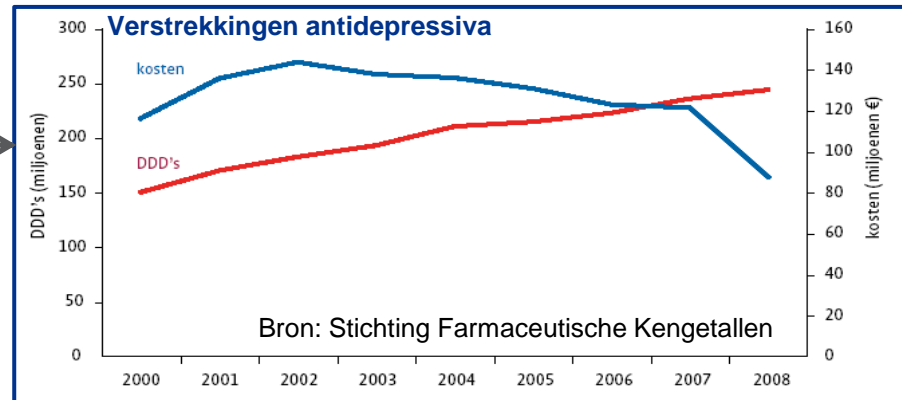
## Verklaring ontwikkelingen (2/2)



Tot en met 2003 stijgen het aantal verpleegdagen, deeltijd-behandelingen en ambulante contacten in de tweedelijns GGZ licht. Na 2003 is er sprake van een plotselinge stijging van het aantal ambulante contacten. Enerzijds worden er volgens de NZa vanaf dat moment ook telefonische contacten meegeteld in de registratie van ambulante contacten. Anderzijds wordt de plotselinge stijging mogelijk veroorzaakt door de AWBZ-brede 'relatieve' extramuralisering. Net als in de GHZ wordt de groei ruimte besteed aan extramuraal (ambulante) zorg, maar deze heeft in deze jaren niet geleid tot een afname van intramuraal zorg.

Bron: Trimbos Instituut, 2008, GGZ in tabellen 2007

Het aantal verstrekkingen van antidepressiva is tussen 2000-2007 met 44% gestegen; de uitgaven aan antidepressiva is daarentegen tussen 2004-2009 met 74% gedaald, voornamelijk als gevolg van het preferentiebeleid (2008).



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De groei van de depressiezorg wordt niet veroorzaakt door demografische of epidemiologische ontwikkelingen. De sterk groeiende zorgvraag naar depressiezorg (en GGZ in het algemeen), lijkt te worden veroorzaakt door het samenvloeien van sociaal-culturele trends (hogere vraag) en beleidsmaatregelen (vergroting aanbod).

Periode	Beleidsmaatregel
2000-2003	Inzet wachtlijstmiddelen
2003	Boter bij de vis: budgetplafond GGZ-instellingen opgeheven
2003	Modernisering AWBZ: extramuralisatie
2008	Eerste 8 consulten eerstelijns in basispakket

Bron: CPB (zie bijlage)

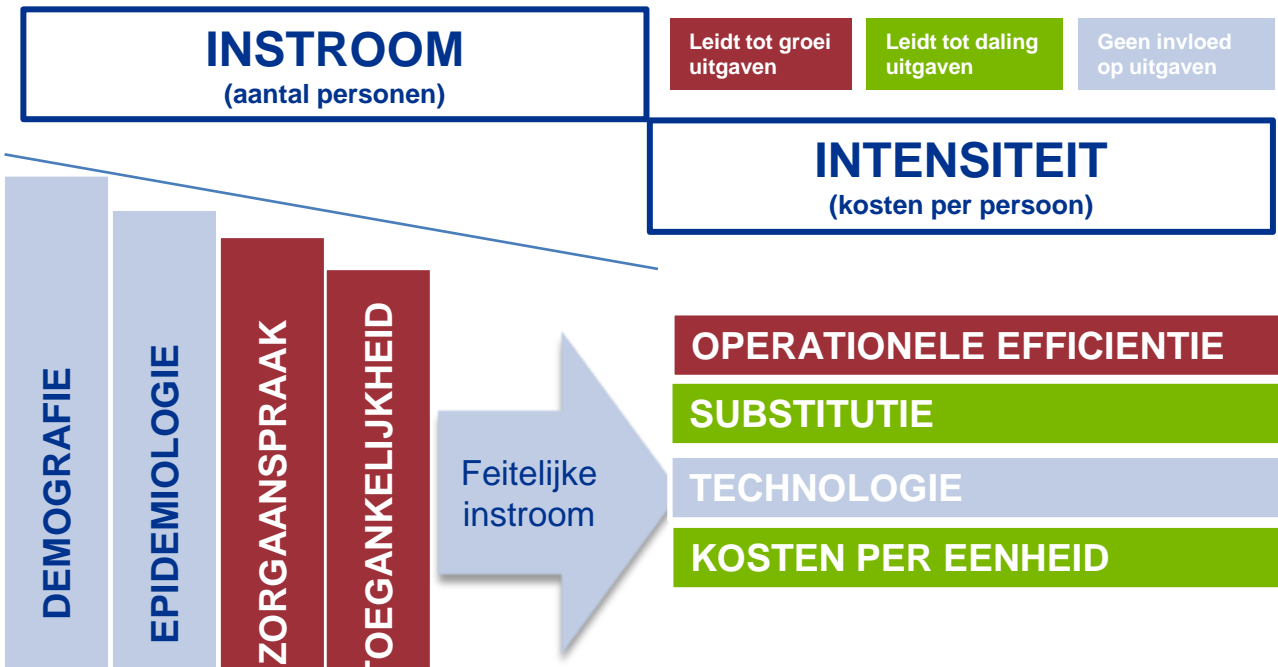
Verschillende bronnen geven aan dat de gemiddelde behandelduur in de tweedelijns GGZ de afgelopen jaren is gestegen; de mate van stijging varieert per bron. Het is onduidelijk wat het aandeel van depressiezorg in deze trend is. (Trimbos, 2008, GGZ in tabellen 2007; GGZ NL, 2009, Zorg op waarde geschat)

Het aantal wachtenden op GGZ zorg vertoont een stijgende trend. In 2000 schatte de Taskforce Aanpak Wachtlijsten zo'n 72.000 wachtenden. Inmiddels is het aantal wachtenden opgelopen van ruim 92.000 in 2007 naar ruim 101.000 in 2009 (GGZ Nederland).



# Geestelijke gezondheidszorg: depressie

## Instroom en intensiteit



De gemiddelde behandelduur in de GGZ neemt toe, maar of de behandelduur van depressie ook toeneemt is onbekend.

De ambulante contacten groeien harder dan de intramurale zorg. Hierdoor dalen de kosten per persoon. De ambulantisering heeft echter (nog) niet geleid tot mindering in absoluut aantal verpleegdagen, o.a. t.g.v. prikkel vanuit AWBZ voor hoge bedbezetting. Hierdoor nemen de totale kosten toe (zie ook toegankelijkheid).

Sinds 2008 zijn de kosten per verstrekking (antidepressiva) sterk gedaald. Dit is deels een indirect effect van beleid (inkoop door zorgverzekeraars). Er zijn geen bruikbare data gevonden over de verandering van kosten van de overige depressiezorg.

De inzet van wachtlijstmiddelen (2000-2003) en de 'boter bij de vis regeling' heeft er toe geleid dat meer cliënten GGZ zorg konden ontvangen; desalniettemin loopt het aantal wachtenden nog steeds op. Daarnaast is sinds 2003 de extramuralisatie van AWBZ-zorg in gang gezet. Dit heeft ondanks een stijging in de extramurale zorg tot en met 2008 niet geleid tot een daling in het gebruik van intramurale functies. Dit betreft dus groei als direct effect van beleid.

Sinds 2008 zitten de eerste 8 consulten van de eerstelijnspsycholoog in het basispakket. Dit betreft dus groei als direct effect van beleid. Verdere trends die het groeiend gebruik van GGZ zorg kunnen verklaren zijn: een lager wordende drempel om te spreken over psychische problemen, depressie als 'behandelbaar' beschouwen, en vroegere (h)erkenning van GGZ problematiek door huisartsen.

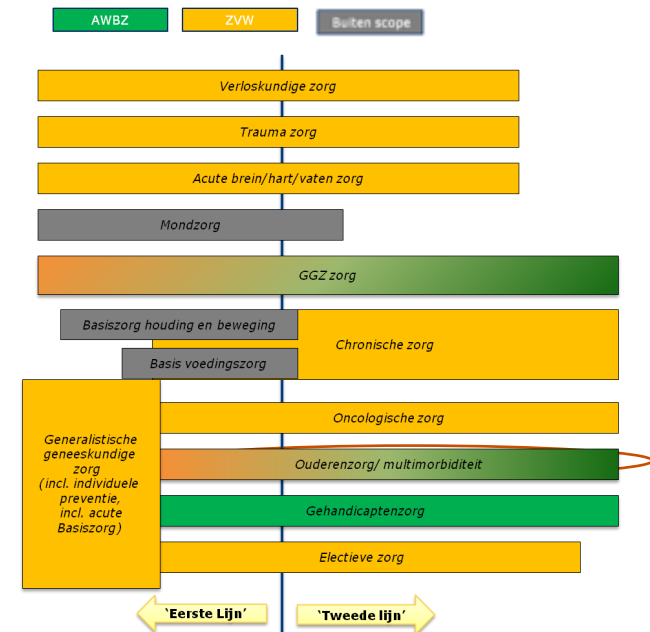
De incidentie van depressieve klachten of negatieve gedachten blijft stabiel.

Aangenomen wordt dat de prevalentie van depressie redelijk parallel loopt aan algemene demografische ontwikkelingen.



cutting through complexity™

# Ouderenzorg – Casus dementie

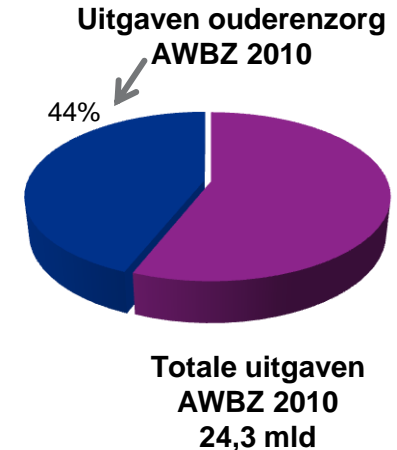


# Ouderenzorg

## Kostenontwikkeling

	+13,4%	+11,5%	+12,0%
	Totale uitgaven ouderenzorg	Totale uitgaven dementie	VV&T
<b>2003</b>	12,3 mld	3,1 mld (25% van ouderenzorg)	3,1 mld (99% van dementie)
<b>2007</b>	14,0 mld	3,5 mld (25% van ouderenzorg)	3,4 mld (99% van dementie)

Bron: CBS, RIVM Kosten van ziekten



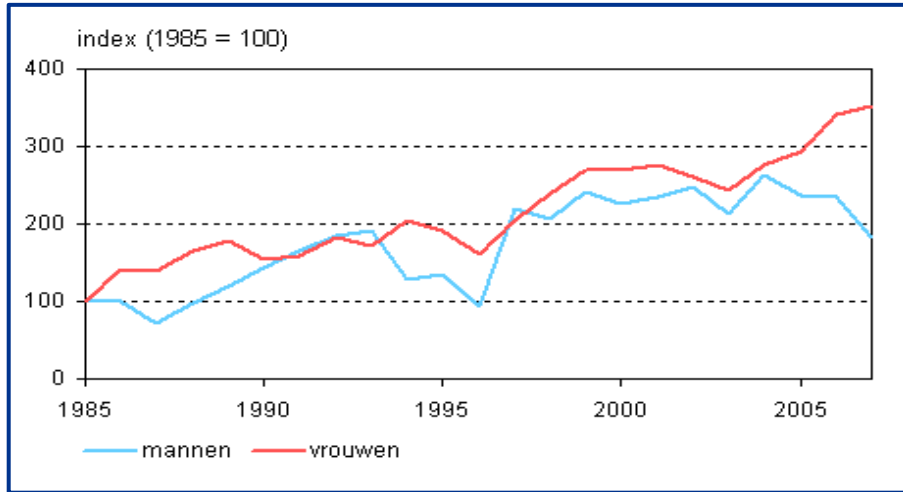
### Kostenontwikkeling 2000-2010

1. De totale uitgaven aan ouderenzorg stegen van 2003 op 2007 van 12,3 naar 14,0 miljard euro. De ouderenzorg wordt voor ongeveer 90% gefinancierd vanuit de AWBZ. Over de periode 2000-2010 groeiden de AWBZ-uitgaven aan ouderenzorg met 64% van 8,3 naar 13,6 miljard euro; jaarlijks gemiddeld met 5,1%. De AWBZ-uitgaven aan ouderenzorg maakten in 2010 44% uit van de totale AWBZ-uitgaven (zie pie chart).
2. Een deel van de geobserveerde uitgavengroei kan worden verklaard door loonontwikkeling (gemiddelde jaarlijkse groei 2,8%).
3. Ongeveer 25% van de totale uitgaven in de ouderenzorg gaat naar dementie zorg (zie tabel). Van de aandoening dementie is de ziekte van Alzheimer het meest voorkomende type (70% van dementie), daarna volgt vasculaire dementie (10-15%).
4. In de periode 2003-2007 zijn de uitgaven aan dementiezorg met 11,5% gestegen, een gemiddelde jaarlijkse groei van 3,1%. Vrijwel alle uitgaven aan dementie worden gedaan in de sector VV&T (99%); de uitgaven in deze sector groeiden tussen 2003-2007 met 12,0% (zie tabel).

# Ouderenzorg: dementie

## Verklaring ontwikkelingen (1/2)

### Trend in prevalentie van dementie onder ouderen, 1985-2007



Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid

Het CBS schat op basis van huisartsenregistraties de incidentie van dementie op 2,0 per 1.000 inwoners. Dit blijft gelijk over de periode 2002-2009. In werkelijkheid zal de incidentie van dementie hoger liggen door niet (h)erkende gevallen (door omgeving en/of huisarts).

Bron: CBS

De prevalentie van dementie kent een stijgende trend. Dit is voor een deel te verklaren door demografische ontwikkelingen als bevolkingsgroei en vergrijzing. In de periode 1985-2007 is het aandeel ouderen met dementie sterk toegenomen (zie grafiek; naar leeftijd gestandaardiseerd). Volgens TNO is dit in belangrijke mate te verklaren door een betere herkenning van de aandoening.

	2005	2010	Gem. jaarl. groei
<b>Aantal PG indicaties</b>	62.514	79.716	5%

Tussen 2005 en 2010 steeg de schatting van het aantal personen met dementie van ongeveer 190.000 tot 240.000; dit zou duiden op een gemiddelde jaarlijkse groei van 4,7%.

Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid; website Alzheimer Nederland

Wanneer een cliënt AWBZ-zorg aanvraagt en er bij de indicatiestelling dementie wordt vastgesteld, krijgt de indicatiestelling een psychogeriatrische (PG) grondslag. Deze grondslag wordt sinds de invoering van het CIZ (2005) gehanteerd. Het aantal PG indicaties steeg tussen 2005 en 2010 jaarlijks gemiddeld met 5%.

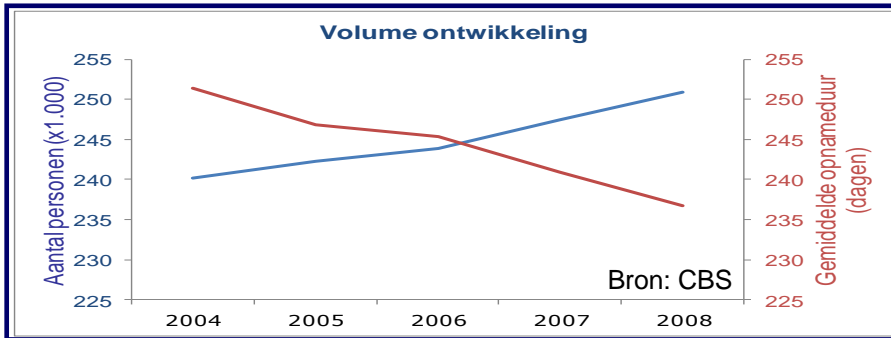
Bron: CIZ

Sinds 2004 is het aantal verstrekkingen van anti-dementiva jaarlijks met 30% gestegen. Tussen 2003 en 2007 zijn de uitgaven aan anti-dementiva bijna verdrievoudigd. Echter, in 2007 gaat dit om slechts 0,4% van de totale uitgaven aan dementie.

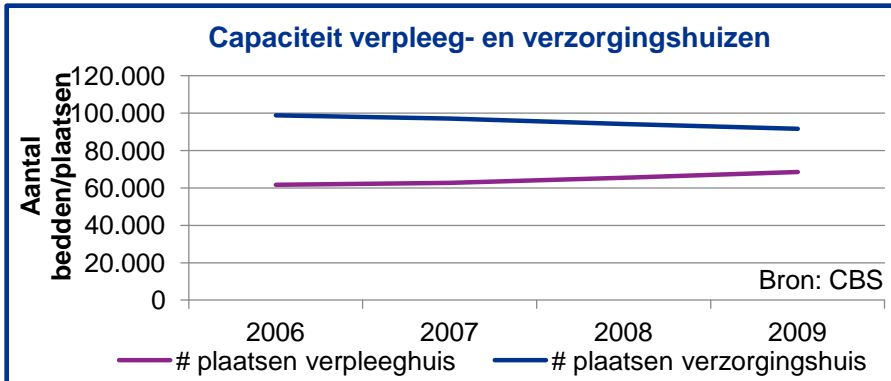
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

# Ouderenzorg: dementie

## Verklaring ontwikkelingen (2/2)



Het aantal personen dat in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijft, is gestegen van ongeveer 240.000 in 2004, naar ongeveer 250.000 in 2008, een jaarlijkse gemiddelde groei van 1%. De gemiddelde opnameduur is daarentegen gedaald; van 251 dagen in 2004 tot 236 dagen in 2008. Dit laatste is waarschijnlijk te verklaren doordat ouderen langer thuis blijven wonen. De extramuraliserende trend die sinds 2003 in gang is gezet binnen de AWBZ is in deze sector gepaard gegaan met een 'rem' op de bouw van nieuwe bedden, terwijl de zorg extramuraal is geïntensiveerd. (NZa, 2007, Care voor de toekomst; Zorgvisie, 2008, Bouwstop dreigt in care; Zorgmarkt, 2010, Bekostiging care bevat onvolkomenheden).

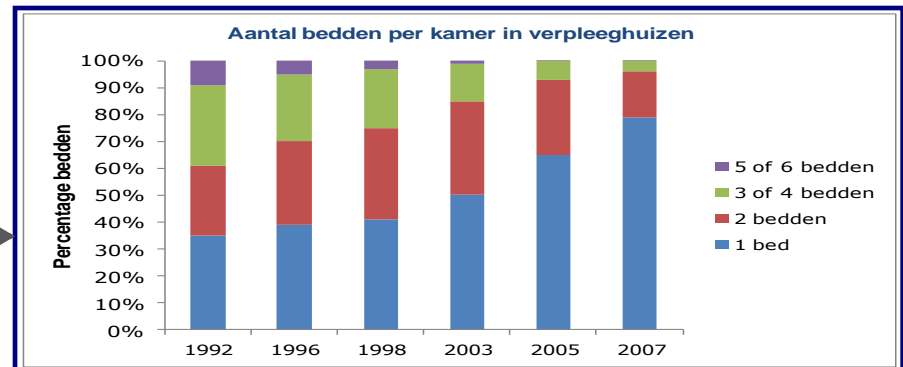


De totale capaciteit van verpleeg- en verzorgingshuizen blijft tussen 2006-2009 nagenoeg gelijk. In deze periode stijgt de capaciteit van verpleeghuizen met 11%; de capaciteit van verzorgingshuizen daalt met 7,2%. De oudere wordt pas overgeplaatst naar intramurale zorg wanneer de beperking te groot is en verpleging noodzakelijk wordt.

De kwaliteit van intramurale V&V zorg verbetert; de prevalentie van de meeste zorgproblemen neemt af (decubitus, ondervoeding) en het aantal eenpersoonskamers neemt toe.

Het aantal wachtenden op V&V zorg is tussen 2000-2003 sterk gedaald (van 100.000 naar ongeveer 55.000). Dit is zeer waarschijnlijk het resultaat van de inzet van wachtlijstmiddelen in diezelfde periode. Daarna steeg het aantal wachtenden op V&V zorg weer tot 61.000 in 2007.

Bron: SCP, 2008, Grijswaarden; Monitor ouderenbeleid; Plexus, 2010, Kosten en Kwaliteit

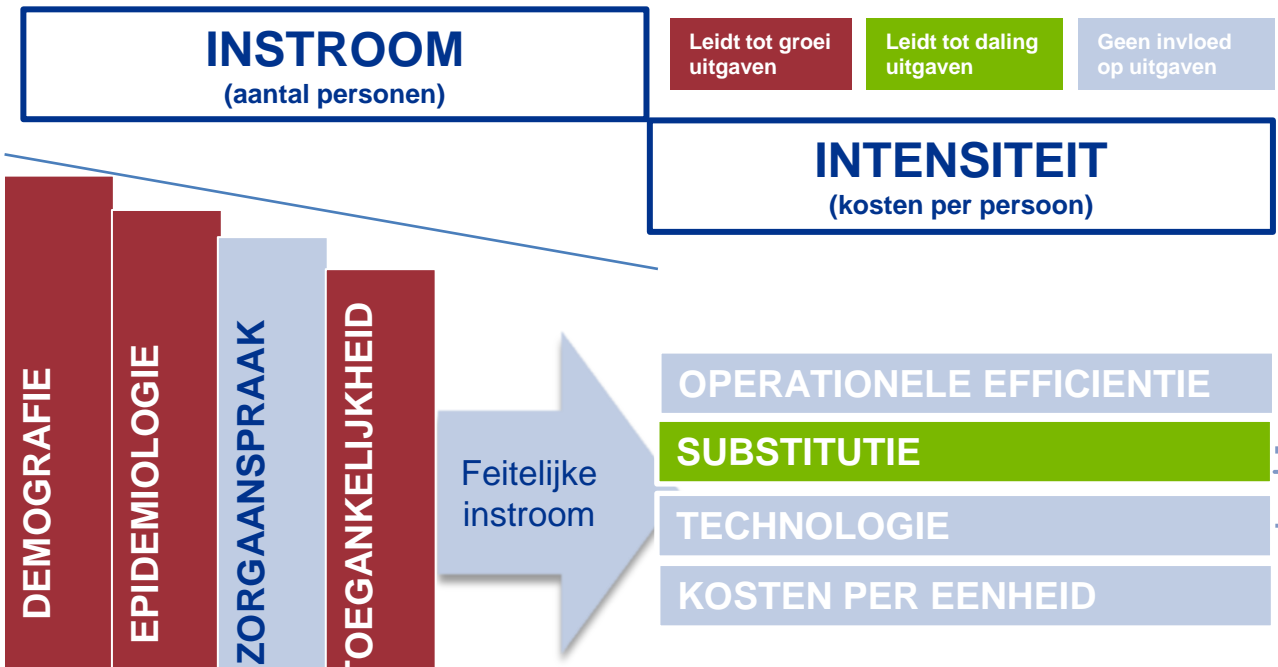


Bron: SCP, 2008, Grijswaarden; Monitor ouderenbeleid; Plexus, 2010, Kosten en Kwaliteit;

Bij elkaar wijzen deze gegevens er op dat de gemiddelde kosten per cliënt mogelijk zijn gedaald, terwijl de kwaliteit is toegenomen. De geobserveerde uitgavengroei aan dementiezorg is dan mogelijk voornamelijk het gevolg van volumestijging.

# Ouderenzorg: dementie

## Instroom en Intensiteit



De gemiddelde opnameduur in V&V instellingen is gedaald, in de zin dat ouderen langer thuis blijven wonen. Aangenomen wordt dat deze trend ook voor de specifieke groep van dementerende ouderen in V&V-instellingen opgaat.

De kwaliteit van intramurale ouderenzorg neemt duidelijk toe (eenpersoonskamers, afname prevalentie zorgproblemen).

Ondanks de toenemende kwaliteit van ouderenzorg duiden de trends op een afname van de kosten per dementerende oudere; de uitgaven stijgen minder hard dan de zorgvraag. Dit is aannemelijk dat dit het gevolg is van extramuralisatie.

Het gebruik van anti-dementiva is in de afgelopen jaren sterk gestegen, maar deze kosten vormen maar een zeer klein deel van de totale uitgaven aan dementie-zorg.

Door de inzet van wachtlijstmiddelen is het aantal wachtenden op V&V zorg tussen 2000 en 2003 sterk gedaald. Daarna vertoont het aantal wachtenden op V&V zorg weer een stijgende trend. Aangenomen wordt dat deze trend ook voor de specifieke groep van dementerende ouderen opgaat.

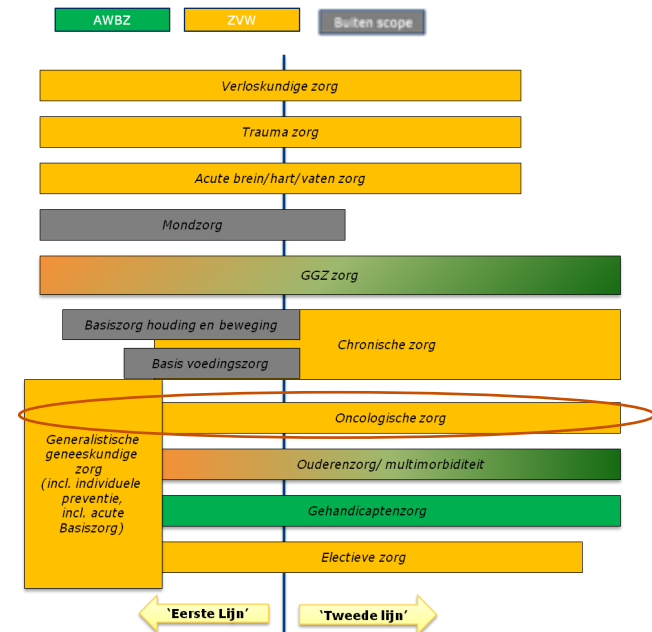
De stijging in het aantal afgegeven PG-indicaties gaat gelijk op met de stijging in de prevalentie van dementie.

Vergrijzing en toegenomen levensverwachting, in combinatie met een betere herkenning van de aandoening, zorgen voor een toegenomen prevalentie van dementie.



cutting through complexity™

# Oncologie – Casus borstkanker



# Oncologische zorg

## Kostenontwikkeling

	Total uitgaven oncologie	Total uitgaven borstkanker	Eerstelij n	Tweedelij n	Genees- middelen	Openb. gezondheid szorg	Overig
<b>2003</b>	2.356 mln	199 mln	5 mln	97 mln	27 mln	42 mln	29 mln
<b>2007</b>	3.423 mln	430 mln	7 mln	281 mln	57 mln	48 mln	37 mln

↑  
45%

↑  
116%

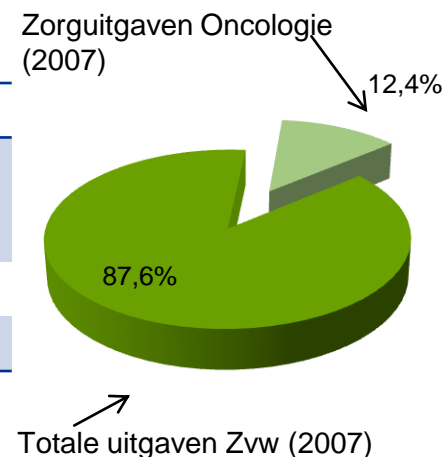
↑  
54%

↑  
191%

↑  
114%

↑  
14%

↑  
27%



RIVM, Kosten van ziekten 2003-2007

### Kostenontwikkeling 2003-2007

1. Over de periode 2003-2007 groeiden de totale uitgaven aan oncologische zorg van 2,356 miljard naar 3,423 miljard euro; een groei van 45%, een kleine 10% gemiddeld per jaar.
2. Wanneer we de uitgaven in de oncologische zorg vergelijken met de totale zorguitgaven in de ZVW, zien we dat waar in 2003 nog 13,8 % van de totale zorgkosten aan oncologische zorg werd besteed, dat in 2007 gedaald is naar 12,4%.
3. De categorie 'overig' omvat o.a. de openbare gezondheidszorg gericht op preventie van borstkanker.
4. In absolute termen is de stijging het grootst in de tweede lijn. Ook de kosten in de geneesmiddelen stijgen aanzienlijk, hier zijn we een stijging van 30 miljoen tussen 2003 en 2007. Het grootste deel van de farmaceutische kosten betreft medicatie voor chemotherapie.

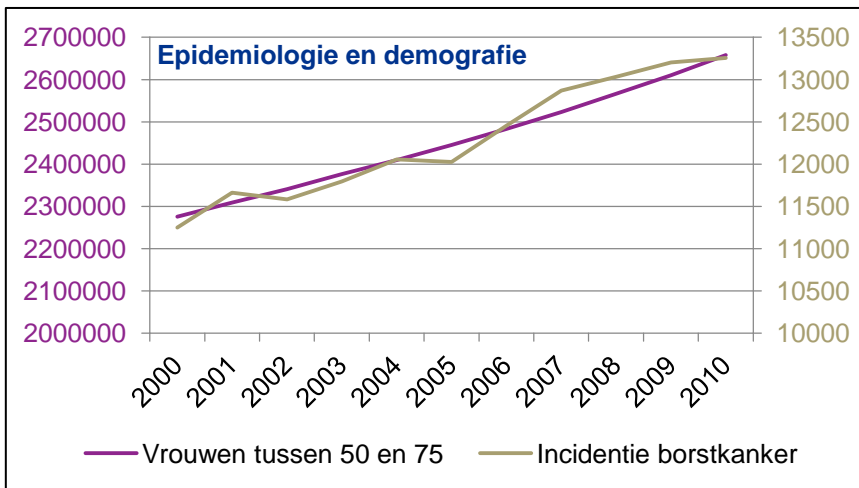


# Oncologische zorg: borstkanker

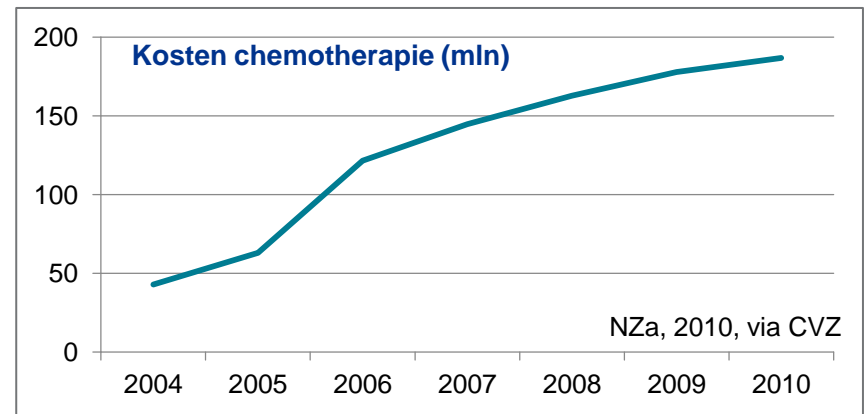
## Verklaring ontwikkelingen (1/2)

Door de vergrijzing neemt het aantal ouderen 65+ toe met 20% en het aantal vrouwen 50+ toe met 16,8% tussen 2000 en 2008. De risicocategorie voor kanker en borstkanker wordt dus groter. In dezelfde tijdspanne neemt ook de incidentie van kanker en borstkanker specifiek toe, met respectievelijk 35,8% en 17,9%.

De stijging van de kosten van geneesmiddelen is zoals eerder genoemd vooral te wijten aan de stijgende prijzen en nieuw beschikbare therapieën in de chemotherapie. De kosten voor chemotherapie stijgen met meer dan 300% tussen 2004 en 2010. Tegelijk neemt het aantal behandelingen met radiotherapie af met bijna 5% (Bron: Kiwa Prismant).

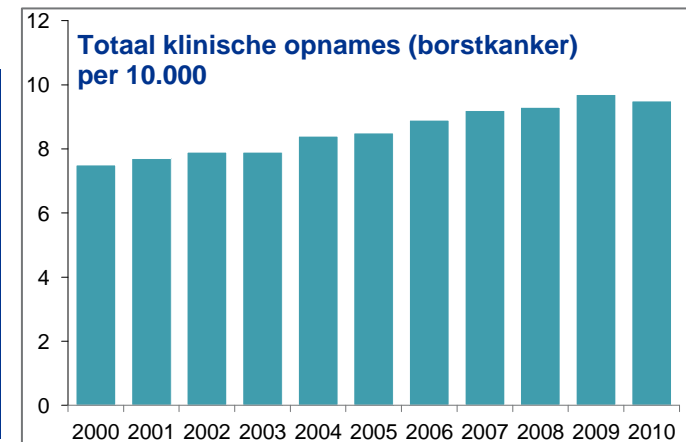


Bron: IKNL, 2011; CBS



In de cijfers van het IKNL zien we de prevalentie met 4% harder stijgen dan de incidentie. De belangrijkste reden hiervoor is de ontwikkeling van betere behandelmethoden, hierdoor stijgt de overlevingskans na de diagnose borstkanker en dus de prevalentie.

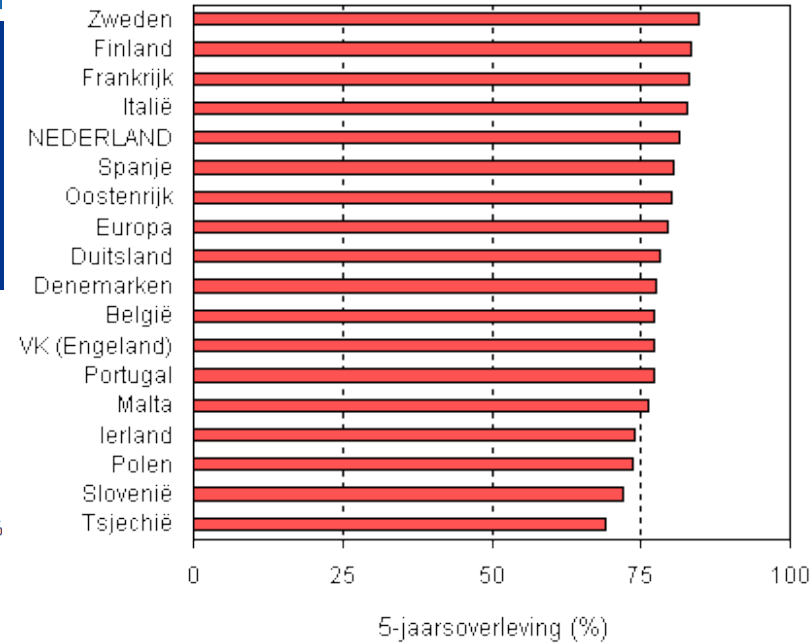
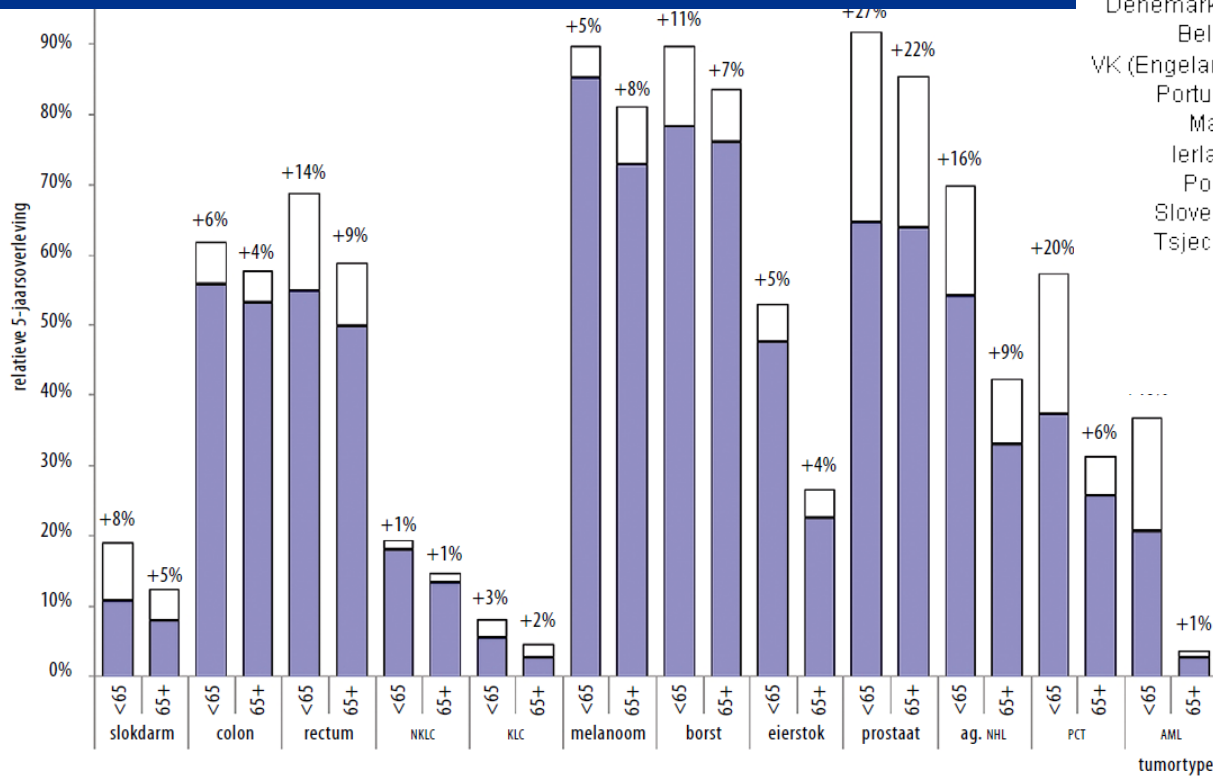
Het totaal aantal klinische opnames voor borstkanker per 10.000 inwoners stijgt met 26,7%, van 7,5 in 2000 naar 9,5 in 2010. Wel zien we dat de duur van de opnames verminderd in dezelfde tijdspanne, van 10,4 naar 7,5 ligdagen per opname. (Bron: IKNL 2011)



# Oncologische zorg: borstkanker

## Verklaring ontwikkelingen (2/2)

De kwaliteit van de (borst)kankerzorg in Nederland is in de periode 1989-2008 toegenomen zoals onderstaand figuur laat zien: de 5 jaarsoverleving is verbeterd met 7% voor vrouwen ouder dan 65 jaar en met 11% voor vrouwen jonger dan 65 jaar. Nieuwe en betere behandelingen zoals nieuwe chemotherapeutica hebben hieraan bijgedragen (bron: NTvG, 2011, 155, A3169). Ook in internationaal perspectief scoort de Nederlandse borstkankerzorg goed (zie figuur Gestandaardiseerde 5-jaarsoverleving, bron: Nationaal Kompas).



**FIGUUR 2** Relatieve 5-jaarsoverleving per leeftijdsgroep en per tumortype in de periode 1989-1993 (■) en in de periode 2004-2008 (□). NKLC = niet-kleincellig longcarcinoom; KLC = kleincellig longcarcinoom; ag. NHL = agressief B-cel-non-hodgkinlymfoom, PCT = plasmaceltumoren, AML = acute myeloïde leukemie.

# Oncologische zorg: borstkanker

## Instroom en intensiteit

**INSTROOM**  
(aantal personen)

Leidt tot groei uitgaven

Leidt tot daling uitgaven

Geen invloed op uitgaven

**INTENSITEIT**  
(kosten per persoon)

DEMOGRAFIE

EPIDEMIOLOGIE

ZORGAANSPRAAK

TOEGANKELIJKHEID

Feitelijke instroom

OPERATIONELE EFFICIENTIE

SUBSTITUTIE

TECHNOLOGIE

KOSTEN PER EENHEID

Onder meer de gemiddelde ligduur van een klinische opname van een borstkankerpatiënt daalde tussen 2000 en 2010 van 10,4 dagen naar 7,5 dag.

Er is sprake van een terugloop van aantallen radiotherapie van 5% en een toename van (dure) chemotherapieën. De totale kosten voor chemotherapie stijgen met 336% tussen 2004 en 2010. Verder neemt het aantal klinische opnamen toe.

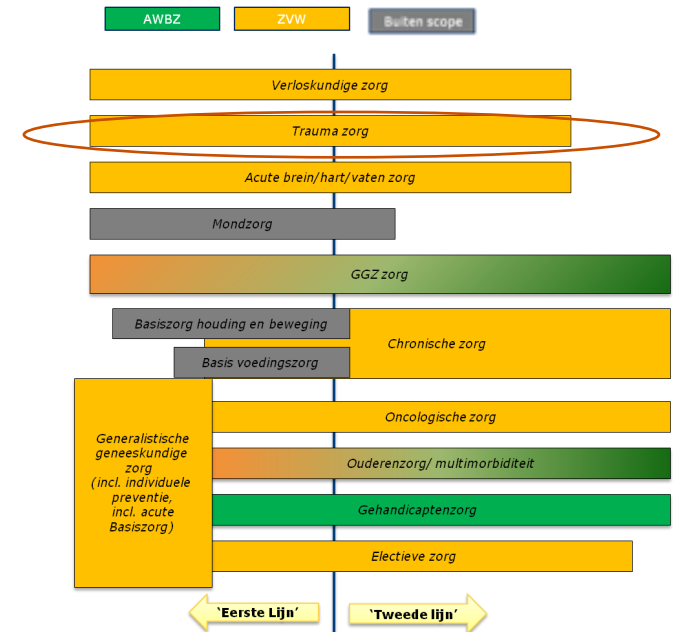
Vanaf 1999 mogen ook vrouwen tussen de 70 en 75 jaar deelnemen aan het bevolkingsonderzoek voor borstkanker. In de cijfers van het IKNL zien we vanaf dit jaar een stijging in de incidentie. Afgezien van deze effecten ziet het IKNL een onderliggende stijgende tendens in de incidentie.

Tussen 2000 en 2008 zien we zowel het aantal vrouwen in de risicogroep voor borstkanker (ouder dan 50) en de incidentie van borstkanker stijgen met respectievelijk 16,8% en 17,9%. Door een hogere overlevingskans blijven patiënten na diagnose langer in zorg.



cutting through complexity™

# Traumazorg

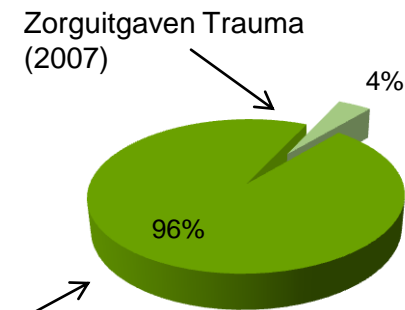


# Traumazorg

## Kostenontwikkeling

	Totale uitgaven Traumazorg	Eerstelijns	Tweedelijns	Genees- en hulpmiddelen	Ouderenzorg	Overig
<b>2003</b>	1718,5 miljoen	167,4	1007,2	41,2	367,4	135,3
<b>2007</b>	2140,6 miljoen	229,8	1283,5	65,6	405,6	156,0

Bron: CBS, RIVM Kosten van ziekten



Totale zorguitgaven ZvW en AWBZ (2007)

### Kostenontwikkeling 2003-2007

- Over de periode 2003-2007 groeiden de totale uitgaven aan traumazorg van 1,7 naar 2,1 miljard euro; jaarlijks gemiddeld met 5,6%. Het gemiddelde percentage van uitgaven aan traumazorg maakt 4,2% uit van de totale uitgaven aan ZvW en AWBZ-zorg. In 2003 was dit 4,6%. Dit betekent een daling van 0,4%
- De loonontwikkeling 2003-2007 kende een gemiddelde jaarlijkse groei van 1,6%. Er resteert een onverklaarde groei van 4 % per jaar.
- We zien dat de kosten voor heupfracturen met 11% omlaag is gegaan tussen 2003-2007, kosten voor alle andere type letsel zijn fors gestegen. Deze daling wordt deels verklaard doordat het absoluut aantal heupfracturen tussen 2003-2007 gedaald is met 4% (overigens is over de gehele periode 2000-2010 het aantal heupfracturen met 7% gestegen, waarschijnlijk is hier sprake van een tijdelijk registratie-effect in de periode 2003-2007).

Kosten in miljoen euro	2003	2005	2007	
Schedel- hersenletsel	89,6	104,1	138,6	↑ 55%
Fracturen bovenste extremiteiten	98,3	105,7	152,1	↑ 55%
Heupfractuur	422,4	374	377,8	↓ 11%
Overige fracturen onderste extremiteiten	246,3	252	291,5	↑ 18%
Oppervlakkig letsel	46,3	49,4	65,6	↑ 42%
Overige letsels	815,6	859,6	1.114,90	↑ 37%
<b>Totaal</b>	<b>1.718,50</b>	<b>1.744,80</b>	<b>2.140,60</b>	<b>↑ 25%</b>

Bron: CBS, RIVM Kosten van ziekten

# Traumazorg

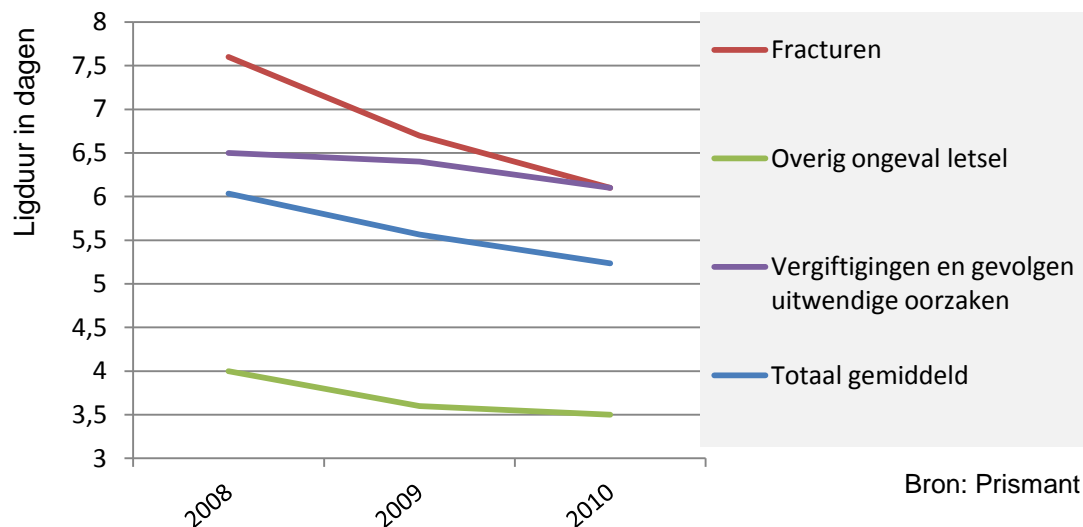
## Verklaring ontwikkelingen (1/3)

Aantal ziekenhuis opnamen per jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Ontwikkeling 2003-2007	Totale ontwikkeling
Totaal ongevalsletsels en vergiftigingen	128933	131287	136112	143364	151189	156429	159312	167095	171683	190273	↑ 17%	↑ 48%
Totaal ongevalsletstels (zonder vergiftigingen)	127329	129694	134502	141634	149407	154605	157575	165412	170077	188406	↑ 17%	↑ 48%

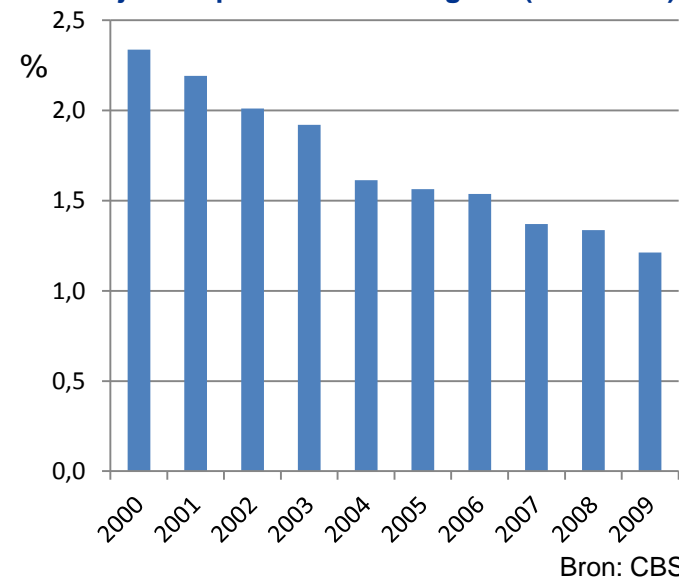
Bron: CBS

Het aantal ziekenhuisopname voor ongevalsletsels is tussen 2003-2007 is met 17% gestegen. Over de totale periode is het aantal ziekenhuisopname voor ongevalsletsels met 48% gestegen. Deze stijging kan voor 3,9% verklaard worden door demografie. De gemiddelde opnameduur in dagen is tussen 2008-2010 gemiddeld met 0,8 dagen gedaald voor fracturen is er een daling te zien van 1,5 dag.

Gemiddelde opname duur in dagen (2008-2010)



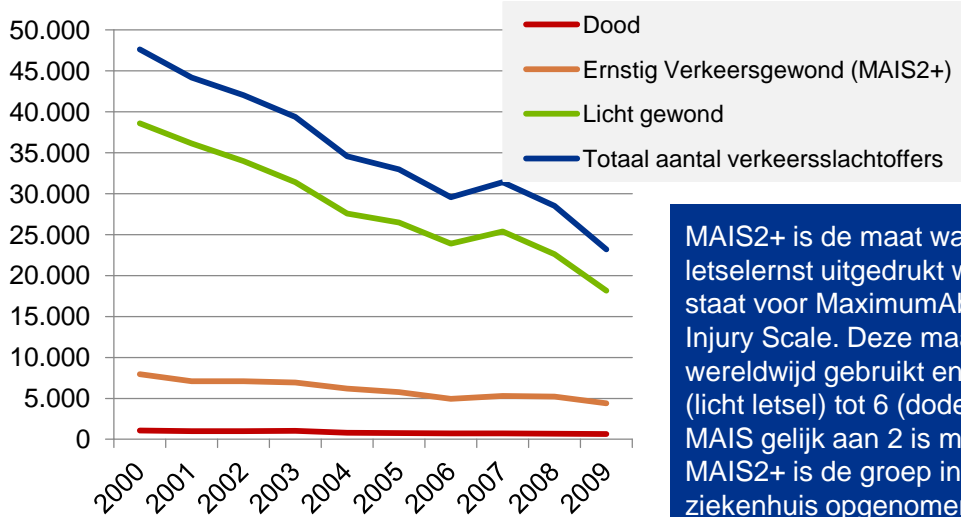
Sterfte tijdens opname na een ongeval (2000-2009)



# Traumazorg

## Verklaring ontwikkelingen (2/3)

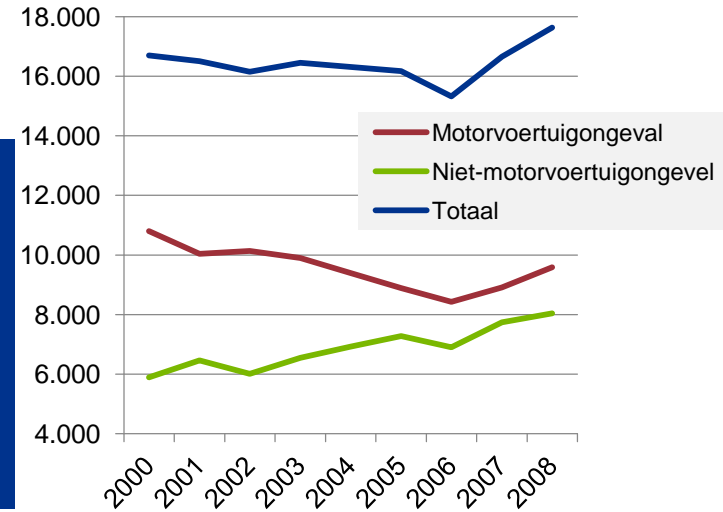
Aantal verkeersslachtoffers



Bron: SWOV, 2012, Ernstig gewonde verkeersslachtoffers Nederland in 1993-2008

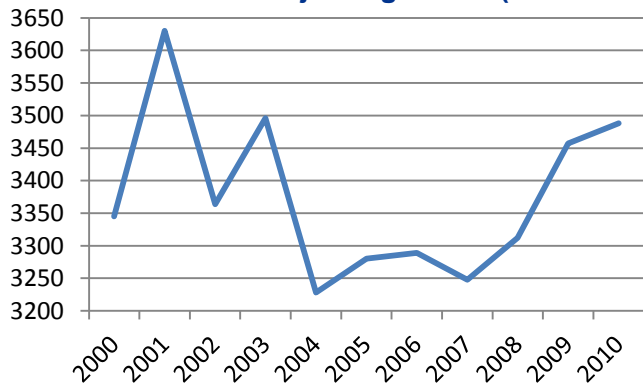
MAIS2+ is de maat waarmee letselernst uitgedrukt wordt, MAIS staat voor MaximumAbbreviated Injury Scale. Deze maat wordt wereldwijd gebruikt en loopt van 1 (licht letsel) tot 6 (dodelijk letsel). MAIS gelijk aan 2 is matig letsel, MAIS2+ is de groep in het ziekenhuis opgenomen ernstige verkeersgewonden.

Het aantal MAIS 2+-slachtoffers klinisch opgenomen



Bron: SWOV, 2012, Ernstig gewonde verkeersslachtoffers in Nederland in 1993-2008

Totaal aantal dodelijke ongevallen (2000-2010)



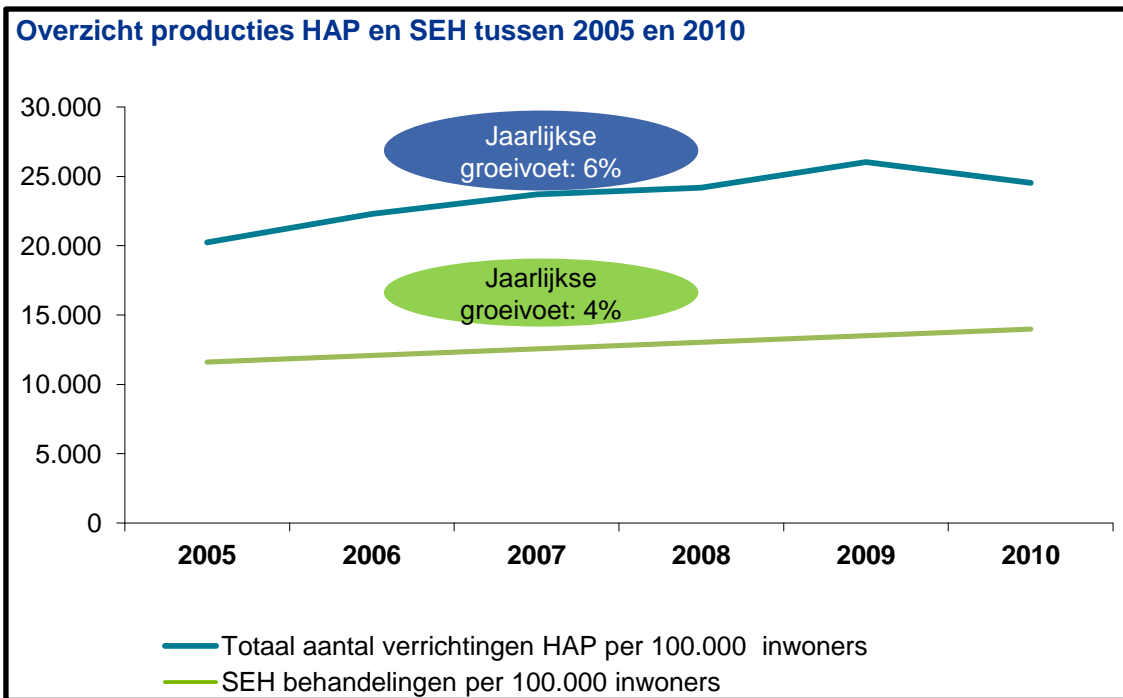
Bron: CBS

Het totaal aantal dodelijke ongevallen is in de periode tussen 2000-2010 met 4% gestegen, 0,2% van deze stijging is te verklaren door demografie. Absoluut zijn er in 2010, 3488 dodelijke ongevallen geweest, waarvan 597 sterfgevallen werd veroorzaakt door een verkeersongeval. Het aantal verkeersongevallen is in dezelfde periode met 45% gedaald. De 3,8% stijging in het aantal dodelijke ongevallen wordt door andere factoren veroorzaakt. De grootste stijging is te zien in het aantal mensen dat sterft na een accidentele val (een stijging van 37%, van 1675 sterfgevallen naar 2303). Het lijkt erop dat relatief een groter aandeel klinisch wordt opgenomen, aangezien de trend van het aantal verkeersslachtoffers, daalt, terwijl de klinische opnamen min of meer gelijk blijft.

Bron: CBS

# Traumazorg

## Verklaring ontwikkelingen (3/3)



Bron: Cijfers HAP : Benchmark bulletin VHN; Cijfers SEH: Giessen, P., et al. Emergency Medicine Journal, 2006. 23

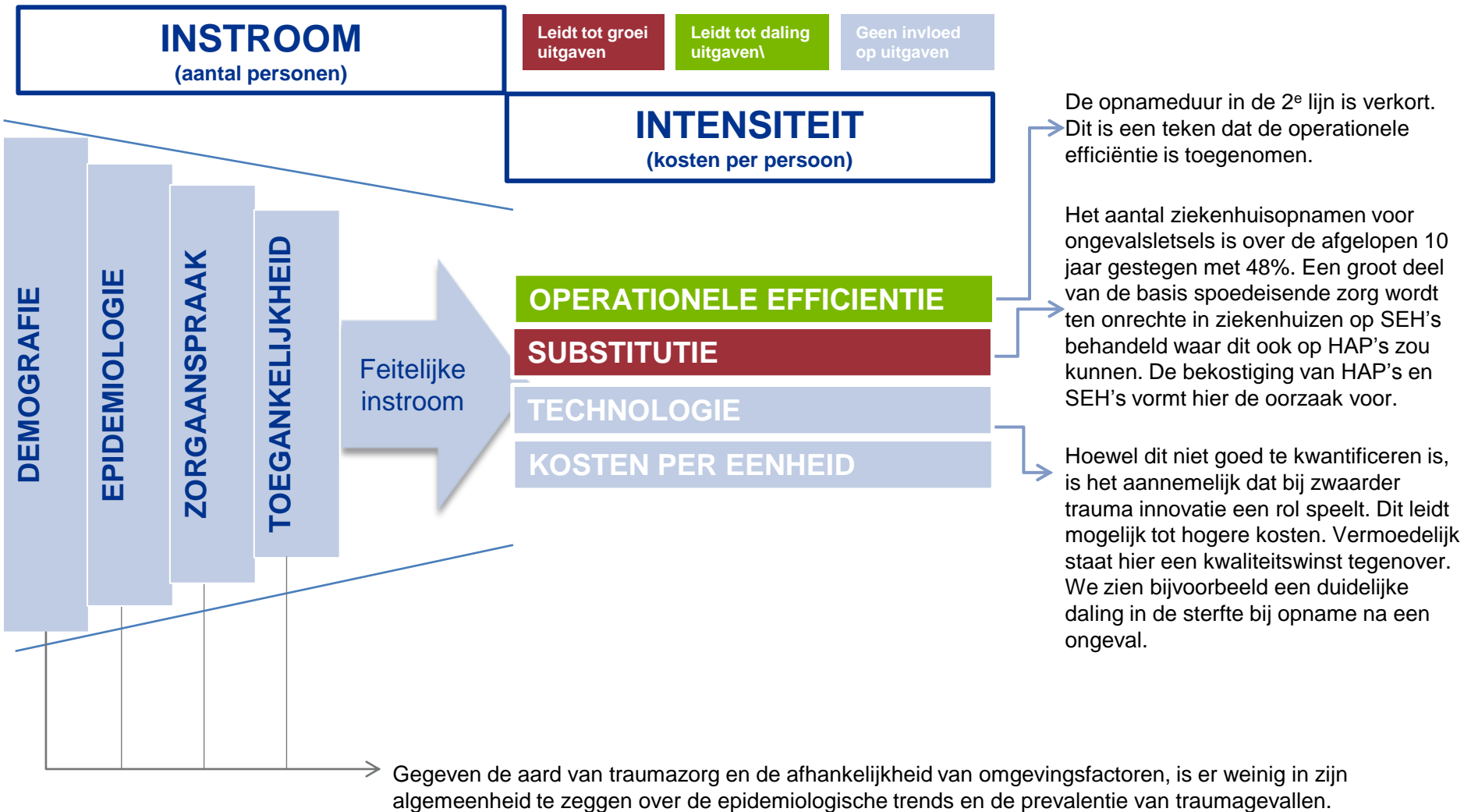
Gebruik van zowel de HAP als de SEH is de afgelopen jaren met minimaal 4% per jaar gegroeid.

Van de zelfverwijzers op de SEH heeft 50% tot 80% een 'huisartsenklacht' en hoort dus thuis op de HAP. Dit is te ondervangen door de bekostiging van SEH en HAP van gelijke klachten gelijk te stellen en te integreren in een spoedeisende medische dienst (zie voor verdere uitwerking RVZ, Medisch-Specialistische zorg in 20/20). Nu is in veel gevallen de SEH relatief duur, mede ook omdat ziekenhuizen via de DBC/DOT-systematiek een prikkel hebben tot het 'binnenhouden' van patiënten, waardoor zelfverwijzers relatief veel kosten veroorzaken.



# Traumazorg

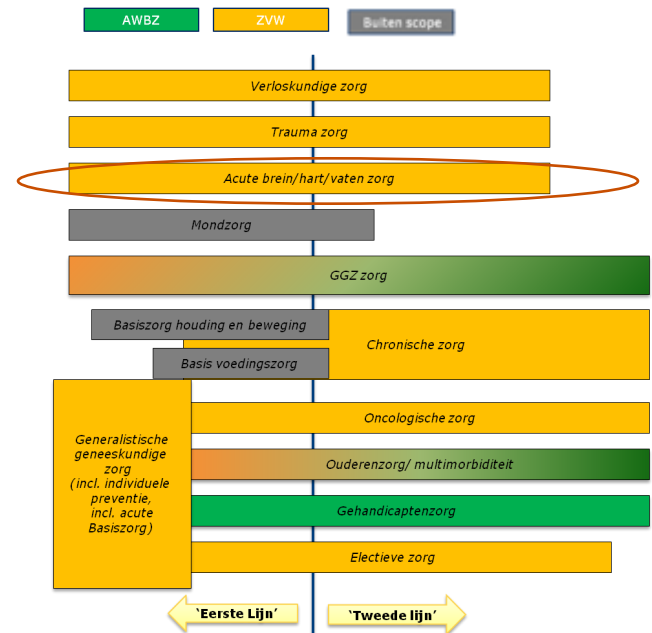
## Instroom en intensiteit





cutting through complexity™

# Acuut brein/hart/vaten – Casus CVA

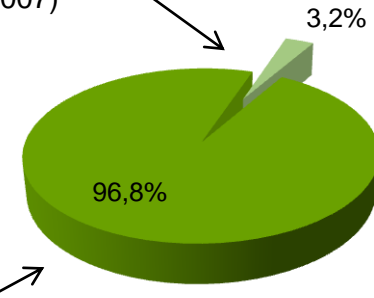


# Acute brein/hart/vaten-zorg

## Kostenontwikkeling

	Totale uitgaven CVA	Eerstelijns	Tweedelijns	Genees- en hulpmiddelen	Ouderenzorg	Overig
	↑ 13%	↑ 87%	↑ 6%	↑ 120%	↑ 13%	↓ -18%
<b>2003</b>	1452 mln	33 mln	420 mln	25 mln	915 mln	58 mln
<b>2007</b>	1637 mln	62 mln	446 mln	56 mln	1.025 mln	48 mln

Zorguitgaven CVA (2007)



Totale uitgaven Zvw en AWBZ (2007)

Bron: CBS, RIVM Kosten van ziekten

### Kostenontwikkeling 2003-2007

- Over de periode 2003-2007 groeiden de totale uitgaven aan CVA zorg van 1,5 miljard naar 1,6 miljard euro; jaarlijks gemiddeld met zo'n 3%. Het gemiddelde percentage van uitgaven aan CVA zorg maakt 3,2% uit van de totale uitgaven aan Zvw en AWBZ-zorg. In 2003 was dit 4,3%. Dit betekent een daling van 1,1%. (CVA: cerebro vasculair accident, ook wel een beroerte).
- De loonontwikkeling 2003-2007 kende een gemiddelde jaarlijkse groei van 1,6%. Er resteert dus een groei van 1,5%.
- De incidentie van een acuut CVA (de incidentie) stijgt tussen 2003 en 2007 met 24%; over de periode 2000-2008 is de stijging 48% (hierbij wordt de incidentie bepaald door het aantal ziekenhuisopnames; de absolute incidentie is onvoldoende precies bekend). Deze groei is voor 19% te duiden als demografische groei (met name veroudering). De overige groei is deels epidemiologisch te verklaren: door bijvoorbeeld betere overleving van een cardiovasculair incident (bijv. hartaanval) zijn er meer mensen met een verhoogd risico op een CVA. Deels kan de groei ook worden verklaard door betere herkenning van CVA in de thuissituatie en/of sneller vervoer naar het ziekenhuis. De precieze verdeling tussen deze twee laatste groeicomponenten is niet bekend.
- Opvallend is dus dat een fors groeiende patiëntenpopulatie met relatief minder middelen wordt geholpen. In de tweedelijns *dalen* de kosten per patiënt tussen 2003 en 2007 met ong. 14%. In de ouderenzorg is de stijging – rekening houdend met de loonontwikkeling – 0,9% per jaar, hetgeen bescheiden lijkt in het licht van de groei van het aantal CVA patiënten *en* van het aantal CVA patiënten dat het CVA overleeft (precieze cijfers omtrent de CVA prevalentie in de ouderenzorg zijn niet bekend).

# Acute brein/hart/vaten-zorg: CVA

## Verklaring ontwikkelingen

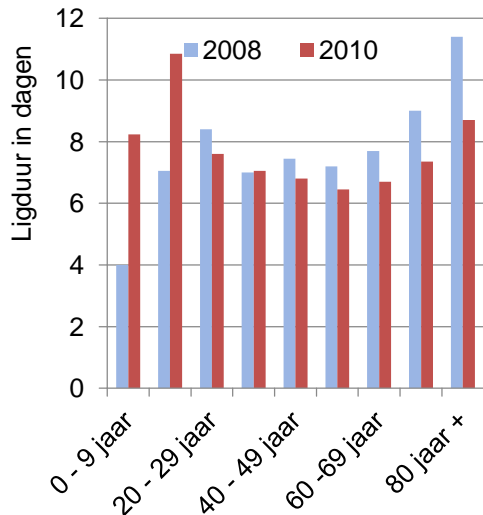
### Volume

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Ontwikkeling 2003-2007	Totale ontwikkeling
Personen met eerste opname CVA	24430	24780	26896	28823	31215	33915	35445	35497	36256	↑ 23%	↑48%
Personen met één of meer ziekenhuisopnamen CVA	26334	26698	28828	30766	33654	36524	38059	38114	39045	↑ 24%	↑48%
Overledenen tijdens klinische opname	5394	5436	5154	4858	4552	4402	4410	4417	4265	↓ 9%	↓21%

Bron: CBS

Het aantal patiënten met een eerste opname voor CVA is tussen 2003-2007 is met 24% gestegen, het aantal patiënten wat tijdens klinische opname overlijdt daalt tegelijkertijd met 9%. Over de totale periode is het aantal patiënten met eerste opname voor CVA met 48% gestegen en is het aantal patiënten dat tijdens de opname overlijdt met 21% gedaald. Meer mensen worden behandeld en met meer succes. Tegelijkertijd *dalen* de relatieve kosten per patiënt in het ziekenhuis over de gehele populatie gezien.

### Gemiddelde opname duur CVA per leeftijdscategorie

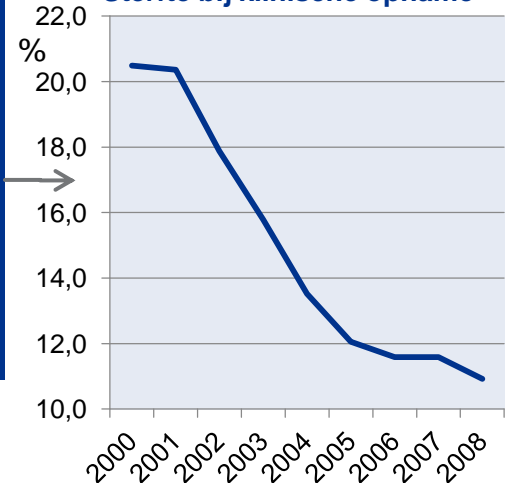


Bron: Prismant

De gemiddelde opname duur van patiënten met de diagnose CVA daalt gestaag. Alleen al tussen 2008 en 2010 zien we een daling met gem. 1,6 dagen (de stijging in de categorie 0- 20 jaar betreft een zeer kleine groep patiënten). CVA patiënten zijn gebaat bij snelle revalidatie; een dalende ligduur wordt beschouwd als een indicatie voor verbeterde kwaliteit.

De ziekenhuis sterfte is tussen 2000 en 2008 met ongeveer 10% afgenomen. Ook dit mag worden gezien als een toename van gerealiseerde kwaliteit van zorg.

### Sterfte bij klinische opname



Bron: CBS

# Acute brein/hart/vaten-zorg: CVA

## Instroom en intensiteit

**INSTROOM**  
(aantal personen)

Leidt tot groei  
uitgaven

Leidt tot daling  
uitgaven

Geen invloed  
op uitgaven

**INTENSITEIT**  
(kosten per persoon)

DEMOGRAFIE

EPIDEMIOLOGIE

ZORGAANSPRAAK

TOEGANKELIJKHEID

Feitelijke  
instroom

OPERATIONELE EFFICIENTIE

SUBSTITUTIE

TECHNOLOGIE

KOSTEN PER EENHEID

De gemiddelde ligduur is gestaag afgenomen. Gedurende de laatste 3 jaar, tussen 2008 en 2010 bedroeg deze reductie 1,6 dagen. In 2010 bedroeg de gemiddelde ligduur 7,4 dagen.  
*Bron: Prismant*

De acute behandeling van patiënten met een herseninfarct is aanzienlijk verbeterd door de introductie van antistolling in de acute fase en verbeterde organisatie van zorg (multidisciplinaire stroke units).  
*Bron: Nederlandse Hartstichting*

Voor wat betreft de acute fase zijn er geen relevante wijzigingen geweest voor wat betreft de toegankelijkheid van de zorg of de aanspraken op zorg.

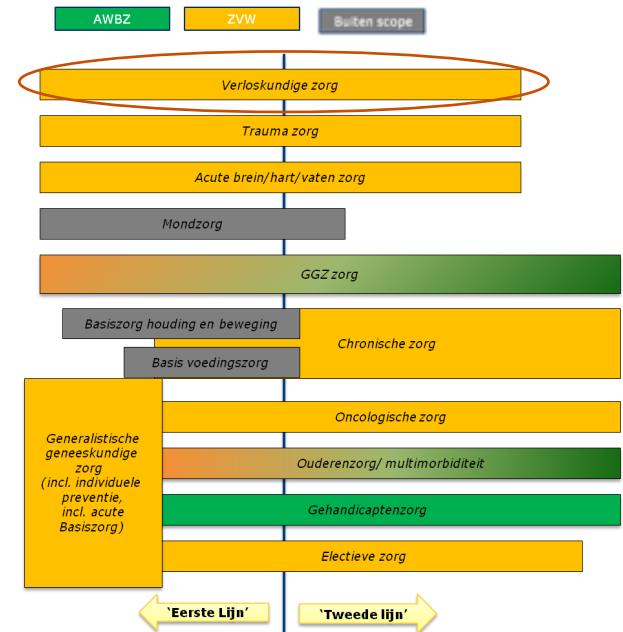
Het totaal aantal CVA-patiënten is van 2000 tot 2008 gestegen met 48%. Naast de vergrijzing van de bevolking (zie hieronder) is deze stijging te danken aan een betere herkenning van CVA (de incidentie van CVA wordt hier immers bepaald door het aantal eerste ziekenhuisopnames voor CVA te tellen). Bovendien stijgt het aantal mensen met verhoogd risico op CVA door betere overleving na eerdere cardiovasculaire incidenten. De precieze impact van deze ontwikkelingen op de groei in incidentie is niet bekend.

CVA is een typische vergrijzingsziekte: de demografische ontwikkelingen in deze periode verklaren maar liefst 19% van de groei in incidentie (Over de periode 2000-2011 is de groep 65-plussers gegroeid met 19%).



cutting through complexity™

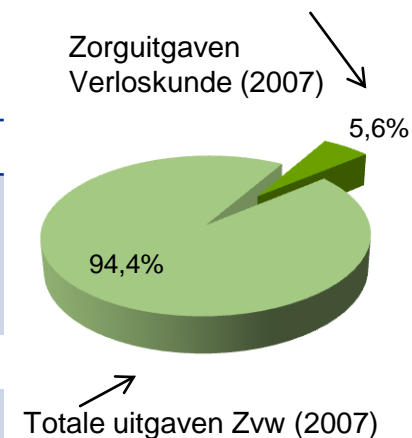
# Casus Verloskunde



# Verloskundige zorg

## Kostenontwikkeling

	Totale uitgaven verloskunde	Eerstelijns	Tweedelijns	Geneesmiddelen	Thuis- en verpleegzorg (mn. kraamzorg)	Overig
	↑ 7,8%	↑ 2,4%	↑ 9,4%	↑ 17,2%	↓ -16%	↑ 72,2%
<b>2003</b>	1.443 mln	175 mln	722 mln	122 mln	325 mln	99 mln
<b>2007</b>	1.555 mln	179 mln	790 mln	143 mln	273 mln	171 mln



RIVM, Kosten van ziekten 2003-2007

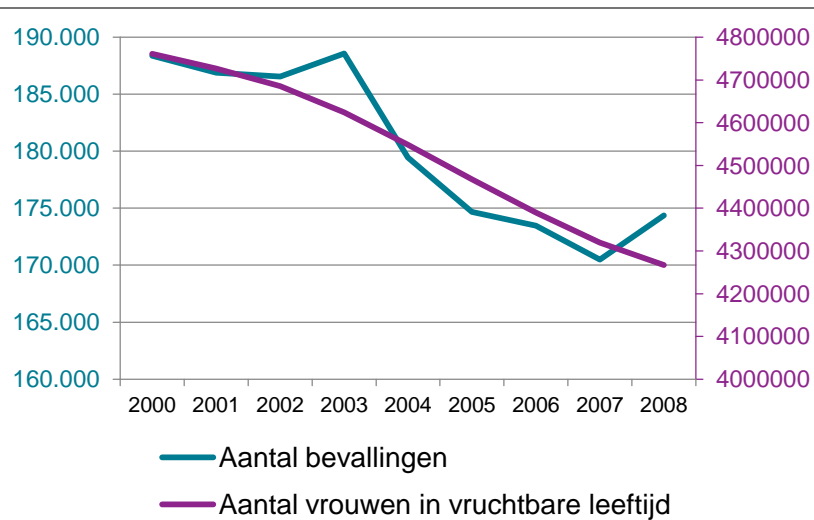
### Kostenontwikkeling 2003-2007

- Over de periode 2003-2007 groeiden de totale uitgaven aan verloskundige zorg van 1,4 miljard naar 1,6 miljard euro; een groei van 7,8%, een kleine 2% per jaar.
- De cao-loonontwikkeling 2003-2007 kende een gemiddelde jaarlijkse groei van 1,6%. Vanuit dit perspectief resteert een beperkte nader te verklaren 'excess growth'.
- Wanneer we de uitgaven in de verloskundige zorg vergelijken met de totale uitgaven in de Zvw, zien we dat waar in 2003 nog 8,4% van de totale Zvw aan verloskunde werd besteed, dat in 2007 gedaald is naar 5,6%.
- De eerstelijns betreft met name eerstelijnsverloskundige zorg. De categorie 'overig' omvat o.a. de openbare gezondheidszorg (deze is ook de grootste veroorzaker van de groei aldaar).
- De kosten zijn als volgt verdeeld, 32,9% zwangerschap, 34,3% bevalling, 21,1% kraambed en 11,7% anticonceptie. (Deze indeling wordt gehanteerd door het RIVM, Kosten van Ziekten.)
- In absolute termen is de stijging het grootst in de tweede lijn. Ook de kosten in de geneesmiddelen stijgen aanzienlijk, hier zien we een stijging van 21 miljoen tussen 2003 en 2007. Deze laatste kosten zijn inclusief uitgaven aan anticonceptiva.

# Verloskundige zorg

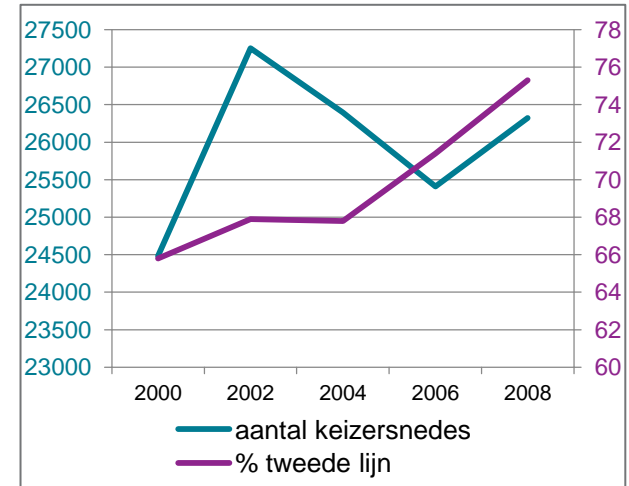
## Verklaring ontwikkelingen (1/2)

Het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijdsklassen (20-40 jaar) neemt af met 12% tussen 2000 en 2008. In dezelfde tijdspanne neemt ook het totaal aantal bevallingen af, met 7,5%.



Bron: St. Perinatale Registratie Nederland, 2011, Perinatale Zorg in Nederland 2008/CBS

Het aandeel bevallingen dat in de tweede lijn plaats vindt neemt toe, van 65% in 2000 naar 75% in 2008. Het absolute *aantal* bevallingen in de tweede lijn blijft stabiel. De stijging van het aantal keizersnedes is 12% tussen 2000 en 2008, de relatieve stijging in deze jaren is het hoogst voor de extreme zwangerschappen en vroeggeboortes, maar in absolute aantallen zien we een verschuiving van secundaire naar primaire (geplande) keizersnedes. \*



Bron: St. Perinatale Registratie Nederland, 2011, Perinatale Zorg in Nederland 2008/CBS

Ondanks het dalende aantal bevallingen, stijgt het aantal verloskundigen en gynaecologen. In 2000 is een tekort aan verloskundigen vastgesteld. Het totaal aantal verloskundigen is tussen 2000 en 2008 vervolgens gestegen met 47%, hetgeen vooral gevolg is van de groei van verloskundigen in de tweede lijn, wat met 130% toenam.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aantal verloskundigen	1.576	1.627	1.731	1.825	1.955	2.080	2.197	2.293	2.315
Bevallingen per verloskundige	120	115	108	103	92	84	79	74	75

Bron: Registratie van Verloskundigen peiling, 2009

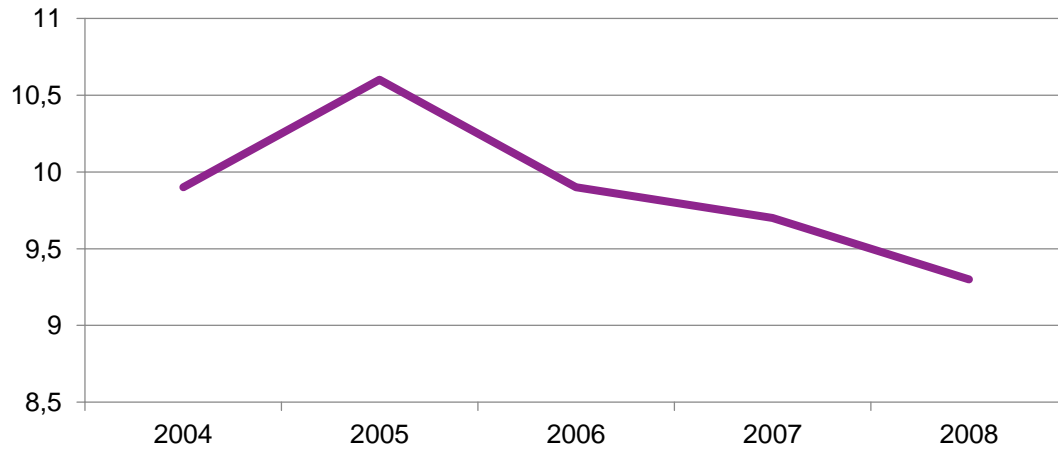
\* Bron: Kaandorp et al., 2012, Higher rates of secondary caesarean sections and assisted vaginal deliveries per hospital do not improve perinatal outcome, poster; Kwee et al., 2007, Trends in obstetric interventions in the Dutch obstetrical care system in the period 1993-2002, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.



# Verloskundige zorg

## Verklaring ontwikkelingen (2/2)

### Perinatale sterfte t/m dag 28 / 1000 geboren



Bron: CBS

Het aantal interventies tijdens zwangerschap(25%), de bevalling (4%) en het kraambed (31%) stijgt tussen 2008 en 2010 (CBS,2009). Dit kan deels verklaard worden door de stijging van verloskundige zorg in tweede lijn; onderzoek wijst uit dat initiële behandeling in de tweede lijn een stijging in het aantal verloskundige interventies veroorzaakt. Er zijn geen aanwijzingen dat instellingen met meer interventies gedurende de bevalling betere perinatale uitkomsten hebben dan instellingen met minder interventies gedurende de bevalling.

Bron: Kiwa Prismant, 2011, Ziekenhuisstatistieken

De perinatale sterfte is tussen 2004 en 2008 afgenomen van 9,9 per 1000 geboren naar 9,3 per 1000 geboren, dit is een daling van 6%. In 2005 zien we een piek in het sterftecijfer, in dit jaar overleden 10,5 zuigelingen per 1000 geboren.

(Als definitie voor perinatale sterfte is de definitie van het WHO gebruikt. Deze luidt: doodgeboorte of sterfte van de zuigeling tot en met 28 dagen na de geboorte, na een zwangerschapsduur van ten minste 22 weken en/of bij een onbekende zwangerschapsduur vanaf 500 gram geboortegewicht en/of met 25 cm kruin-hiellengte.)

Bron: St.Perinatale Audit Nederland, 2011, A terme sterfte 2010. Perinatale audit: eerste verkenningen.

# Verloskundige zorg

## Instroom en intensiteit

**INSTROOM**  
(aantal personen)

Leidt tot groei  
uitgaven

Leidt tot daling  
uitgaven

Geen invloed  
op uitgaven

**INTENSITEIT**  
(kosten per persoon)

DEMOGRAFIE

EPIDEMIOLOGIE

ZORGAANSPRAAK

TOEGANKELIJKHEID

Feitelijke  
instroom

OPERATIONELE EFFICIENTIE

SUBSTITUTIE

TECHNOLOGIE

KOSTEN PER EENHEID

Er vindt op verschillende manieren een intensivering van de zorg plaats. Ten eerste is er een verschuiving van thuis- naar poliklinische- naar ziekenhuisbevallingen. Bovendien is de populariteit van de ruggenprik de afgelopen jaren gestegen. Alleen tussen 2007 naar 2010 was al een toename van 25% naar 30% te zien. Tenslotte neemt ook het aantal keizersnedes gestaag toe.

Het gemiddeld aantal bevallingen per verloskundige is van 2000 naar 2008 afgenomen van 120 per jaar naar 75 per jaar. Dit betreft met name een groei in het aantal tweedelijns verloskundigen.

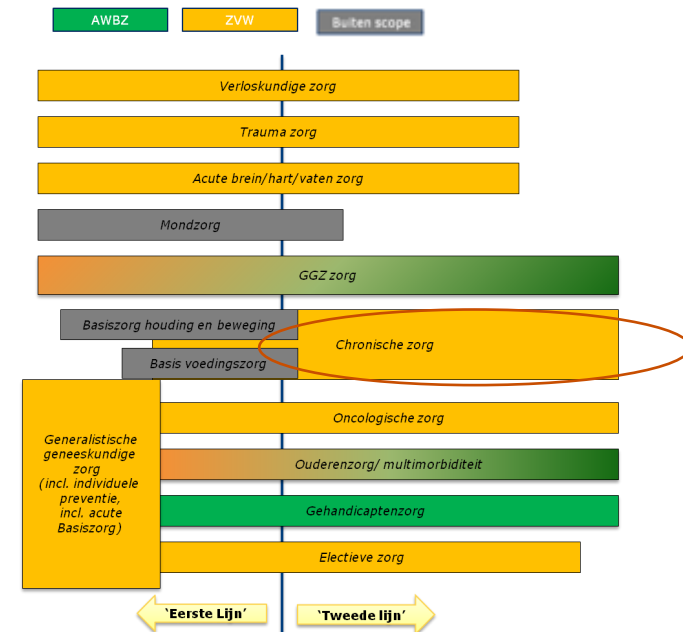
Vanaf 2006 is met het oog op kwaliteit veel aandacht geweest voor het 24h per dag beschikbaar stellen van verloskundige zorg. Ook worden vanaf deze tijd zwangerschapsbegeleiding en bevallingen in de tweede lijn vergoed wanneer een vrouw een normale zwangerschap heeft. Voorheen gebeurde dit alleen wanneer er een indicatie was voor een bemoeilijkte zwangerschap en/of bevalling.

Tussen 2000 en 2008 zien we zowel het aantal vrouwen in vruchtbare leeftijd als het aantal bevallingen dalen met respectievelijk 12% en 7,5%.



cutting through complexity™

# Chronische zorg – Casus diabetes

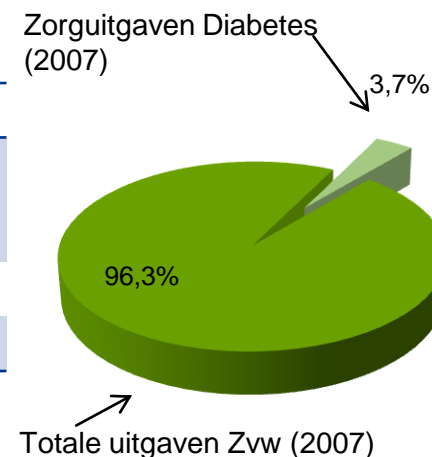


# Chronische zorg: diabetes

## Kostenontwikkeling

	Totale uitgaven diabetes	Eerstelij	Tweedelij	Geneesmiddelen	Ouderenzorg	Overig
	↑ 45%	↑ 113%	↓ 27%	↑ 82%	↑ 0,5%	↑ 28%
<b>2003</b>	735 mln	66 mln	201 mln	332 mln	99 mln	37 mln
<b>2007</b>	1037 mln	140 mln	146 mln	605 mln	98 mln	47 mln

Bron: RIVM, Kosten van ziekten 2003-2007

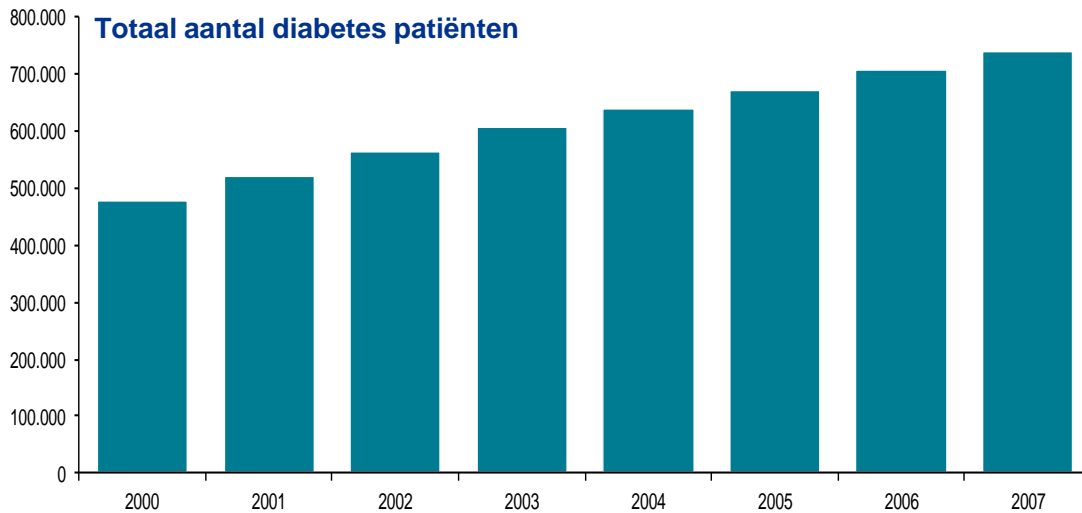


### Kostenontwikkeling 2003-2007

- Over de periode 2003-2007 groeiden de totale uitgaven aan diabetes van 735 miljoen naar 1037 miljoen euro; een groei van 41% (9% per jaar).
- In de totale uitgaven diabetes zijn de kosten die voortvloeien uit de behandeling van complicaties van diabetes slechts ten dele meegenomen. De berekende 1,0 miljard euro in 2007 dient te worden gezien als een ondergrens voor de kosten van diabetes (RIVM 2007).
- Wanneer we de uitgaven in de zorg voor diabetes vergelijken met de totale zorguitgaven in de ZVW, zien we dat waar in 2003 nog 4,3% van de totale zorgkosten aan diabetes werd besteed, dat in 2007 gedaald is naar 3,7%.
- De categorie 'overig' omvat o.a. de openbare gezondheidszorg, welke de grootste stijging in deze categorie veroorzaakt. Dit bevat vooral kosten voor preventiemaatregelen.
- In absolute termen is de stijging het grootst in de eerste lijn. Ook de kosten in de geneesmiddelen stijgen aanzienlijk, hier zijn we een stijging van bijna 300 miljoen tussen 2003 en 2007.
- Opvallend is dat de kosten in de tweede lijn sterk dalen, 27,3% tussen 2003 en 2007.

# Chronische zorg: diabetes

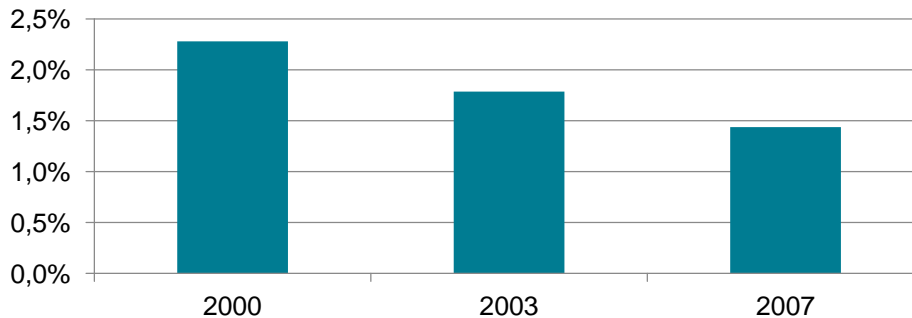
## Verklaring ontwikkelingen (1/2)



Bron: Nationaal Kompas, 2010

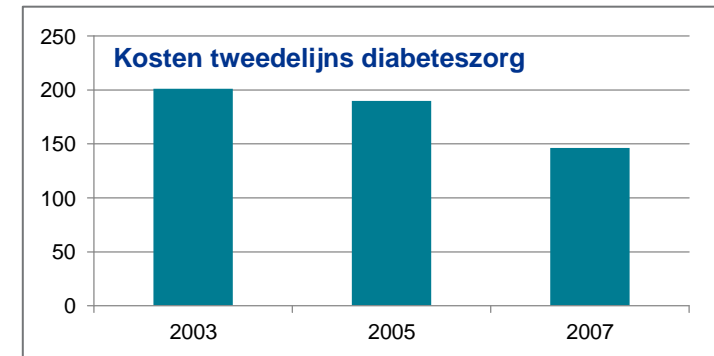
Het totaal aantal diabetespatiënten neemt tussen 2000 en 2007 toe met 54%. Dit wordt mede veroorzaakt door betere en snellere diagnostiek en een grotere overlevingskans. Ook naast deze trends ziet het Diabetesfonds een stijgende tendens in de incidentie van diabetes.

### Percentage diabetespatiënten dat een klinische behandeling heeft ondergaan (per jaar)



Bron: Nationaal Kompas, 2010; CBS

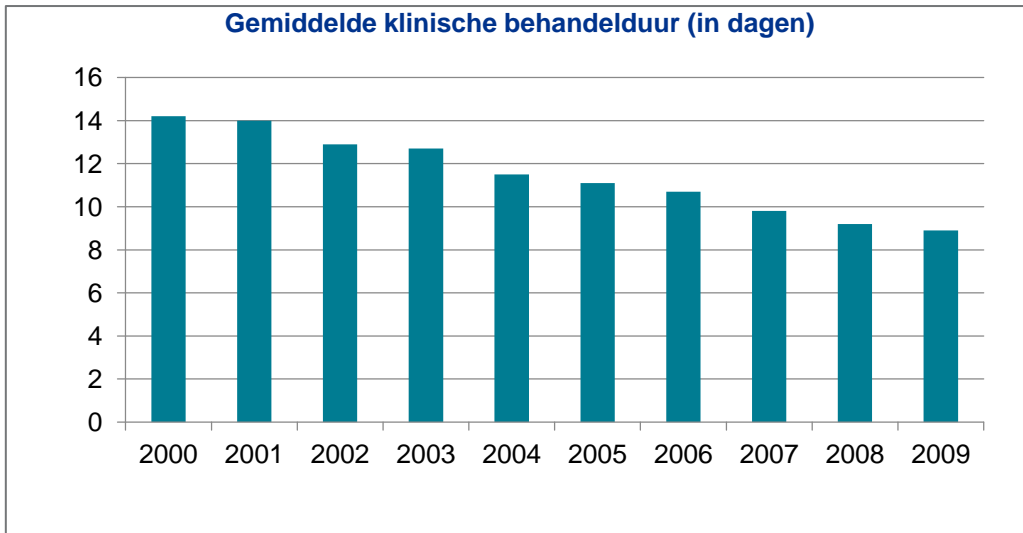
Verskillende interventies, zoals de introductie van de praktijkondersteuner en de ketenzorg voor diabetes, hebben de afgelopen jaren gezorgd voor een afname van klinische opnames van diabetespatiënten. Er heeft tussen de jaren 2000 en 2007 substitutie plaats gevonden van de tweede naar de eerste lijnszorg. De kosten voor tweede lijnszorg zijn gedaald (de kosten zijn een onderschatting omdat niet alle kosten veroorzaakt door complicaties ten gevolge van diabetes op deze manier worden gealloceerd).



Bron: RIVM, Kosten van ziekten 2003-2007

# Chronische zorg: diabetes

## Verklaring ontwikkelingen (2/2)



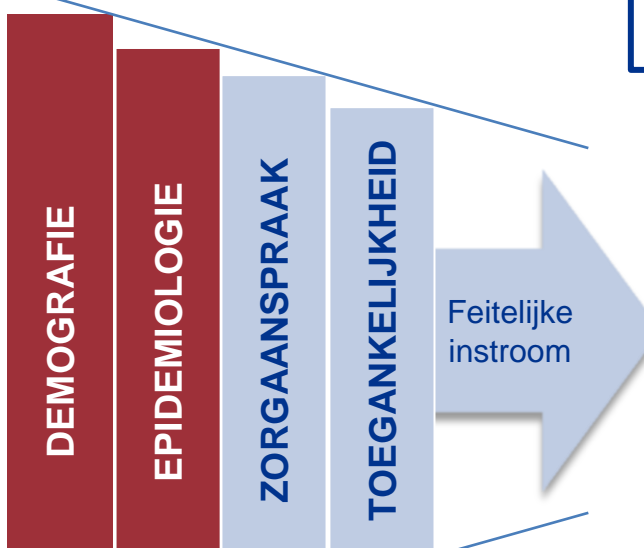
Bron: CBS

De intensiteit van de klinische behandelingen voor diabetes neemt af, dit is voornamelijk meetbaar te maken met de ligduur. Deze daalt van 14,2 dagen in 2000 naar 8,9 in 2009. In dezelfde periode nam ook het aantal klinische opnames af met 6%.

De kwaliteit van de behandeling stijgt, dit zien we onder andere terug in het overlijdenspercentage. Het percentage diabetespatiënten dat overlijdt aan diabetes of complicaties ten gevolge van diabetes daalt tussen 2000 en 2007 van 0,7% naar 0,4%. Het aantal complicaties ten gevolge van diabetes neemt af, zoals hartfalen, nierfalen en complicaties aan de ogen. Deze afname van complicaties vertaalt zich slechts deels in de kosten vanwege de wijze waarop in de meeste Kosten van Ziekte studies dergelijke kosten worden gealloceerd.

# Chronische zorg: diabetes

## Instroom en intensiteit



Tussen 2000 en 2007 zien we het aantal diabetespatiënten stijgen met 54%. Daarnaast ziet de GGD de risicogroep groeien door slechte levenspatronen en gewoontes. Door deze ontwikkelingen is de kans groot dat de stijgende lijn van incidentie van diabetes zich in de toekomst voortzet.

De gemiddelde ligduur van een klinische opname van een diabetespatiënt daalde tussen 2000 en 2010 van 14,2 dagen naar 8,9 dagen.

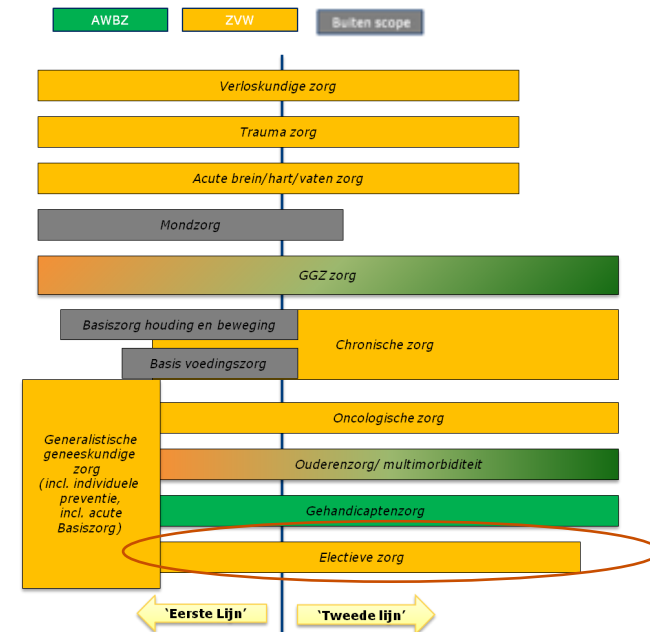
De intensiteit van de behandeling van diabetes neemt af door substitutie van tweede lijnszorg naar eerste lijnszorg. We zien een afname in het aantal klinische opnames van diabetes patiënten en een daling in de kosten in de ziekenhuiszorg, terwijl er een stijging in de eerste lijnskosten plaats vindt.

De gemiddelde kosten per patiënt nemen tussen 2003 en 2007 toe (15,9), maar dit is minder dan de toenames in de totale zorgkosten per capita (16,9%). Indien de kostenreductie door daling van incidentie van complicaties als myocard infarct, CVA en onderbeen amputaties zou worden verdisconteerd zou er waarschijnlijk sprake zijn van een daling van de zorgkosten per patiënt.



cutting through complexity™

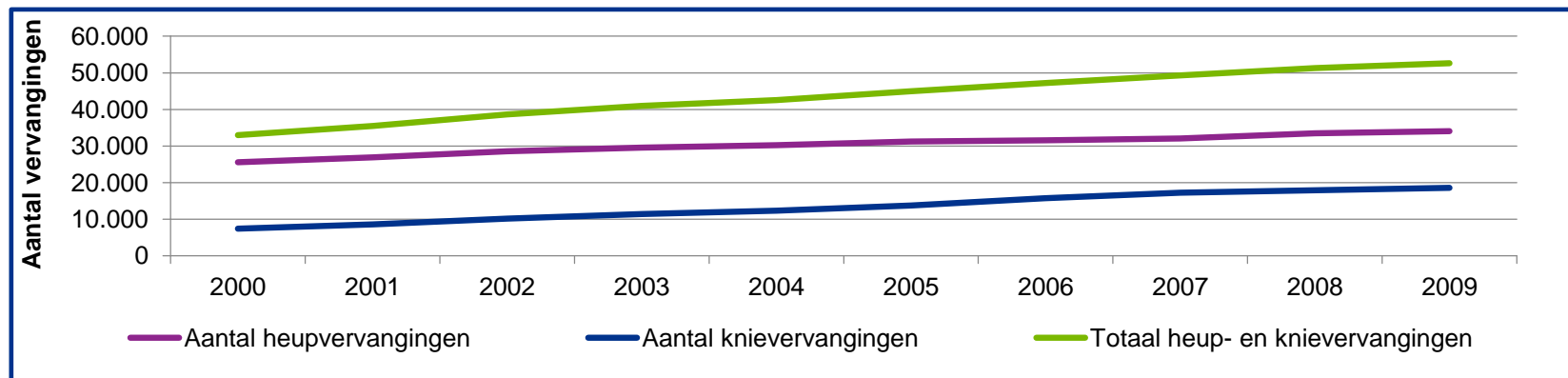
# Electieve zorg – Casus heup- en knie- vervangingen





# Electieve zorg: Heup- en knie vervangingen

## Kostenontwikkeling



Bron: CBS

### Kostenontwikkeling 2000-2010

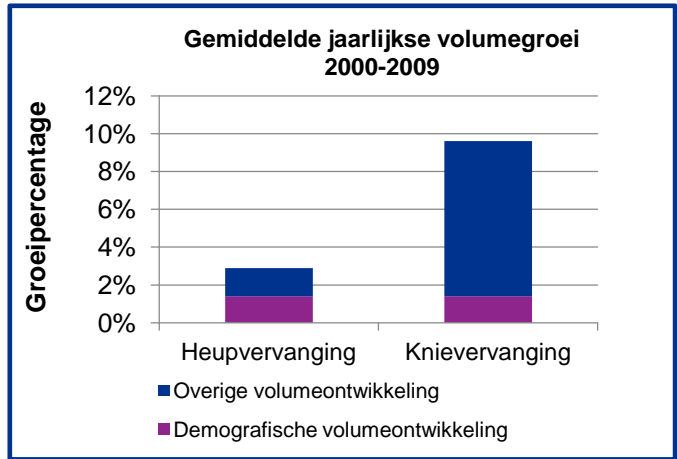
1. Het is niet mogelijk de uitgaven aan electieve zorg als geheel in kaart te brengen; de data zijn te gefragmenteerd. Ook is er geen directe bron beschikbaar die inzicht verschaft in de totale uitgaven aan frequent uitgevoerde ingrepen als heup- en knie vervangingen.
2. Trends in uitgaven aan heup- en knie vervangingen kunnen worden geschat door volumetrends te combineren met trends in de prijs per behandeling. Volumetrends kunnen worden weergegeven op basis van CBS data (zie tabel). Voor trends in de prijs per behandeling zijn geen bruikbare data beschikbaar. In deze casus zullen de volumetrends zoveel mogelijk kwalitatief worden verklaard, over de prijs kunnen alleen algemene uitspraken worden gedaan.
3. In de periode 2000-2009 is het aantal heupvervangingen met 33,4% gestegen van 25.547 naar 34.080; een gemiddelde jaarlijkse groei van 3,3%. Het aantal heupvervangingen per 10.000 inwoners steeg in deze periode van 16,0 naar 20,6 (zie tabel). Het aantal knie vervangingen steeg tussen 2000-2009 met 150,4% van 7.394 naar 18.518, een gemiddelde jaarlijkse groei meer dan 10%. Het aantal knie vervangingen per 10.000 inwoners steeg in deze periode van 4,6 naar 11,2 operaties (zie tabel). In totaal groeide het aantal heup- en knie vervangingen jaarlijks gemiddeld met een kleine 5%.

Aantal operaties per 10.000 inwoners	2000	2009
Heupvervanging totaal	16,0	20,6
Knievervanging totaal	4,6	11,2

Bron: CBS

# Electieve zorg: Heup- en knie vervangingen

## Verklaring ontwikkelingen

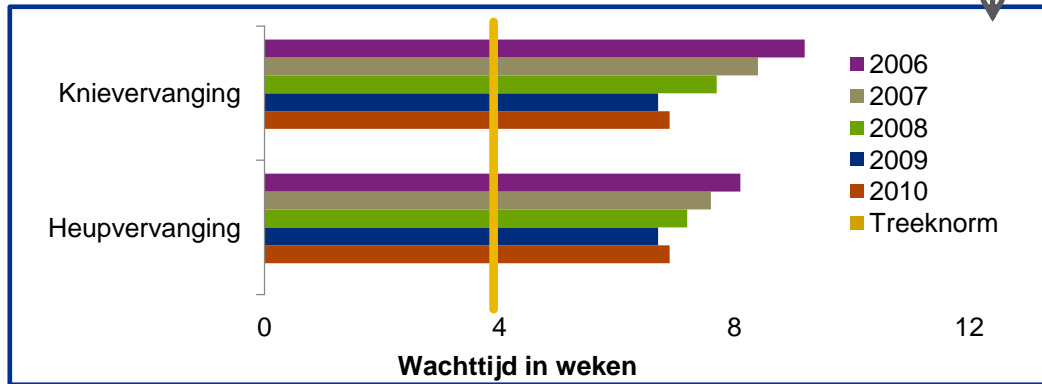


Bron: CBS

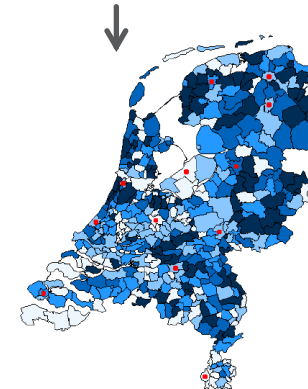
Voor zowel heup- als knie vervangende operaties geldt dat 98% van de patiënten 45 jaar of ouder is. Het deel van de bevolking van 45 jaar en ouder groeide tussen 2000 en 2009 jaarlijks gemiddeld met 1,4%. Voor heupvervangingen levert dit een overige, niet door demografische ontwikkelingen te verklaren, gemiddelde jaarlijkse volumegroei van 1,5% op. Bij knie vervangingen blijft er een gemiddelde jaarlijkse volumegroei van 8,2% over. Vanaf 2006 vallen de heup- en knieoperaties in het B-segment, wat deze volumegroei waarschijnlijk gestimuleerd heeft. Echter ook in het buitenland groeit het aantal knie- en heupvervangende operaties ( zie o.a. Anthony M. DiGioia III, *The Journal of Bone & Joint Surgery*, Volume 89-A, Number 12, December 2007)

De gemiddelde wachttijd in het ziekenhuis voor het plaatsen van een heup- of knieprothese zijn tussen 2006-2010 af, genomen, maar nog steeds boven de Treeknorm van 4 weken.

Onderzoek toont aan dat er forse praktijkvariatie is in Nederland voor heupvervangingen. In het ene ziekenhuis wordt tot vier keer sneller besloten tot operatie als in het andere ziekenhuis (gecorrigeerd voor case mix). Dit vormt een mogelijke verklaring voor de volumegroei.



Bron: DIS, vanaf 2008 Mediquest



Bron: KPMG Plexus, 2011, Rapportage indicatoren indicatiestelling

Figuur 10.1. Praktijkvariatie heupvervanging vanwege artrose op gemeenteniveau (aantal operaties per 100.000 verzekerden). Het gaat hier om de gemeente waar de patiënt woont; niet om de gemeente waar de interventie heeft plaatsgevonden.

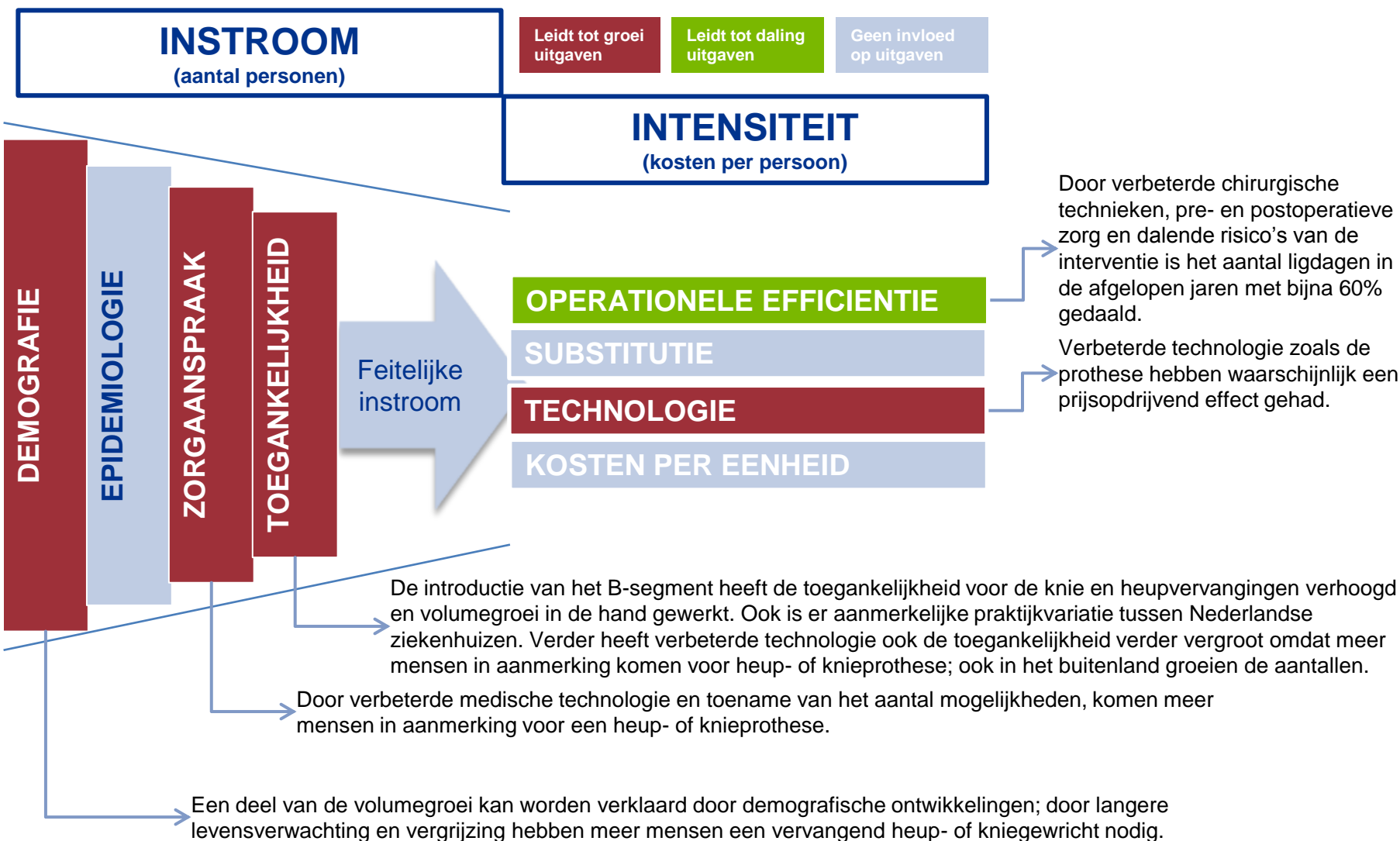
Aantal ligdagen	1999	2001	2003	2006
Primaire heupverv.	11,1	9,6	8,4	7,0
Primaire knieerv.	15,4	13,1	11,1	9,4

Bron: JointCare, 2009, Zorgprotocol gewrichts vervangende chirurgie

Op basis van gegevens van 34 Nederlandse ziekenhuizen kan worden gesteld dat de gemiddelde ligduur na een primaire heup- of knie vervanging in de afgelopen jaren sterk is gedaald. Hierbij moet aangetekend worden dat steeds meer in dagbehandeling gebeurt, waardoor klinische de zorgzwaarte toeneemt, waardoor de ligduurdaling t.o.v. de zorgzwaarte nog sterker is.

# Electieve zorg: Heup- en knie vervangingen

## Instroom en intensiteit





cutting through complexity™

# Conclusies

## Onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de belangrijkste subonderdelen van het overige volume: beleid, technologie, kwaliteit en de invulling van beleid?
2. Hoe hebben deze subonderdelen zich sinds 2000 ontwikkeld? Waar bestaan er directe relaties met overschrijdingen?
3. Waar slaat het overige volume neer: concentreert dit zich bij eenzelfde groep (meer/ duurdere zorg per persoon); of is er juist sprake van meer personen die zorg ontvangen? Hoe varieert dit in de tijd, per sector en naar demografisch/epidemiologische kenmerken? Wat zegt dat dan over de bekostiging en budgettaire beheersing?
4. Welk gedeelte van de groei van het overige volume en haar subonderdelen vindt 'automatisch' plaats?
5. Hoe kunnen we zorgen dat over het resterende deel expliciete besluitvorming plaatsvindt?
6. Wat zijn typische processen die leiden tot groei van het overige volume?

### De groei is fors; ZFW/Zvw en AWBZ gaan gelijk op

- De groei van de zorguitgaven is over de periode 2000-2010 zo'n 6,5% per jaar gemiddeld. Met uitzondering van de UK en Nieuw Zeeland (waar de zorgkosten in 2000 als 'te laag' waren beoordeeld) is dit de hoogste groei binnen de Westerse OECD landen – een vol procent punt hoger dan de VS. Als gevolg van deze stijging is de Nederlandse zorg nu de een-na-duurste ter wereld (zorgkosten als percentage van BBP).
- De bijdrage van de ZFW/Zvw en de AWBZ in de groei over de periode 2000-2010 is ongeveer gelijk (gecorrigeerd voor overhevelingen). In zowel absolute als relatieve zin zijn de ziekenhuiszorg, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de GGZ de belangrijkste veroorzakers van de groei.

### Loonontwikkeling is een belangrijker determinant van groei zorgkosten dan de demografische ontwikkelingen...

- Uit de macro-analyse blijkt dat de loonontwikkeling (die in de zorg over deze periode marginaal hoger is dan in de marktsectoren) bijna de helft van de jaarlijkse groei (6,5%) verklaart. Demografie is verantwoordelijk voor 1,2% en 1,4% in de ZFW/Zvw en AWBZ respectievelijk. De overige groei is in de eerste helft van het decennium nog deels prijsontwikkeling onafhankelijk van loonontwikkeling, maar dit verdwijnt langzaam in de jaren daarna. Wat overblijft is volume.

### ... en beleid met direct effect bepaalt het grootste deel van de ontwikkeling van de excess growth

- Zowel in de ZFW/Zvw als de AWBZ is de excess growth zo'n 2¾% gemiddeld per jaar, over de periode 2000-2010. De hoogste excess growth in de AWBZ ligt in 2001 en 2002 (twee jaren met meer dan 10% groei). De ZFW/Zvw kent eenzelfde piek in 2001-2002, en kent een volgende zeer hoge piek samenhangend met de stelselwijziging in 2006 (>16%). Ook in 2008 is een piek zichtbaar (> 8%), gerelateerd aan de ziekenhuizen en de overheveling GGZ. Het beeld van overschrijdingen valt voor een belangrijk deel samen met het beeld van de (excess) growth van de uitgaven.
- Opvallend is dat de excess growth in de meeste sectoren vrijwel geheel samen valt met beleidsmaatregelen met een direct budgettaire impact: aanpassingen aanspraken, stimulansmaatregelen, etc. Dit is een aanwijzing dat het creëren van budgettaire groeiruimte sec 'automatisch' bijdraagt aan kostengroei in de zorg. Opvallend is dat in de sectoren verantwoordelijk voor de hoogste uitgaven (ziekenhuiszorg, geneesmiddelen, GGZ en gehandicaptenzorg) er bovenop de directe effecten van beleid nog een belangrijk aandeel onverklaarde excess growth te zien is. Waar deze excess growth door verklaard wordt kan op sectorniveau niet nader worden geduid.

### Perspectief vanuit de sectorbenadering stuit op forse beperkingen...

- Om de drivers van de groei te begrijpen is een sectorbenadering (zoals o.a. in de begroting en beleid van VWS gehanteerd wordt) ontoereikend. De sectorbenadering gaat uit van *zorgsectoren*: huisartsen, ziekenhuizen, farmacie, GGZ etc. Met een dergelijke benadering komen epidemiologische, technologische en sociaal-culturele factoren - die wezenlijk invloed hebben op de groei – moeizaam in zicht. Ook demografische ontwikkelingen kunnen slechts op een globale en weinig nauwkeurige wijze worden meegewogen. Er is slechts zicht op instellingen, maar niet op de meest relevante patiëntengroepen binnen die instellingen en over de grenzen van de instellingen heen.
- Ook vanuit het oogpunt van 'toegevoegde waarde van zorg' is een analyse vanuit sectoren een *mission impossible*. 'Waarde' is immers de verhouding tussen de geleverde kwaliteit van zorg en de aan die zorg gespendeerde middelen, en de daadwerkelijke geleverde uitkomsten van zorg kunnen slechts worden gemeten langs de as van de zorgvraag.

### ... die kunnen worden weggenomen door een benadering vanuit de zorgvraag...

- Een inzichtelijker beeld ontstaat indien een analyse wordt gemaakt langs de as van de zorgvraag. De benadering vanuit de zorgvraag sluit namelijk wel aan bij de drivers van kostengroei. Tevens is beleid – als directe veroorzaker van groei – vaak een antwoord op epidemiologische, technologische en sociaal-culturele factoren per zorgvraag. In de meeste gevallen is dit een antwoord op ontwikkelingen waarvan op sectorniveau alleen de symptomen zichtbaar zijn ('groeiende wachtlijsten', 'plotseling stijgende vraag'). In aanbeveling 1 (zie verderop) werken we de kanteling van de begroting verder uit.
- Het zicht op waar de volumegroei neerslaat verbetert via een analyse vanuit de zorgvraag: dit kan voor de ene zorgvraag (bijvoorbeeld de verloskunde) immers op een hele andere plek neerslaan dan voor de andere zorgvraag (zeg, de chronische zorg). In de casussen wordt zichtbaar of kostengroei vooral veroorzaakt wordt – en dus neerslaat bij - meer mensen in zorg of meer zorg aan dezelfde mensen.

### ... toegang tot data is essentieel.

- Via de casusbenadering is inzicht gecreëerd in de drivers van de groei. Dit is echter veelal op kwalitatieve wijze gebeurd; niet omdat de data niet aanwezig zijn, maar omdat de daarvoor geëigende databronnen zeer gefragmenteerd zijn en zelfs vanuit de overheid zelf moeilijk (in sommige gevallen vrijwel onmogelijk) toegankelijk zijn.

# Beantwoording onderzoeksvragen (vragen 1-4), vervolg

### Analyse langs de as van de zorgvraag levert een zeer gedifferentieerd beeld op – drivers en uitkomsten per casus verschillen aanzienlijk

Zowel in de casussen GGZ als verstandelijke gehandicaptenzorg is er sprake van een kostengroei die voornamelijk verklaard lijkt te worden door een groei van het totale volume van zorg. Zowel in de GGZ en als bij de casus van verstandelijke gehandicapten lijkt het primair te gaan om meer mensen in zorg die de kostengroei veroorzaakt en niet de prijs of het volume per persoon; de groei van het aantal mensen kan echter niet verklaard worden op basis van demografie of epidemiologie. Bij de GGZ lijkt de primaire driver de inzet van wachtlijstmiddelen (driver toegankelijkheid) met de bekostigingsystematiek, en bij de verstandelijk gehandicapten gaat het primair om driver zorgaanspraak (verlagen IQ grens), in combinatie met de bekostigingsystematiek. De AWBZ-bekostigingsystematiek kent geen prikkel om cliënten 'uit zorg' te houden/brengen, of naar een lichter zorgniveau te brengen – in tegendeel. Met name bij dit type zorgvragen (waar het 'zo zelfredzaam mogelijk maken' nu juist een belangrijke drijfveer van de behandeling/benadering zou moeten zijn) leidt dit tot onwenselijke effecten. Extramuralisatie-prikkels hebben wel geleid tot 'meer extramurale zorg', maar *niet* tot een daarbijbehorende teruggang van (duurdere) intramurale zorg.

De ouderenzorg is de interessante uitzondering op deze regel: ook deze wordt immers door dezelfde AWBZ-bekostigingsystematiek gekenmerkt. In tegenstelling tot de GGZ en de verstandelijke gehandicaptenzorg is in de ouderenzorg het demografische effect dermate groot dat de kostengroei in het licht van het aantal 'nieuwe ouderen' beperkt is. De groeiende zorgvraag is hier in belangrijke mate opgevangen door *extramuraal* zorgaanbod; de gemiddelde hoeveelheid intramurale zorg volume per persoon is gedaald. De extramuralisatie-impuls is in de ouderenzorg wel succesvol geweest, en er is een belangrijke substitutie van intra-naar extramurale zorg gerealiseerd. De sleutel hiertoe was eveneens beleid: in deze sector ging de extramuralisatie impuls gepaard met een rem op 'bijbouwen' van intramurale capaciteit, waardoor de 'last resort'-functie die het verpleeghuis is voor deze cliëntengroep minder toegankelijk werd. Ervan uitgaande dat langer thuis wonen, adequaat ondersteund waar nodig, in het algemeen de voorkeur van mensen heeft boven een opname in een verpleeghuis is de kwaliteit van leven van deze populatie niet afgenomen, en wellicht toegenomen.

Bij de casus borstkanker spelen de drivers demografie, epidemiologie en toegankelijkheid allen een rol in het vergroten van het volume van het aantal patiënten. Daarnaast nemen ook de kosten per patiënt toe, onder andere ten gevolge van technologie (o.a. medicatie en radiotherapie). Deze technologieën hebben aantoonbaar bijgedragen aan betere uitkomsten voor de patiënt: de 5-jaarsoverleving is in de onderzochte periode aanzienlijk verbeterd.

Bij de casus traumazorg lijkt een kostenstijging ook samen te gaan met aantoonbare kwaliteitsverbetering, meetbaar in overleving. Demografische en epidemiologische trends laten in deze analyse geen eenduidig beeld zien. Er lijkt sprake van operationele efficiëntie (in de vorm van een kortere ligduur – wellicht mede ten gevolge van de kwaliteitsverhoging) welke een dempend effect heeft gehad op de kostengroei. Door het gebrek aan samenwerking tussen HAP en SEH - ten gevolge van de bekostiging die beide grotendeels financiert op basis van beschikbaarheid - komt substitutie van zelfverwijzers naar de HAP niet of nauwelijks op gang, met als gevolg een kostenstijging. Dit laatste effect is direct beleidsbepaald.

Bij de casus CVA leiden demografie en epidemiologie tot een stijging van het aantal mensen met een CVA, maar neemt de operationele efficiëntie (in de vorm van een kortere ligduur) toe - waarschijnlijk mede ten gevolge van de kwaliteitsverhoging door de inzet van trombolysen. De kwaliteitswinst – in termen van verbeterde overleving – is ook hier aanzienlijk.



# Beantwoording onderzoeksvragen (vragen 1-4), vervolg

Bij de casus verloskunde zien we een afname van het aantal mensen met deze zorgvraag ten gevolge van demografische ontwikkelingen, maar lopen de kosten per patiënt op door een verschuiving naar 2<sup>e</sup> lijns bevallingen, een toename van het medicatiegebruik en ook een toename van het percentage keizersnedes. De perinatale sterfte lijkt in de onderzochte periode te dalen; de stijging van het aantal interventies draagt niet in alle gevallen direct hier aan bij.

De zorgvraag diabetes neemt aanzienlijk toe door zowel demografische als epidemiologische ontwikkelingen. Bovendien stijgen de kosten van de geneesmiddelen aanzienlijk. De volumegroei wordt echter in toenemende mate in de eerste lijn opgevangen, terwijl tegelijkertijd de kwaliteit van de diabeteszorg aantoonbaar toeneemt. Dit resulteert in *netto* lagere kosten in de tweedelij (tussen 2003 en 2007 dalen de ziekenhuiskosten voor diabetes met 27%) en een totale kostenstijging per patiënt die lager ligt dan de toename van de totale zorgkosten per capita.

Tot slot laat de casus electieve zorg (heup en knie vervangingen) zien dat zowel demografische als epidemiologische ontwikkelingen leiden tot een groei van het aantal personen met deze zorgvraag, in combinatie met technologie die deze typen operatie voor steeds meer groepen mensen toegankelijk maakt. Tevens is er een aanzienlijke praktijkvariatie tussen ziekenhuizen waarneembaar; het is aannemelijk dat de volume prikkel welke sinds 2006 en later is geïntroduceerd de volumestijging stimuleert. In de kosten per patiënt is waarneembaar dat de operationele efficiëntie is toegenomen, maar dat de technologische ontwikkelingen (o.a. introductie nieuwe prothesen) een opdrijvend effect hebben gehad.

Op de volgende pagina staan bovenstaande bevindingen schematisch samengevat.

**De analyse langs de as van de zorgvraag plaatst de analyse van de 'excess growth' in een ander daglicht: in sommige sectoren is de toegevoegde waarde aantoonbaar en aanzienlijk toegenomen: er zijn meer patiënten/cliënten, die worden sneller geholpen met beter eindresultaat...**

- Voor belangrijke typen zorgvragen worden per uitgegeven euro zowel *meer* mensen geholpen als *betere* uitkomsten gerealiseerd. Dit blijkt in bijna alle gevallen op te gaan in de curatieve zorg (de acute brein- en hartzorg, trauma-, verloskundige -, de diabetes- en de oncologische zorg), maar ook de toenemende vraag in de ouderenzorg wordt met relatief minder middelen en meer in de eigen omgeving van de cliënt opgevangen. In de electieve zorg leidt de technologische innovatie tot verruiming van indicatiestelling door afname van operatief risico en hogere kans op positieve effecten van de behandeling.
- Opvallend is dat de casussen waar de Zvw-bekostiging dominant is, de innovatie en de verbetering van de operationele efficiëntie duidelijker is (vgl. de recente rapportage van het Sociaal Cultureel Planbureau waar de ziekenhuiszorg als een sector bestempeld wordt waar relatief veel waarde gecreëerd wordt (SCP, 2012, Waar voor ons belastinggeld).

**... voor andere type patiënten/cliënten gaat de kostenstijging echter veel minder gepaard met aantoonbare toegevoegde waarde**

- Voor depressiezorg en gehandicaptenzorg zijn de kosten en het volume aanzienlijk gestegen zonder dat daar een objectieve aanleiding voor is, bijvoorbeeld in het vóórkomen van de aandoening, én zonder dat er een *aantoonbare*, significante stijging van de kwaliteit tegenover staat.
- De aantoonbare praktijkvariatie in de electieve zorg (als ook in het aantal interventies tijdens de bevalling) is niet anders dan in andere Westerse landen, en wordt in de internationale literatuur geïnterpreteerd als een aanwijzing dat niet alle geleverde zorg even noodzakelijk is\*. Dit betekent dat in die gevallen een optimale conservatieve behandeling zorginhoudelijk gezien meer aangewezen is.

\* KPMG Plexus, 2011, Rapportage indicatoren indicatiestelling



# Beantwoording onderzoeksvragen: Samenvattend overzicht casussen

	Demo- grafie	Epide- miologie	Zorg- aanspraak	Toeganke- lijkheid	Opera- tionele efficiëntie	Substi- tutie	Techno- logie	Kosten per eenheid
Gehandicaptenzorg – Verstandelijk gehandicapten								
GGZ zorg - depressie								
Ouderenzorg - dementie								
Oncologische zorg - totaal								
Traumazorg								
Acuut brein, hart, vaten - CVA								
Verloskundige zorg								
Chronische zorg - Diabetes								
Electieve zorg								

Zie tekst voor toelichting; de gehanteerde scores (de kleuren) dienen te worden geïnterpreteerd als een kwalitatieve vertalingen van de casusanalyses. De scores in deze tabel corresponderen met de scores van de pagina 'Instream en intensiteit' per casus.

# Beantwoording onderzoeksvragen (vragen 1-4, 6)

**De sectoranalyse toonde aan dat beleid de belangrijkste factor is in de verklaring van excess growth. Uit de casusanalyse blijkt hoezeer dit beleid wordt gemaakt zonder inzicht in de belangrijkste drivers voor de zorgvraag en zonder mogelijkheid de toegevoegde waarde van het ingezette beleid te volgen.**

- In de meeste gevallen gaat het bij het beleid om 'meer middelen', ook daar waar het beleid is gericht op het reduceren van kosten (substitutie-impulsen, bijvoorbeeld), of de additionele groei tijdens systeemwijzigingen;
- Juist doseren is niet mogelijk bij gebrek aan inzicht waarop gedoseerd zou moeten worden en met welke doelstelling. In jaren van relatieve positieve economische ontwikkeling is 'overdosering' dan een verklaarbaar gevolg.
- Zowel de Zvw als de AWBZ kent voorbeelden van waardecreatie als ook aanwijzingen voor *reductie* van toegevoegde waarde

**Bekostiging speelt een grote rol in kostenontwikkeling. Dit indirecte effect van beleid is groot, maar ook dit effect is pas daadwerkelijk zichtbaar wanneer de analyse langs de as van de zorgvraag wordt verricht.**

- Zo zien we in de Zvw - waar productfinanciering sinds langere tijd aanwezig is - meer aanwijzingen voor een verbetering van de operationele efficiëntie; de kwaliteitsverbetering gaat samen op met cq. wordt vertaald in kortere ligduren, snellere doorlooptijden, en hogere productiviteit (in termen van daadwerkelijk geholpen patiënten). De bekostiging in de AWBZ remt de operationele efficiëntie winsten, tenzij door directe sturing van het aanbod (de rem op de beddenbouw) deze efficiëntiewinst wordt afgedwongen.
- De GGZ blijft ook na de overgang naar de Zvw bekostigd door een *de facto* verrichtingensysteem – betaling per minuut. Dit resulteert in een sterke stijging van het volume van ambulante contacten, terwijl de verhoging van de operationele efficiëntie nauwelijks wordt gestimuleerd.

### Expliciete besluitvorming vergt inzicht in de kostengroei en dus toegang tot de relevante data

- Om expliciete besluitvorming over excess growth mogelijk te maken is inzicht in waar de kostengroei plaatsvindt vereist. Dit kan alleen op een betekenisvolle manier langs de benadering van de zorgvraag in plaats van de sectorbenadering, omdat anders effecten zoals technologie, demografie, epidemiologie, operationele efficiëntie niet of nauwelijks inzichtelijk te maken zijn.
- KPMG Plexus adviseert in te zetten op het creëren van een samenhangende set aan kosten en kwaliteitsinformatie per zorgvraag via een dashboard. Hoe dit kan staat verderop uitgewerkt in aanbevelingen 2 en 3. Naast dat het functioneel is om toegang te krijgen tot deze databronnen is een dergelijke vraag vanuit VWS volstrekt legitiem, aangezien de Minister politieke verantwoording draagt over het beheersen van het BKZ.
- De groei van de zorgaanspraak, en ook de doorwerking van technologische ontwikkeling, onttrekt zich voor een belangrijk deel aan expliciete politieke besluitvorming. In veel gevallen besluit de beroepsgroep eigenstandig (al dan niet onder invloed van sociaal-culturele trends en/of technologie) dat een intensivering van de behandeling vereist is. In andere gevallen loopt het proces uit in een toelatingsbeslissing bij het CVZ. In welke mate de toelatingsbeslissingen van het CVZ een rol spelen in de zorgaanspraak uitbreidingen in vergelijking met andere effecten zoals beslissingen door de beroepsgroep is onhelder door een gebrek aan toegankelijke data. In beide gevallen ontbreekt een expliciete politiek-budgettaire afweging. Dit kan gaan om meer intensieve zorg in de vorm van technologie, maar ook om een intensievere zorg, bijvoorbeeld door meer behandelingen in een duurder deel van de zorgketen, zoals in de casus verloskunde zichtbaar is.



*cutting through complexity™*

# Aanbevelingen: grip op kostengroei in de zorg

# Aanbevelingen op basis van inzichten uit het onderzoek

## Meer grip op kostengroei

Met het beantwoorden van de onderzoeksvragen hebben we belangrijke inzichten opgedaan hoe in de toekomst de grip op de kostengroei in de zorg vergroot kan worden. Op basis van dit onderzoek komt KPMG Plexus tot de volgende drie met elkaar verweven aanbevelingen om meer grip op de kostengroei te krijgen.

### 1) Kantel de begroting: van sectorbenadering naar de benadering vanuit de zorgvraag

- Om inzicht te krijgen in kostengroei in de zorg is een kanteling van de begroting vereist. Alleen zo zijn drivers als demografie, epidemiologie en technologie op een betekenisvolle manier mee te nemen in de raming van de kostengroei. Een begroting gericht op sectoren past ook niet bij de functiegerichte filosofie van de Zvw, en remt de noodzakelijke innovatie die nodig is om de toegevoegde waarde welke wordt geleverd daadwerkelijk te verhogen. Op langere termijn is kanteling de enige weg om substitutie te stimuleren en betekenisvol aan kostenbeheersing te doen.

### 2) Zet in op ontsluiting van data

- Een belangrijke bevinding uit dit onderzoek is dat de benodigde data voor adequate monitoring wel aanwezig zijn, maar dat de data gefragmenteerd worden beheerd, eenduidige regie op het databeheer ontbreekt, en verschillende databeheerders om onduidelijke redenen ook aan VWS niet of nauwelijks toegang verschaffen tot deze data. Zonder inzicht in data ten aanzien van kosten en kwaliteit van zorg is budgettaire beheersing ondoenlijk. Daarom adviseren wij in te zetten op tijdige ontsluiting van de verschillende registraties. Deze vraag van VWS is volstrekt legitiem gelet op de politieke verantwoordelijkheid die de Minister draagt voor budgettaire beheersing.

### 3) Stuur via een 'dashboard' als instrument om de gekantelde begroting te monitoren

- Indien deze databronnen ontsloten worden tot een samenhangende set van informatie *per zorgvraag* over kosten- en kwaliteitsontwikkeling dan creëert VWS *stuurinformatie* aan de hand waarvan proactief geacteerd kan worden, waardoor besluitvorming over kostengroei in de zorg expliciet gemaakt wordt.

Op de volgende pagina's werken we de drie bovenstaande aanbevelingen verder uit. Waar mogelijk leveren we al een inhoudelijke uitwerking van de aanbevelingen, deels is de uitwerking meer in de vorm van een procesmatig stappenplan, omdat nader onderzoek vereist is om tot een zorgvuldige uitwerking te komen.

# 1) Van sectorbenadering naar de benadering vanuit de zorgvraag

## Kantelen begroting

### Eerste stappen

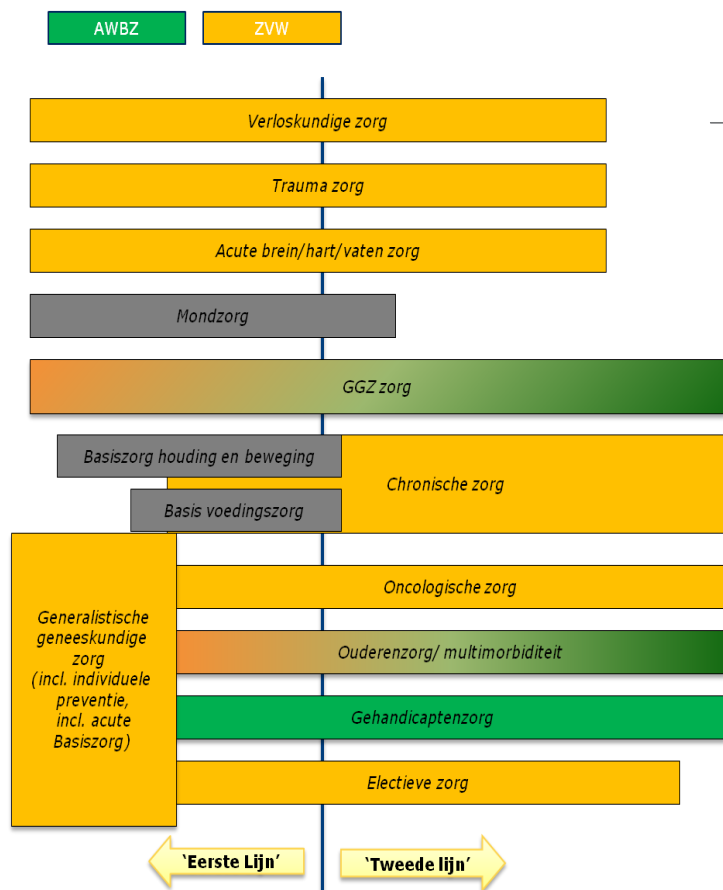
- Het consequent doorvoeren van een kanteling van de begroting is een ingrijpend proces, dat zorgvuldig moet worden doorlopen. De volgende eerste stappen zijn op korte termijn te zetten:
  - De gekantelde aanpak kan op relatief korte termijn worden gebruikt voor het *prognosticeren* van de groei ruimte. Deze kan benaderd worden vanuit de drivers die zijn geïdentificeerd in deze studie (zie de volgende dia voor een schematische uitwerking).
  - Ook kan gestart worden met het ontschotten van de financieringskaders, om zo vanuit de huidige sector benadering, de weg vrij te maken voor een benadering langs de zorgvraag. De eerste kandidaat lijkt hiervoor de ontschotting van de financieringskaders van huisartsen en ziekenhuizen. Hiermee kan voor een deel van de curatieve zorg (bijvoorbeeld de electieve zorg) grotendeels de benadering van de zorgvraag gehanteerd worden in de begrotingssystematiek van VWS, omdat hier weinig zorg buiten de huisarts en het ziekenhuis geconsumeerd wordt. Bovendien kan op deze wijze beter vorm worden gegeven aan initiatieven tot verdergaande substitutie. Echter, voor zorgvragen zoals acute breinzorg (CVA), waar ook veel AWBZ aanbieders zorg leveren, zal de ontschotting tussen huisartsen en ziekenhuizen de zorgvraagbenadering niet of slechts zeer beperkt mogelijk maken. Ook moet bedacht worden dat ontschotting op zijn best een noodzakelijke voorwaarde is voor het stimuleren van substitutie maar nog lang geen voldoende; vaak ontbreken immers de prikkels nog om ook daadwerkelijk van de ontschotting gebruik te maken door zorgaanbod tussen eerste en tweede lijn te gaan herverdelen.

### Vervolgstappen

- Een daadwerkelijke kanteling zal snel het onderscheid tussen de AWBZ en de Zvw raken. Dit onderscheid tussen de AWBZ en Zvw verliest verder aan relevantie vanuit deze benadering gezien; op veel plaatsen draagt de 'knip' aantoonbaar aan destructie van waarde bij. Het kantelen dient anderzijds niet te wachten op een eventuele herinrichting van de AWBZ; in de uitwerking van de zorgvragen kan gewoon rekening worden gehouden met het feit dat verschillende wettelijke kaders kunnen bijdragen aan een en dezelfde zorgvraag.
- Deze nieuwe benadering houdt in dat de financieringskaders rondom de aanbieders veranderen richting kaders rondom de zorgvraag waarin een keten van zorgaanbieders werkzaam is. Om dit te kunnen doen is inzicht vereist in de kostengroei per zorgvraag, uitgesplitst naar groep van aanbieders. Op de volgende pagina's werken we dit zogenaamde dashboard per zorgvraag verder uit.

# 1) Van sectorbenadering naar de benadering vanuit de zorgvraag: schematische weergave

## Nieuwe manier van prognosticeren per zorgvraag



Fictieve data	Voorspelde kostengroei en waar in de keten	Bron voor inschatting
Demografie	0,5% door hele keten	CBS
Epidemiologie	0%	CBS/RIVM
Zorgaanpraak/toegankelijkheid	n.v.t.	(In)direct beleid VWS Technologie
Operationele efficiëntie	-2% bij 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> lijns aanbieders	Type bekostiging. Trends vanuit sectorrapportages/gesprekken met beroepsgroep
Substitutie	+1% in 2 <sup>e</sup> lijn t.g.v. minder thuisbevallingen -2% in 1 <sup>e</sup> lijn	Type bekostiging, maatschappelijke trends
Technologie	+1,5% t.g.v. meer pijnstilling	Trends vanuit sectorrapportages/gesprekken met beroepsgroep
Kosten per eenheid	2%	CAO/inflatie
<b>Totaal inschatting groeivoet 2013-2014</b>	<b>2,5%</b>	



**= Optelsom alle zorgvragen:  
€€€ (groei)ruimte Budgettair Kader Zorg**

## 2) Zet in op ontsluiting data

# Legitieme vraag die noodzakelijk is voor budgettaire beheersing

Tijdens dit onderzoek is gebleken dat de data met betrekking tot kosten in de zorg (zoals declaratiegegevens) nog gefragmenteerder en ontoegankelijker zijn dan bij aanvang van het onderzoek reeds was voorzien. Hieronder geven we een opsomming van de belangrijkste knelpunten:

- De data worden beheerd zonder integrale regie, waardoor voor dezelfde sector en/of zorgvraag verschillende instanties verschillende delen van de benodigde informatie beheren.
- De mate van toegankelijkheid verschilt per instantie en VWS heeft geen of slechts deels 'rechten' om tijdig en volledig geïnformeerd te worden en is dus afhankelijk van de reguliere procedures. Dit leidt tot vertragingen en soms ook tot het weigeren van (volledige) toegang door betreffende instanties.
- Om expliciete besluitvorming mogelijk te maken over kostengroei in de zorg, alsmede om tijdig geïnformeerd te raken bij overschrijdingen is inzicht in waar de kostengroei randvoorwaardelijk. Gelet op de politieke verantwoordelijkheid van VWS voor kostenbeheersing in de zorg is het opvragen van deze data volstrekt legitiem.

Gelet op bovenstaande adviseren wij VWS om in te zetten op het ontsluiten van de relevante databronnen. Hiervoor is het noodzakelijk om per zorgvraag in kaart te brengen welk zorgpad de patiënt doorloopt en waar in de zorgketen de patiënt kosten veroorzaakt en welke databronnen dus ontsloten dienen te worden. Vervolgens dienen deze data op een zinvolle manier aan elkaar worden gekoppeld zodat *stuurinformatie* voor VWS ontstaat. In de derde en laatste aanbeveling werken we verder uit hoe een dergelijke ontsluiting en koppeling van zowel kosten als kwaliteitsdata kan leiden tot een 'dashboard' per zorgvraag, dat inzicht biedt in de waardeontwikkeling van de zorg.



### 3) Sturing per zorgvraag via een dashboard

Uit deze studie blijkt dat veel benodigde informatie voor *monitoring* van kostenontwikkeling aanwezig is, maar dat:

- Informatie gefragmenteerd is over verschillende databases;
- Slecht toegankelijk is;

Maar na veel moeite is het *wel* mogelijk om inzicht te verkrijgen in de oorzaken van kostenontwikkeling van de zorg per zorgvraag. Een dashboard met *stuurinformatie per zorgvraag op macroniveau* kan bijdragen aan kostenbeheersing en zo de zorg toegankelijk houden. Indien men de kostenontwikkeling koppelt aan de kwaliteitsontwikkeling per zorgvraag heeft men inzicht in de *waardeontwikkeling per zorgvraag*:

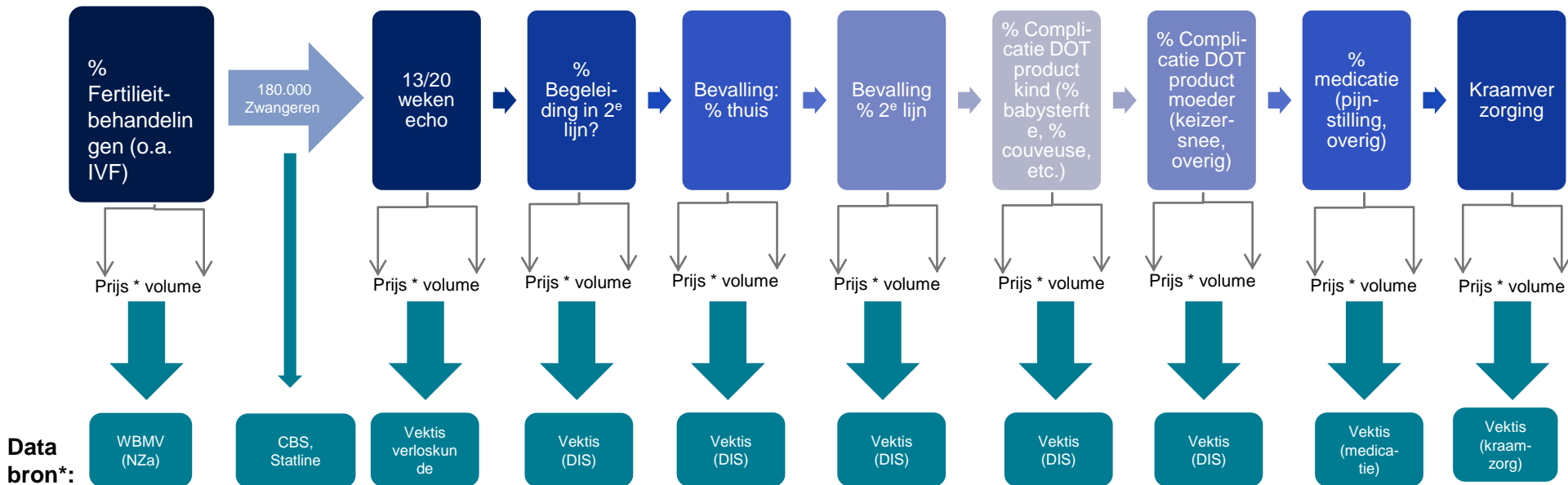
- Aan de hand van deze waardeontwikkeling per zorgvraag kan men ook zien in welke mate beleid waarde genereert voor de burger.
- Zo kunnen beleidsbeslissingen zoals het al dan niet toekennen van groeirimte per zorgvraag beter tegen elkaar worden afgewogen en expliciet gemaakt.
- En last but not least: er kan sneller en krachtiger gestuurd worden op kostenbeheersing via (in)direct beleid of via zorgverzekeraars.

Op de volgende pagina beschrijven we hoe een dergelijk dashboard praktisch handen en voeten te geven is.

### 3) Sturing per zorgvraag via een dashboard

## Beschrijf zorgpad

- Start met het beschrijven van het zorgpad (de stappen in het zorgproces die gezamenlijk de zorgketen vormen) van de zorgvraag. Door het zorgpad te schrijven wordt helder waar kosten gemaakt worden per zorgvraag en in welke databron de declaraties terechtkomen.
- Door vervolgens deze databronnen te koppelen ontstaat inzicht in de kosten van de zorgvraag, uitgesplitst naar stap in het zorgpad en naar type aanbieder (ziekenhuis, verloskundige, etc.).
- In onderstaand schema is het zorgpad voor de zorgvraag verloskundige zorg uitgewerkt (zie de verschillende blokjes). Onderin in het schema staat per stap in het zorgpad aangegeven welke databron benodigd is voor het ontsluiten van de prijs en volume data.



\* Exacte operationalisatie van koppeling en sourcing databronnen vereist nadere uitwerking, kern is conceptueel raamwerk; dat kosten en kwaliteitmonitoring mogelijk maakt.

### 3) Sturing per zorgvraag via een dashboard

## Definieer de relevante kwaliteitsmaat per zorgvraag

- Naast het in kaart brengen van kosten is het cruciaal om ook op macroniveau de kwaliteitsontwikkeling te monitoren. Door dit te doen ontstaat inzicht in de geleverde waarde voor de patiënt. Dit stelt VWS in staat gericht beleid te voeren; bijvoorbeeld door te investeren in zorgvragen die veel waarde opleveren, of met beroepsverenigingen in gesprek te gaan als de kwaliteit per zorgvraag (in internationaal perspectief) achterblijft.
- Voor de zorgvraag verloskundige zorg is de kwaliteit van zorg in generieke zin te typeren als: “gezonde moeder, gezond kind”. In de gele blokken hieronder is dit credo geoperationaliseerd in meetbare KPI's. Deze KPI's zijn tamelijk eenvoudig te berekenen op basis van de declaratiedata (in combinatie met klinische registratie gegevens), die ook benodigd zijn voor het in kaart brengen van kostengroei (zie vorige pagina).

#### Gezonde moeder:

- 1) % maternale complicaties (bijvoorbeeld % sectio)
- 2) Maternale sterfte

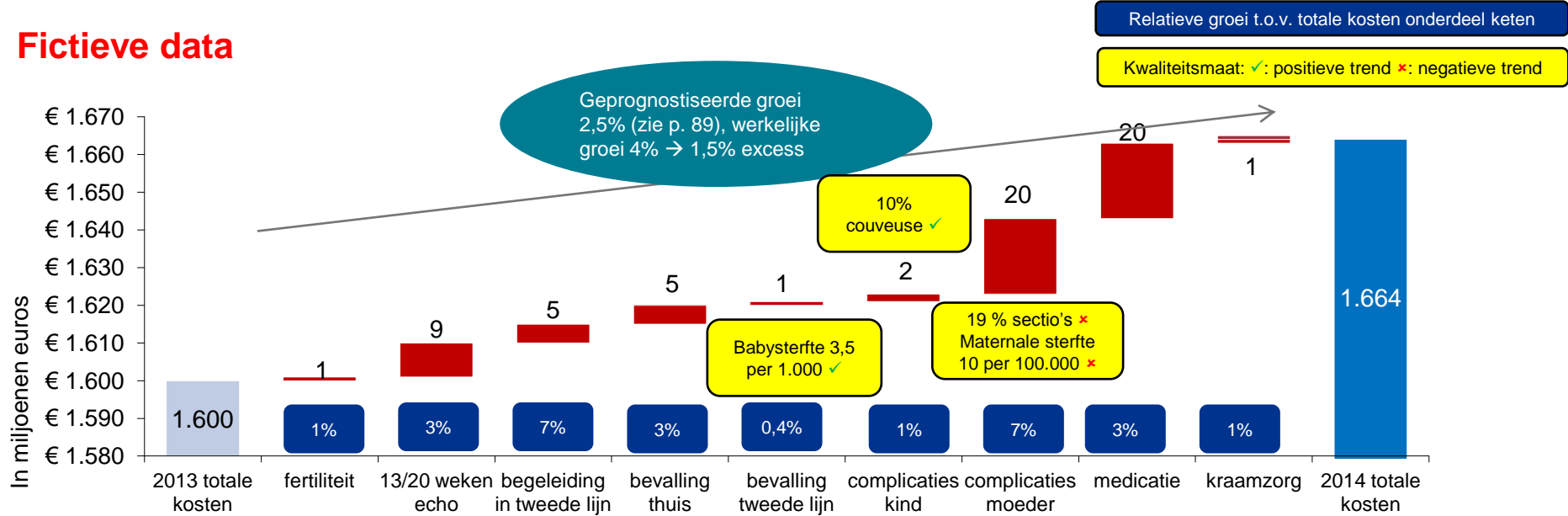
#### Gezond kind:

- 1) Babysterfte
- 2) Weinig complicaties voor het kind (bijvoorbeeld % in couveuse)

### 3) Sturing per zorgvraag via een dashboard

# Samenbrengen kosten en kwaliteit per zorgvraag

## Fictieve data



In bovenstaand figuur brengen we de kosten- en kwaliteit *stuurinformatie* die op de vorige pagina's beschreven staan samen in de vorm van een 'dashboard' voor de zorgvraag verloskundige zorg. Hieronder geven we puntsgewijs uitleg over dit figuur:

- Op de x-as staan de verschillende stappen in het zorgpad genoemd, conform de beschrijving op p. 92. Voor ieder van deze aanbieders brengt het dashboard op basis van declaratiedata de absolute (de rode blokjes in de waterval) en relatieve kostengroei (de donderblauw blokjes waar de procenten in staan) in kaart.
- De optelsom van de kostengroei per stap in het zorgpad vormt de groei in de totale kosten van 2013 naar 2014. In dit geval starten de kosten in 2013 op € 1.600 miljoen en stijgt dit met 4% naar €1.664 miljoen in 2014, of te wel een groei van 4%. Deze groei kan men vervolgens vergelijken met de *geprognosticeerde* groei op pagina 88 om te berekenen of er sprake is van excess growth. Met deze fictieve data komt de excess growth uit op 1,5% (zie mintgroene ovaal in de figuur). De informatie uit het dashboard maakt eveneens inzichtelijk welk deel van de zorgketen en welke individuele aanbieder (via drill down opties) de groei in kosten veroorzaakt; dit kan dus als verdeelsleutel dienen voor de korting zolang VWS het MBI instrument nog zelf hanteert.
- De gele blokken brengen de kwaliteitstrends in kaart. In deze figuur is de babysterfte dalende (te zien aan het groene vinkje) en nu 3,5 per 1.000. Ook het aantal complicaties in de vorm van opnames in de couveuse is dalende (nu 10%). De maternale sterfte en het % sectio's laten echter een stijgende trend zien. In combinatie met de relatief sterk stijgende kosten (zie de 7% stijging kosten bij complicaties moeder) is dit een belangrijke aanwijzing dat de waarde van de zorg in dit deel van de keten verminderd. Deze observatie kan aanknopingspunt vormen voor beleid vanuit VWS richting de beroepsgroep en/of verzekeraars.

## Invoering 'totaalplan' cruciaal

- Alhoewel de beschreven aanbevelingen (kantelen begroting, ontsluiten data en dashboard ) ongetwijfeld zullen leiden tot uitvoeringsaspecten, zijn we ervan overtuigd dat de combinatie van de beschreven maatregelen leiden tot een aanmerkelijk beter inzicht én grip op kostengroei in de zorg. Uit de beschreven analyse komt naar voren dat de drie beschreven aanbevelingen nauw met elkaar verweven zijn: zonder het kantelen van de begroting is een goede prognosticering welhaast onmogelijk. Hetzelfde geldt voor het dashboard: zonder stuurinformatie over de kostengroei is het kantelen van de begroting een riskante zaak. Daarom pleiten we ook voor een integrale aanpak via een 'totaalplan'.
- Het goede nieuws is dat we minder ver van grip op kosten in de zorg zijn dan soms lijkt. Uit ons onderzoek komt namelijk naar voren dat de benodigde data gewoon aanwezig zijn en dat het in feite gaat om een slimme ontsluiting van deze data in combinatie met strak projectmanagement om alle leveranciers van deze data mee te laten werken. Onze verwachting is dat het mogelijk is om in één jaar de benodigde informatie boven tafel te hebben. Dit zou inhouden dat de nieuwe werkwijze in begrotingsjaar 2014 toepasbaar is.
- De voorgestelde manier van kostengroeibeheersing leidt tot een competitie om een markt die op een rationeel tempo groeit, in plaats van de huidige situatie waarin aanbieders – deels gedwongen door de huidige prikkels - de markt kunstmatig hard kunnen laten groeien, met als gevolg – op termijn – onbetaalbare zorg, die de houdbaarheid van het stelsel onder druk zet. Tegelijkertijd wordt met de nieuwe aanpak kwaliteit van zorg gestimuleerd en kunnen beleidskeuzen verder gerationaliseerd worden. Immers, wanneer er inzicht is kosten/kwaliteit-verhouding van de verschillende zorgvragen is het voor beleidsmakers eenvoudiger om te investeren in dat wat voor de burger de meeste waarde genereert.



*cutting through complexity™*

# Bijlage: tabel CPB beleidsmaatregelen met direct effect

# Beleid met direct budgettair effect, CPB (1/2)

	Maatregelen	Curatieve zorg			GHM	OCZ	Langdurige zorg	
		ZH	HTP	GGZ			V&V	GEH
	Bedragen in miljoenen euro's							
		Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	Huisartsen, tandartsen en paramedici	Geestelijke gezondheidszorg	Genees- en hulpmiddelen	Overige curatieve zorg	Verpleging en verzorging	Gehandicaptenzorg
2001	handen aan het bed	170		100				
2002	wachtlijsten	114		52			170	172
	werkdrukmiddelen						141	16
	Van Rijn-gelden incl 2001	109	1	43	5	4	149	48
	extra wachtlijstmiddelen			10			60	187
2003	productie/wachtlijstmiddelen 2001/2002 (SA)	65		25			120	94
	ombuiging geneesmiddelen (SA)				-280			
	extra productie/wachtlijstmiddelen 2002						240	113
	besparingsverliezen geneesmiddelen				280			
	wachtlijstmiddelen voor 2003			83				
2004	convenant geneesmiddelen				-432			
	pakketverkleining (HA)		-515	-83	-130	-83		
	oploop AB/OB functionele bekostiging						130	70
2005	oploop AB/OB functionele bekostiging						130	70
2006	Aanpassing bekostiging huisartsen		200					
2006	oploop AB/OB functionele bekostiging						130	70

# Beleid met direct budgettair effect, CPB (2/2)

	Maatregelen	Curatieve zorg			GHM	OCZ	Langdurige zorg	
		ZH	HTP	GGZ			V&V	GEH
	Bedragen in miljoenen euro's							
		Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	Huisartsen, tandartsen en paramedici	Geestelijke gezondheidszorg	Genees- en hulpmiddelen	Overige curatieve zorg	Verpleging en verzorging	Gehandicaptenzorg
2007	Opleidingsfonds naar begroting	-636						
	Overheveling WMO						-1410	
	overheveling tbs			-147				
	dure geneesmiddelen	120						
	convenant geneesmiddelen				-128			
	oploop AB/OB functionele bekostiging						65	35
2008	enveloppe extra verpleegk./zorg						110	50
	schrappen OB			-10			-80	-50
	pakketuitbreiding		134		70			
	transitieakkoord + preferentiebeleid geneesmiddelen				-340			
	uurtarief Med spec	-175						
	afrekening specialisten	0						
	oploop AB/OB functionele bekostiging						65	35
	verandering financieringssysteem GGZ			400				
2009	extra preferentie opbrengsten				-290			
	receptregelvergoeding				160			
	tariefkorting huisartsen		-40					
	beperking vaccinatieprogramma					-115		
2010	afschaffing AB/OB						-465	-250
	tariefkortingen beroepsgroepen	-375	-60	-120				





cutting through complexity™

*Deze rapportage is opgesteld door KPMG Plexus, onderdeel van KPMG Advisory N.V., door de volgende personen: Daniël Waagmeester, David Ikkersheim, Julia de Borst, Livia Kalma, Kristel de Groot, Marc Berg en Wouter Bos*

*Dit rapport is uitsluitend bestemd voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met als doel inzicht te verkrijgen in de excess growth en voor geen ander doel. KPMG Advisory N.V., handelend onder de naam KPMG Plexus garandeert of verklaart niet dat de informatie in het rapport geschikt is voor de doelstellingen van anderen dan het Ministerie van VWS. Dit betekent dat ons rapport niet ter vervanging kan dienen van andere onderzoeken en procedures die anderen kan het Ministerie van VWS zouden kunnen (of moeten) instellen met als doel toereikende informatie te krijgen aangaan zaken die voor hen van belang zijn. KPMG Plexus aanvaardt jegens anderen dan het Ministerie van VWS geen aansprakelijkheid voor het rapport.*

*© 2012 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.*

[www.kpmgplexus.nl](http://www.kpmgplexus.nl)

[www.kpmg.nl](http://www.kpmg.nl)