

# **Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg**

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2008



# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>14</b>
1.1 Vooraf	14
1.2 Probleemstelling	15
1.3 Werkwijze en verantwoording	17
1.4 Leeswijzer	18
<b>2 Beoordelingskader</b>	<b>20</b>
2.1 Het begrip zorguitgaven	20
2.2 Criteria voor beoordeling van stijgende zorguitgaven	24
2.3 Wat is een houdbaar niveau van zorguitgaven?	28
2.4 Conclusies	30
<b>3 Analyse van problemen</b>	<b>32</b>
3.1 Nederland in Europees perspectief: in de middenmoot	32
3.2 De ontwikkeling van de uitgaven	36
3.3 De ontwikkeling van de uitgaven per sector	41
3.4 De beheersing van de zorguitgaven: het BKZ, 1995 - 2007	47
3.5 Solidariteitsoverdrachten	49
3.6 Professionele en mantelzorg	52
3.7 Conclusies	54
<b>4 Analyse van uitgavenrisico's</b>	<b>56</b>
4.1 Het afwentelen van de rekening	56
4.2 Risico's voor het uitgavenniveau in de curatieve zorg	60
4.3 Risico's voor het uitgavenniveau in de langdurende zorg	64
4.4 Conclusies	66
<b>5 Strategisch uitgavenbeheer</b>	<b>68</b>
5.1 Financieel risico	68
5.2 Productiviteit	75
5.3 Budgettaire spelregels	76
5.4 Conclusies	81
<b>6 Antwoorden en advies</b>	<b>83</b>
6.1 Antwoorden	83
6.2 Advies	85

## Bijlagen

1	Relevant gedeelte uit het Werkprogramma 2008	109
2	Adviesvoorbereiding	111
3	Ontwikkeling van de zorguitgaven ( <i>Berenschot: drs. P.J.G.M. de Bekker &amp; drs. A.J. Boendermaker</i> )	119
4	Vergroten risicodragendheid zorgverzekeraars: genezen is beter dan voorkomen ( <i>Marc Pomp, Economische Beleidsanalyse</i> )	153
5	Met inkoop is in de zorg nog veel te besparen ( <i>Intrakoop: E. Wijnhof</i> )	167
6	Lijst van afkortingen	173

# Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg

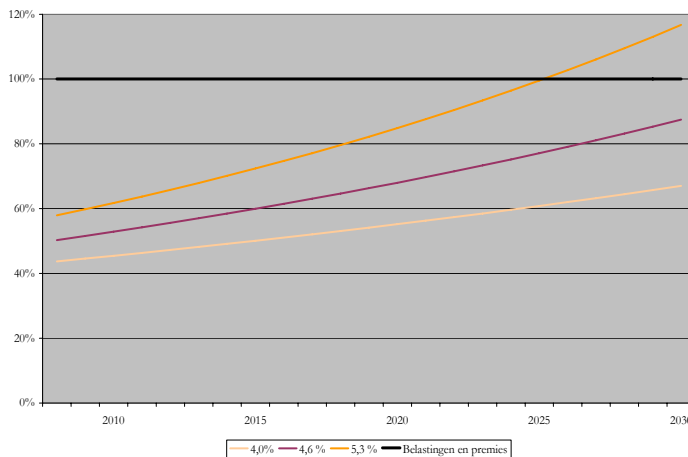
## Samenvatting

### Een verantwoord uitgavniveau voor de gezondheidszorg

We besteden per jaar tussen de 9,2 procent en 13,5 procent van ons bruto binnenlands product aan gezondheidszorg. Het juiste percentage hangt af van wat we tot de gezondheidszorg rekenen. Hoe dan ook: het is nogal veel voor een land met een relatief jonge bevolking, terwijl we met onze gezondheid niet zo goed voor de dag komen. Daar komt bij dat de gezondheidszorg een steeds groter beslag legt op de economische groei (op dit moment gaat twintig procent van de economische groei naar zorg) en op de groei van de belastingen en premies (bijna vijfendertig procent gaat naar de zorg). Dit zal de komende decennia nog veel meer worden (figuur 1). Omdat ook geld moet overblijven voor andere belangrijke uitgaven, moeten we het geld dat we aan gezondheidszorg uitgeven doelmatig besteden. Ook moeten we grenzen stellen aan wat we collectief willen bekostigen.

De zorguitgaven moeten verantwoord zijn

**Figuur 1** Hoeveel van de jaarlijkse groei van de collectieve inkomsten is nodig voor de zorg (drie ramingen)



Bron: RVZ

Wat is een verantwoord uitgavenniveau? Die vraag is niet eenduidig en precies te beantwoorden. We kunnen niet volstaan met een formeel antwoord als: de optelsom van het Budgettair Kader Zorg en de zorg die uit de begroting wordt gefinancierd. Dan plaatsen we wat verantwoord is op één lijn met wat politiek haalbaar is. We moeten met meer rekening houden zoals de maatschappelijke en economische draagkracht, een normaal niveau van zorg, voldoende gezondheidswinst en met internationale afspraken. Het gaat om wat houdbaar is op termijn.

Welk uitgavenniveau is verantwoord?

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) vindt een uitgavengroei van de gezondheidszorg van tweemaal de economische groei het maximaal haalbare. Daarmee blijft de groei net iets onder de middellange termijn raming van het CPB. Het is boven de historische trend, maar dat is noodzakelijk omdat de bevolking vergrijst; omdat de informele zorg op termijn onder druk komt te staan; omdat technologische vooruitgang vaak resulteert in extra uitgaven (maar ook in gezondheidswinst); en omdat de reële prijs van (delen van) de zorg stijgt door achterblijvende productiviteitsontwikkeling. Een nog hogere groei zou, zeker op langere termijn, volgens de Raad maatschappelijk niet verantwoord zijn. De ruimte voor andere bestedingsmogelijkheden – waaronder reële verbetering van de koopkracht – wordt dan te krap en de overheidsfinanciën lopen vast. Het is in ieders belang – zeker voor toekomstige zorgvragers die dan te maken krijgen met een veel soberder pakket en met veel hogere eigen betalingen – dat dit niet gebeurt.

Maximaal dubbel zo snel groeien als de economie

De overheid heeft de zorguitgaven jarenlang op een verantwoord niveau gehouden door de uitgaven te budgetteren en door het aanbod en de prijzen aan normen te binden. Nu de overheid de teugels laat vieren en zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte krijgen om met elkaar te concurreren moeten we op zoek naar andere methoden. De zorgverzekeraars en zorgaanbieders krijgen meer ruimte, maar moeten dan ook meer verantwoordelijkheid dragen voor de zorguitgaven. Het hieraan verbonden financiële risico kan dan niet bij de overheid blijven liggen, maar moet ook bij die partijen komen te liggen. Dit biedt nieuwe mogelijkheden om de uitgaven te beheersen. Hoe deze overgang moet worden gerealiseerd is het onderwerp van dit advies.

Hoe blijven we daaronder?

### Welke problemen vragen om een oplossing?

De uitgaven aan gezondheidszorg komen vrijwel ieder jaar hoger uit dan afgesproken in de regeer- en coalitieakkoorden van de meest recente kabinetten. Het verschil loopt in de regel op in de loop van een kabinetsperiode. De regering kan dit vaak onvoldoende bijsturen en de politiek heeft maar beperkt inzicht in de besteding van het geld voor de zorg. De methoden en instrumenten waarmee de regering de kosten in de hand kan houden, zijn dus voor verbetering vatbaar.

De ramingen worden voortdurend overschreden

Een indicatieve, maar volgens de Raad goed beredeneerde analyse van de uitgavenontwikkeling in de verschillende delen van de gezondheidszorg levert de volgende bevindingen op.

Dit zijn de knelpunten

1. In de op genezing gerichte zorg (ziekenhuizen en huisartsen) en in de ouderenzorg stijgen de productie en de uitgaven sneller dan mag worden verwacht op grond van ontwikkelingen in de samenstelling of gezondheid van de bevolking. Dat komt door nieuwe technologie, maar zeer zeker ook door de budgettaire spelregels, die de zorgaanbieders tot extra productie aanzet.
2. In de lichtere geestelijke gezondheidszorg is sprake van een grote verborgen vraag. Die komt aan het licht nu de toegang tot de zorg makkelijker is geworden en het taboe op dit type hulp verdwijnt.
3. Nederlanders gaan weinig naar de dokter, maar doen weer wel een groot beroep op ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. De prijs per eenheid product lijkt in vergelijking met andere landen bovendien aan de hoge kant. In de curatieve zorg komt dit onder meer door de hoge honoraria voor de medische beroepsgroepen; relatief veel zorg wordt in ons land binnen instellingen verleend.
4. De overheid houdt onvoldoende rekening met de stijging van de arbeidsproductiviteit die per sector mogelijk is. Dat leidt tot onnodige hoge prijzen en zorguitgaven.

De uitgaven aan gezondheidszorg concentreren zich bij een beperkte groep mensen en worden voor het grootste deel collectief betaald. Verplichte solidariteit speelt daarom een grote rol bij de financiering van de gezondheidszorg. Omdat de zorguitgaven stijgen zullen gezonde mensen steeds meer voor ongezonde mensen moeten betalen om het zorgstelsel in zijn huidige vorm te handhaven. De Raad heeft eerder betoogd dat dit niet vanzelfsprekend is<sup>1</sup>. Hij acht het ook daarom van be-

Ook de solidariteit komt onder druk ...

lang ook het uitgavenbeheer in de gezondheidszorg kritisch tegen het licht te houden.

Vrijwilligers en mantelzorgers verlenen veel informele zorg. De gezondheidszorg komt zonder deze extra hulp onder grote druk te staan. Het is dus niet vreemd dat de overheid haar best doet om het vrijwilligerswerk en de mantelzorg aantrekkelijk te houden. Om overbelasting van mantelzorgers te voorkomen heeft de overheid normen gesteld aan de hoeveelheid onbetaalde zorg die van naasten mag worden verwacht. Bij de indicatiestelling wordt deze 'gebruikelijke zorg' meegewogen. Houders van een persoonsgebonden budget kunnen er voor kiezen om familieleden of bekenden in te huren en een groot deel doet dat ook. Wanneer deze zorg via een persoonsgebonden budget wordt vergoed, levert dit een forse kostenpost op. Dit roept de vraag op of een dergelijke vergoeding voor de toekomst houdbaar is.

... en de mantelzorg wordt onbetaalbaar

### Hoe kunnen we het uitgavenniveau beïnvloeden?

Gezondheidszorg moet betaalbaar blijven. Om dat te realiseren is gekozen voor een stelsel dat zoveel mogelijk wordt uitgevoerd in een concurrerende omgeving, waarin zorgverleners en zorginstellingen reageren op de behoefte van patiënten en de vraag van zorgverzekeraars. Door het zorgstelsel op deze manier in te richten ontstaan veel kansen op verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Verzekeraars kunnen hieraan bijdragen door alleen kwalitatief goede en doelmatige zorg voor hun verzekerden in te kopen. Concrete kansen op besparingen doen zich bovendien voor bij een betere aanpak van bepaalde chronische aandoeningen (bijvoorbeeld beroerte en COPD).<sup>2</sup>

Doelmatigheid verbeteren in een concurrerende omgeving

Zorgverzekeraars moeten de vrijheid krijgen om kwaliteit en doelmatigheid te stimuleren, maar moeten dan ook een groter financieel risico gaan dragen. Dit pleit ervoor de belangrijkste regeling die dat in de weg staat - de ex-post verevening - versneld af te bouwen. Bij de vormgeving van het verplichte eigen risico in de basisverzekering is doelmatigheid belangrijker dan het afremmen van de vraag, zo dit hiervoor al een geschikt instrument is. De Raad ondersteunt dan ook de beleidslijn dat verzekeraars het eigen risico mogen kwijtschelden als de verzekerde zich laat sturen naar een doelmatiger vorm van zorg of aanbieder.

Risico prikkelt verzekeraars tot selectieve inkoop

In het nieuwe zorgstelsel heeft de centrale overheid een beperkte, maar stevige rol. Zij is terughoudend met ingrijpen in

Overheid houdt toezicht en stelt grenzen



de uitkomsten van de zorgmarkt. Zij is stevig en duidelijk als het gaat om de toewijzing van financiële middelen, het vaststellen van het verzekerde pakket en het bepalen van het niveau van de solidariteit. De overheid is verantwoordelijk voor een robuust instrumentarium en voor het toezicht op het stelsel. De Raad denkt bijvoorbeeld aan: een eenvoudige financiering, duidelijke prestatie-indicatoren, een deugdelijk vangnet voor als het mis gaat, prikkels voor concurrentie (in de basisverzekering) en voor doelmatige aanbesteding door het lokale bestuur (in de Wmo). De overheid is ook aan zet bij de invoering van een aantal preventieve strategieën die als bijzonder kosteneffectief en soms zelfs kostenbesparend uit de literatuur naar voren komen zoals de inzet van accijnzen om gezond gedrag te bevorderen<sup>3</sup>.

Het is meestal niet aantrekkelijk om de kosten van een te snelle groei van de zorguitgaven af te wentelen op burgers en zorggebruikers. Door bijvoorbeeld bepaalde behandelingen niet meer te vergoeden of door de eigen betalingen te verhogen wordt het probleem niet opgelost, maar verschoven. Zorg die niet of onvoldoende kosteneffectief is vormt een uitzondering op deze regel<sup>4</sup>. In de langdurige zorg, waar dergelijke normen moeilijker zijn toe te passen, kunnen co-financiering en remgelden een grotere rol spelen. De Raad denkt bijvoorbeeld aan de woonkosten in de ouderenzorg, die iedereen in principe voor eigen rekening moet nemen. Verder aan sommige lichte vormen van geestelijke gezondheidszorg, zoals relatie-therapieën.

Kosten voorkomen, niet afwentelen

De ruime mogelijkheden die zorgverleners en zorgverzekeraars hebben om de financiële gevolgen van hun handelen op de belasting- en premiebetalers af te wentelen, moeten worden ingeperkt. Het beste aangrijpingspunt hiervoor is het financiële risico dat deze partijen op hun handelen lopen. Dit risico is niet in balans met hun verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheid. Als zij meer risico lopen, gaan zij doelmatiger handelen. Hiermee zijn goede resultaten geboekt in de Wmo, bij de geneesmiddelen van de apotheek (preferentiebeleid) en door individuele houders van een persoonsgebonden budget (onderuitputting).

Meer evenwicht tussen verantwoordelijkheden, risico's ...

Meer verantwoordelijkheid en meer risico dragen zijn twee kanten van dezelfde medaille. Partijen moeten vooral die risico's gaan dragen die zij kunnen beheersen. De Raad meent dat dit een aanzienlijk deel van de te verwachten groei van het overig volume en in mindere mate ook van de achterblijvende

... en bevoegdheden

arbeidsproductiviteit betreft. Voor verzekeraars betekent dit dat zij meer risico moeten lopen op de door hun afgesloten contracten. Risico's waar betrokkenen weinig aan kunnen doen, moeten juist worden verminderd. Andersom: degene die het risico draagt moet ook de instrumenten hebben om ze te beperken. Deze instrumenten hoeven niet altijd een financieel karakter te hebben.

### Wat adviseert de RVZ?

#### Meer risico voor verzekeraars en aanbieders

- a. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten meer risico lopen. Dit moet snel worden gerealiseerd, zeker als de overheid verder wil op de weg van gereguleerde concurrentie. Vergroten van het beïnvloedbare risico is de beste methode om de uitgaven in de hand te houden in een stelsel met gereguleerde. Schaf daarom de ex-post risico-verevening voor zorgverzekeraars zo snel mogelijk af en vergroot het financiële risico in de langdurige zorg. Ontwikkel binnen het gereguleerde deel van de zorg een nieuw bekostigingssysteem. Bij het recht op zorg past het best een bekostiging op basis van prestaties. Nadeel van een vaste vergoeding per prestatie is dat een snelle productiegroei automatisch gaat leiden tot een te hoge vergoeding voor de vaste kosten. De Raad beveelt aan om de NZa te laten onderzoeken of en hoe een systeem van ex ante degressieve tarieven voor de gereguleerde zorg kan worden ingevoerd. Schaf ex-post verevening af
- b. Geef verzekeraars meer mogelijkheden om hun risico's te beïnvloeden. De Raad denkt daarbij aan meer mogelijkheden rondom collectief verzekeren. Verzekeraars moeten meer vrijheid krijgen voor selectieve zorginkoop, bijvoorbeeld aanneemsommen<sup>5</sup> voor een geïntegreerde eerste lijn, maar ook in de tweede lijn moet dat een reële optie zijn. Verzekeraars moeten ook meer mogelijkheden krijgen om ook in het gereguleerde deel goede kwaliteit te belonen en slechte kwaliteit te straffen. Geef verzekeraars meer speelruimte ...
- c. Aanbieders zijn er de afgelopen jaren in geslaagd om hun financiële positie jaren behoorlijk te verbeteren. Dit is ook nodig om de toenemende risico's het hoofd te bieden. Dit is niet gebeurd bij veel zorgverzekeraars: ook zij zullen om die reden hun financiële posities moeten verbeteren. Dit kan tot tijdelijk hogere premies leiden. Herverzekering vormt een alternatief. Het is immers in het ... en meer financiële armslag

belang van een ieder dat de goed functionerende kleinere verzekeraars bestaansrecht houden.

#### Hogere arbeidsproductiviteit

- a. De (arbeids)productiviteit van de zorgsector moet omhoog. Dit is nodig om de verwachte schaarste op de arbeidsmarkt op te vangen. Die schaarste is, zeker op de lange termijn, een belangrijke oorzaak van stijgende uitgaven. Houd daarom bij de verdeling van de budgettaire ruimte rekening met structurele verschillen in de mogelijkheid tot productiviteitsverbetering: de uitgaven voor de ouderenzorg, waar minder productiviteitswinst te realiseren is, mogen sneller groeien dan de uitgaven voor de ziekenhuiszorg. Stimuleer de arbeidsproductiviteit per sector
- b. De honorering van de medische beroepsgroepen is internationaal gezien hoog. Dit is het gevolg van een langdurig krap aanbod. De Raad vindt dat het aanbod moet worden verruimd door het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden. Dit kan worden bekostigd door de productiviteitswinst die door taakherschikking ontstaat af te romen. Verder moeten de normuren in de DBC's jaarlijks worden aangepast aan de productiviteitsontwikkeling. Daar waar (op termijn) voldoende aanbod is kan worden geëxperimenteerd met een vrij uurtarief. Leid meer professionals op

#### Meer zelf betalen

- a. Bij ongewijzigd beleid nemen de collectieve uitgaven aan ouderenzorg sterk toe. De Raad bepleit een gedeeltelijke decollectivering van de ouderenzorg. Alleen de (dure) zorgcomponenten, zoals opname in een verpleeghuis, wordt uiteindelijk betaald uit de verplichte verzekering. Mensen mogen zelf kiezen hoe ze vorm geven aan hun verlangens rondom wonen en dienstverlening. De overheid garandeert algemene toegang tot de huidige standaarden van deze voorzieningen. De Raad vindt een geleidelijke overgang wenselijk. Hierdoor kan een deel van de toekomstige inkomensgroei van ouderen worden gebruikt voor de bekostiging van hun zorgvraag. Zo wordt bovendien voorkomen dat het besteedbare inkomen van ouderen daalt. De Raad is er voorstander van dat de ouderenzorg door risicodragende zorgverzekeraars uitgevoerd wordt, die hiervoor normuitkeringen ontvangen. Een dergelijke uitvoering bevordert de doelmatigheid, onder andere omdat het bestaande financiële schot tussen op genezing gerichte Laat mensen zelf betalen voor services en luxe ...

zorg en ouderenzorg wordt opgeheven. Ouderen met een geldig indicatiebesluit krijgen een wettelijk recht om een PGB voor verblijf te ontvangen. Zij krijgen daarvoor meer zeggenschap over de zorgverlening.

- b. De snelle groei van ‘lichte’ en moeilijk te verifiëren problematiek in de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg moet worden afgeremd met behulp van meer eigen betalingen, bijvoorbeeld voor relatietherapieën. Verzekeraars lopen nu geen enkel financieel risico op dit type zorg. Dat percentage moet snel omhoog ... en ook voor hulp bij levensproblemen

#### **Andere budgettaire spelregels**

De ‘beleidsarme’ groei ruimte – het overgrote deel van de groei van de zorguitgaven – moet beter worden afgestemd op de politiek-bestuurlijke doelstellingen van het zorgbeleid. Wordt voorrang gegeven aan meer productie (wachlijsten) of aan nieuwe dure geneesmiddelen, aan preventie of genezing, aan gehandicaptenzorg of ziekenhuiszorg? Maak duidelijk waarvoor het overig volume bestemd is en wat per sector de doelstellingen zijn. Zo mogelijk moet een reserve worden ingebouwd voor tegenvallers tijdens de looptijd van het regeerakkoord. Vul de groei ruimte zelf in

Bestraf hogere uitgaven dan door het budgettair kader zijn toegestaan niet met willekeurig opgelegde productiviteitskortingen of kaasschaafbezuinigingen. Deze tasten vooral de geloofwaardigheid van de overheid aan. In plaats daarvan is meer sturing aan de voorkant, bij het vaststellen van het macrobudget, wenselijk. De ‘politiek’ moet voorkomen dat bestaande maar ongewenste ontwikkelingen automatisch door kunnen gaan. Dit betekent dat de kwaliteit van de huidige sectorramingen fors omhoog moet en dat hierin een onderscheid tussen onontkoombare uitgaven en ‘beleidsrijke’ groei wordt gemaakt. Stuur aan de voorkant, niet aan de achterkant

#### **Wat levert dit advies globaal op?**

De Raad is van mening dat de doelmatigheid in de zorg aanzienlijk kan worden verbeterd. De aanbevelingen passen bij de hervorming van het zorgstelsel, en komen erop neer dat financiële risico’s in grotere mate worden neergelegd bij partijen die de uitgaven kunnen beïnvloeden. De dynamiek in de sector zal hierdoor sterk toenemen. Langs allerlei kanalen kan de doelmatigheid nog toenemen: door binnen instellingen efficiënter te werken, door doelmatiger in te kopen, door taken van de tweede naar de eerste lijn over te hevelen, door preventie (bevorderen therapietrouw en tegengaan Meer doelmatigheid en dynamiek in de zorgsector

overgewicht), door doelmatiger voor te schrijven, door onnodige zorgconsumptie tegen te gaan, door slimmer gebruik te maken van ICT en nog veel meer.

Wat dit precies aan geld oplevert is moeilijk te voorspellen. Maar het is realistisch om te veronderstellen dat deze maatregelen bij elkaar op termijn een behoorlijke productiviteitswinst mogelijk maken. De achterblijvende productiviteitsontwikkeling wordt dan gedeeltelijk ingelopen, iets dat met het oog op de tekorten op de arbeidsmarkt ook noodzakelijk is. De ervaringen met de Wmo en de farmaceutische zorg (het preferentiebeleid) sterken de Raad in deze overtuiging. In het begin kan de winst aan doelmatigheid worden besteed aan versterking van de vermogensposities van de instellingen, een noodzakelijke investering in het nieuwe zorgstelsel. Ook verdient aanbeveling een deel van deze doelmatigheidswinst te besteden aan innovatie en vernieuwing. Na enkele jaren moet het zeker mogelijk zijn per jaar 0,5 procent doelmatiger te werken.

Zeker 0,5% doelmatigheids-  
winst per jaar

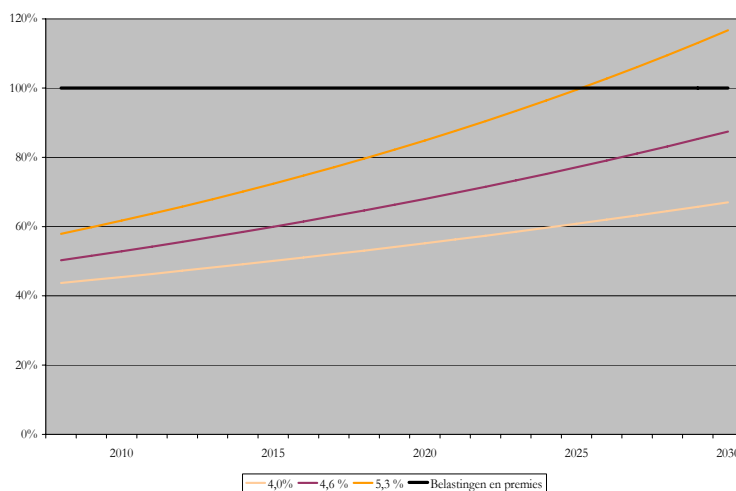
# 1 Inleiding

## 1.1 Vooraf

Dit advies gaat over de (collectieve) uitgaven aan zorg, het geld dat wij verplicht met elkaar opbrengen en bestemmen om mensen te verzorgen en weer gezond te maken. Die uitgaven zijn hoog, afhankelijk van de gekozen omschrijving tussen de 9,2 procent en 13,5 procent van ons bruto nationaal product. De zorguitgaven zijn niet alleen hoog: ze stijgen ook snel, aanzienlijk sneller dan de groei van onze inkomens en die van de overheid (figuur 1.1). De oorzaken: vergrijzing, ruimere indicaties, het manifest worden van latente vraag, dure nieuwe technologieën en geneesmiddelen, medicalisering en een relatief trage groei van de arbeidsproductiviteit.

De zorguitgaven stijgen sneller dan de inkomens

**Figuur 1.1** Hoeveel van de jaarlijkse groei van de collectieve inkomsten is nodig voor de zorg (drie ramingen)



Bron: RVZ

De zorg kost ons niet alleen steeds meer, daar staan ook opbrengsten tegenover in termen van meer gezondheidswinst. Het feit dat we met zijn allen steeds ouder worden, ons leven meer gezonde jaren telt, hangt deels – maar zeker niet geheel – samen met de uitgaven aan gezondheidszorg. De geboekte gezondheidswinst is behoorlijk, maar moet steeds worden

We betalen teveel voor wat we krijgen

afgewogen tegen de prijs die we ervoor moeten betalen. We mogen verwachten dat de zorg die we collectief bekostigen doelmatig is. Dat we geen professionele tarieven betalen voor zaken waarvan we het normaal vinden dat die 'gratis' door familie en vrijwilligers wordt gedaan. En we willen dat de uitgaven voor zorg in verhouding staan tot andere zaken die voor rekening van het collectief komen.

## 1.2 Probleemstelling

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) kiest voor gereguleerde concurrentie als ordeningsmodel voor de zorg. Maar hoe werkt het uitgavenbeheer in dit nieuwe stelsel? De overgang van de huidige aanbodbudgettering naar dit nieuwe model van gereguleerde concurrentie verloopt niet zonder problemen. Er bestaat onzekerheid over de financiële gevolgen van het loslaten van de aanbodbudgettering en de belangen van overheid en sector lopen uiteen.

Nieuw stelsel: budgettering loslaten

De kracht van budgettering is dat deze sterk preventief kan werken op financiële overschrijdingen, een belangrijk voordeel voor de overheid. Er zijn nog meer voordelen. De onzekerheid over het beschikbare geld wordt bij alle partijen gereduceerd. En: doordat er vaak weinig verband is tussen het beschikbare budget en de prestaties, hebben instellingen relatief veel bestedingsvrijheid. Dit systeem is sinds begin van de jaren tachtig leidend. Door de vele doelmatigheidskortingen is het voordeel voor de instellingen – de bestedingsvrijheid - in de loop der jaren steeds meer afgekald. Het systeem liet zijn beperkingen zien aan het einde van de jaren negentig. De productiviteit zakte in door een gebrek aan prikkels voor productie (de specialistenbudgettering) en door het beleid van meer handen aan het bed.

Maar budgettering heeft ook voordelen

De overheid is echter huiverig om de budgettering los te laten: in de beginjaren van deze eeuw is gebleken dat daardoor de productie fors kan stijgen. Het lijkt erop dat deze forse groei mede het gevolg is geweest van een verandering van de budgettaire spelregels ('boter-bij-de-vis'), ruimere indicaties en latente vraag die zich aandient. De sector redeneert dat afschaffing van de budgettering een voorwaarde is voor meer concurrentie en doelmatigheid. Zij stelt dat overschrijdingen maar moeten worden gecompenseerd met hogere eigen bijdragen, een kleiner pakket of een hogere premie. Drie zaken vallen daarbij op:

Die voordelen ga je missen

1. Dit soort beleidsstrategieën is niet nieuw, ze worden al sinds jaar en dag besproken, slechts af en toe toegepast en zijn niet specifiek voor een systeem van gereguleerde concurrentie.
2. Deze beleidsstrategieën focussen op meer bijdragen van patiënten en burgers, terwijl sector en beroepsbeoefenaars buiten schot blijven.
3. De beleidsstrategieën zijn alle reactief, er gaat weinig preventieve werking van uit, de veroorzakers van de uitgavenstijgingen hoeven hun gedrag niet aan te passen.

De Raad denkt dat een verantwoorde strategie voor het uitgavenbeheer in een stelsel van gereguleerde concurrentie verder reikt dan pakketmaatregelen en de verhoging van eigen betalingen. De transitie van budgettering naar gereguleerde concurrentie is ook gebaat bij een nieuw preventiemechanisme voor onnodige uitgaven. Concreet: meer verantwoordelijkheid moet gepaard gaan met meer financieel risico. De huidige kredietcrisis maakt immers duidelijk wat de gevolgen kunnen zijn van het opportunistisch afwentelen van risico op de volgende partij in de keten (box 1.1).

Wat komt er voor in de plaats?

#### **Box 1.1 De kredietcrisis en het afwentelen van risico**

De huidige kredietcrisis is de aanleiding tot een hernieuwde discussie over de wenselijkheid van marktwerking in die sectoren waar evident publieke belangen in het geding zijn. Daarnaast gaat het over governance, vooral over de prikkels voor agressieve winstmaximalisatie op de korte termijn. Beide thema's spelen ook in de gezondheidszorg.

Het onderliggende probleem van de kredietcrisis is echter dat risico te goedkoop is geworden. Anders gezegd: klanten betalen te weinig voor krediet en banken vonden dat geen probleem omdat ze het risico met winst doorverkochten. Bovendien vertrouwde men erop dat de centrale banken eventueel bijsprongen met renteverlagingen en goedkoop krediet. Het gevolg van dit alles: uiteindelijk betaalt de belastingbetaler de prijs voor het afwentelen van financiële risico's.

Uitgavenbeheer in de zorg betekent ook goed risicomanagement. Mensen moeten worden beschermd tegen onbeïnvloedbare risico's, maar risicodragendheid is ook een voorwaarde voor een doelmatige omgang met de beïnvloedbare risico's. Meer verantwoordelijkheid en meer risicodragerschap zijn twee kanten van dezelfde medaille.



Dit advies is een analyse van een strategie voor het uitgavenbeheer in een marktgericht stelsel. De Raad biedt de minister een bestuurlijk en instrumenteel kader voor het uitgavenbeheer. De overheid is de primaire geadresseerde. Hoe te handelen om ook op termijn voor patiënten en verzekerden verantwoorde en betaalbare zorg te bieden hangt af van de antwoorden op de volgende vragen:

Dit advies geeft antwoord

1. Hoe beoordelen we de (stijging) van de zorguitgaven? Welke criteria worden gehanteerd?
2. Wat zijn de redenen voor de stijging van de zorguitgaven? Hoe beoordelen we deze ontwikkeling?
3. Hoe werken de bestuurlijke en instrumentele mechanismen rondom het uitgavenbeheer? Hoe lossen we de belangrijkste knelpunten daarbij op?
4. Hoe combineren we gereguleerde concurrentie met een gematigde uitgavenontwikkeling?

Het uitgavenbeheer hangt samen met de visie op de vormgeving van het zorgstelsel. Over zijn visie op het zorgstelsel zegt de Raad dat hij voorstander is van een brede basisverzekering die zoveel mogelijk uitgevoerd wordt in een omgeving van gereguleerde concurrentie. De AWBZ kan grotendeels worden opgeheven. Dit kan door herverkaveling naar de ZVW (verpleging, verzorging en begeleiding gericht op zorg) en de Wmo (verblijf, vervoer en begeleiding en verzorging gericht op participatie). Selectieve zorginkoop door verzekeraars of gemeenten staat centraal. De overheid voert flankerend beleid gericht op financiële prikkels, transparantie van kwaliteit, nieuwe toetreders en – heel belangrijk – zo veel mogelijk eenvoud in de bekostiging

De sturingsfilosofie van het stelsel is richtinggevend ...

Drie factoren zijn van belang bij uitgavenbeheer: 1.) de bestuurlijke ordening en de aansluiting op het budgettaire instrumentarium; 2.) de rol van eigen betalingen, en 3.) het pakket. Over die laatste factor heeft de Raad recent geadviseerd. Om deze reden gaat dit advies dan ook niet meer specifiek op deze problematiek in.

... voor de keuze van het instrumentarium

### 1.3 Werkwijze en verantwoording

De Raad heeft dankbaar gebruik gemaakt van de kennis van een inhoudelijke commissie met deskundigen uit de wereld van beleid en bestuur, gezondheidszorg en wetenschap die conceptteksten heeft becommentarieerd. Deze commissie heeft

Commissie van deskundigen

vijf keer vergaderd. Een technische commissie is vier keer bij elkaar geweest voor het bespreken en toetsen van de gebruikte kwantitatieve gegevens. Berenschot heeft de resultaten daarvan in een rapport verwerkt (bijlage 3). De Raad is verantwoordelijk voor het eindresultaat. Individuele commissieleden hoeven het niet noodzakelijkerwijs met alle aanbevelingen eens te zijn.

Het secretariaat heeft aparte notities verzorgd met de uitgavenontwikkelingen bij de farmacie, de medisch specialisten, de huisartsen, de geïntegreerde eerste lijn, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Deze zijn als een gebundelde webpublicatie van [www.rvz.net](http://www.rvz.net) te downloaden. Tot slot is op het secretariaat een rapport opgesteld over de omgang van ziekenhuizen met financiële druk. Deze is eveneens te downloaden van de website van de Raad. Bijlage 4 bevat een analyse hoe de risicodragendheid van zorgverzekeraars kan worden vergroot. Intrakoop becijferde op verzoek van de Raad de besparingsmogelijkheden van verdere professionalisering van de inkoopfunctie (bijlage 5).

Notities

De Raad heeft PricewaterhouseCoopers gevraagd de (financiële) risico's in de zorgsector en in het instrumentarium van het uitgavenbeheer te inventariseren. Marc Pomp bespreekt de financiële gevolgen van gedeeltelijke privatisering van de ouderenzorg. De Raad publiceert deze beide studies in een aparte bundel die tegelijkertijd verschijnt met dit advies. Het RIVM heeft in opdracht van de Raad geïnventariseerd welke mogelijkheden preventie en coördinatie bieden om doelmatiger met de beschikbare middelen om te gaan. Nyfer beziet in een onderzoeksessay de financiering van de zorg en de invloed die daarvan op de uitgaven uitgaat. Beide rapporten verschijnen als webpublicatie op [www.rvz.net](http://www.rvz.net).

Achtergrondstudies

De Raad heeft - bilateraal of in debatvorm - met een groot aantal deskundigen en stakeholders gesproken. Er is gretig en dankbaar van deze commentaren gebruik gemaakt. De namen van de betrokkenen treft u aan in bijlage 2.

Overleg

#### 1.4 Leeswijzer

Dit advies is als volgt opgebouwd. Het beoordelingskader voor de zorguitgaven staat in hoofdstuk 2. Dit hoofdstuk begint met de visie van de Raad op de ontwikkeling van het zorgstelsel. We bespreken vervolgens het conceptuele kader rondom het begrip zorguitgaven. Hierna presenteren we de criteria

Hoofdstuk 2: uitgangspunten en criteria

over hoe we de uitgavengroei kunnen wegen: economisch, politiek en professioneel. Dit mondt uit in de visie van de Raad op wat nu precies een houdbaar uitgavenniveau is voor onze gezondheidszorg.

Het derde hoofdstuk bevat een feitelijke verkenning van de belangrijkste trends in de zorguitgaven. Waarin scoort de Nederlandse gezondheidszorg goed, maar vooral: wat gaat er minder en wat kunnen we nog verbeteren? Wij bespreken: de internationale positie van ons land, de besteding van de middelen vanuit macroperspectief, vanuit sectorperspectief, vanuit het perspectief van beheersing volgens de budgettaire kaders, vanuit het perspectief van solidariteitsoverdrachten en vanuit de positie van professionals en mantelzorgers.

Hoofdstuk 3: beoordeling uitgavenontwikkeling

Het vierde hoofdstuk trekt de belangrijkste lessen uit de werking van het huidige beheersingsmechanisme. Hoe kunnen wij voorkomen dat de stijgende uitgaven ‘automatisch’ op het collectief worden afgewenteld? De Raad werkt dit uit voor de curatieve en voor de langdurige zorg en illustreert de problematiek aan de hand van een aantal deelsectoren.

Hoofdstuk 4: beoordeling bestaande beheersingsmechanismen

Hoofdstuk vijf vormt de synthese van de analyses uit de voorgaande hoofdstukken. De Raad brengt deze bij elkaar en verantwoordt de keuzen die hij daarbij maakt. Het zwaartepunt ligt bij meer financieel risico, meer arbeidsproductiviteit, betere ex-ante allocatie van de middelen via de budgettaire procedures, meer private middelen voor de ouderenzorg en hogere eigen betalingen voor een deel van de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

Hoofdstuk 5: uitwerking van een nieuw alternatief

Het afsluitende hoofdstuk vormt het eigenlijke advies. De Raad geeft antwoord op de gestelde vragen en stelt een aantal maatregelen voor.

Hoofdstuk 6: het advies van de RVZ

## 2 Beoordelingskader

### 2.1 Het begrip zorguitgaven

#### Definities van zorguitgaven

Dit advies gaat over die zorguitgaven waarvan de betaalbaarheid en doelmatigheid, de toegang en de kwaliteit (deels) door de overheid worden gewaarborgd. Het betreft het overgrote deel van de zorguitgaven, maar de betrokkenheid van de overheid kan van sector tot sector aanzienlijk verschillen<sup>6</sup>.

Het gaat om het collectieve deel van de zorguitgaven ...

Er bestaat geen eenduidige meting van de zorguitgaven. Er zijn vier belangrijke operationalisaties: die van het CBS, het CPB, de OECD en die van het kabinet (BKZ). Noodgedwongen gebruikt de Raad alle definities. Zo is de OECD-definitie nodig voor een internationale vergelijking, de CBS-definitie voor de beschrijving van de kosten van ziekten, de CPB-definitie voor de ramingen en de grootte van de zorgsector in de totale economie en de BKZ-definitie voor de omvang van de collectieve zorguitgaven en het budgettaire beleid (tabel 2.1). Bijlage 2 bevat een uitgebreide inventarisatie van de verschillende definities.

... volgens verschillende definities

**Tabel 2.1 Definities van de uitgaven aan zorg, 2007 (€ mrd.)<sup>7</sup>**

	CBS	CPB	Bruto BKZ	Netto BKZ	OECD
Verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg	14,1	14,1	13,8	18,1	7,0
Gehandicaptenzorg	6,8	6,8	5,9		0,8
Ziekenhuizen en medisch specialisten	18,3	18,3	17,0	29,3	17,0
Huis- en tandartsen, paramedici, genees- en hulpmiddelen en ggz	19,3	19,3	14,3		18,2
GGD-en, arbodiensten en kinderopvang	5,2				1,5
Beleid, beheer	2,5	2,5	0,2	0,2	2,5
Overig	7,9	4,9			3,3
Uitgaven 2007	74,1	65,9	51,3	47,6	50,3

Bron: CBS en VWS

### Uitgaven: prijs en volume

Tabel 2.2 bevat een weergave van de geraamde uitgavengroei van het netto-BKZ in de huidige kabinetsperiode. Eerst het prijsdeel. Dat bevat de algemene inflatie (1) en – daarbovenop – een opslag voor zorgspecifieke inflatie (2). Het gaat bij deze zorgspecifieke inflatie om grote bedragen, die politiek nauwelijks ter discussie staan. De legitimatie ligt in de hoge arbeidsintensiteit van het ‘zorgen’ en in de veronderstelling dat de productiviteitsverbetering door de inzet van nieuwe technologieën en logistieke optimalisaties beperkt van omvang zijn<sup>8</sup>. Dit staat bekend als het Baumol-effect (2a in tabel 2.2)<sup>9</sup>. Hiernaast zijn er middelen nodig voor de overige groei van de reële arbeidskosten, zoals de periodieke loonstijgingen (2b). Het CPB schat dit voor het netto-BKZ in op 1,4 procent extra zorguitgaven per jaar (2008 – 2011). De technische term hiervoor is het zogenaamde ruilvoetverlies.

Extra prijsstijging door Baumol-effect

**Tabel 2.2 Geraamde jaarlijkse uitgavengroei 2008 – 2010: netto-BKZ<sup>10</sup>**

				%	€ mln.
Beleidsarm deel	Algemene inflatie	Inflatie BBP	(1)	1,8	4.100
		Prijs reëel	Lage arbeidsproductiviteit	(2a)	1,1
	Overige reële arbeidskosten		(2b)	0,3	600
	Volume reëel	Bevolkingsgroei	(3a)	0,2	400
		Samenstelling bevolking	(3b)	0,7	1.400
		Overige volumegroei	(3c)	2,3	5.000
Beleidsrijk deel		Nieuw beleid vanaf RA	(4a)	0,4	750
		Bezuinigingen vanaf RA	(4b)	-0,8	-1.700
Totaal				6,0	12.850

Bron: CPB

De volumegroei is de veronderstelde groei van de hoeveelheid zorg (3). Deze bestaat uit de noodzakelijke groei als gevolg van demografische ontwikkelingen<sup>11</sup> en uit de overige volumegroei. Demografie heeft betrekking op de groei van de bevolking (3a) en op veranderingen in de leeftijdsopbouw (3b). Dit laatste

Demografie heeft beperkt effect op volume

staat niet gelijk aan de financiële gevolgen van de vergrijzing. Deze bestaat namelijk niet zozeer uit het grotere aantal ouderen, maar vooral uit hun groeiende zorgvraag. De verwachting is dat de toekomstige ouderen een beroep zullen doen op andere en duurdere zorg. Het effect van het overige volume (3c) is daarbij het belangrijkste. Dit bestaat bijvoorbeeld uit de effecten van vraagsturing, voor zover duurder, en omdat we de kwaliteit van de woonvoorzieningen en services willen laten meegroeien met de algemene welvaartsstijging. Het overige volume vormt de belangrijkste determinant achter de door economen gemeten positieve inkomenssolidariteit: het verschijnsel dat de zorguitgaven op geaggregeerd niveau sneller stijgen dan de groei van de economie<sup>12</sup>.

Deze overige volumegroei is een moeilijk grijpbare restcategorie. In principe kan het hier gaan om de volgende bestanddelen:

Het 'overig volume' is veel belangrijker

1. Meer personen krijgen zorg (buiten de groei die op basis van de demografische ontwikkeling te verwachten was); het gaat dan om epidemiologische factoren, betere diagnostiek, latente vraag, indicatieverruiming of aanbodgeïnduceerde vraag.
2. De personen die zorg krijgen, ontvangen meer zorg; ook hier kan het gaan om epidemiologische factoren, betere diagnostiek, latente vraag, indicatieverruiming of wederom aanbodgeïnduceerde zorg.
3. De zorg is van betere kwaliteit of meer gestuurd door de vraag (betere woonvormen, betere technologie, meer services, meer handen aan het bed, beter gekwalificeerd personeel).

Het is deze weinig specifieke en moeilijk te operationaliseren groei van het overige volume groei die, samen met de achterblijvende arbeidsproductiviteitsontwikkeling, verantwoordelijk is voor bijna negentig procent van de reële uitgavenstijgingen.

Al deze uitgaven staan te boek als 'beleidsarm'. Dit zijn de uitgaven zijn die – terecht of onterecht - als autonoom en onontkoombaar worden gezien. De coalitiepartijen spreken hiernaast vrijwel altijd nieuw beleid af, het 'beleidsrijke' deel (4). Het Regeerakkoord van het huidige kabinet spreekt van uitbreiding van het pakket (pil, kraamhulp en tandartscontrole)<sup>13</sup> en van meer geld voor de verpleeghuizen. Hier staan een aantal bezuinigingen tegenover. Tijdens de kabinetsperiode komt hier vervolgens het effect bij van het accepteren van

Uitgaven aan overig volume beter beheren

eventuele mee- en tegenvallers en van andere beleidsveranderingen die bij het begin van de kabinetsperiode nog niet voorzien waren<sup>14</sup>.

Tabel 2.2 maakt duidelijk dat de ‘beleidsrijke’ uitgavengroei relatief erg gering is en dat de bulk van de uitgavengroei bestaat uit ‘beleidsarme’ ruilvoeteffecten en groei van het overige volume. Daarop dient het uitgavenbeheer zich dus te richten.

### **Uitgaven: technologie**

Nieuwe technologieën leiden normaliter tot lagere prijzen. Computers kunnen steeds meer en worden toch goedkoper; de prijs van financiële transacties daalt; de prijs van mobiliteit daalt door gebruik van techniek etc. Zo niet in de gezondheidszorg. Economen denken dat nieuwe technologieën een belangrijke reden voor de groeiende uitgaven zijn<sup>15</sup>. Nieuwe technologieën stuwen via indicatieverruiming de productie op. Oudere maar ook jongere patiënten komen eerder voor behandeling in aanmerking<sup>16</sup>. Cutler stelt: ‘many medical innovations appear to reduce unit costs and increase total costs’<sup>17</sup>.  
Technologische innovaties leiden tot extra productie ...

Bovendien: efficiencywinst door technologie kan leiden tot een inkomensverlies voor bepaalde zorgaanbieders, die dit tegengaan met extra productie. Mede hierom treedt weinig substitutie op tussen nieuwe en bestaande technologieën<sup>18</sup>. Dit is een probleem want onderzoek maakt duidelijk dat juist kapitaalintensivering en intensiever gebruik van ingekochte medische middelen en van geneesmiddelen de belangrijkste determinanten zijn van een structurele verbetering van de arbeidsproductiviteit<sup>19</sup>.  
... en hogere uitgaven

Sommigen delen van de zorg hebben door nieuwe technologieën beduidend minder last van het Baumol-effect dan anderen. Er bestaan immers behoorlijke verschillen in de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit – bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen. Instellingen en beroepsbeoefenaren met een bovengemiddelde productiviteitsstijging, zien dit terug in extra budgettaire ruimte of in extra inkomen (beroepsbeoefenaren). Conclusie: onderliggende verschillen in het Baumol-effect leiden binnen één kabinetsperiode al tot behoorlijke verschillen in inkomens en budgetruimte, vooral bij specifieke onderdelen waar de harmoniserende werking van de wet van de grote aantallen zijn werk niet doet<sup>20</sup>.  
Een gevolg: minder last van Baumol-effect

Het gevolg: een deel van de inkomens van vrije beroepsbeoefenaren groeit structureel sneller dan de Cao-lonen<sup>21</sup>. In ons  
Ander gevolg: inkomensverschillen

land zagen technologiegevoelige specialismen, zoals de medische microbiologie en de radiologie de afgelopen decennia hun inkomsten (veel) sneller stijgen dan beschouwende specialisten, zoals de kindergeneeskunde en de psychiatrie. De ontstane inkomensverschillen zijn bij de specialisten door een uniform uurtarief formeel geharmoniseerd, maar als de daaraan ten grondslag liggende normuren niet worden gecorrigeerd voor (verschillen in) productiviteitsontwikkeling, zal op termijn hetzelfde weer gebeuren. Iets soortgelijks speelt bij taakherschikking. Nurse-practitioners en physician-assistants doen werk dat de arts voorheen deed. Deze blijft medisch verantwoordelijk en – belangrijker – verstuurt de factuur. De ontstane productiviteitswinst, draagt daardoor in de praktijk vooral bij aan een hoger artseninkomen of aan lagere werkdruk, niet zozeer aan lagere zorguitgaven<sup>22</sup>.

## 2.2 Criteria voor beoordeling van stijgende zorguitgaven

De Raad beoordeelt de stijging van zorguitgaven vanuit drie perspectieven: Drie perspectieven belangrijk

1. Het economische perspectief dat kijkt naar de verdeling van schaarse goederen, langs de lijnen van effectiviteit en efficiency. Wat leveren de zorguitgaven op en kan dit misschien met minder middelen?
2. Het politieke perspectief beoordeelt de zorguitgaven langs andere maatstaven, vooral het maatschappelijk 'haalbare' en het gewenste solidariteitsniveau. In hoeverre zijn verbeteringen haalbaar en wie moet wat en waarvoor betalen?
3. Het sociologische perspectief dat de verdeling van gezondheid en de interactie tussen professionele en maatschappelijke domeinen analyseert.

Deze drie perspectieven zijn ook te herkennen in de drie belangrijkste ordeningsmechanismen rondom het uitgavenbeheer: marktprikkels en vraagsturing, regulering en hiërarchie en tot slot de professionalisering<sup>23</sup>.

### Economische criteria

Het economisch perspectief beoordeelt de doelmatigheid van zorguitgaven in relatie tot andere bestedingsmogelijkheden zoals onderwijs of private consumptie. De stijging van zorguitgaven gaat ten koste gaan van andere bestedingscategorieën. Ruimte voor andere bestedingen



De groei van de collectieve zorguitgaven neemt in de huidige kabinetsperiode – zonder rekening te houden met eventuele tegenvallers – bijna vijfendertig procent van de groei van de belasting- en premie inkomsten voor zijn rekening<sup>24</sup>. Dit percentage zal in de toekomst bij ongewijzigd beleid snel verder stijgen.

Het was vooral het macro-economische perspectief, de overheidsfinanciën en de economie van de publieke sector, dat lange tijd het financiële beleid voor de gezondheidszorg domineerde. De zorgsector was vanuit economische invalshoek een black box waarover relatief weinig bekend was. De nadruk lag op die dingen die wel bekend waren: de stijgende uitgaven en de gevolgen daarvan op de koopkracht, de bedrijfswinsten en het overheidstekort. De opbrengsten van de zorg – gezondheidswinst en kwaliteit van leven – bleven grotendeels buiten beschouwing<sup>25</sup>. Men wist er ook weinig van. De zorg werd primair beoordeeld op haar gevolgen voor economische groei. Stijgende zorgkosten, was de gedachte, konden de concurrentiepositie aantasten doordat ze de lonen en de belastingen opdreven<sup>26</sup>. Budgettering werd ingezet als methode om de stijgende zorgkosten te beheersen.

Economische groei

De overheid is verantwoordelijk voor de betaalbaarheid en de houdbaarheid van de openbare financiën. De zorg speelt daarbij een grote rol en recent internationaal vergelijkend onderzoek laat zien dat een hoge overheidsschuld – een indicator voor weinig ruimte om de uitgaven nog verder te verhogen – correleert met een lagere groei van de zorguitgaven. Het CPB indiceerde in zijn studie naar de financiële effecten van vergrijzing (2006), dat beperking van de zorguitgaven waarschijnlijk het grootste effect heeft op het oplossen van het houdbaarheidstekort, het oplopende verschil tussen de extra uitgaven voor de vergrijzing en de verwachte inkomsten<sup>27</sup>. Ze krijgen bijval van Victor Fuchs, prominent gezondheidseconoom: ‘the principal challenge to achieving a sustainable long-run fiscal policy turns out to be reducing the rate of growth of health spending – all health spending, not just the federal or the state portion<sup>28</sup>’. Zorguitgaven zijn relevant omdat de overheidsfinanciën en de vergrijzing dat zijn.

De openbare financiën

De opkomst van de gezondheidseconomie luidde een verschuiving in naar de analyse van de kosten en baten van de zorg zelf en naar de specifieke werking van vraag en aanbod op de zorgmarkten. Het eerste is het domein van de health technology assessments. Deze objectiveren de kosten en de

De marktwerking

opbrengsten van (medische) interventies en van geneesmiddelen. Het tweede betreft micro-economie, geënt op de zorgsector. Door analyses van de werking van marktimperfecties en het ontwikkelen van instrumenten – zoals de normuitkeringen, marktmeesterschap en keuze-informatie – ontstaat inzicht in de voorwaarden waaronder de marktpartijen zelf in een centraal proces de effectiviteit en efficiency van de zorg kunnen verbeteren. In dit type analyses zijn stijgende zorguitgaven relevant, voor zover deze een indicatie vormen voor het falen van de markt (bv. vraaginductie) en het falen van de overheid (bv. het pakketbeheer).

### Politieke criteria

Het grootste deel van de zorg bevindt zich in het publieke domein. De collectieve zorguitgaven zijn de afgelopen decennia in nagenoeg alle landen – en ook in Nederland<sup>29</sup> – sterk gegroeid. Daarmee zijn ook de solidariteitsoverdrachten flink toegenomen. De stijging van de zorguitgaven is relevant, omdat de daarmee gemoeide solidariteit politiek van belang is. De Raad betoogt dat de aanwezigheid van solidariteit, hoewel stevig geworteld, geen automatisme is dat steeds verder kan worden opgerekt<sup>30</sup>. Solidariteit is enerzijds een normatief uitgangspunt, maar berust anderzijds ook op gevoelens van onderlinge samenhang en van welbegrepen eigenbelang. Opvattingen over solidariteit kunnen door maatschappelijke ontwikkelingen in de loop van de tijd veranderen: door verschuivingen in de kostenopbouw, door nieuwe inzichten in de oorzaken van ziekten, door nieuwe sociaal-culturele ontwikkelingen en – zeer zeker – omdat de stijging van de zorguitgaven een sterk opwaarts effect heeft op de inkomensoverdrachten.

Solidariteit

Politiek gaat niet alleen over solidariteit, maar is ook de kunst van het maatschappelijk haalbare. De zorgsector is echter berucht om zijn beleidsresistentie, zelfs als het heel duidelijk lijkt dat er iets moet veranderen. Hoe komt dit? De structurele machtspositie van de overheid is niet dusdanig dat zij beleid eenzijdig kan opleggen als zij te maken krijgt met felle tegenstand van de professie of van de instellingen. De basis van deze hindermacht, de noodzakelijke klinische autonomie, de private uitvoering en de informatie-asymmetrie kunnen ook niet zomaar door wet- en regelgeving worden opgeheven. Instellingen en professionals hebben een groot belang bij stijgende zorguitgaven.

Bestuurbaarheid

Er is nog iets dat uitleg behoeft. De zorg heeft pas relatief recent een eigen minister. Voor 1994 moest de gezondheids-

Maatschappelijk en politiek belang

zorg het – dat lijkt nu ondenkbaar - met de staatssecretaris doen. Dit typeert het toegenomen politieke belang van de zorg, iets dat samenhangt met de alsmaar stijgende uitgaven. Steeds meer mensen komen in aanraking met de zorgsector en zijn daar op de een of andere manier in hun dagelijkse leven van afhankelijk: als patiënt of cliënt, als werknemer in een zorginstelling of bij een van de vele toeleveranciers. Het gaat om miljoenen mensen, een omvangrijk electoraat. Een extra euro zorg is een extra euro salaris voor iemand die zorg levert<sup>31</sup>. De emoties zijn groot. Het gaat om wel of niet beter worden; om wel of niet op een wachtlijst staan; om wel of geen privacy in een kwetsbare situatie; en, om wel of geen ziekenhuis in de buurt, vaak ook nog eens de grootste lokale werkgever. Het maatschappelijke belang van de gezondheidszorg is sterk toegenomen, de hoofdoorzaak achter de grote hoeveelheid Kamervragen. Zestien miljoen bondscoaches beoordelen onze gezondheidszorg en dat is lastig besturen.

### **Sociale en professionele criteria**

De geschiedenis van de zorg is er ook één van toenemende professionalisering en specialisering. De zorgsector is door de jaren heen steeds meer het domein van professionals geworden. Het gaat daarbij al lang niet meer alleen om de artsen, maar ook om de vele verpleegkundigen en allerlei therapeutische hulpverleners. Het is – overigens pas relatief recent - een sector met veel hoog opgeleiden. Deze professionalisering is een van de determinanten achter de stijgende zorguitgaven<sup>32</sup>. Dit zet de organisatie van de beroepenstructuur op de agenda.

Professionalisering

Toch zou de zorg in grote financiële en operationele problemen komen als ze geen beroep meer kon doen op het omvangrijke potentieel mantelzorgers. Internationaal vergelijkend onderzoek laat in ieder geval een opvallend sterke positieve correlatie zien tussen de arbeidsparticipatie van vrouwen en de hoogte van de zorguitgaven.<sup>33</sup> Geen overheid, sociale of particuliere verzekering kan helemaal vervangen wat mensen voor elkaar kunnen betekenen. Kenmerkend voor mantelzorg is dat het vrijwillig en onbetaald gebeurt.

Zorg voor elkaar

De zorguitgaven staan bovendien in verbinding met bredere maatschappelijke en professionele trends en moeten dan ook mede in dat licht worden beoordeeld. Zo is medicalisering een fenomeen met uitgavenconsequenties dat, hoe afkeurend veel openbare reacties daarover aanvankelijk ook zijn, wel degelijk samenhangt met allerlei sociaal-culturele en professionele trends. Denk aan cosmetische ingrepen, sterilisaties, ‘nieuwe’

Medicalisering

ziekten en een andere kijk op het 'lijden'. De vraag naar zorg kan behoorlijk subjectief zijn. Mensen worden beïnvloed door de sociale normen in hun omgeving, en: 'all other things being equal, social norms dictate the frequency with which people consume health care products and services'.<sup>34</sup> In dit rijtje past ook gezond en vooral ongezond gedrag: zo blijkt uit onderzoek dat de consumptie van suiker een positieve correlatie vertoont met de stijging van zorguitgaven, dit uitgavenverhogende effect lijkt zelfs groter dan het verlagende effect van een poortwachtersfunctie en van hoge remgelden samen<sup>35</sup>.

### 2.3 Wat is een houdbaar niveau van zorguitgaven?

Het is niet gemakkelijk om deze vraag eenduidig en precies te beantwoorden. Een formeel antwoord is: de optelsom van BKZ en begrotingsgefinancierde zorg zijn politiek acceptabel en dus ook maatschappelijk verantwoord. Het verantwoorde uitgavenniveau wordt op die manier echter op één lijn geplaatst met de politieke haalbaarheid - vooral op de kortere termijn - en dat vindt de Raad toch gekunsteld. Het gaat immers om de maatschappelijke en economische draagkracht op korte - maar vooral op de langere termijn en om de gezondheidswinst die uiteindelijk wordt gerealiseerd.

Een formeel antwoord voldoet niet

Het verantwoorde uitgavenniveau is bovendien ingebed in een historische, culturele en institutionele context. Het kan niet zomaar op theoretische gronden worden bepaald, laat staan geïmplementeerd. Allerlei actoren kunnen binnen bepaalde grenzen zelfstandig keuzen maken - vandaar ook de vele overschrijdingen van het BKZ - en bepalen daarmee mede wat de uitkomsten zijn, zowel door hun feitelijke handelen als door de daarvan afgeleide modelmatige ramingen van het verwachte uitgavenniveau.

Historie, cultuur en stelsel zijn medebepalend ...

De Raad kan de vraag hoeveel geld wij precies en wanneer aan gezondheidszorg moeten uitgeven, net zo min beantwoorden als andere deskundigen dat kunnen. Hij kan wel een globaal idee geven van de mechanismen waarmee een verantwoord uitgavenniveau samenhangt:

... evenals deze criteria

1. We kunnen kijken naar het uitgavenniveau van andere landen, we moeten dan wel corrigeren voor determinanten van dat uitgavenniveau, bijvoorbeeld de leeftijdsopbouw van de bevolking, epidemiologische factoren zo-

als de levensverwachting op 65-jarige leeftijd, de welvaartsontwikkeling en het prijsniveau; het uitgavenniveau is verantwoord als dat – op het niveau van individuele sectoren - niet teveel uit de pas loopt met dat van andere landen.

2. Naarmate meer gezondheidswinst ontstaat die samenhangt met de totale uitgaven aan zorg, is een hoger uitgavenniveau meer verantwoord.
3. Naarmate de verhouding tussen het aantal actieven en inactieven, verslechtert, zijn de macro-economische verstoringen van een gegeven uitgavenniveau groter, en ligt het verantwoorde uitgavenniveau lager.
4. Hoe meer concurrentie van andere bestedingscategorieën, des te groter de druk op de zorguitgavenniveau.
5. Hoe meer solidariteit er in de samenleving bestaat, des te hoger ook het uitgavenniveau dat zij zal accepteren.
6. Hoe groter de waarde die wordt toegekend aan zorg en aan gezondheid, hoe hoger het uitgavenniveau dat aanvaardbaar wordt geacht.
7. Hoe lager de hoeveelheid informele zorg, des te meer formele zorg er nodig is en des te hoger het verantwoorde uitgavenniveau uitvalt.

Een aantal van de bovenstaande mechanismen staat onder druk. Denk bijvoorbeeld aan de druk op het aantal actieven, op het aantal mantelzorgers, op de concurrentie van andere bestedingscategorieën en op het ‘automatische’ van de steeds maar groeiende risicosolidariteit. Aan de andere kant is evident dat de zorgvraag blijft stijgen en dat die linksom of rechtsom gefinancierd moet worden.

De huidige middellange termijnraming van het CPB – 4,2 procent reële groei - ziet de Raad ook als het maximum wat de economie op langere termijn kan dragen. De groei van de uitgaven neemt dan immers al meer dan twee keer zo snel toe als de groei van de hele economie, ruim boven de historische trend. Een aanzienlijk hoger groeipad komt op de langere termijn, niet in de buurt van een verantwoord uitgavenniveau (box 2.1).

Wij vinden twee keer sneller groeien als de economie het maximaal toelaatbare

Bovendien stijgt het beroep op de solidariteit van toekomstige generaties en het actieve deel van de bevolking in alle scenario's al fors waardoor de ruimte voor andere bestedingsmogelijkheden – waaronder reële verbetering van de koopkracht – begrensd is. Een nog hoger groeipad zal waarschijnlijk met maatschappelijke conflicten gepaard gaan. De mogelijkheid om

Een hoger groeipad is niet verantwoord

deze kosten af te wentelen op burgers en zorggebruikers, bijvoorbeeld door pakketmaatregelen en fors hogere eigen betalingen, is evenmin aantrekkelijk omdat zij het bovengenoemde probleem niet fundamenteel oplost.

### **Box 2.1 Substantieel hogere ramingen dan het CPB, een reëel alternatief?**

Prismant<sup>36</sup> verwacht dat in de verpleging, verzorging en thuiszorg 0,7 procent extra volumegroei nodig is; in de gehandicaptenzorg is dat 1,6 procent extra per jaar; en bij de ziekenhuizen komt zij tot een raming die bijna één procent per jaar hoger is dan die van het CPB.

De Raad meent dat deze raming voorbij gaat aan de aanzienlijke mogelijkheden tot doelmatigheidsverbetering binnen het model van gereguleerde concurrentie. Het nieuwe zorgstelsel is onder meer ingevoerd om deze mogelijkheden om te zetten in werkelijke doelmatigheidswinst, maar de impliciete aanname van Prismant is dat deze doelstelling niet wordt gehaald.

In de tweede plaats wordt onvoldoende rekening gehouden met de politieke economie van uitgavengroei in de zorg. In de visie van Raad leidt een te hoge uitgavengroei tot politieke ingrepen, zoals beperking van aanspraken en scherpere indicatiestelling, hogere eigen bijdragen en een snellere vergroting van de financiële risicodragendheid in de sector.

## **2.4 Conclusies**

Zorguitgaven zijn minder eenduidig vast te stellen dan op het eerste gezicht lijkt. Er bestaan vier definities die alle belangrijk zijn voor de analyse van het uitgavenprobleem.

Uitgavenbeheer afstemmen op gereguleerde concurrentie

De uitgavenstijging hangt sterk samen met de achterblijvende productiviteit en met de ontwikkeling van de weinig specifieke categorie van het overige volume. Veranderingen in het beleid, in de structuur van de zorgmarkt, in de sociaal-culturele context, in de welvaart en in de technologische ontwikkelingen zijn belangrijke determinanten voor de groei van de zorguitgaven. Het overgrote deel van de uitgavengroei wordt gezien als 'beleidsarm'.

Let op arbeidsproductiviteit en 'overig volume' ...

Hoe moeten we de stijging van de zorguitgaven beoordelen? 1.) Deze moeten doelmatig zijn, dit is ook niet vanzelfsprekend; 2.) er moet maatschappelijk draagvlak bestaan voor de inkomens- en risicosolidariteit, dit is niet vanzelfsprekend; 3.)

Bewaak doelmatigheid, solidariteit en mantelzorg

mantelzorg moet ruim voorhanden blijven, dit is evenmin  
vanzelfsprekend.

De Raad denkt dat de zorguitgaven niet veel sneller meer kunnen stijgen dan het huidige tempo (ongeveer dubbel zo snel als de groei van de economie), om op de langere termijn economisch, politiek en maatschappelijk houdbaar te blijven. Laat uitgaven niet nog sneller stijgen

### 3 Analyse van problemen

#### 3.1 Nederland in Europees perspectief: in de middenmoot

##### De uitgaven

Krijgen we waar voor onze zorguitgaven? Het antwoord op die vraag hangt af van de verhouding tussen de uitgaven (input) en de daarmee behaalde resultaten. Hoe hoger de verhouding tussen de resultaten en de uitgaven, des hoger de doelmatigheid.

Krijgen we waar voor ons geld?

We kijken eerst naar de positie van ons land binnen West-Europa. Hiervan bestaat geen compleet beeld, maar uit statische indicaties en onderzoek blijkt dat:

Eerst de feiten

1. De uitgaven liggen momenteel rond het gemiddelde van de Eurolanden (tabel 3.1);
2. De reële uitgavengroei was de afgelopen jaren fors, zeker ten opzichte van onze beide buurlanden (tabel 3.1);
3. Corrigeren we voor de nog relatief jonge bevolking – een uitgavenverhoging van ca. 0,6 procent Bruto Binnenlands Product (BBP)<sup>37</sup> - dan stijgt ons land naar de Europese kopgroep<sup>38</sup>;
4. Kijken we naar de uitgaven per hoofd van de bevolking en per consult dan bevindt ons land zich in de Europese kopgroep. De hoge uitgaven per consult kunnen wijzen op een hoge prijs per eenheid product (tabel 3.1);
5. De uitgaven aan psychische stoornissen en onvolledig omschreven ziekten zijn hoog, de uitgaven aan hart- en vaatziekten, oncologische nieuwvormingen en het urogenitaal systeem zijn juist laag<sup>39</sup>;
6. Nederland geeft veel geld uit aan zorg in instellingen (ook als we corrigeren voor de wooncomponent) en juist weinig aan geneesmiddelen<sup>40</sup>;
7. De uitgaven voor ouderen zijn hoog, in het bijzonder voor 85-plussers<sup>41</sup>.



**Tabel 3.1      Uitgaven zorg in internationaal perspectief<sup>42</sup>**

	Reële groei % p.j. (2000-2006)	Uitgaven als % BBP	Curatief per capita (\$) PPP	Uitgaven (\$) PPP per consult
Nederland	4,2	9,3	1.887	394
Denemarken	4,1	9,5	1.851	268
Oostenrijk	2,0	10,1	2.151	321
België <sup>43</sup>	2,6	10,4	1.679	224
Duitsland	1,4	10,6	1.750	240
Frankrijk	3,1	11,1	1.808	274
Italië	2,9	9,0	1.760 <sup>44</sup>	251
Spanje	4,1	8,4	1.361	175
VK	5,1	8,4	Nb.	Nb.
Gemiddelde	3,4	9,6	1.781	268

Deze feiten vormen geen reden voor al te veel zelfgenoegzaamheid over het uitgavenbeheer. Gecorrigeerd voor onze jonge leeftijdsopbouw, zijn de Nederlandse zorguitgaven behoorlijk hoog, voornamelijk door (de organisatie van) de zorg voor patiënten met psychische stoornissen en voor ouderen. Dat hoeft echter geen groot probleem te zijn als we met deze uitgaven ook meer gezondheidswinst bereiken.

Nee, we geven veel uit ...

### De opbrengsten

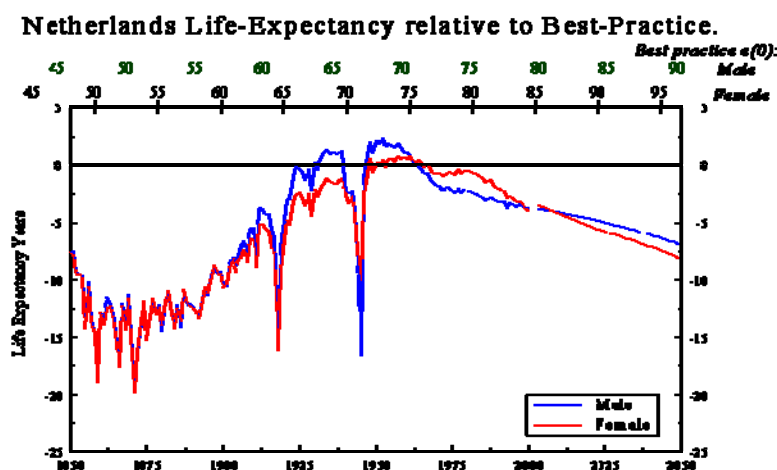
Wat krijgen we terug voor de zorguitgaven? Om die vraag te beantwoorden moeten we kijken naar de opbrengsten. Deze bestaan uit de geleverde productie zoals het aantal verpleegdagen, consulten en opnames (throughputs); de klinische effecten zoals het aantal recidives, de vijfjaarsoverleving en het lichamenlijk en psychisch welbevinden (outputs); en uit de bijdrage van de zorg aan de toename van de gezonde levensverwachting (outcomes). Hoe scoren we daarmee in vergelijking tot andere landen?

... en zitten op de middelste rij van de opbrengsten

1. Nederlanders worden iets minder oud dan gemiddeld in de Eurolanden, maar vooral de levensverwachting op 65-jarige leeftijd is laag<sup>45</sup>. Omdat de omvang van deze groep volgens recent internationaal onderzoek de belangrijkste determinant voor hogere zorguitgaven vormt<sup>46</sup>, zou dit een dalend effect op onze zorguitgaven moeten hebben. Dit blijkt echter niet uit de cijfers;

2. De groei van de levensverwachting blijft achter ten opzichte van andere landen (figuur 3.1)<sup>47</sup>.
3. Nederlanders bereiken wel vaak het 65<sup>e</sup> levensjaar, ook de mannen. De oorzaken hiervan zijn dat we weinig dodelijke verkeerslachtoffers hebben en dat de prevalentie van hart- en vaatziekten relatief laag is<sup>48</sup>. Veel mensen worden 65, maar leven daarna minder lang dan in andere landen.
4. Er is in ons land weinig spreiding in de levensverwachting<sup>49</sup> en onze voorsprong op dit terrein is ten opzichte van andere landen sinds 1960 vergroot<sup>50</sup>. De voor gezondheidstoestand gecorrigeerde verschillen in zorgconsumptie tussen hoog en laag opgeleiden zijn gering.
5. De klinische effectiviteit van de zorg lijkt op orde (de vijfjaaroverleving bij kanker is goed evenals behandeling van depressie en complicaties bij diabetes), maar de coördinatie van zorg is relatief slecht, vooral rondom het gebruik van geneesmiddelen en de patiëntennavigatie van de huisarts<sup>51</sup>.

Figuur 3.1 Een steeds grotere achterblijvende levensverwachting vanaf de jaren zestig



Bron: J. Oeppen, Cross-country comparisons of life expectancy

#### De uitgaven per eenheid product

We proberen tot slot enig zicht te krijgen op de omvang van de uitgaven per eenheid product. Hier moet nog veel onder-

De prijs per eenheid product lijkt hoog

zoek<sup>52</sup> naar worden gedaan, maar er is toch het een en ander te zeggen:

1. Nederlanders zijn terughoudend in het gebruik van curatieve zorg - vooral van geneesmiddelen<sup>53</sup> en de eerste lijn.<sup>54</sup> Ze bezoeken de dokter ongeveer een kwart minder dan burgers van andere landen.<sup>55</sup> Hierdoor worden kosten voorkomen, maar dit leidt mogelijk ook tot minder gezondheidswinst.
2. Het beperkte bezoek aan de arts leidt niet tot beperkte uitgaven aan curatieve zorg. De totale uitgaven per consult zijn behoorlijk hoog (tabel 3.1). Dit heeft onder andere te maken met de relatief hoge honoraria<sup>56</sup>, maar ook met de in vergelijking met andere landen lange gemiddelde verpleegduur.<sup>57</sup>
3. De uitgaven per vergelijkbare verrichting liggen iets hoger dan in andere landen. Verder is juist in ons land de variatie in de kosten tussen instellingen bijzonder hoog.<sup>58</sup> Beide gegevens suggereren dat er ruimte is voor doelmatigheidswinst. Dat kan nog nader onderzocht worden.
4. De uitgaven aan beroertes zijn in ons land per geval bijna 2.000 euro hoger dan in vergelijkbare landen. Het is één van de allerduurste aandoeningen en daarom lijkt hier nog behoorlijk wat winst mogelijk (totale uitgaven 1,3 miljard euro).
5. Zowel het gebruik van psychische en langdurige zorg als de uitgaven hieraan zijn hoog<sup>59</sup>. Dit hangt samen met het hoge percentage instellingsgebonden zorg in deze sectoren. In het jaar 2000 woonden in ons land aanzienlijk meer 75-plussers in een instelling dan in andere Europese landen, namelijk zeven procent van de mannen en vijftien procent van de vrouwen<sup>60</sup>.

Het lijkt er dus op dat bij de doelmatigheid van het Nederlandse zorgsysteem enige vraagtekens kunnen worden gezet. Zo is er maar weinig bewijs voor dat de burger teveel gebruik maakt van curatieve zorg<sup>61</sup>. Integendeel, het feit dat Nederlanders – in vergelijking met inwoners van andere Europese landen – weinig naar de dokter gaan heeft in eerste instantie eerder een drukkend effect op de curatieve zorguitgaven.

Ons zorgsysteem is niet erg doelmatig

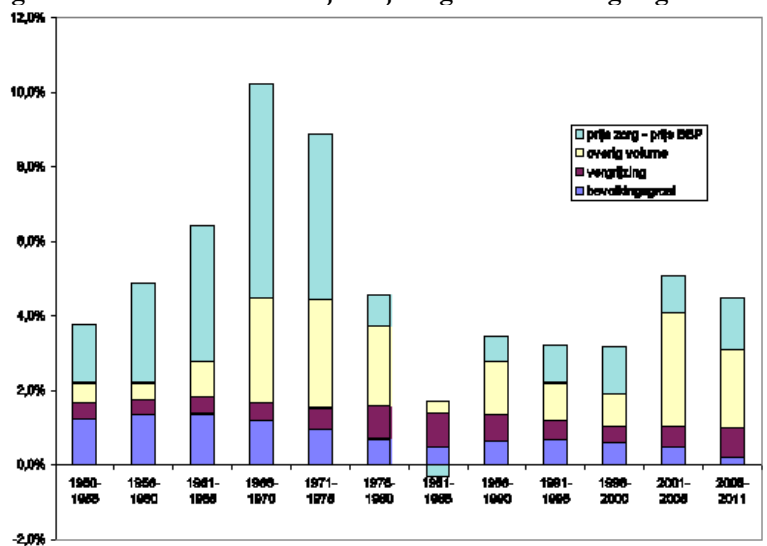
### 3.2 De ontwikkeling van de uitgaven

#### Algemeen

De stijging van de zorguitgaven wordt vooral veroorzaakt door de stijging van de reële prijzen en lonen, door de achterblijvende groei van de arbeidsproductiviteit en – vooral sinds 2001 - door de groei van het moeilijk grijpbare overig volume (figuur 3.2)<sup>62</sup>. De onduidelijke relatie tussen de reële loon- en prijsstijgingen, het overig volume en de prestaties van de zorgsector leidt tot de steeds terugkerende vraag naar een betere verantwoording over de besteding van deze extra middelen. Deze paragraaf bespreekt eerst het overig volume en daarna de reële prijsontwikkeling. De uitsplitsing van de uitgaven in een prijscomponent en een volumecomponent is in de zorg overigens ingewikkeld<sup>63</sup>.

Hier zit het probleem: het overig volume en de arbeidsproductiviteit

**Figuur 3.2** Gemiddelde jaarlijkse groei reële zorguitgaven



Bron CPB

#### Het overig volume

De Kamer, maar ook de NPCF, heeft uitgebreid onderzoek verricht naar de oorzaken van de stijgende zorguitgaven<sup>64</sup>. Het overig volume is een daarvan. De Raad concludeert dat het karakter van dit overig volume in de loop van de tijd sterk verandert en dat dit samenhangt met het gevoerde (budgettaire) beleid<sup>65</sup>. Met andere woorden: de budgettaire spelregels

Wat gaat er schuil achter 'overig volume'?

doen er toe en het overig volume is dus veel ‘beleidsrijker’ dan momenteel in de ramingen wordt gesuggereerd.

Zo wordt de groei van het overig volume tussen 1994 en 2002 voor ongeveer de helft veroorzaakt door allerlei extra uitgaven. Niet aan extra zorgproductie, maar aan andere zaken, zoals werkdruk, arbeidsmarkt, zorgvernieuwing, nieuwe behandelingen en kwaliteitsprogramma's<sup>66</sup>. De budgetregels – sterk gericht op instandhouding en inputfinanciering - maakten het bovendien mogelijk dat de beschikbare groeiruimte niet voor extra productie werd benut. Overig volume bestond onder de Paarse kabinetten vooral uit moeilijk in de cijfers terug te vinden aspecten van zorg, zoals kwaliteitsverbeteringen en meer handen aan het bed. Tot 2002: vooral allerlei extra uitgaven

Het overig volume is in elke deelsector een belangrijke verklaring voor de groei van de uitgaven. Tabel 3.2 laat de korte periode tussen 2003 en 2005 zien. We nemen overal forse groei waar, behalve bij de overige curatieve zorg (pakketmaatregelen). De snelste groei doet zich voor bij de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en bij de ziekenhuiszorg voor mensen op middelbare leeftijd. Vooral de kosten voor volwassenen worden hierdoor opgestuwd. Verder groeien ook de uitgaven aan ouderenzorg voor 85-plussers snel, tussen 2003 en 2005 met 1.044 euro per persoon. Dat tikt aan, omdat het aantal oudere ouderen de komende jaren stevig doorgroeit. Ditzelfde geldt, door sociaal-culturele veranderingen, ook voor de vraag naar psychische hulpverlening terwijl ook gehandicapten door de (medische) vooruitgang steeds ouder worden. Het gevolg is dat de uitgaven voor deze groepen exponentieel groeien. In elke deelsector is overig volume belangrijk

**Tabel 3.2 Groei van het overige volume naar sector en leeftijd, 2003 – 2005 (€ mln.)<sup>67</sup>**

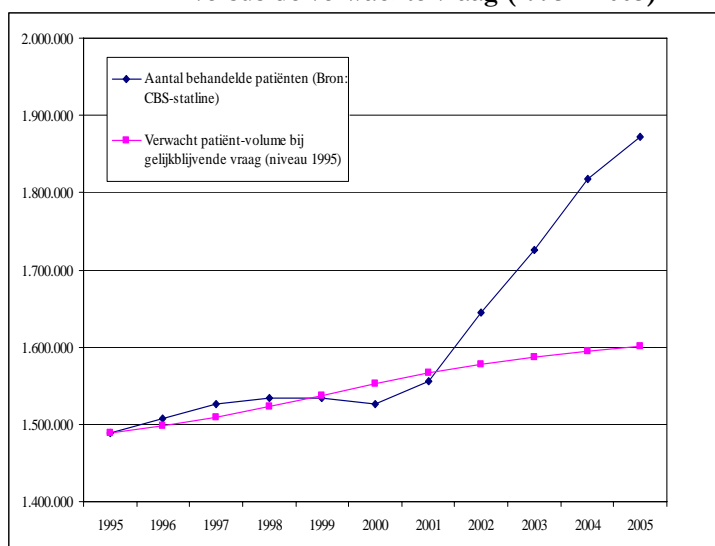
	0-19	20-44	45-64	65-84	85+	totaal
Preventie	- 7	27	-13	-6	-1	0
Ziekenhuizen	84	201	277	95	-14	644
overige curatieve zorg	133	-355	-316	-164	-25	-726
Geneesmiddelen	24	32	53	77	18	204
GGZ	63	252	126	15	5	461
PGB's	97	134	108	-34	-26	278

Gehandicapten	33	239	57	-1	1	329
Ouderen	-6	-82	23	69	291	295
Beheer	-3	0	21	3	11	33
totaal BKZ (€ mln.)	418	447	338	55	261	1.517
per capita (€)	105	76	82	28	1.044	93
per capita ziekenhuizen (€)	21	34	68	48	-56	40

Sinds 2001 bestaat het overig volume in toenemende mate uit extra productie. In de ziekenhuizen blijft het aantal behandelingen tussen 1995 en 2000 ongeveer gelijk, maar stijgt daarna snel, veel sneller dan op grond van een gelijkblijvende vraag zou mogen worden verwacht. Er is ook veel meer extra zorg geleverd dan op grond van wachtlijsten kon worden verwacht (figuur 3.3). Er is ook nog iets anders aan de hand: het aantal behandelingen per patiënt stijgt, net als de kosten daarvan. De intensiteit van zorg loopt dus op, onder meer door de extra kosten van nieuwe dure geneesmiddelen<sup>68</sup>.

Vanaf 2002 vooral uit extra productie

**Figuur 3.3** Het aantal behandelde ziekenhuispatiënten versus de verwachte vraag (1995 – 2005)<sup>69</sup>



Waarom stijgt het aantal patiënten in de ziekenhuizen zo hard? Het budgettaire beleid is hieraan debet  
Onder andere omdat de wachtlijsten worden teruggedrongen, maar ook omdat het budgettaire beleid verandert. Sinds 2001 kennen we het boter-bij-de-vis beleid. De ziekenhuizen en de AWBZ-instellingen krijgen het werkelijk geleverde aantal verrichtingen betaald, mits de verzekeraars daarin hebben toegestemd. De prikkel om extra productie te leveren is daardoor sterk toegenomen.

Maar waar komen al die extra patiënten vandaan? Uitgestelde en latente vraag? Een stijging van het aantal mensen met meerdere aandoeningen (multimorbiditeit)? Meer doorverwijzingen vanuit de eerste lijn? Door het aanbod gecreëerde vraag? Dit debat is onder gezondheidseconomen nog niet afgesloten<sup>70</sup>. Het valt in ieder geval op dat de ziekenhuizen – geheel tegen de trend van de afgelopen decennia in – in korte tijd minder ouderen en juist veel meer mensen uit de beroepsbevolking zijn gaan behandelen. De Raad beveelt aan dit grondig te onderzoeken en mee te nemen in het op initiatief van de minister begonnen volumeonderzoek bij de ziekenhuizen<sup>71</sup>. Want het is belangrijk dat er ‘tegenkrachten’ worden gemobiliseerd als de prikkels om te produceren zo sterk worden, dat het aanbod vraag gaat creëren.<sup>72</sup> Vermoedelijke schept het aanbod ook extra vraag

Hoe is dit in de andere sectoren? Onderzoek van de Tweede Kamer wijst uit dat de productiestijging tussen 1994 en 2002 in de ouderenzorg hoger was dan in de curatieve sector.<sup>73</sup> Het is verder opvallend dat de uitgavengroei in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg tussen 1994 en 2005 meer dan een procent per jaar hoger lag dan in de ouderenzorg. Het brancherapport wijst op de snelle groei van de vraag naar ambulante psychische hulpverlening. Het aantal cliënten steeg tussen 2001 en 2005 met maar liefst 41 procent<sup>74</sup>. Een ander opvallend feit: de snelle uitgavenstijging bij de hulpmiddelen, voornamelijk bij de optische hulpmiddelen<sup>75</sup>. Terwijl de verstrekkingen in het kader van de gemeentelijke gehandicaptenvoorzieningen tussen 2003 en 2005 juist met tien procent per jaar zijn gedaald<sup>76</sup>. Niet alleen in de ziekenhuizen

Als er sprake is van hoge vaste kosten, leidt een snelle groei van de productie volgens bedrijfseconomische wetmatigheden meestal tot een daling van de kostprijs per eenheid product. De toename van de reserves die veel instellingen in de afgelopen jaren hebben gerealiseerd, moet dan ook mede in dit licht worden gezien. Het gemiddelde weerstandsvermogen van de bij het Waarborgfonds zorg aangesloten instellingen verbeterde tussen 2002 en 2006 van De reserves van zorginstellingen zijn toegenomen

8,5 procent naar 12,6 procent van de omzet<sup>77</sup>. In de ziekenhuizen – de grootste sector – steeg de solvabiliteit van 8,2 procent (2002), naar 9,6 procent (2006) en 11,1 procent in 2007<sup>78</sup>. De uitgangspositie voor het dragen van meer financieel risico, wordt hierdoor gunstiger. Dit doet niet af aan het feit dat het voor veel instellingen nog wel enige jaren zal duren voordat zij de norm van het Waarborgfonds zorg zullen bereiken, namelijk een weerstandsvermogen van vijftien procent.

Grote zorgaanbieders en vooral de topklinische ziekenhuizen hebben meestal minder weerstandsvermogen dan kleinere instellingen, de GGZ en de gehandicaptensector. Alle instellingen samen zijn tussen 2002 en 2006 in staat gebleken hun vermogen met ongeveer vier miljard euro te laten groeien. De gemiddelde financiële positie van de zorgverzekeraars was in 2006 en 2007 twee keer zo hoog als wettelijk vereist. Dit staat gelijk aan een weerstandsvermogen van ongeveer zestien procent, een bedrag van zes miljard euro<sup>79</sup>.

Gezamenlijk met ongeveer 4 miljard euro

### De stijging van de reële prijs

De gemiddelde productiviteitsstijging in de zorg blijft achter bij die in het bedrijfsleven. Omdat de lonen wel even hard stijgen, ontstaat er een financieringstekort ter hoogte van de achterblijvende productiviteitsontwikkeling. Dit verschijnsel staat bekend als de wet van Baumol. Het CPB raamt dit tekort voor de komende periode op 1,1 procent per jaar. Figuur 3.2 maakt duidelijk dat dit effect, door de jaren heen, van grote betekenis is voor de stijging van de zorguitgaven. Het is dus ook van grote betekenis voor het uitgavenbeheer.

Baumol-effect: 1,1% per jaar

In onze gezondheidszorg wordt deze sterk lagere arbeidsproductiviteitsstijging ten onrechte als een gegeven geaccepteerd. Instellingen worden hiervoor beloond, althans niet gekort op hun vergoeding voor de arbeidsvoorwaarden. In het verleden was dat anders, maar de gebruikelijke korting daarvoor werd op nul procent gezet. Dat was in zoverre begrijpelijk, dat de sector vaak ook nog met andere doelmatigheidskortingen werd geconfronteerd en daardoor twee keer moest inleveren.

Ten onrechte als een gegeven geaccepteerd

Hoe ontwikkelt de arbeidsproductiviteit zich in de gezondheidszorg ten opzichte van een aantal andere publieke sectoren? Het SCP heeft voor zorg, onderwijs en veiligheid de groei van de reële loonkosten tussen 1995 en 2004 becijferd. Deze cijfers duiden erop dat de reële loonkosten in de zorg sneller stijgen dan bij de politie of in het onderwijs<sup>80</sup>. De arbeidsproductiviteitsontwikkeling loopt in de ziekenhuizen overigens tot

Zie verschillen per sector en per periode



het midden van de jaren negentig, de tijd dat de specialisten-budgettering is ingevoerd, redelijk in de pas met die in de hele economie, maar zakt daarna sterk in, om na de introductie van het boter-bij-de-vis principe en de introductie van meer concurrentie duidelijk op te krabbelen<sup>81</sup>. Kortom: meer concurrentie en specifieke op productie gerichte budgettaire spelregels verhogen de arbeidsproductiviteit.

### 3.3 De ontwikkeling van de uitgaven per sector

#### Algemeen

Tabel 3.3 laat zien hoe de uitgaven in de belangrijkste sectoren van de gezondheidszorg gedurende de afgelopen jaren zijn gestegen. Over de hele linie is sprake van een forse groei, variërend van gemiddeld ruim zes procent per jaar tot meer dan acht procent per jaar. Bij een groeitempo van zeven procent per jaar verdubbelen de zorguitgaven elke tien jaar.

De algemene prijsstijging kwam in deze periode niet uit boven de twee procent per jaar. Ook de achterblijvende arbeidsproductiviteit als gevolg van het Baumol-effect kan niet meer dan ongeveer één procent per jaar verklaren. Demografische effecten liggen behoorlijk onder de één procent. Voor de rest van de uitgavengroei resteren ruwweg vier verklaringen: extra toename van het volume, kwaliteitsverbeteringen, dalende doelmatigheid en investeringen die nog geen vruchten hebben afgeworpen. Bij dit laatste valt ook te denken aan allerlei aanpassingen die nodig zijn ter voorbereiding op een omgeving met meer concurrentie, inclusief verbetering van de solvabiliteit.

Uitgaven groeien 6 tot 8 % per jaar

'Overig volume' goed voor 2 tot 4%

**Tabel 3.3 Uitgaven per sector (€ mrd.)<sup>82</sup>**

	1998	2000	2004	2005	2006	gem. groei (%)
Ziekenhuizen	10,1	11,3	16,3	17,6	19	8,2
GGZ	2,3	2,6	3,7	4	4,2	7,8
Gehandicaptenzorg	3,5	4	6,1	6,1	6,6	8,3
Verpleeghuizen	3	3,3	4,7	4,9		6,3
Verzorgingshuizen	2,6	2,9	4,2	4,3		6,5
Thuiszorg	2	2,4	3,6	3,7		8,0

Bron: CBS, Gezondheid en zorg in cijfers 2007

De toename van de arbeidsproductiviteit is niet overal gelijk. Deze neemt in de thuiszorg, in de ziekenhuiszorg en in de geestelijke gezondheidszorg sterker toe dan in de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg<sup>83</sup>. VWS en de Zorgautoriteit behandelen echter alle sectoren gelijk voor wat betreft de specifieke vergoeding voor de arbeidsproductiviteit<sup>84</sup>. Sectoren met een structureel lager dan gemiddelde productiviteitsontwikkeling leveren zo in ten gunste van de andere sectoren.

Arbeidsproductiviteit neemt ongelijk toe

Zoals al is opgemerkt, is de arbeidsproductiviteitsontwikkeling moeilijk te meten<sup>85</sup>. Volgens eerdere gegevens van het CBS is de arbeidsproductiviteit in de zorg (gemeten in termen van toegevoegde waarde gedeeld door gewerkte uren) tussen 1995 en 2006 met gemiddeld 0,6% per jaar gedaald. Dit feit heeft tot verbazing geleid en deze cijfers zijn inderdaad voor discussie vatbaar. Het CBS heeft nieuwe methodes ontwikkeld om in de grootste sectoren (ziekenhuizen, verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg) de splitsing van de waardeontwikkeling in 'prijs' en 'volume' te verbeteren<sup>86</sup>. Toepassing van deze nieuwe methodes resulteert voor deze periode niet in een daling, maar in een kleine stijging van de arbeidsproductiviteit met gemiddeld 0,2 procent per jaar<sup>87</sup>. Dit soort positieve correcties komen ook voor in het beschikbare internationale onderzoek<sup>88</sup>. Conclusies over de ontwikkeling van arbeidsproductiviteit moeten dus met enige voorzichtigheid getrokken worden. Er is echter de nodige theoretische en empirische onderbouwing voor de volgende drie hypothesen:

Dat is uit eerder onderzoek bekend

1. De arbeidsproductiviteitsontwikkeling verloopt in de zorg trager dan in de rest van de economie.
2. De mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te laten toenemen verschillen per sector behoorlijk.
3. De budgettaire spelregels en financieringsmethoden hebben invloed op de arbeidsproductiviteit<sup>89</sup>.

### Ouderenzorg

De collectief gefinancierde uitgaven aan ouderenzorg bedragen bijna 13 miljard euro per jaar. Dit is bijna 800 euro per hoofd van de bevolking. De eigen bijdragen stijgen in de jaren waarover gegevens beschikbaar zijn (2000-2005) iets meer dan drie procent per jaar. De toename blijft – en dat kan opvallend genoemd worden – sterk achter bij de groei van de bruto uitgaven.

Ouderenzorg is een belangrijke uitgavenpost

**Tabel 3.4** Uitgaven collectieve ouderenzorg (€ mrd.)<sup>90</sup>

	1998	2000	2002	2004	2006	2007
Ouderenzorg, (bruto)	7,6	8,7	11,2	12,3	13,4	14,1
Eigen bijdragen		1,2	1,3	1,4	1,4	1,4
Ouderenzorg, (netto)		7,5	9,9	10,9	12,0	12,7

Bron: CBS en CVZ (eigen bijdragen)

De ouderenzorg is een uitgavenpost die door de vergrijzing nog sterk zal stijgen. De achtergrondstudie over dit onderwerp bespreekt scenario's waarin deze uitgaven in 2030 zeker 3,4 procent van het BBP bedragen, maar waarschijnlijker is een scenario dat uitgaat van 4,1 procent van het BBP. Dezelfde achtergrondstudie laat zien dat ons land ook in internationaal opzicht hoog scoort (tabel 3.5).

Uitgaven zullen door vergrijzing sterk toenemen

**Tabel 3.5** Gemiddelde kosten en eigen bijdrage per bewoner per jaar

	NL	Dui.	België	VK	VS
procentueel aandeel intramurale 65+-ers (publiek en privaat)	7,1	4,1	8	4,2	3,6
kosten per bewoner per jaar (*1000 euro)	41 - 76	28 - 37	36,5	30 - 51	49 - 56
gemiddelde eigen bijdrage (*1000 euro)	7,5	11 - 15	14,6		
Eigen bijdrage afhankelijk van keuze aanbieder?	Nee	Ja	Ja	Nee	Ja

Het valt meteen op dat verhoudingsgewijs veel ouderen in België en Nederland gebruik maken van intramurale zorg. Hoe komt dit? Mogelijke verklaringen zijn de strenge inkomens- en vermogenstoetsen in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten of de sterke prikkels om te kiezen voor zorg thuis in Duitsland. Daar komt nog bij dat ook de jaarlijkse uitgaven per bewoner van een zorginstelling – de prijs per eenheid product – in ons land aanzienlijk hoger zijn dan in alle andere landen. Uiteraard is nadere analyse nodig, bijvoorbeeld om te onderzoeken of zorg in deze landen veel kariger of juist veel doelmatiger is dan de Nederlandse.

Veel gebruik van intramurale zorg

Er is nog iets dat opvalt. Ons land heeft lage eigen bijdragen. In Duitsland en België zijn die gemiddeld bijna tweemaal zo hoog, terwijl Groot-Brittannië en de Verenigde Staten een strenge inkomens- en vermogenstoets kennen. Een laatste opvallend verschil is dat de eigen bijdrage in ons land, maar deels ook in Groot-Brittannië<sup>91</sup>, los staat van de keuze van de zorgaanbieder. In de andere landen hangt de eigen bijdrage gedeeltelijk wel af van de gekozen instelling. Voor duurder en luxer wonen moet meer worden betaald.

Lage eigen bijdragen

### **Curatieve geestelijke gezondheidszorg**

De kosten van geestelijke gezondheidszorg zijn de afgelopen jaren snel gestegen<sup>92</sup>. Het aantal cliënten steeg tussen 2001 en 2005 met 41 procent<sup>93</sup>. De precieze oorzaken daarvan zijn lastig te traceren, maar demografie vormt hiervan maar een klein deel. Men wijst soms in de richting van de steeds complexere samenleving die de vraag naar hulp doet toenemen. Anderzijds wordt veel latente vraag zichtbaar door het verdwijnen van het taboe op geestelijke gezondheidszorg.

Uitgaven zijn sterk gegroeid

Of deze extra zorgvraag zwaarder of lichter wordt, is niet precies te zeggen. Het laatste is misschien meer plausibel om drie redenen. 1) Zwaardere cliënten komen 'automatisch' in contact met de hulpverlening, bijvoorbeeld via gedwongen opnamen, en in deze categorie zit ook weinig groei. 2) Onderzoek laat zien dat de vraag naar hulp vooral hoog is bij mensen die een scheiding hebben meegemaakt<sup>94</sup> en het is aannemelijk dat dit vooral lichtere problematiek betreft. 3) Sociale normen en bredere culturele ontwikkelingen zijn belangrijk voor de uiteindelijke vraag naar zorg – vooral als deze minder verifieerbaar is<sup>95</sup> – en dit kan een reden zijn voor meer vraag naar enkelvoudige hulp.

Toename vooral bij lichtere problematiek

Op 1 januari 2008 is de curatieve geestelijke gezondheidszorg, ongeveer driekwart van het budget, overgeheveld van de AWBZ naar de ZVW. Hoewel het de bedoeling is dat daarmee op termijn meer concurrentie binnen de sector ontstaat, wordt dat nu nog niet gestimuleerd, integendeel. Zorgverzekeraars worden volledig nagecalculeerd op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en zijn dus ook niet risicodragend. Daarnaast is ook het risico voor patiënten verminderd door het afschaffen van de eigen bijdrage voor psychotherapie. Dit betreft een groep cliënten die ten opzichte van andere gebruikers hoog opgeleid is en dus in het algemeen een goede inkomenspositie heeft.

Zorgverzekeraars dragen geen risico

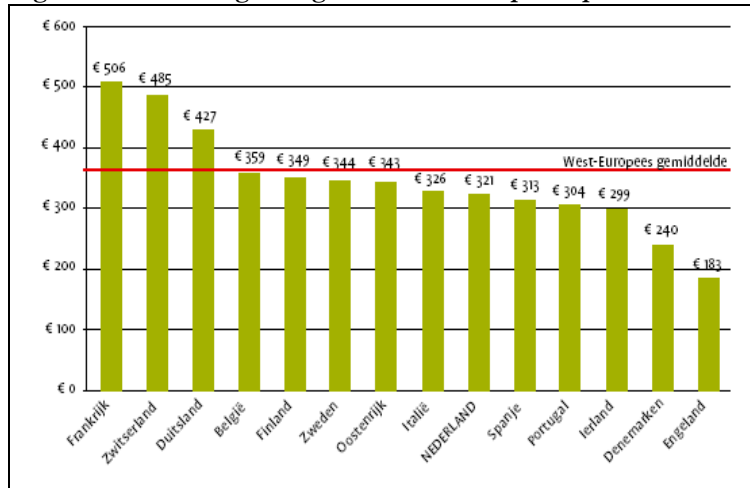
### Farmacie

De uitgaven aan extramurale geneesmiddelen via openbare apotheken bedragen (2007) 4,7 miljard euro<sup>96</sup>. Nederland kent relatief lage uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking (figuur 3.4). Dit is waarschijnlijk te danken aan een cultuur van terughoudend voorschrijven van artsen. Ook apothekers spelen een rol, vooral bij het bevorderen van substitutie door generieke geneesmiddelen. Ze hebben daarbij ook een groot financieel voordeel. De ‘inkoopvoordelen’ bij het generiek voorschrijven bedragen in 2007 780 miljoen euro, 400.000 euro per apotheek. De overheid – hoewel zelf ooit verantwoordelijk voor deze ‘inkoopkortingen’ – probeert hier al sinds jaren maar met wisselend succes iets aan te doen.

Lage uitgaven per hoofd

Apothekers: veel inkoopvoordelen

**Figuur 3.4** Uitgaven geneesmiddelen per capita 2006



Bron: SFK (2008)

### Wmo

In 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) in werking getreden. Hiermee is de huishoudelijke hulp van de AWBZ overgegaan naar de gemeenten. De corresponderende middelen zijn overgeheveld. In eerste instantie op basis van de historische verdeling van kosten, maar inmiddels wordt het Wmo-budget volledig verdeeld op basis van een verdeelmodel. Gemeenten zijn volledig risicodragend.

Gemeenten zijn volledig risicodragend

In 2007 is bijna 1,3 miljard euro overgeheveld<sup>97</sup>, maar gemeenten hebben dit lang niet allemaal uitgegeven. Het SCP schat

Dat leidt tot forse besparingen

dat de gemeenten in het eerste jaar 169 miljoen hebben bespaard, een besparing van bijna veertien procent en een grote trendbreuk met het verleden (tabel 3.6). De gemeenten hebben goed op de kosten gelet, want ze droegen het volle risico. Dat vertaalde zich in scherpe, soms te scherpe aanbestedingen. Thuiszorgorganisaties hebben hun tarieven fors verlaagd. Dit werd mogelijk gemaakt door meer gebruik te maken van goedkope alfahulpen, maar ook door in te teren op de financiële reserves. Het SCP is belast met de jaarlijkse indexering van het Wmo-budget. Hierbij is het uitgangspunt: de realisatie vermenigvuldigd met een prijs- en een volumefactor. Uitgavenbesparingen worden op deze manier automatisch afgeroomd, terwijl de prikkel voor gemeenten om de kosten te beperken blijft bestaan<sup>98</sup>.

**Tabel 3.6 WMO: budget en realisatie**

	2005	2006	2007	2008
Toegekend budget	1123	1165	1218	1265
Realisatie	1186	1201	1049	n.b.
Overschot	-63	-36	169	n.b.

Bron: SCP: 2008.

#### Het persoonsgebonden budget

In 1994 introduceerde de overheid het persoonsgebonden budget<sup>99</sup> (pgb) voor bepaalde vormen van AWBZ-zorg. De cliënt koopt zelf zijn zorg in, in plaats van het zorgkantoor. Cliëntenorganisaties omhelsden het persoonsgebonden budget als het vlaggeschip van de vraagsturing. De overheid beklemtoonde dat het persoonsgebonden budget de zorg doelmatiger zou maken door het wegvallen van overheadkosten en het uitlokken van nieuwe toetreders.

Vanaf 1994 pgb voor voorzieningen

In april 2003 is de pgb-regeling nieuwe stijl ingevoerd. Nieuw was dat het budget voortaan werd vastgesteld op basis van een *functionele* indicatie van de zorgbehoefte. Voor pgb-houders heeft deze overgang de bestedingsmogelijkheden verruimd.

Vanaf 2003 pgb voor functies

Tabel 3.6 laat zien dat het aantal budgethouders sterk groeit. Het beeld voor 2007 wordt verstoord door de invoering van de WMO. De uitgaven stijgen tot ruim 1,4 miljard euro in 2007 en naar verwachting zullen de uitgaven blijven stijgen.

Aantal budgethouders groeit sterk

**Tabel 3.7 Pgb: budgethouders en uitgaven<sup>100</sup>**

	Aantal budgethouders	Procentuele stijging	Uitgaven in miljoenen
2003	62.500	25%	635
2004	69.500	11,20%	764
2005	80.500	15,80%	922
2006	95.000	18,10%	1.136
2007	89.771	42%	1.455 (raming)

### 3.4 De beheersing van de zorguitgaven: het BKZ, 1995 - 2007

#### Het macroniveau

Een nieuw kabinet start zijn regeerperiode met een meerjarig uitgavenkader voor de zorg, het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Tabel 3.8 zet de overschrijdingen die zich vervolgens ten opzichte van het Regeerakkoord voordoen op een rij. Het blijkt dat de werkelijke uitgaven structureel hoger uitkomen dan is afgesproken in het Regeerakkoord. Dit verschil loopt op naarmate de kabinetsperiode voortschrijdt. Het feit dat opeenvolgende kabinetten in het Regeerakkoord steeds meer geld voor de zorg ter beschikking hebben gesteld, heeft dit proces niet noemenswaardig beïnvloed. Integendeel, de overschrijdingen lijken er alleen maar groter op te worden. De omvang van het BKZ als percentage van het BBP blijft tegelijkertijd opvallend stabiel: iets boven negen procent.

Overschrijding BKZ is regel

**Tabel 3.8 BKZ Uitgaven (€ mrd.)<sup>101</sup>**

	BKZ uitgaven	BKZ	overschrijding	BKZ-jaar	RA volume	RA nominaal
1995	24,2	23,8	0,4	1994	1,3%	1,2%
1996	24,8	24,7	0,1	1994	1,3%	2,0%
1997	25,7	25,4	0,4	1994	1,3%	2,1%
1998	27,3	26,1	1,2	1994	1,3%	3,1%
1999	29,1	29,4	-0,3	1998	2,3%	3,6%
2000	31,3	31,1	0,2	1998	2,3%	2,9%
2001	35,1	33,3	1,8	1998	2,3%	1,8%
2002	38,3	34,2	4,1	1998	2,3%	2,1%

2003	41,9	38,9	2,3	2002	2,5%	3,7%
2004	42,8	41,1	1,7	2003	2,5%	1,6%
2005	42,8	41,7	1,1	2003	2,5%	1,8%
2006	44,8	43,5	1,3	2003	2,5%	1,9%
2007	47,6	45,7	1,9	2003	2,5%	2,4%

Wat doet de politiek met deze structurele en oplopende reeks overschrijdingen? In feite vooral twee dingen:

Standaardreactie: kaasschaaf of BKZ ophogen

1. het (verplicht of via convenanten) toepassen van doelmatigheidskortingen met behulp van de kaasschaaf;
2. en - belangrijker - zij keurt de 'onvermijdbare' overschrijdingen goed door het BKZ op te hogen.

Dit neemt natuurlijk niet weg dat het budget ook bewust kan worden overschreden om nieuw beleid mogelijk te maken. Een deel van de overschrijdingen is immers het gevolg van beleid waarvoor gedurende een regeerperiode is gekozen. Idealiter gebeurt dit na afweging met andere beleidsprioriteiten. Er zijn echter ook overschrijdingen die veroorzaakt worden doordat instellingen en vrije beroepsbeoefenaren meer produceren dan afgesproken is. Die overschrijdingen kunnen niet altijd meer worden gecompenseerd in het jaar waarin ze optreden, noch in het jaar daarna, omdat ze soms laat tot uiting komen en maatregelen niet meteen kunnen worden getroffen. In reactie hierop zijn regelmatig doelmatigheidskortingen opgelegd.

Soms is overschrijding bewust te keuze

Hoe komt het dat de BKZ-uitgaven als percentage van het BBP ondanks al deze overschrijdingen toch maar nauwelijks stijgen? Dit heeft enerzijds te maken met de snelle economische groei (noemereffect). Maar het komt toch vooral door de overheveling van verstrekkingen uit het basispakket naar de aanvullende verzekeringen (o.a. de fysiotherapie en de tandheelkundige zorg) en door sommige 'technische' definitiewijzigingen die het BKZ<sup>102</sup> optisch laten dalen (voornamelijk verschuivingen naar de begroting: onder ander de academische component, de openbare gezondheidszorg en de TBS klinieken<sup>103</sup>). Het BKZ, aldus de Tijdelijke Onderzoekscommissie van de Tweede Kamer, blijkt een rekenkundige grootte die sterk aan neerwaartse definitieverandering onderhevig is<sup>104</sup>.

BKZ wordt voortdurend aangepast



### Het microniveau

De bovenstaande conclusies zijn niet zonder meer te vertalen naar het microniveau van de zorginstellingen. De Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven concludeerde in 2004 dat er gewoonweg geen goed inzicht bestaat in de besteding van de zorgmiddelen door de instellingen, omdat daar de eigen bestedingsvrijheid van private uitvoerders geldt, die door VWS noch door de Rekenkamer of andere toezichtorganen wordt bestreken<sup>105</sup>.

Weinig inzicht in besteding middelen

## 3.5 Solidariteitsoverdrachten

### Waardoor wordt solidariteit beïnvloed?

De uitgaven aan gezondheidszorg worden grotendeels collectief betaald. Verplichte solidariteitsarrangementen spelen bij de financiering van zorg een grote rol. Er is in ons land vooral veel risicosolidariteit: jongeren betalen voor een groeiende groep ouderen en gezonde mensen betalen voor een groeiende groep zorggebruikers. De vraag naar hoeveel solidariteit wenselijk is, heeft bij uitstek een politiek karakter. Met andere woorden: over de normatieve invulling van solidariteit kun je van mening verschillen. Het gevolg is dat de precieze vorm en de omvang van de solidaire financiering geen vanzelfsprekendheden zijn. Solidariteit is een politieke en maatschappelijke variabele, geen constante grootte.

Solidariteit wordt door politiek bepaald ...

Waarom is er in de samenleving soms meer, soms minder solidariteit? Voor solidariteit als sociaal fenomeen<sup>106</sup> zijn ervaringen van lotsverbondenheid en noties als wederkerigheid en welbegrepen eigenbelang belangrijk. Inbedding daarvan in levensbeschouwelijke oriëntaties die solidariteit centraal stellen, zoals de christelijke naastenliefde en de medemenselijkheid, werkt complementair. Zoals steeds meer onderzoek duidelijk maakt, wordt solidariteit gestimuleerd door de aanwezigheid van een homogene samenleving waarin weinig sociaal-culturele tegenstellingen bestaan<sup>107</sup>. Het idee dat er sprake is van moeilijk te beïnvloeden en intensieve tegenslagen. En – daaraan gekoppeld – de notie dat het een ieder overkomen kan, het welbegrepen eigenbelang. Er speelt nog meer. De ‘prijs’ van de organisatie van solidariteit moet beperkt zijn, dat wil zeggen dat deze uitvoerbaar is en dat de administratieve lasten beperkt zijn<sup>108</sup>. Een andere belangrijke determinant van solidariteit is, dat er sprake moet zijn van niet al te scherpe competitie met andere bestedingen (koopkracht, onderwijs etc.). Dit alles wordt makkelijker te realiseren als er door een hoge eco-

... en door maatschappelijk draagvlak

nomische groei veel geld valt te verdelen. Tot slot: solidariteit wordt ook gestimuleerd als de belanghebbenden in staat zijn het besluitvormingsproces daarover te beïnvloeden, hetzij door gebruik te maken van stemrecht, hetzij door participatie van vertegenwoordigers in allerlei organen.

### Hoe omvangrijk zijn de solidariteitsoverdrachten?

De financiële solidariteitsoverdrachten in de zorg zijn erg groot. De uitgaven zijn namelijk bijzonder scheef verdeeld. Zo worden de jaarlijkse ziekenhuiskosten nagenoeg volledig door ongeveer tien procent van de bevolking veroorzaakt. Kijken we naar een langere periode, bijvoorbeeld tien jaar, dan wordt nog steeds ongeveer zeventig procent van deze kosten door dezelfde groep veroorzaakt<sup>109</sup>. De concentratie van zorguitgaven bij een beperkte groep is de afgelopen decennia sterk toegenomen: voor de totale curatieve zorg van ongeveer veertig procent in de jaren vijftig tot zeventig procent nu<sup>110</sup>.

10% bevolking gebruikt 70% curatieve zorg

De concentratie van uitgaven voor langdurige zorg is nog pregnanter. Dit hangt samen met het beperkte aantal aangeboden afwijkingen (gehandicaptenzorg) en zware psychiatrische aandoeningen. De risicosolidariteit is minder aanwezig in de ouderenzorg. Immers de meeste mensen worden – gelukkig – redelijk oud. Het gevolg: vijftien procent van de 80-plussers woont in een ouderenvoorziening en nog groter percentage krijgt thuiszorg. De solidariteitsoverdrachten tussen ouderen zijn daardoor beperkt, maar die tussen de generaties is weer wel groot. Doordat de gezondheidszorg via een omslagstelsel wordt bekostigd, moet een kleiner wordende beroepsbevolking betalen voor een groter wordende groep ouderen. De dependenteratio, de verhouding tussen 65-plussers en 65-minners, verslechtert, waardoor de solidariteitsoverdrachten sterk toenemen. Paradoxaal genoeg wordt het effect van deze demografische schok nog eens versterkt doordat we met zijn allen steeds rijker worden. Dit versterkt namelijk de vraag naar een luxe vormgeving van de ouderenzorg.

Verhouding bij langdurige zorg nog schever

Wat betekent het bovenstaande voor de toekomst? Het betekent dat er steeds meer solidariteit nodig is om het zorgstelsel op de huidige manier te blijven financieren. Het ministerie van VWS heeft enige jaren geleden berekend dat een gemiddelde nettobetaler over twintig jaar ongeveer 3.600 reële euro's meer betaalt voor een netto-ontvanger dan dat nu het geval is. Dit komt neer op meer dan een verdubbeling<sup>111</sup>. Bij een gemiddelde reële loongroei van twee procent per jaar neemt het loon in een periode van twintig jaar toe met een factor anderhalf.

Steeds meer solidariteit nodig

Kortom: Jan Modaal moet in plaats van de huidige tien procent van zijn loon (29.500 euro in 2006) ongeveer vijftien procent vrijmaken voor gebruikers van gezondheidszorg. Dit illustreert een aantal typische kenmerken van de Nederlandse gezondheidszorg. De inkomenssolidariteit is 'beperkt' door de lage afkappunten van de premiegrenzen, de risicosolidariteit is 'maximaal', de financiële risico's voor individuen zijn minimaal en de toegang tot zorg is uitzonderlijk goed.

### Wie ontvangen en wie betalen de solidariteitsoverdrachten?

Wie zijn de belangrijkste ontvangers van deze omvangrijke financiële solidariteit? Recent onderzoek maakt dit duidelijk<sup>112</sup>. Ouderen, vrouwen en gescheiden mensen ontvangen

1. Vrouwen, vooral door hun hogere levensverwachting. Maar daar staat tegenover dat 'gratis' mantelzorg voornamelijk door vrouwen wordt verleend.
2. Ouderen en zorgvragers met meerdere aandoeningen. Via preventie en een betere coördinatie van het zorgproces kunnen de zorguitgaven worden bijgestuurd.<sup>113</sup>
3. Mensen met een lage opleiding en niet-westerse achtergrond consumeren per persoon ongeveer tien procent meer zorg. 'Welvaartsziekten' zoals obesitas spelen daarbij een voorname rol.
4. De zorgkosten van mensen die zijn gescheiden, liggen bijna vijftig procent boven het gemiddelde. Het gaat vooral om veel hogere uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk en gezinszorg.

De solidariteitsoverdrachten nemen dus binnen de huidige financiering steeds meer toe. Dit komt door een combinatie van demografische (vergrijzing) en sociaal-culturele ontwikkelingen (scheidingen, migratie, ongezonde leefstijl), groeiende (technologische) mogelijkheden en een vraag naar 'welvaarts-vaste' voorzieningen, vooral in de AWBZ. Dit leidt tot problemen als de belangrijkste nettobetalers, zoals de werkgevers, de jongeren en de traditionele gezinnen hier niet meer in dezelfde mate toe bereid zijn. Werkgevers geven nu al aan problemen te hebben met de rol van automatisch meebetalen omdat dat de concurrentiepositie onder druk zet. Deze stelling en de mogelijke oplossingsrichtingen moet volgens de Raad nader onderzocht worden.

Werkgevers, jongeren en gezinnen betalen

### 3.6 Professionele en mantelzorg

#### Professionele zorg

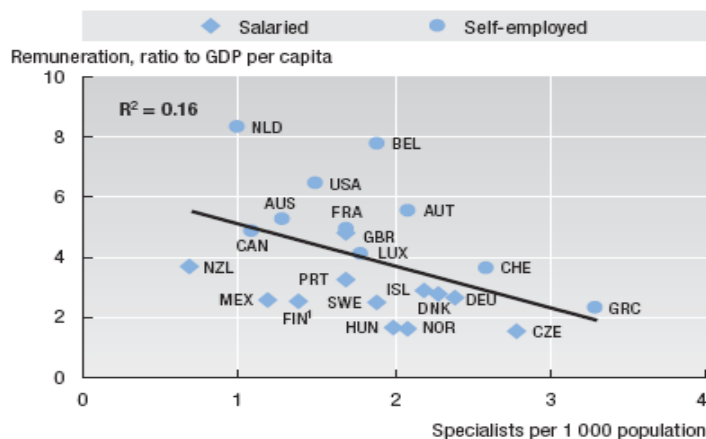
De sector zorg en welzijn telt meer dan één miljoen werknemers – waarvan veel in deeltijd werken – die samen goed zijn voor 1,2 miljard contracturen<sup>114</sup>. Figuur 3.5 maakt duidelijk dat ons land in vergelijking met andere landen weinig medisch specialisten heeft. Het is bovendien moeilijk voor sommige specialisaties, zoals de (kinder)psychiatrie, goede vakkrachten te vinden. Het aantal artsen lijkt aan de lage kant en spoort niet met het aanbod in andere landen. Dit werkt marktverstoring, leidt tot hoge honoraria en stimuleert wachtlijsten.

Weinig artsen, die veel verdienen

Nederland heeft dan misschien weinig artsen, maar weer wel veel verpleegkundigen. Ons land telt per duizend inwoners ongeveer het hoogste aantal verpleegkundigen van de hele OECD (14,2), bijna dubbel zoveel als gemiddeld (8,2)<sup>115</sup>. Binnen de randstad bestaan lokale tekorten, terwijl daarbuiten juist veel verpleegkundigen werken<sup>116</sup>. De vraag is wat dit moet betekenen voor de arbeidsvoorwaarden, met name die voor het ziekenhuispersoneel. Carol Propper – Brits gezondheids-econoom – heeft onlangs in een onderzoek laten zien dat in gebieden met een sterke arbeidsmarkt en waar instellingen dus afhankelijker zijn van tijdelijk personeel, significant meer patiënten na een hartoperatie overlijden<sup>117</sup>. Dit roept volgens haar de vraag op of er niet meer regionale verschillen in de arbeidsvoorwaarden voor ziekenhuispersoneel moeten komen.

Veel verpleegkundigen, die redelijk verdienen

**Figuur 3.5** Relatieve beloning specialisten versus aantal per 1.000 inwoners



Doelmatigheidswinst komt bij artsen terecht

Zowel per bed als per ontslagen patiënt worden in de Nederlandse ziekenhuizen meer fte's ingezet dan in de ziekenhuizen van andere West-Europese landen<sup>118</sup>. Het aanbod is klaarblijkelijk ruim en er zijn dan ook geen aanwijzingen voor dat Nederlandse verpleegkundigen aanzienlijk meer verdienen dan hun collega's in andere Westerse landen. Het gevolg is dat er in ons land grote verschillen bestaan in inkomens tussen artsen en verpleegkundigen, althans meer dan in andere landen. Dit is een risico voor de zorguitgaven, omdat het kan leiden tot extra looneisen bij verpleegkundigen. Met meer taakherschikking kan deze spanning beter hanteerbaar worden gemaakt. De doelmatigheidswinst die hierdoor wordt geboekt, moet meer dan nu gebeurt ten goede komen aan de premiebetalers en niet, zoals nu vaak gebeurt, aan de artsen.

### Vrijwilligers en mantelzorg

De omvang van de informele (vrijwillige en onbetaalde) zorg is bijna net zo groot als die van de professionele hulpverlening. We hebben het dan vooral over een groot aantal vrijwilligers en over een nog grotere groep mantelzorgers. Het aantal vrijwilligers dat op de een of andere wijze helpt in de verpleging en verzorging is tussen 1993 en 2004 gestegen van vijf naar acht procent van de bevolking. Dit vormt een gunstige uitzondering op andere vrijwilligersactiviteiten<sup>119</sup>, maar kan deze groei doorgaan als tegelijkertijd de arbeidsparticipatie moet toenemen?

Evenveel informele als formele zorg

Deze zelfde vraag geldt ook voor de beschikbaarheid van mantelzorg<sup>120</sup>. Het percentage mensen dat volledig werkt en daarnaast mantelzorg verleent is de afgelopen tien jaar immers gedaald. En mantelzorgers met een baan verlenen gemiddeld tien uur per week minder zorg dan niet-werkenden. Toch is de arbeidsparticipatie van vrouwen de laatste jaren toegenomen, zonder dat de beschikbaarheid van mantelzorg is afgenomen<sup>121</sup>. Er zijn nu 3,7 miljoen mantelzorgers, maar als we alleen de mantelzorg meetellen waarmee professionele hulp wordt uitgespaard, blijven er ongeveer 1,1 miljoen over<sup>122</sup>. Dat zijn vooral vrouwen van boven de vijfenveertig die niet of niet volledig werken. De professionele zorg zou zonder deze extra hulp onder grote druk komen te staan. Recent internationaal onderzoek wijst er ook op dat een toename van de arbeidsparticipatie van vrouwen gepaard gaat met hogere zorguitgaven<sup>123</sup>.

Meer arbeidsparticipatie tast vooralsnog mantelzorg niet aan

Het is dus niet vreemd dat de overheid beleid voert om informele zorg, vrijwilligerszorg en de mantelzorg aantrekkelijk te houden. Zij doet dit met flankerende maatregelen, zoals een

Overheid steunt mantelzorg ...

extraatje voor vrijwilligers, fiscale stimulering en betere mogelijkheden voor (langdurig) verlof. Een veel radicalere optie is monetarisering van mantelzorg. Strikt genomen is er dan geen sprake meer van mantelzorg. De prikkel die van een financiële vergoeding uitgaat is groot, zeker als het om een behoorlijk uurloon gaat. Aan de andere kant: het is onbetaalbaar, tenzij zo'n vergoeding grotendeels wordt terugverdiend door lagere uitgaven aan de professionele hulpverlening.

Wat zijn de financiële gevolgen van monetarisering van de mantelzorg in de zorgsector? Houders van een persoonsgebonden budget kunnen er voor kiezen om familieleden of bekenden in te huren en ongeveer tweederde doet dat ook<sup>124</sup>. Deze mensen verdienen meestal minder dan professionele krachten, maar gezien hun grote aantal schatten we het beslag op de pgb-regeling toch op ongeveer 500 miljoen euro. Het beroep op deze regeling stijgt snel en de staatsecretaris heeft hier onlangs op gereageerd met het aanscherpen van de indicatiestelling. In de kinderopvang is voor een andere lijn gekozen. Hier is de subsidie voor oppasoma's en opa's ter discussie gesteld. Vanuit financieel perspectief is het een aantrekkelijke optie om ook voor het pgb eisen te stellen aan de professionaliteit van de zorgverlener (diploma's). Het kan veel geld opleveren en bovendien hoeven de indicaties minder te worden ingeperkt, zodat de solidariteit op een hoger niveau blijft.

... maar betalen voor mantelzorg is te duur

### 3.7 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn de ontwikkelingen in de zorguitgaven en hun oorzaken besproken. De Raad verbindt hieraan een aantal conclusies.

De Nederlandse zorguitgaven bevinden zich in de Europese kopgroep, als we rekening houden met de jonge leeftijdsopbouw en het lage artsbezoek. Nederland heeft geen voorbeeldfunctie op het terrein van de zorguitgaven, hun rendement en de doelmatigheid van de zorg. De burger springt er positief uit. Hij gebruikt weinig zorg en gaat weinig naar de huisarts. Positief is ook dat iedereen nagenoeg evenveel gezondheidswinst boekt en dat sociaaleconomische verschillen niet veel invloed hebben op het gebruik dat van de gezondheidszorg wordt gemaakt.

De gezondheidszorg is te duur  
...

De groei van de zorguitgaven wordt vooral veroorzaakt door een toename van het overig volume en een reële stijging van de lonen. Beide zijn met beleid te beïnvloeden, maar van de

... en de uitgaven stijgen te hard

budgettaire spelregels rondom het BKZ lijken hier niet goed op geënt. Het BKZ als zodanig is niet in staat om de uitgaven te beheersen omdat het een signaleringsinstrument is. Zonder aanvullende maatregelen wordt het budgettair kader dan ook voortdurend overschreden (zie paragraaf 5.3).

Het systeembeleid van de overheid doet er toe. Het is mogelijk om allocatie en doelmatigheid met behulp van budgettaire spelregels te beïnvloeden: het ‘boter-bij-de-vis’ principe heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat de instellingen hun overig volume hebben omgezet in extra productie. Ook een toename van het financiële risico en een betere systematiek voor het inboeken van arbeidsproductiviteitswinsten bieden mogelijkheden.

De arbeidsproductiviteit kan ook worden gestimuleerd door een andere wijze van bekostiging. Verder is het inkoopbeleid van zorgverzekeraars een potentiële aanjager van de productiviteit in de zorgsector.

De arbeidsproductiviteit moet omhoog ...

De prijs per eenheid product is in ons land aan de hoge kant en daalt langzaam in verhouding tot de snelle groei van de productie. De uitgaven aan ouderenzorg en psychische hulpverlening behoren tot de hoogste in Europa. Dit komt onder meer door een hoog percentage instellingsgebonden zorg.

... en de prijs per eenheid product omlaag

De financiering ‘maximaliseert’ de hoeveelheid risicosolidariteit. Bij ongewijzigd beleid zullen de solidariteitsoverdrachten sterk stijgen. Dit komt door de vergrijzing en een aantal sociaal-culturele ontwikkelingen. Het is niet vanzelfsprekend dat deze ontwikkelingen binnen de huidige financiering worden geacommodeerd.

## 4 Analyse van uitgavenrisico's

### 4.1 Het afwentelen van de rekening

#### Het 'echte' financiële risico ligt bij de belastingbetaler en premiebetaler

De rekening van de stijgende zorguitgaven komt terecht bij de premiebetaler (werkgevers en burgers) en bij de belastingbetaler (rijksbijdragen en hogere collectieve lasten). Hier ligt feitelijk het financiële risico. Dit is logisch: zij betalen immers uiteindelijk het overgrote deel van de zorguitgaven. Het betalen van deze rekeningen is echter niet hetzelfde als het hebben van invloed op deze uitgaven. Wel kan de overheid gebruikers en uitvoeringsinstanties prikkelen doelmatig te opereren. Zo wordt (deels) voorkomen dat alle uitgaven simpelweg worden afgewenteld op het collectief. Daarbij geldt dat andere collectieve uitgaven, zoals onderwijs en sociale zekerheid, in de knel kunnen komen wanneer de zorgkosten te hard stijgen.

Werkgevers en burgers betalen de rekening ...

Dit prikkelen doet men door (een deel van) de financiële risico's te verschuiven naar of te delen met de andere partijen: de verzekeraars, aanbieders en gebruikers. Echter: beroepsbeoefenaren, patiënten, cliënten, zorginstellingen, zorgverzekeraars, indicatie organen en zorgkantoren, allemaal dragen ze nauwelijks de financiële gevolgen van hun gedrag. Dit wringt des te meer omdat deze partijen geen natuurlijk belang hebben bij uitgavenbeheersing, integendeel dat ligt juist bij een stijging van uitgaven. Voor de aanbieders betekent dit hogere honoraria, hogere salarissen en betere secundaire arbeidsvoorwaarden, meer carrièremogelijkheden, meer onderzoeksmogelijkheden, meer maatschappelijke invloed en een lagere werkdruk. Zij worden gesteund door de patiënten en cliënten, die menen dat hogere uitgaven de garantie vormen voor meer gezondheid. Omdat patiënten zelf ook geen financieel gevolg dragen, op een beperkte eigen bijdrage na, zullen zij ongeacht de kosten, extra zorg graag accepteren zolang ze er enige baat van verwachten.

... terwijl anderen de kosten maken

Deze groepen hebben gezamenlijk veelal de mogelijkheid om de uitgavenstijgingen af te wentelen op het collectief. Dat komt doordat:

De kosten worden dus afgewenteld

1. Er momenteel betrekkelijk weinig formele prikkels bestaan die zich richten op het beheersen van de uitgaven.



2. In de loop der jaren hebben betrokkenen ‘geleerd’ dat deze financiële verantwoordelijkheden vaak niet worden gehandhaafd: de soep wordt veel minder heet gegeten dan dat ze wordt opgediend. Er zijn veel niet-monetaire prikkels die het gedrag van betrokkenen beïnvloeden, zoals de machtspositie van de medische staf ten opzichte van de ziekenhuisdirectie<sup>125</sup>, of politiek verzet tegen de consequenties van de werking van de markt<sup>126</sup>.

Hoe werkt dit proces in de praktijk? De burger gaat naar de dokter of naar een indicatie-orgaan. Hij wordt daarbij niet of nauwelijks geremd door eigen bijdragen of andere beperkingen: de eigen bijdragen zijn veel lager dan in andere landen en ons pakket is een open systeem met een ruim karakter. In de AWBZ – maar ook wel in de ZVW - zijn bewust meer mogelijkheden voor zorg op maat gecreëerd die de vraag hebben vergroot, vooral voor moeilijk verifieerbare zorg.

Dat gaat zo

De burger kan wel op een wachtlijst komen, maar deze zijn sinds het boter-bij-de-vis beleid sterk verminderd. Geen productie betekent sindsdien immers ook geen geld. De aanbieder declareert de rekening bij verzekeraar of zorgkantoor. Deze betaalt min of meer ‘automatisch’ uit, conform het vigerende tarief. De financiële risico’s zijn beperkt (verzekeraars in delen van de curatieve zorg) of nul (zorgkantoren en verzekeraars bij de geestelijke gezondheidszorg).

De risico's zijn beperkt ...

In de loop van het jaar ontstaat vervolgens vaak een budgettair probleem: (1) het aantal behandelingen stijgt sneller dan verwacht of (2) er is behoefte aan nieuwe of hogere tarieven door nieuwe ontwikkelingen of veranderingen in het behandelproces. De overheid probeert dit effect te dempen door generieke kortingen op te leggen, de eigen betalingen te verhogen of het pakket in te perken. De weerstand hiertegen is echter enorm en dus ontstaat grote druk om het budget op te hogen, dat wil zeggen de overschrijding te accepteren. Betrokkenen maken daarbij goed gebruik van de media die steeds meer aandacht besteden aan zorg en alles wat daarmee samenhangt. Meer geld staat in deze mediocratie symbool voor betere zorg. Een (groot) deel van het parlement deelt de publieke bezorgdheid die hierdoor wordt opgeroepen. De bewindslieden zien zich gedwongen extra geld ter beschikking te stellen: het BKZ wordt gedurende de kabinetsperiode steeds meer overschreden.

... en de overheid kan moeilijk nee zeggen

### Risicomanagement: van aanbodbudgettering naar gereguleerde concurrentie

Het proces van het afwentelen van het financiële risico op derden staat in de literatuur bekend als de *cost-shifting hydraulic* en kent vele gezichten<sup>127</sup>. Het fenomeen is bijzonder hardnekkig. Dit komt doordat:

Afwenteling tegengaan is moeilijk

1. Inkomens- en risicosolidariteit nodig zijn<sup>128</sup> om de toegang voor grote groepen te borgen, dit vermindert het risico voor de zorggebruikers.
2. De zorgmarkt specifieke kenmerken heeft: a.) de cliënt is niet goed in staat om de prijs-kwaliteitsverhouding in te schatten, b.) de vraag is vaak incidenteel en sterk heterogeen van aard, c.) cliënten zijn weinig prijsgevoelig, d.) zorgaanbieders hebben veel invloed op de vraag naar zorg en – tot slot – e.) de gecreëerde schaarste aan professionals; dit alles vergroot de mogelijkheden tot afwenteling.
3. Er zijn tienduizenden behandelingen en het tempo waarmee daarin veranderingen optreden, soms uitgavenverlagend, maar vaker uitgavenverhogend is groot; het is bijzonder moeilijk de kostenconformiteit van de gereguleerde tarieven te bewaken waardoor – vooral in de curatieve zorg - kruissubsidies onvermijdelijk zijn.

Het gevolg van deze kenmerken is dat meestal een derde partij nodig is om de financiële risico's te beperken: de verzekeraar. Patiënten zonder zorgverzekering lopen namelijk het risico op een faillissement als ze ernstig ziek worden. Verzekeraars hebben echter een sterke prikkel om slechte risico's niet of tegen veel hogere tarieven te accepteren (risicoselectie).

Hiervoor is een derde partij nodig

De overheid heeft decennia lang een steeds groter deel van deze risico's naar zich toe getrokken: de 'verstatelijking' van het maatschappelijk middenveld. Het gevolg was een opwaartse druk op de zorguitgaven die deels samenhangt met de afnemende financiële risico's voor dit middenveld. Diezelfde overheid zag zich begin jaren tachtig gedwongen de financiële consequenties van dit proces te keren met een strikte budgetteringspolitiek. Instellingen liepen het risico dat zij meer zorg moesten leveren dan waarvoor budget beschikbaar was; ziekenfondsen en zorgkantoren functioneerden vooral als uitvoeringsorganen, zij liepen nauwelijks enig financieel risico.

De overheid deed dit ...

Het groeitempo van deze budgetten stond echter steeds meer los van de werkelijke productie- en kostenontwikkelingen.

... maar budgettering liep vast

Uiteindelijk zorgde het budgetmodel voor grote problemen door het toenemende gebrek aan kostenconformiteit en doordat nagenoeg alle productieprikkels ondergeschikt werden gemaakt aan de wens tot kostenbeheersing. Budgettaire problemen werden op het decentrale niveau routinematig opgelost met ‘grijze’ afspraken: verzekeraars accepteerden dat productieafspraken niet werden gerealiseerd om zo andere ‘prioriteiten’ te financieren. In de ziekenhuizen leidde dit - samen met de specialistenbudgettering waardoor volume risico’s feitelijk werden verschoven naar de patiënten en de zorgaanbieders<sup>129</sup> – tot een snelle groei van wachtlijsten en een stijging van de prijs-per-eenheid product. Intensiveringen hielpen niet meer. De aanbodbudgettering was vastgelopen. Er moest iets veranderen.

De overheid heeft gekozen voor gereguleerde concurrentie: een groot aantal wetten en structuren is hier inmiddels op aangepast. Hoe moet de verdeling van het financieel risico binnen de gereguleerde concurrentie worden geregeld? De overheid komt meer op afstand. Dat gaat echter alleen gepaard met een gematigde uitgavenontwikkeling als een groot deel van het financiële risico daadwerkelijk verschuift naar de decentrale partijen. De uiterste consequentie daarvan is dat men failliet kan gaan. Indien dit een gevolg is van slechte bedrijfsvoering is dat zelfs wenselijk: het flankerende ‘steunbeleid’ hoeft dan slechts voldoende bereikbaarheid van de betrokken zorg te borgen.

Nu is verzekeraar aan zet ...

De kern van het beleid is dat de zorgverzekeraars en de zorgkantoren meer risico moeten gaan lopen: het risico voor deze partijen moet sterk toenemen, het liefst zo snel mogelijk. Alleen op die manier gaat de preventie van ondoelmatig gedrag tot hun natuurlijke oriëntatie behoren. Op dit moment delen zij nog hoofdzakelijk geld uit waarop zij beperkt worden afge-rekend, integendeel door de ex-post verevening komt de rekening grotendeels bij de concurrentie te liggen. De vergroting van het financiële risico voor de verzekeraars gaat langzaam, te langzaam. De invoering van de basisverzekering ging gepaard met een behoorlijke vermindering van het risico. De tijd is gekomen daar nu de handrem van af te halen. Dit is de belangrijkste conclusie die de Raad verbindt aan een studie naar risico’s voor het uitgavenniveau in de zorg die Pricewaterhouse-Coopers (PwC) uitvoerde.

... maar dan moet hij wel risico gaan lopen

## 4.2 Risico's voor het uitgavenniveau in de curatieve zorg<sup>130</sup>

### Zorgverzekeraars

PWC denkt dat door onvoldoende selectieve zorginkoop door de zorgverzekeraars de grootste kansen voor een lager uitgavenniveau worden gemist. Zij schatten dit effect in op minimaal één miljard euro<sup>131</sup>. Verzekeraars richten zich nu vooral op fusies en op prijsconcurrentie via de hoogte van de premie, de mogelijkheden voor het laatste zijn overigens beperkt. De ex-post risicoverevening zorgt feitelijk voor een inperking van de bandbreedte tussen de laagste en de hoogste premies. Box 4.1 schets de werking van de risicoverevening.

Ex-post risicoverevening dempt risico's

#### **Box 4.1: Risicoverevening<sup>132</sup>**

Het risico dat zorgverzekeraars dragen hangt af van de risicoverevening. Indien het risicovereveningssysteem zo is vormgegeven dat een verzekeraar uitsluitend een normbedrag per verzekerde ontvangt op basis van niet door hem te beïnvloeden kenmerken, dan is de verzekeraar voor de volle honderd procent risicodragend. Dit staat bekend als ex ante verevening. Omdat deze echter (nog) niet corrigeert voor alle voorspelbare verliezen, blijft bij verzekeraars een prikkel tot risicoselectie bestaan. Daarom kent het model ook nog een heel scala aan compensaties op de behaalde ex ante budgetresultaten, de ex post verevening. In scherp contrast met de ex ante verevening neemt hierdoor de risicodragendheid van zorgverzekeraars wel af, soms verdwijnt die zelfs helemaal. Een verzekeraar die zijn schadelast verlaagt door goed in te kopen ziet dit dan in het geheel niet terug in zijn bedrijfsresultaat.

Bij verzekerden met extreem hoge kosten komt tien procent van de kosten boven een drempelbedrag van ongeveer 20.000 euro voor rekening van de verzekeraar. De rest wordt gepoold naar rato van de deelbudgetten overige verstrekkingen en variabele ziektekosten. Het gaat om 0,8 procent van alle verzekerden en ongeveer acht procent van alle ziekenhuiskosten. Dit staat bekend als de hoge kosten compensatie (HKC).

Voor verzekerden met lagere zorgkosten verschilt de ex-post verevening, en dus de mate waarin zorgverzekeraars risicodragend zijn, tussen typen zorg(kosten). De risicodragendheid is volledig afwezig in de geestelijke gezondheidszorg en bij de vaste ziekenhuiskosten (honderd procent nacalculatie); is behoorlijk bij de variabele kosten van de ziekenhuizen (vijftig procent nacalculatie) en is volledig bij de overige prestaties zoals de eerste lijn en de geneesmiddelen (nul procent nacalculatie). Hiernaast geldt een bandbreedteregeling die de risico-

dragendheid behoorlijk inperkt: een verzekeraar die, na de HKC en na de vijftig procent nacalculatie, kosten maakt die per verzekerde gemiddeld meer dan 22,50 euro afwijken van het totale gemiddelde variabele ziektekosten, ontvangt hiervoor een vergoeding van negentig procent uit de algemene kas. Waarschijnlijk maakt een aanzienlijk aantal verzekeraars gebruik van deze regeling, maar precieze cijfers ontbreken op dit moment.

Verzekeraars concentreren zich nu vooral op het binnenhalen van nieuwe verzekerden en op het afslanken van de eigen organisaties. Selectieve zorginkoop en differentiatie in de verzekeringspakketten komen langzaam van de grond. De Raad heeft in 2007 geadviseerd hoe de overheid dit proces van de grond kan trekken. De belangrijkste redenen voor de beperkte selectieve zorginkoop zijn:

1. Het kost de nodige tijd voldoende kennis en onderhandelingsvaardigheden op te bouwen; verzekeraars moeten nog groeien in hun regisseursfunctie.
2. De ex-post verevening bevat te weinig prikkels voor selectieve zorginkoop: de mogelijke premiebesparingen zijn beperkt tot enkele tientjes per verzekerde, de concurrentie profiteert hier soms ook nog van mee<sup>133</sup>.
3. Door de nacalculatie op de algemene volumestijging, lopen verzekeraars feitelijk weinig risico op volume en is het onvoldoende interessant in te zetten op vaste bedragen per verzekerde, het belangrijkste alternatief dat de markt biedt om de uitgaven op te beheersen<sup>134</sup>.
4. De huidige verzekerden kiezen – in tegenstelling tot de vroegere particuliere verzekerden - nauwelijks nog voor een vrijwillig eigen risico: de premiekortingen wegen blijkbaar niet op tegen het extra risico<sup>135</sup>.

Het is noodzakelijk dat de ex-post verevening zo snel mogelijk verdwijnt, ook in het A-segment van de ziekenhuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Het huidige tempo waarin de ex-post verevening wordt afgebouwd komt de Raad als traag voor. Immers:

1. Zonder de afschaffing van in ieder geval de nacalculatie op de variabele kosten komt de concurrentie en de substitutie met andere zorgvormen niet van de grond.
2. Ook in het A-segment kunnen de zorgverzekeraars de kosten beïnvloeden, bijvoorbeeld door afspraken te maken over beddenreductie.

Daardoor nog te weinig selectieve zorginkoop

Ex-post risicoverevening sneller afschaffen ...

3. In de curatieve geestelijke gezondheidszorg kunnen verzekeraars de kosten beheersen door minder volume te contracteren, maar zij ondervinden hiertoe geen prikkel door de volledige nacalculatie in dit deel van de zorg.
4. Kleinere zorgverzekeraars kunnen het schaalrisico herverzekeren op de private markt (box 4.2), desnoods kan de overheid hiervoor een voorziening creëren.
5. De huidige wettelijke solvabiliteitseisen worden gehaald; wel betekent meer risico dat de reserves moeten stijgen, waardoor de premie (tijdelijk) omhoog moet<sup>136</sup> of de verzekeraar dat risico moet herverzekeren.
6. In het algemeen drukt ex post nacalculatie de prijs van het risico naar een 'kunstmatig' laag niveau wat opportunistisch gedrag uitlokt.
7. De effecten van de nieuwe DBC-systematiek kan men simuleren op basis van productiegegevens van de afgelopen jaren; op die manier hoeft niet jaren op 'ervaringsgegevens' te worden gewacht.

#### **Box 4.2: private herverzekering**

De bescherming tegen grote claims die de HKC biedt, kan ook door herverzekering worden gewaarborgd. In de herverzekeringsmarkt worden dekkingen aangeboden (zogenoemde excess of loss dekkingen) die op soortgelijke manier werken als de HKC. Als de jaarlijkse zorgkosten van een individuele verzekerde uitgaan boven een drempelbedrag (de prioriteit), bijvoorbeeld 100.000 euro, dan draagt de herverzekeraar het grootste deel, bijvoorbeeld negentig procent, van de kosten die de prioriteit te boven gaan. De aansprakelijkheid van de herverzekeraar is meestal beperkt tot een bepaald maximum per verzekerde, bijvoorbeeld 500.000 euro. De premie voor een dergelijke dekking wordt uitgedrukt als een percentage van de bruto premie of als een vast bedrag per verzekerde.

Het bovenstaande betekent niet dat het geen complexe materie ... want voordelen zijn groter  
betreft, dat de informatievoorziening op orde is of dat een deel dan nadelen  
van de gehoorde bezwaren niet terecht is. De Raad denkt alleen dat de voordelen van afschaffing van de ex post risicovereeniging deze te boven gaan. Bovendien staat de voorzichtigheid met betrekking tot de afbouw van de ex post verevening niet in verhouding tot de voortvarendheid waarmee de prijzen op de ziekenhuismarkt de afgelopen jaren geliberaliseerd zijn, temeer omdat de problemen rondom informatievoorziening en dergelijke zich ook daar volop voordoen.

De Raad denkt niet dat het versneld afbouwen van de ex post verevening zal leiden tot het verdwijnen van de kleine zorgverzekeraars. Deze hebben vaak een stevige regionale positie en scoren hoog op klanttevredenheid. Wel zouden de toezichthouders hier nadrukkelijker naar moeten kijken omdat een kartel van enkele grote verzekeraars niet in het algemeen belang is.

### **Farmacie**

Meer risicodragendheid blijkt in ieder geval binnen de farmacie positieve effecten op de uitgavenontwikkeling te hebben. Een aantal zorgverzekeraars zijn zich actief gaan richten op het afkomen van de 'inkoopvoordelen', door het voeren van een preferentiebeleid. Ze vergoeden de apotheker alleen de goedkoopste variant van een bepaald middel. Het preferentiebeleid heeft voor een deel van de middelen binnen korte termijn al geresulteerd in een uitgavendaling van bijna 400 miljoen euro<sup>137</sup>. Bovendien zijn er geen aanwijzingen voor negatieve kwaliteitsgevolgen. Het feit dat zorgverzekeraars zijn overgegaan tot het voeren van een preferentiebeleid, is mede te danken aan de stimulans die uitgaat van de risicoverevening: er is geen ex-post vangnet en verzekeraars zijn daarom volledig risicodragend over de kosten van extramuraal verstrekte geneesmiddelen.

Voordelen van risico dragen blijken bij farmacie

### **Curatieve geestelijke gezondheidszorg**

In de curatieve geestelijke gezondheidszorg vormen niet de prijzen, maar de snelle toename van het volume de belangrijkste oorzaak van het uitgavenprobleem. Doordat verzekeraars en cliënten momenteel op geen enkele manier risicodragend zijn, is er geen natuurlijke rem op deze ontwikkeling. Er is bovendien een grote latente vraag naar dit type zorg.

Geen risico: geen rem op volume

De vraag naar risicodragendheid voor de verzekeraar is urgent, maar er moet ook iets worden gedaan aan de grote latente vraag. De Raad adviseert om cliënten met een enkelvoudige kortdurende hulpvraag met een lichter karakter een eigen bijdrage te vragen. Deze groep is moeilijk af te grenzen door de heterogeniteit, instabiliteit en onzekere grensproblematiek bij veel psychische klachten<sup>138</sup>. Onmogelijk is zo'n afbakening echter niet: we kunnen bijvoorbeeld denken aan relatietherapieën en aan hulp bij levensvragen. De indirecte kosten van psychische aandoeningen (ziekteverzuim en lage arbeidsmoraal) zijn hoog<sup>139</sup>. We kunnen dan ook verwachten dat werkgevers helpen dit risico in collectieve contracten af te dekken.

Verzekeraars en cliënten meer risico

### 4.3 Risico's voor het uitgavenniveau in de langdurende zorg<sup>140</sup>

#### Financiering

Er heerst veel onduidelijkheid en onzekerheid over de rol van de zorgkantoren. De problemen die bij de zorgverzekeraars spelen, zoals het gebrek aan prikkels, risico's, kennis en ervaring spelen hier nog veel sterker. Zorgkantoren doen - in tegenstelling tot gemeenten (Wmo) en cliënten met een persoonsgebonden budget - minder aan selectieve zorginkoop<sup>141</sup>. De overheveling van de huishoudelijke zorg naar de gemeenten - die via het gemeentefonds wel risico lopen - heeft laten zien dat van het vergroten van het financieel risico grote invloed op de uitgaven kan uitgaan. Bij de gemeentelijke inkoop is er, net zoals bij de inkoop door pgb-houders, sprake van lagere prijzen per eenheid product en onderuitputting van de toegekende budgetten. De zorgkantoren echter hebben geen enkele intrinsieke prikkel om de uitgaven te beheersen, het is zelfs de vraag of zij formeel-juridisch wel mogelijkheden hebben een overschrijding tegen te gaan.<sup>142</sup>

Zorgkantoren dragen geen risico

Het volumerisico speelt in de langdurende zorg een grote rol. In 2007 zijn er maar liefst 820.955 positieve AWBZ-indicaties afgegeven, exclusief Wmo-indicaties. Wat mogen we verder verwachten?

Zonder risico geen rem op volumegroei

1. Door de vergrijzing neemt het aantal dementiepatiënten - een van de allerduurste aandoeningen - snel toe.<sup>143</sup>
2. Omdat mensen zich in een complexer wordende maatschappij moeilijker kunnen handhaven, bijvoorbeeld gehandicapten en de geesteszieken, stijgt hun beroep op zorg.
3. Doordat de langdurige zorg meer tegemoet komt aan de vraag ontstaat een verdere aanzuigende werking.
4. Omdat potentiële cliënten beter bekend raken met de mogelijkheden wordt latente vraag meer gemobiliseerd.
5. Langdurige zorg is soms niet goed af te grenzen van private dienstverlening: waar ligt bijvoorbeeld de grens tussen huishoudelijke hulp (Wmo) en privaat gefinancierde hulp in de huishouding die wordt ingehuurd vanwege het comfort en de verminderde mobiliteit<sup>144</sup>?

De langdurige zorg is in ons land sterk geïnstitutionaliseerd. Uit onderzoek van PWC in 2003 bleek dat intramurale ouderzorg voor de maatschappij per saldo duurder was dan ex-

Nog te veel dure instellingszorg



tramurale zorg; het monetaire verschil bedroeg afhankelijk van de vorm van extramuraal wonen – in een woon-zorgcomplex dan wel gespreid in een wijk - circa zes tot maximaal dertig euro per cliënt per dag,<sup>145</sup> ruwweg 500 miljoen per jaar dus. Dit plaatst vraagtekens bij de nog steeds sterke institutionalisering van langdurige zorg in ons land.

De druk op de budgetten is zo groot dat de overheid inmiddels bijna continu gedwongen wordt in te grijpen: van budgetplafonds, contracteerruimtes en prijsmaatregelen, naar scherper indiceren, naar aanbesteden (Wmo), naar snijden in de persoonsgebonden budgetten etc. Het gebrek aan financieel risico stimuleert bestuurlijke drukte en onrust. De sector wordt continu met allerlei veranderingen geconfronteerd<sup>146</sup>.

Overheid moet voortdurend ingrijpen

### Ouderenzorg

De kans dat een oudere gebruik maakt van collectieve ouderenzorg is groot als men de tachtig is gepasseerd. We hebben het dan vooral over zorg aan huis, voor intramurale zorg ligt het gebruik lager. Momenteel ontbreekt in de AWBZ – behalve de in vergelijking met andere landen beperkte eigen bijdragen – echter elke prikkel om doelmatig van ouderenzorg gebruik te maken. Er wordt weinig financieel risico gelopen.

Geen prikkels voor doelmatig gebruik

Een logische optie is dan ook een meer risicodragende ouderenzorg, bijvoorbeeld door overheveling naar de ZVW en de Wmo. Dit zal een dempende werking op de uitgavengroei hebben. De achtergrondstudie maakt duidelijk dat een groter risico voor de gebruikers van ouderenzorg in ieder geval zeer substantiële financiële effecten heeft. Zo leidt geleidelijk privatisering van zorg aan huis tot een daling van de collectieve lasten in 2030 met ongeveer 0,7 procent van het bruto binnenlands product (BBP); hogere inkomensafhankelijke eigen bijdragen kunnen de collectieve uitgaven in 2030 met ongeveer 1,2 procent van het BBP doen dalen.

Verzekeraar en gebruiker moeten meer risico lopen

### Wmo

Afgaande op de beperkte ervaringen tot nu toe, is de invoering van de Wmo vanuit het perspectief van uitgavenbeheer een succes. Gemeenten hebben heftig gereageerd op hun nieuwe risicodragendheid, hetgeen heeft gerealiseerd in aanzienlijke besparingen die men voor andere lokale taken kan inzetten. Toch is besloten de gemeentelijke autonomie in te perken. Zo komt er een wettelijke 'overlegbepaling' voor deze contracten die erop gericht is dat gemeenten er zorg voor dragen dat

De Wmo geeft het goede voorbeeld

nieuwe aanbieders met oude niet gegunde aanbieders in overleg treden over de mogelijkheden tot overname van personeel.

#### **Persoonsgebonden budget**

Naast de populariteit van het pgb bij zorgvragers hebben een aantal factoren een rol gespeeld bij de uitbundige groei van de laatste jaren: de verhoging van het verantwoordingsvrije bedrag naar 2.500 euro per jaar in 2007; de toename van het aantal geïndiceerde autisme-spectrumstoornissen bij kinderen waarvoor geen adequaat natura-aanbod bestaat; en, mogelijkheden om bestaande mantelzorg (verleend door burens, kennissen of familie) te monetariseren.

Pgb groeit sterk ...

Het kabinet heeft aangekondigd dat het verantwoordingsvrije bedrag wordt verlaagd tot 1,5 procent van het budget. Ook wordt het recht op AWBZ-zorg ingeperkt voor zorggebruikers met lichtere beperkingen. De laatste oorzaak van de uitgavenstijging – monetarisering van mantelzorg, in strikte zin geïndiceerde zorg die bij een mantelzorger wordt ingekocht – wordt echter niet weggenomen. Gratis mantelzorg wordt zo vervangen door betaalde zorg, een ontwikkeling waar vijf jaar geleden al voor werd gewaarschuwd.<sup>147</sup>

... ook om mantelzorger te betalen

Om deze ontwikkeling af te remmen zouden de bestedingsmogelijkheden kunnen worden beperkt door het recht op een pgb te koppelen aan de inzet van een professionele hulpverlener.

Hier rem op zetten

#### **4.4 Conclusies**

Sturen op beheerste uitgaven binnen een stelsel van gereguleerde concurrentie betekent verplaatsing van het financiële risico van het centrale niveau naar het decentrale niveau, in het bijzonder naar de zorgverzekeraars. Dit is overigens op zichzelf niet iets nieuws. Het is in veel opzichten staand beleid van VWS. De Raad constateert wel dat er blijkbaar toch behoorlijke tegenkrachten zijn die een snelle invoering van deze principes in de weg staan.

Verzekeraars moeten meer risico gaan lopen

De Raad heeft, tot op zekere hoogte, ook begrip voor de bezwaren uit de sector. De Raad meent echter dat het belang van een gematigde uitgavenontwikkeling zwaarder weegt, juist ook met het belang op de afronding van de stelselherziening. Het financiële risico voor de verzekeraars, maar ook voor andere partijen dient behoorlijk toe te nemen. Gereguleerde concurrentie berust op decentralisatie van 'lusten' en 'lasten'. Als de

Voordelen zijn groter dan nadelen

veldpartijen geen daadwerkelijk financieel risico lopen over hun activiteiten, dan blijven de uitgaven toenemen en zit er niets anders op dan steeds maar weer met de kaasschaaf te bezuinigen. Het schaduwstelsel van aanbodbudgettering kan dan niet verder worden ontmanteld, waardoor er een onwenselijke spagaat ontstaat tussen beleidsfilosofie en beleidspraktijk.

Afbouw van de ex post risicoverevening is nu snel nodig. In de langdurige zorg maar zeker ook in de curatieve geestelijke gezondheidszorg moet het risico ook omhoog. De complexiteit en omvang van de DBC-systematiek moet nu snel en drastisch op de schop. De overheid moet daarin, gezien de grote belangen van de veldpartijen, als uiteindelijke probleemeigenaar het initiatief nemen.

Snelle afbouw ex-post risicoverevening nodig

Patiënten en cliënten moeten in dit proces zoveel mogelijk ontzien worden. De langdurige zorg vormt daarop een uitzondering. De volume ontwikkelingen in de ouderenzorg en de 'lichere' geestelijke gezondheidszorg vragen binnen afzienbare termijn om meer eigen financiële verantwoordelijkheid.

Meer eigen risico in ouderenzorg en lichte ggz

## 5 Strategisch uitgavenbeheer

### 5.1 Financieel risico

#### **Uitgaven beheersen is de risico's vergroten**

Er is bestuurlijk draagvlak voor gereguleerde concurrentie, zeker in de curatieve zorg. Dit is internationaal gezien uniek. De verschuiving naar meer decentrale bestuurlijke verantwoordelijkheden verloopt echter sneller dan de toename van het financieel risico: wel meer rechten, niet meer plichten. Dit is vanuit het perspectief van uitgavenbeheer niet wenselijk.

Onwenselijk: meer rechten, niet meer plichten

Patiënten, verzekeraars, aanbieders en hulpverleners: ze hebben op dit moment geen van allen belang bij een gematigde uitgavenontwikkeling. Ze worden niet of maar zeer ten dele geconfronteerd met de rekening van de groeiende uitgaven. Die wordt verschoven naar de premiebetaler. Het uitgavenbeheer ligt op het bord van de overheid, maar is vaak niet opgewassen tegen al deze krachten. Bovendien staat het bestaande financiële instrumentarium, de aanbodbudgettering, onder druk omdat het niet goed past in het systeem van gereguleerde concurrentie.

Kostenmakers schuiven rekening af op premiebetalers

Door hen meer risico te laten lopen gaan partijen in het systeem van gereguleerde concurrentie op een natuurlijke manier uitgaven beheeren. Dat risico is op dit moment nog onvoldoende groot. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, beroepsbeoefenaars en (voor enkele verstrekkingen) ook patiënten moeten daarom meer financieel risico gaan lopen. De rest van deze paragraaf bespreekt welke stappen de overheid hiervoor moet zetten.

Wenselijk: zelf financieel risico lopen

#### **Zorgverzekeraars en zorgkantoren**

Zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn natuurlijke bondgenoten in de strijd tegen de uit de hand lopende zorguitgaven. Zij lopen echter slechts beperkt financieel risico en dat is een groot probleem. Het loont daardoor onvoldoende de moeite om selectief in te kopen.

Selectieve zorginkoop loont onvoldoende

De NZa constateerde recent nog dat: 'het beeld bestaat dat de prikkels voor zorginkopers om scherp in te kopen in 2008 niet zijn toegenomen ten opzichte van 2007<sup>148</sup>. De Raad vindt dit een onwenselijke ontwikkeling en bepleit daarom een versnelde afbouw van de ex post verevening. De sector wordt door

Daarom versnelde afbouw ex-post risicoverevening

die verevening immers ingedeekt tegen eventuele extra uitgaven als gevolg van verdere liberalisering van de prijzen.

Zorgverzekeraars moeten mogelijkheden krijgen om het volumerisico met de instelling te delen. PWC stelt in zijn achtergrondstudie bij dit advies dat dit laatste waarschijnlijk het belangrijkste mechanisme is om de uitgaven via actieve zorginkoop beter te beheersen. Met deze maatregelen blijft het zicht op een verdere liberalisering van de prijsvorming behouden.

Volumerisico met instelling delen

Meer risico moet uiteraard aansluiten bij de decentrale beïnvloedingsmogelijkheden van dat risico, dit betekent ook dat hiervoor effectieve instrumenten moeten worden ontwikkeld. Meer risico betekent ook meer financiële weerstand. Dit is - net als bij de integrale kapitaallasten in de ziekenhuizen - onvermijdelijk en vanuit het oogpunt van doelmatigheid gewenst. De wettelijke solvabiliteitsnorm voor de uitvoering van de basisverzekering moet misschien worden verhoogd.

Solvabiliteit zorgverzekeraar omhoog

Wellicht – zo is een veelgehoorde tegenwerping - heft de ex ante normuitkering de prikkel om slechte risico's te weren niet helemaal op en blijft een ex post verevening nodig. De Raad is het hiermee niet eens. Er is een acceptatieplicht, het risico van imagoschade is aanzienlijk en er zijn mogelijkheden om via aanpassingen van de ex ante normering toch iets te doen. De open collectiviteiten leiden er ook toe dat hoge en lage risico's worden gepoold en bieden een tegenwicht tegen de concentratie van zorgverzekeraars. Het is daarom wenselijk hun positie verder te versterken.

Sterke collectiviteiten

Dan de langdurige zorg. Het uitgavenprobleem in de AWBZ is groot. Dit is niet zo vreemd, want zorgkantoren en indicatieorganen lopen geen enkel risico over de uitgaven. Het gevolg is een continue stroom van afgestempelde indicaties met grote regionale verschillen. De kosten voor langdurige zorg zijn in internationaal perspectief hoog. De overheid staat bovendien keer op keer voor het blok: er is een budgetstelsel, maar door de snelle groei van de vraag moet zij steeds weer overschrijdingen accepteren of ingrijpen in de verstrekkingen.

AWBZ heeft groot uitgavenprobleem

De overheveling van de huishoudelijke zorg naar de WMO heeft duidelijk gemaakt dat het misschien toch anders kan. Gemeenten liepen van meet af aan een groot financieel risico. Daardoor gingen de uitgaven met maar liefst vijftien procent omlaag. Gemeenten werden overigens extra geprikkeld doordat zij alternatieve bestedingsmogelijkheden hadden als gevolg

WMO laat zien dat het anders kan

van een ruim aanbod van zorgaanbieders en door de differentiatie van de prestatievelden. Incidentele uitzonderingen daargelaten – lijkt dit nergens tot grote zorginhoudelijke problemen te leiden. Wel blijkt dat veel instellingen verlies op hun WMO activiteiten leiden, maar toch behoorlijk minder dan vijftien procent<sup>149</sup>. Opvallend genoeg zien we ook bij de pgb's onderuitputting, althans als we kijken naar de individuele budgethouders. Deze onderschrijden hun budget met ongeveer tien procent, een prestatie die zorgkantoren hen niet na doen.

De Raad bepleit een gedeeltelijke decollectivisering van de ouderenzorg. Alleen de (dure) zorgcomponenten, zoals opname in een verpleeghuis, wordt uiteindelijk betaald uit de verplichte verzekering. Mensen mogen zelf kiezen hoe ze vorm geven aan hun verlangens rondom wonen en dienstverlening. De overheid garandeert algemene toegang tot de huidige standaarden van deze voorzieningen. De Raad bepleit een geleidelijk transitiepad. De huidige standaarden voor wonen en services blijven gegarandeerd. De toekomstige vraag naar betere voorzieningen en services komt voor eigen rekening. Dit maakt het mogelijk een deel van de toekomstige inkomensgroei van ouderen in zetten voor de bekostiging van hun zorgvraag en van het luxere wonen. Zo wordt voorkomen dat het besteedbare inkomen van ouderen daalt.

Ouderenzorg gedeeltelijk privatiseren

De Raad bepleit uitvoering van deze verzekering door risicodragende zorgverzekeraars, die normuitkeringen ontvangen. Dit uitvoeringsmodel bevordert de doelmatigheid, deels door het opheffen van het financiële schot tussen curatieve zorg en ouderenzorg. Ouderen met een geldig indicatiebesluit krijgen een wettelijk recht om een PGB te ontvangen. Dit maakt vraagsturing mogelijk. Ondanks de relatief hoge uitgaven zijn er nu veelvuldig twijfels over de kwaliteit: niemand is echt tevreden en het kost toch veel geld.

AWBZ uitvoeren door risicodragende verzekeraars

Bureau Cebeon heeft onderzoek gedaan naar de verschillen in het zorggebruik binnen de sector verpleging en verzorging. Er zijn aanzienlijke regionale verschillen<sup>150</sup>. Dit komt volgens Cebeon door de uitvoeringspraktijk binnen de AWBZ-keten: 'in samenhang functioneren de onderscheiden schakels in deze keten zodanig dat zich duidelijke regionale verschillen voordoen in het aantal personen dat zorg ontvangt, de gemiddelde omvang van de gebruikte zorg en de gemiddelde prijs van dit zorggebruik'<sup>151</sup>. De Raad concludeert daaruit dat de uitgaven hoger zijn dan nodig, doordat de uitvoerders geen financieel risico lopen.

Aanbesteding en normuitkering: meer risico bij zorgaanbieder

Het is mogelijk om grote delen van de AWBZ meer risicodragend te laten functioneren: in een publieke omgeving door aanbesteding van zorgzwaartepakketten, in een private omgeving door met een normuitkering te werken. Het moet mogelijk zijn daar nog deze kabinetsperiode een experimentele start mee te maken. Uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars is daarvoor wel een vereiste.

Meer risico vergroot de bereidheid bij verzekeraars om in zorginkoop te investeren. Zorgverzekeraars moeten dan wel meer mogelijkheden hebben om deze bereidheid daadwerkelijk te kunnen omzetten in daden. De volgende maatregelen zijn daarom te overwegen:

Verzekeraars meer sturingsinstrumenten geven

- Dwing kwaliteitstransparantie af. Zolang geen informatie voorhanden is over de prijs/kwaliteitverhouding in specifieke zorginstellingen, zijn verzekeraars niet in staat om aan hun verzekerden uit te leggen waarom de ene aanbieder wel en de andere geen status als voorkeursaanbieder heeft gekregen. Verzekeraars kunnen hun contracteervrijheid in dat geval niet benutten om zorgaanbieders aan te zetten tot optimale prestaties.<sup>152</sup>
- Zorgverzekeraars en ziekenhuizen mogen kiezen voor contracten die niet luiden in DBC's, maar betrekking hebben op een ander aggregatieniveau (zorg voor zwangeren, oogzorg, spoedeisende hulp). Een deel van het (volume) risico wordt dan bij het ziekenhuis neergelegd dat hiermee geprikkeld wordt doelmatige keuzes te maken en de organisatie te stroomlijnen.
- Zorgverzekeraars en huisartsen mogen afspraken maken over de wijze van honorering. Het abonnementstarief zou bijvoorbeeld kunnen worden verhoogd onder gelijktijdige verlaging van het consulttarief, aangevuld met specifieke prikkels op het terrein van voorschrijven en doorverwijsgedrag.
- Maak werk van de ontwikkeling van richtlijnen die mede gebaseerd zijn op kosteneffectiviteitscriteria. Zorgverzekeraars kunnen deze richtlijnen als uitgangspunt nemen en in hun polisvoorwaarden opnemen dat zij in principe vergoeden conform de richtlijnen tenzij op medisch gronden hiervan moet worden afgeweken.<sup>153</sup>

### Aanbieders

Zorgaanbieders lopen een beperkt risico. De continuïteit van de bedrijfsvoering staat zelden of nooit ter discussie vanwege schaarste aan beroepsbeoefenaren, hoge toetredingsdrempels, monopolieposities en een makkelijke toegang tot ‘politieke rugdekking’ als er uitgavenproblemen zijn. De aanbieders hebben een grote kennisvoorsprong op de zorginkopers van verzekeringsmaatschappijen en hebben bovendien een vertrouwensband met hun patiënten en cliënten.

Aanbieders domineren nu de zorgmarkt

Aanbieders domineren vooralsnog de inkoopmarkt. Dit impliceert dat de kwaliteit van het zittende management van groot belang is voor het uitgavenbeheer. Engels onderzoek naar financiële problemen in de NHS maakt duidelijk dat uitgavenproblemen sterk samenhangen met falend management en van falende toezichthouders<sup>154</sup>. Het is dus van belang het management scherp te houden.

Zorgaanbieders kunnen op een relatief makkelijke manier extra inkomsten krijgen door extra productie te leveren tegen een ‘integrale’ kostprijs. Veel zorginstellingen hebben relatief lage marginale kosten. Daardoor daalt de kostprijs per eenheid product en stijgt de marge. Deze marge kan op verschillende manieren worden aangewend:

Hoge marges door extra productie

1. Lagere prijzen. Hiervoor is enig bewijs in de ziekenhuissector (B-segment). In de extramurale AWBZ, vooral in de WMO, is dat bewijs overtuigender.
2. Stijgende financiële reserves.
3. Kruissubsidiëring van zorg waarvoor geen financiering beschikbaar is (innovaties, topreferente zorg in de topklinische ziekenhuizen).
4. Een minder doelmatig productieproces.

De HEALTH BASKET<sup>155</sup> studie laat zien dat de marges op een aantal verrichtingen groot zijn, vooral op blindedarmoperaties en cataracten (tabel 5.1). Dit duidt erop dat de ziekenhuizen zich nog in de comfortzone bevinden. Het nuanceert enigszins de bevindingen van de NZa over de positieve ontwikkelingen in het B-segment. Het hoort tot de taak van de toezichthouder om te beoordelen in hoeverre hoge marges - veroorzaakt door extra productie - in voldoende mate door zorginkopers worden verzilverd voor lagere ziektekostenpremies of betere zorg.

Verzekeraars moeten hoge marges afromen



**Tabel 5.1 Kosten, vergoeding en operationele marge**

	Kosten (€)	Vergoeding (€)	Marge (%)
Hartinfarct	5.599	8.722	56
Ziekenhuisbevalling	761	711	- 7
Heup	5.605	6.842	22
Beroerte	6.533	6.873	5
Blinde darm	1.898	4.285	126
Staar	500	1.041	108

Er is nog een manier om de doelmatigheid te vergroten: de toepassing van meer kwaliteitsparameters bij de bekostiging. Dit moet een hoge prioriteit krijgen omdat goede kwaliteitsindicatoren die ook duidelijk zijn naar de patiënt, het vliegwieleffect in werking zetten en daarmee een belangrijke hefboom voor een beheerste uitgavenontwikkeling vormen. Dit is de volgende stap na de invoering van de huidige prestatiebekostiging en is belangrijk omdat kwaliteit en doelmatigheid vaak hand in hand met elkaar gaan. Het is bovendien evident dat een verbetering van de kwaliteit bijdraagt aan gezondheidswinst. Natuurlijk, kwaliteit heeft ook een prijs. Dat blijkt bij de inkoop van dure geneesmiddelen en implantaten, dure medische hulpmiddelen, dure ICT systemen en dure apparatuur. Kwaliteit levert echter ook besparingen op: er zijn minder dure complicaties, minder dure recidives, de opnameduur is korter. Bovendien hebben de instellingen ruimte om in kwaliteit te investeren. Alleen al door materiële middelen collectief in te kopen kunnen op korte termijn een paar honderd miljoen, waarschijnlijk zelfs meer dan één miljard euro worden bespaard. (box 5.1).

Toepassen van kwaliteitsparameters helpt ...

... betere inkoop ook

**Box 5.1: Inkoop samenwerking in de zorg**

Intrakoop – coöperatieve inkoopvereniging in de zorg – heeft op verzoek van de Raad een inschatting gemaakt van de winst die op dit terrein valt te behalen (bijlage 5). Zij hebben een goed inzicht in veel deelmarkten en kunnen putten uit eigen data. Deze geven aan dat voor voeding, energie en de medische groothandel een besparing van ongeveer tien procent reëel is. Hiernaast worden nog indirecte besparingen bereikt door minder factuurverkeer en lagere overheadkosten voor instellingen. Macro komt dit volgens de Raad neer op een bedrag dat boven het miljard euro ligt.

Dit betekent dat instellingen meer aandacht aan inkoop moeten besteden. Het management moet inkoopproces professionaliseren. Inkoop moet een strategisch onderwerp worden op de agenda van de Raad van Bestuur van de zorginstelling. Dat is het nu nog onvoldoende.

De Raad vindt dat de overheid verantwoordelijk is voor de totstandkoming van de kwaliteitsparameters die door partijen kunnen worden toegepast (eenheid van taal). De overheid beziet daarbij de consequenties voor de uitgaven. Verzekeraars en zorgkantoren maken daarover vervolgens zelfstandig afspraken met de instellingen en beroepsbeoefenaren. In het deel met vrije prijsvorming geldt daarvoor geen enkele beperking.

Overheid is verantwoordelijk voor totstandkoming kwaliteitsparameters

### Remgelden

Patiënten en cliënten moeten niet onnodig gebruik van zorg maken. Wat blijkt? Nederlanders gaan niet vaak naar de huisarts en slikken weinig geneesmiddelen. Er zijn dus weinig redenen om hier het eigen risico substantieel te verhogen of voor de huisartsenzorg in te voeren.

Weinig redenen voor extra eigen risico ...

Dit verhaal ligt een slag anders in de geestelijke gezondheidszorg. Hier wordt veel latente vraag zichtbaar, onder andere door het verdwijnen van het taboe op hulp. Het is dan ook onverstandig de eigen bijdrage voor psychotherapie om technische redenen af te schaffen. Niet de prijzen, maar de snelle toename van het volume vormt de oorzaak van het uitgavenprobleem in deze sector. Doordat verzekeraars en cliënten geen enkel financieel risico dragen is er geen rem.

... behalve in lichtere ggz

De Raad adviseert om van cliënten met een enkelvoudige kortdurende hulpvraag met een lichter karakter een substantiële eigen bijdrage te vragen. We kunnen bijvoorbeeld denken aan relatietherapieën en hulp bij levensvragen.

Daar eigen bijdrage nodig

De uitgaven aan pgb's stijgen snel. De mogelijkheid om mensen in het eigen netwerk vanuit collectieve middelen te betalen heeft daarbij een aanzuigende werking. Door de afslag van dertig procent op de pgb-tarieven zijn veel reguliere instellingen niet in staat om een concurrerend aanbod te doen, waardoor patiënten naar alternatieven zoeken in de eigen omgeving. Het uitgavenprobleem vermindert als pgb-zorg moet voldoen aan kwaliteitseisen. Het pgb – een zegen voor de patiëntenemancipatie – kan dan verder ongemoeid blijven. Andere voordelen blijven dan behouden, zoals lage transactie-

Kwaliteitseisen stellen aan zorg via pgb

kosten en een structurele onderuitputting van individuele budgetten door een prudente inkoop door de budgethouders.

## 5.2 Productiviteit

### Arbeidsproductiviteit

De arbeidsproductiviteit neemt in de zorgsector over het algemeen trager toe dan in de rest van de economie. Dit komt omdat de zorg - en daarbinnen vooral de verpleging en verzorging - een arbeidsintensieve sector is. Dit verklaart echter niet waarom in de jaren negentig in veel zorgsectoren sprake was van een totale stagnatie of zelfs van een dalende arbeidsproductiviteit. Deze trend is door het boter-bij-de-vis beleid van de overheid weer gekeerd. Vanaf 2001 neemt de arbeidsproductiviteit weer toe, vooral in de curatieve zorg. Hier zijn ook de beste mogelijkheden om arbeid te vervangen door andere productiemiddelen. De Raad meent dat van zorginstellingen mag worden verlangd dat zij jaar op jaar hun productiviteit verbeteren, net zoals in de rest van de economie. De technologie, taakherschikking en organisatiekunde bieden hiervoor ook mogelijkheden. Toch komt dit soort veranderingen maar moeizaam van de grond, mede door een gebrek aan concurrentie, prikkels en risico. Wel is de te behalen winst aan arbeidsproductiviteit in de technologie gevoelige ziekenhuiszorg hoger dan in de residentiële voorzieningen. De huidige financiële compensatie voor de achterblijvende arbeidsproductiviteit lijkt voor de ziekenhuizen aan de hoge kant, mede gezien de verwachte tekorten op de arbeidsmarkt. Wat moet anders?

Sectorale taakstelling voor groei arbeidsproductiviteit

1. VWS en NZa moeten bij de verdeling van de groeirimte rekening houden met verschillen in productiviteitsontwikkeling.
2. De sector krijgt de taak de productiviteit te verhogen. De prikkel is een specifieke korting op de groeirimte.
3. De sector wordt in ruil daarvoor van verdere doelmatigheidskortingen gevrijwaard, zodat dubbele kortingen worden vermeden.
4. De productiviteitswinst die ontstaat door taakherschikking moet naar de premiebetaler, niet naar betere arbeidsvoorwaarden voor medische professionals.
5. Een actief arbeidsmarktbeleid is nodig. Het aantal plaatsen op de medische, agogische en verpleegkundige vervolgoedingen moet jaarlijks met bijvoorbeeld vijf procent groeien. Dit kan worden bekostigd vanuit de opbrengsten van de taakherschikking.

### Productiviteit en organisatie van zorg

Preventie, kwaliteit en ketenzorg leiden niet automatisch tot lagere zorguitgaven, maar er zijn wel degelijk mogelijkheden. Het RIVM maakt dit duidelijk in één van de achtergrondstudies. Dit soort mogelijkheden wordt echter door de aanwezigheid van allerlei schotten tegengewerkt. Als er toch besparingen ontstaan, komen deze vrijwel nooit ten goede aan het collectief of de premiebetaler, maar blijven ‘hangen’ in het systeem. Dit komt omdat de financiële baten en de uitgaven vaak niet op dezelfde plaats terecht komen. De winnaars zijn niet bereid de verliezers afdoende te compenseren en zo stranden veel doelmatige vernieuwingen.

Productiviteit kan omhoog door betere inrichting zorgproces

Preventie, kwaliteit en ketenzorg zijn echter belangrijk voor verbetering van de doelmatigheid. Ze vormen belangrijke indicatoren voor goed functionerende organisaties en processen. Het academische onderzoek is nog verre van compleet, maar met een toesneden strategie van preventie, kwaliteit en ketenzorg kunnen bij bepaalde ziektebeelden wel degelijk besparingen worden gerealiseerd. Het meest veelbelovend zijn de mogelijkheden bij comorbiditeit (het tegelijkertijd aanwezig zijn van verschillende aandoeningen bij één patiënt), een groep met extreem hoge uitgaven.

Bekostiging moet dit mogelijk maken

Maar hoe verzilveren we de mogelijkheden? Verzekeraars hebben vaak nog onvoldoende financieel belang bij dit type vernieuwingen. De ex-post verevening bevat verkeerde substitutie-prikkels. Immers, zorgverzekeraars lopen meer risico in de eerstelijns, dan in de tweedelijns. Bovendien: hoe duurder de zorg, hoe meer geld uit de ex-post verevening. Prestatiegebonden financiering dwars door de schotten heen is een andere mogelijkheid.

... prestatiegebonden bekostiging

## 5.3 Budgettaire spelregels

### BKZ een probleem?

De sector ziet het BKZ als het symbool van de failliete aanbodbudgettering. Deze zienswijze is niet geheel gespeend van eigen belang, maar ook vanuit het oogpunt van uitgavenbeheer zijn er problemen met het BKZ. Het BKZ is in de periode 1994 – 2007 vrijwel altijd overschreden. Toch twijfelen weinigen eraan dat de uitgaven toenemen als er een einde komt aan het BKZ. Desalniettemin neemt de druk op dit instrument – feitelijk op de aanbodbudgettering en op het opleggen van

BKZ blijft nodig

algemene kortingen aan de sector - toe, niet in de laatste plaats door de invoering van geregleerde concurrentie. Hoe moeten we het BKZ en de (wettelijke) spelregels daaromheen nu precies positioneren?

Het is belangrijk om bij deze analyse onderscheid te maken tussen de verschillende functies van het BKZ. Het gaat daarbij om:

BKZ heeft verschillende functies

- de ramingen die aan het BKZ ten grondslag liggen;
- het vaststellen van het BKZ;
- het bewaken van het BKZ;
- het instrumentarium dat de overheid kan hanteren om budgettair bij te sturen.

### Ramingen

De Raad vindt dat de hoogte van de door het CPB geraamde macro uitgavenstijging voor de periode 2008-2011 adequaat is, dat wil zeggen genoeg om de benodigde groei van de zorg te dekken. De zorg zou dan zonder aanvullend beleid 4,6 procent per jaar reëel mogen groeien (tabel 2.2). Het RIVM kwam in een eerdere studie op een 0,2 procent lagere groei uit<sup>156</sup>. Prisma komt afhankelijk van de specifieke sector ongeveer één procent hoger uit dan het CPB. Al deze ramingen hebben betrekking op de middenlange termijn.

Verschillende ramingen

De Raad is van mening dat een stijging die twee keer hoger ligt dan de groei van de totale economie en nog weer hoger dan de groei van het besteedbare inkomen, al een toenemend beroep op de solidariteit van de burger en het economische draagvlak doet. Het betreft ongeveer vier procent per jaar. Figuur 1 maakt duidelijk dat dan ook al binnen tien tot vijftien jaar het grootste deel van de collectieve financiële ruimte voor de zorg nodig is. Meer lijkt niet verantwoord. Met de juiste prikkels is het niet nodig dat autonome overschrijdingen ontstaan. Dit betekent dat deze raming op macroniveau taakstellend zou moeten zijn.

Niet meer groeien dan het dubbele van de economie

De Raad plaatst wel vraagtekens bij het 'beleidsarme' karakter van de CPB raming en bij de manier waarop deze vervolgens 'automatisch' in de instellingsbudgetten worden verwerkt. Het overige volume en de extra vergoeding voor de achterblijvende arbeidsproductiviteit zijn in de optiek van de Raad, wel dege-lijk gevoelig voor beleid. Een meer politieke en specifieke allocatie van deze middelen kan problemen tijdens de rit voorkomen. De omgang met en de omvang van het overige volume

Overig volume en arbeids-productiviteit specifiek toedelen

en de reële prijsontwikkeling moeten een plaats krijgen in de budgettaire afspraken van het Regeerakkoord.

De beleidsmakers beschikken momenteel niet over goede ramingen op sectorniveau. De sectorramingen van het CPB zijn vooral afgeleiden van de macroraming en dit heeft inhoudelijke beperkingen. Wat nodig is, is een specifieke set van ramingen die inzicht geeft in de noodzaak van overig volume en reële prijzen, naast de continuering van de bestaande zorg en de demografische effecten. Op basis daarvan kunnen dan betere politieke prioriteiten worden gesteld.

Met behulp van betere sectorramingen

### Vaststelling BKZ

Het is goed en ook onvermijdelijk dat de zorg onderdeel vormt van de budgettaire spelregels die de coalitiepartijen in het Regeerakkoord vastleggen. De zorg wordt gerekend tot de collectieve lasten, omdat de premie niet in relatie staat tot de (verwachte) individuele zorgconsumptie. De EMU-norm biedt op dit vlak ook weinig alternatieven.

Zorg is onderdeel van budgetverdeling in Regeerakkoord

Het BKZ is de meetlat die het kabinet gebruikt bij zijn oordeel over de zorguitgaven. Het is onmisbaar voor de politiek-bestuurlijke allocatie van publieke middelen. We hebben het dan zowel over de verdeling tussen collectieve en private uitgaven als over de allocatie binnen de collectieve uitgaven tussen zorg en concurrerende publieke sectoren: de diverse onderdelen van de rijksbegroting (zoals onderwijs, veiligheid, verkeer en de sociale zekerheid). Het kabinet gaat meestal aan het begin van een regeerperiode uit van het bestaande systeem en neemt een aantal aanvullende maatregelen (zowel uitgavenverhogingen zowel als –beperkingen). Op basis hiervan wordt het BKZ vastgesteld, als raming van de uitgavenontwikkeling bij continuering van het bestaande instrumentarium in combinatie met de aanvullende maatregelen.

BKZ is als meetlat noodzakelijk

Dit alles is hoofdzakelijk een incrementeel en weinig zichtbaar proces. Sterker gezegd: er is onvoldoende sturing aan de voorkant, waardoor het kader bijna als vanzelf gaat knellen. De Raad is voorstander van een meer integrale budgettaire afweging - *zero-based budgetting* – bij de vaststelling van de sectorale budgettaire kaders. De ‘beleidsarme’ groeiruimte dient alleen te bestaan uit veranderingen in de samenstelling van de bevolking en onvermijdelijke reële prijsstijgingen. Het overige volume, de beleidsgevoelige arbeidsproductiviteitontwikkeling en eventuele additionele intensiveringen of taakstellingen vormen het beleidsrijke deel. De politiek bediscussieert de globale allocatie

Alleen demografie en prijsstijgingen automatisch verwerken

van deze middelen, allereerst bij de vaststelling van het BKZ in het Regeerakkoord. Zij vult de budgettaire ruimte in op basis van zorginhoudelijke voorkeuren, specifieke noden, technologische ontwikkelingen, kwaliteitsbeleid, ketenzorg en de arbeidsmarkt.

Een systematiek die een meer beleidsrijke verdeling van de financiële middelen binnen de zorg ‘stimuleert’ is belangrijk: moet er meer publiek geld naar de ouderenzorg of juist naar de ziekenhuizen? De allocatiefunctie komt op dit moment onvoldoende uit de verf. Het BKZ wordt te weinig gebruikt om de allocatie van middelen te sturen. Sinds het begin van het BKZ, in 1995, is het gebruikelijk de beschikbare volumeruimte toe te delen aan de diverse zorgsectoren en die verdeling ook bekend te maken. De groeipercentages ontlopen elkaar in de regel echter niet veel.

Rest groeiruimte met beleid verdelen

Het zorgveld beschouwt de budgetverruiming eerder als een ondergrens dan als een bovengrens van beschikbare middelen. Zeker bij afwezigheid van prikkels en risico bij de zorgverzekeraars en de zorgkantoren is het dan ook niet verwonderlijk dat regelmatig overschrijdingen ontstaan.

Dus sturen aan de voorkant

#### **Bewaken BKZ**

Lopende de rit functioneert het als een systeem waarvan men zeker weet dat het gaat piepen – alle financiële problemen worden immers naar boven getild - en daardoor worden overschrijdingen veroorzaakt. Het model ontbeert de automatische stabilisator van decentraal risico. Door de vele structurele overschrijdingen wordt continu een beroep gedaan op politiek-bestuurlijke flexibiliteit. Dit zorgt voor politieke spanningen, vooral als er weinig mogelijkheden zijn de overschrijdingen op te vangen.

BKZ ontbeert automatische stabilisator ...

De budgettaire bewakingsfunctie heeft bovendien te kampen met belangrijke na-ijleffecten in de informatievoorziening. Het duurt lang voordat er betrouwbare data zijn over hoe groot de budgettaire uitputting precies is. Dit vormt niet alleen een probleem voor de overheid bij het nemen van corrigerende maatregelen, maar ook voor de verzekeraars die daardoor gehinderd worden bij het vaststellen van hun premies. De Raad gaat ervan uit dat een grotere risicoverantwoordelijkheid ook een stimulerende functie zal hebben op een accurate en snelle informatie uitwisseling. Partijen krijgen hier immers meer belang bij.

... en informatie komt vaak te laat

### Bijsturingsinstrumenten

Op het microniveau is er een beperkt sturend vermogen en bestaat veel onzekerheid en onduidelijkheid over de precieze functie van budgettaire bijsturing aan de achterkant. Hier openbaart zich de spanning tussen de filosofie van geregleerde concurrentie en een nog immer deels intact centraal budgetteringsmechanisme. Deze spanning kan hanteerbaar worden gemaakt door meer financieel risico bij verzekeraars, zorgkantoren, aanbieders en soms ook patiënten en cliënten neer te leggen. De mogelijkheden voor doelmatigheidswinst zijn in de zorg zo groot, dat een hoger financieel risico een uitgavenbeperkende werking heeft. De WMO is hiervan een voorbeeld.

Daarom meer risico bij partijen ...

De NZa vertaalt de uitkomst van de budgettaire besluitvorming naar het geregleerde deel van de markt. Zij maakt daarbij zo veel mogelijk gebruik van specifieke prikkels die de doelmatigheid stimuleren. Verzekeraars en aanbieders bepalen uiteraard zelf hoe ze uitvoering geven aan de afgesproken contracten en de daarin vastgelegde afspraken. De Raad stelt voor om in het geregleerde segment te onderzoeken of vooraf bekende degressieve tarieven (het Canadese en het Duitse prijsvormingsstelsel zijn daarop geënt<sup>157</sup>) een werkbaar alternatief vormen voor de huidige generieke kortingen.

... degressieve tarieven i.p.v. generieke kortingen ...

Hiernaast is er een segment vrije prijzen. Verzekeraars en aanbieders zijn daarin vrij om samen afspraken te maken over prijzen en de daarbij horende productie. De toezichthouders grijpen alleen in als sprake is van onevenredige marktmacht. Dit is bijvoorbeeld het geval als evidente schaalvoordelen zich niet vertalen in lagere prijzen of als blijkt dat de prijzen excessief zijn. De marktmeester maakt deze informatie toegankelijk voor alle partijen in de zorg. De Raad is geen voorstander van een prijsbeheersingsinstrumentarium met als doel de ontwikkelingen in het vrije segment te allen tijde inpasbaar in het BKZ te houden.

... en goede werking van de markt

### Hoe om te gaan met een overschrijding?

Het recht op zorg blijft in de visie van de Raad voor alle patiënten en cliënten aanwezig. De prikkel voor verzekeraars om scherp op de kosten te letten neemt wel toe door de hogere risicodragendheid. Ook meent de Raad dat de overheid de sector vooraf een gedifferentieerde productiviteitstaakstelling kan opleggen, mits redelijk en onderbouwd. Ziekenhuisbestuurders gaven de Raad ook aan dat zij meerjarenplannen en duidelijkheid vooraf over kortingen te prefereren boven de huidige praktijk van kortingen gedurende de rit<sup>158</sup>. Een extra

Recht op zorg staat voorop



toename van het volume leidt bovendien door de vooraf bekende degressieve tarieven ook niet tot een evenredige overschrijding.

Wat gebeurt als de ramingen toch worden overschreden? Dit kan door extra vraag naar zorg in het gereguleerde deel en in het vrije segment of door hoger dan verwachte prijzen in het vrije segment. De Raad is er voorstander van om de oplossing dan zoveel mogelijk op het systeemniveau te zoeken, bijvoorbeeld in het nog verder vergroten van het financiële risico van partijen. Generieke kortingen moeten te allen tijde worden vermeden, helemaal als deze met terugwerkende kracht ingaan. Indien men op die manier het probleem niet kan oplossen komen pakketmaatregelen en hogere eigen bijdragen in beeld als alternatieven.

Instrumenten: risico, pakket en eigen bijdragen

## 5.4 Conclusies

In dit hoofdstuk bespreken we hoe de belangrijkste problemen die in dit advies aan de orde zijn gesteld, kunnen worden aangepakt. Met andere woorden: wat zijn de ankerpunten voor strategisch uitgavenbeleid.

Ankerpunten voor uitgavenbeleid

In het nieuwe stelsel van gereguleerde concurrentie moeten de uitgaven worden beheerst door het financiële risico van de verzekeraars en de zorgaanbieders te vergroten. In de curatieve sector is de ex-post risicoverevening hiervoor de grootste hinderpaal. Ze blokkeert de positieve effecten van gereguleerde concurrentie, dat wil zeggen een selectieve zorginkoop, meer kwaliteit en een lagere prijs per eenheid product. In de onderdelen van de zorg waar de prijzen aan regels gebonden blijven, moet gezocht worden naar een bekostigingssystematiek die het 'recht-op-zorg' niet teveel begrensd, zonder een totale rem op meer productie te zetten, bijvoorbeeld door een systeem van degressieve tarieven te hanteren. In de onderdelen met vrije prijsvorming moet de verzekeraar hiervoor zorgen.

Risico zorgverzekeraars en -aanbieders

De patiënten dragen hun steentje bij aan een beheerste uitgavenontwikkeling door weinig naar de (huis)arts te blijven gaan. In de ouderenzorg en in de lichtere geestelijke gezondheidszorg moeten patiënten en cliënten meer voor eigen rekening gaan nemen. Dit houdt de ouderenzorg op de lange termijn betaalbaar en remt de grote latente vraag naar veelal kortdurende psychische hulp voor relatieproblemen en levensvragen.

Eigen verantwoordelijkheid patiënten

De arbeidsproductiviteit in de zorg moet omhoog. De overheid moet hiervoor per sector taken stellen. Verder is het belangrijk dat de overheid een agressiever beleid voert om arbeidsproductiviteitswinst door taakherschikking te verzilveren. Het versterken van de concurrentie door meer financieel risico vormt uiteraard een belangrijke generieke prikkel voor meer arbeidsproductiviteit.

Arbeidsproductiviteit

Deze aanpak biedt de ruimte ook anders om te gaan met de budgettaire spelregels. Deze moeten als een politiek-bestuurlijk allocatiemechanisme gaan functioneren. Dit betekent dat de sectorale ramingen beter moeten. Overschrijdingen worden zoveel mogelijk voorkomen. Lukt dit niet dat moet het risico verder toenemen of zijn maatregelen in het pakket en de eigen bijdragen nodig. Kortingen gedurende de rit moeten worden vermeden.

Budgettaire spelregels

## 6 Antwoorden en advies

### 6.1 Antwoorden

#### Vraag 1: Hoe beoordelen we de (stijging) van de zorguitgaven? Welke criteria worden daarbij gehanteerd?

De zorguitgaven kunnen vaak beter worden besteed. Zorguitgaven moeten aantoonbaar gezondheidswinst of kwaliteit van leven opleveren, liefst tegen (zo laag mogelijke) uitgaven. Dit betekent dat de prijs per eenheid product laag is en dat duidelijk is dat behandelingen en zorgen bijdragen aan de centrale doelstelling van gezondheidswinst en kwaliteit van leven. We krijgen hiervan een indruk door vergelijkend onderzoek (internationaal en nationaal) en empirische analyses van historische uitgavenontwikkelingen, productiecijfers en epidemiologische opbrengsten. Op macroniveau zijn de nodige gegevens beschikbaar, maar het loont de moeite om te investeren in onderzoek dat meer zicht geeft op de processen op sector- en op microniveau.

Te hoge zorguitgaven door ondoelmatigheid

De stijging van de zorguitgaven beperkt de bestedingsruimte voor andere doelen, zoals onderwijs en een reële verbetering van de koopkracht. Bovendien lopen de overheidsfinanciën vast. Het is in ieders belang dat dit niet gebeurt.

Andere bestedingen komen in de knel

Er moet maatschappelijk draagvlak bestaan voor inkomens- en risicosolidariteit. Dat is op dit moment nog aanwezig. De solidariteitsoverdrachten zullen de komende decennia echter verder stijgen: door de vergrijzing, maar ook door een aantal sociaal-culturele ontwikkelingen. Een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven voorkomt dat de gevraagde inkomens- en risicosolidariteit uitgaat boven het bij de bevolking aanwezige draagvlak.

De solidariteit komt onder druk ...

Mantelzorg draagt bij aan ondersteuning van naasten en hun kwaliteit van zorg in een moeilijke levensfase. Dit is heel waardevol. Mantelzorg kan ook bijdragen aan de betaalbaarheid, namelijk als ze professionele zorg uitspaart. De mantelzorg staat op de lange termijn onder druk. Monetarisering van mantelzorg is niet de oplossing van dit probleem. Het is te duur om breed toe te passen en de extra uitgaven worden niet terugverdiend door minder beroep op professionele zorg.

... evenals de mantelzorg

## Vraag 2: Wat zijn de redenen voor de stijging van de zorguitgaven en hoe beoordelen we dat?

De belangrijkste redenen voor de stijging van de zorguitgaven liggen niet in de demografie, maar in de te lage arbeidsproductiviteitsontwikkeling en in de snelle stijging van de overige volumegroei (technologie, kwaliteitspercepties en veranderende vraag). Met het voorbijgaan van de tijd stijgen de mogelijkheden door nieuwe technologieën en stellen we ook andere - namelijk hogere - verwachtingen aan het niveau van de voorzieningen en de services. Dit laatste kunnen we zien als het 'welvaartsvast' houden van zorg (meer éénpersoonskamers etc.).

Arbeidsproductiviteit stijgt te weinig, overig volume te veel

De toename van de arbeidproductiviteit en het overige volume zijn – meer dan demografische factoren – gevoelig voor beleid. Ze zijn dan ook niet automatisch 'beleidsarm'. Het is mogelijk hierin zorginhoudelijke en budgettaire keuzes te maken. Beleid doet er toe, juist voor de arbeidproductiviteit en het overige volume. Het is mogelijk deze uitgaven en hun besteding direct en indirect te beïnvloeden. Politiek en bestuur hebben nu te weinig grip op het overige volume.

Rem zetten op overig volume ...

Het is mogelijk en met het oog op de verwachte schaarste ook wenselijk om de arbeidproductiviteit op te voeren. De overheid kan hiervoor beter een ex-ante arbeidsproductiviteitstaakstelling hanteren dan doelmatigheidskortingen lopende de rit. Deze taakstelling moet per sector verschillen, omdat de ouderenzorg hier bijvoorbeeld meer moeite mee zal hebben dan de ziekenhuizen. De arbeidproductiviteitswinst die met taakherstelling wordt bereikt komt nu onevenredig ten goede aan artsen, in de vorm van werkdrukvermindering of als extra honorarium.

-- en arbeidproductiviteit stimuleren

## Vraag 3: Hoe werken de bestuurlijke en instrumentele mechanismen rondom het uitgavenbeheer? Hoe lossen we de belangrijkste knelpunten daarbij op?

De uitgavenproblemen worden in de zorg voor een groot deel afgewenteld. Dit stelt de overheid keer op keer voor de keus tussen twee kwaden: of een forse generieke doelmatigheidskorting voor de sector of een inperking van de aanspraken voor de burger. Beide mogelijkheden stuiten op veel weerstand, waardoor de keuze vaak valt op het 'witten' van de overschrijding. Het BKZ is in de afgelopen jaren dan ook vrijwel altijd overschreden. Het is niet zo dat dit afneemt naarmate de hoeveelheid middelen die ter beschikking wordt gesteld, groeit.

Extra uitgaven worden op premiebetaler afgewenteld

Dit duidt op een probleem met de structuur en met de prikkels.

Het is dus zaak de afwenteling zoveel mogelijk te voorkomen. Hiervoor zijn twee dingen nodig: (1) een betere politiek-bestuurlijke allocatie van het overige volume en van de verwachte arbeidsproductiviteit; dit wordt gestimuleerd als de overheid het instrument van de doelmatigheidskorting bij dreigende overschrijdingen laat vallen; en (2) meer financieel risico voor de veldpartijen, vooral de zorgverzekeraars.

Overheid moet beleidsrijker alloceren ... veld moet meer risico dragen

#### **Vraag 4: Hoe combineren we gereguleerde concurrentie met gematigde uitgavenstijgingen?**

Het belangrijkste recept is meer financieel risico. Dit zal op de nodige weerstand stuiten: het veld wil namelijk wel graag 'liberaliseren', maar schrikt terug voor het extra risico dat hier bij hoort. Dus wel de 'lusten', maar liever niet de 'lasten'. Dit moet worden voorkomen, omdat in een dergelijke situatie het verder liberaliseren van de zorg een groot uitgavenrisico inhoudt. De sleutel voor de curatieve zorg is de afschaffing van de ex-post risicoverevening; in de langdurige zorg moet er ook met risicodragendheid worden geëxperimenteerd. Dit is cruciaal om het stelsel te laten werken zoals beoogd. We kunnen het immers maar één keer goed doen.

Evenwicht tussen verantwoordelijkheid en risico

In de langdurige zorg moet bovendien een groter deel van de uitgaven voor eigen rekening komen, vooral in de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg en vooral voor de hogere inkomens. Op deze manier blijven de steeds hogere eisen die aan wonen en services worden gesteld, op de lange termijn betaalbaar. Voor bepaalde vormen van kortdurende eenvoudige geestelijke gezondheidszorg moeten keuzen worden gemaakt. Wie betaalt voor de grote latente vraag, vooral naar zorg die met 'normale' levensproblemen samenhangt.

Mensen betalen zelf voor luxe, services en gemedicaliseerde zorg

## **6.2 Advies**

### **Meer risico voor verzekeraars en aanbieders**

- a. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten meer risico lopen. Dit moet snel worden gerealiseerd, zeker als de overheid verder wil op de weg van gereguleerde concurrentie. Vergroten van het beïnvloedbare risico is de beste methode om de uitgaven in de hand te houden in een stelsel met gereguleerde. Schaf daarom de ex-post risicoverevening voor zorgverzekeraars zo

Schaf ex-post verevening af

snel mogelijk af en vergroot het financiële risico in de langdurige zorg. Ontwikkel binnen het geregleerde deel van de zorg een nieuw bekostigingssysteem. Bij het recht op zorg past het best een bekostiging op basis van prestaties. Nadeel van een vaste vergoeding per prestatie is dat een snelle productiegroei automatisch gaat leiden tot een te hoge vergoeding voor de vaste kosten. De Raad beveelt aan om de NZa te laten onderzoeken of en hoe een systeem van ex ante degressieve tarieven voor de geregleerde zorg kan worden ingevoerd.

- b. Geef verzekeraars meer mogelijkheden om hun risico's te beïnvloeden. De Raad denkt daarbij aan meer mogelijkheden rondom collectief verzekeren. Verzekeraars moeten meer vrijheid krijgen voor selectieve zorginkoop, bijvoorbeeld aanneemsommen<sup>159</sup> voor een geïntegreerde eerste lijn, maar ook in de tweede lijn moet dat een reële optie zijn. Verzekeraars moeten ook meer mogelijkheden krijgen om ook in het geregleerde deel goede kwaliteit te belonen en slechte kwaliteit te straffen. Geef verzekeraars meer speelruimte ...
- c. Aanbieders zijn er de afgelopen jaren in geslaagd om hun financiële positie jaren behoorlijk te verbeteren. Dit is ook nodig om de toenemende risico's het hoofd te bieden. Dit is niet gebeurd bij veel zorgverzekeraars: ook zij zullen om die reden hun financiële posities moeten verbeteren. Dit kan tot tijdelijk hogere premies leiden. Herverzekering vormt een alternatief. Het is immers in het belang van een ieder dat de goed functionerende kleinere verzekeraars bestaansrecht houden. ... en meer financiële armslag

#### Hogere arbeidsproductiviteit

- a. De (arbeids)productiviteit van de zorgsector moet omhoog. Dit is nodig om de verwachte schaarste op de arbeidsmarkt op te vangen. Die schaarste is, zeker op de lange termijn, een belangrijke oorzaak van stijgende uitgaven. Houd daarom bij de verdeling van de budgettaire ruimte rekening met structurele verschillen in de mogelijkheid tot productiviteitsverbetering: de uitgaven voor de ouderenzorg, waar minder productiviteitswinst te realiseren is, mogen sneller groeien dan de uitgaven voor de ziekenhuiszorg. Stimuleer de arbeidsproductiviteit per sector

- b. De honorering van de medische beroepsgroepen is internationaal gezien hoog. Dit is het gevolg van een langdurig krap aanbod. De Raad vindt dat het aanbod moet worden verruimd door het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden. Dit kan worden bekostigd door de productiviteitswinst die door taakherschikking ontstaat af te romen. Verder moeten de normuren in de DBC's jaarlijks worden aangepast aan de productiviteitsontwikkeling. Daar waar (op termijn) voldoende aanbod is kan worden geëxperimenteerd met een vrij uurtarief. Leid meer professionals op

#### Meer zelf betalen

- a. Bij ongewijzigd beleid nemen de collectieve uitgaven aan ouderenzorg sterk toe. De Raad bepleit een gedeeltelijke decollectivering van de ouderenzorg. Alleen de (dure) zorgcomponenten, zoals opname in een verpleeghuis, wordt uiteindelijk betaald uit de verplichte verzekering. Mensen mogen zelf kiezen hoe ze vorm geven aan hun verlangens rondom wonen en dienstverlening. De overheid garandeert algemene toegang tot de huidige standaarden van deze voorzieningen. De Raad vindt een geleidelijke overgang wenselijk. Hierdoor kan een deel van de toekomstige inkomensgroei van ouderen worden gebruikt voor de bekostiging van hun zorgvraag. Zo wordt bovendien voorkomen dat het besteedbare inkomen van ouderen daalt. De Raad is er voorstander van dat de ouderenzorg door risicodragende zorgverzekeraars uitgevoerd wordt, die hiervoor normuitkeringen ontvangen. Een dergelijke uitvoering bevordert de doelmatigheid, onder andere omdat het bestaande financiële schot tussen op genezing gerichte zorg en ouderenzorg wordt opgeheven. Ouderen met een geldig indicatiebesluit krijgen een wettelijk recht om een PGB voor verblijf te ontvangen. Zij krijgen daardoor meer zeggenschap over de zorgverlening. Laat mensen zelf betalen voor services en luxe ...
- b. De snelle groei van 'lichte' en moeilijk te verifiëren problematiek in de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg moet worden afgeremd met behulp van meer eigen betalingen, bijvoorbeeld voor relatie-therapieën. Verzekeraars lopen nu geen enkel financieel risico op dit type zorg. Dat percentage moet snel omhoog. ... en ook voor hulp bij levensproblemen

### Andere budgettaire spelregels

De 'beleidsarme' groeiruumte – het overgrote deel van de groei van de zorguitgaven – moet beter worden afgestemd op de politiek-bestuurlijke doelstellingen van het zorgbeleid. Wordt voorrang gegeven aan meer productie (wachlijsten) of aan nieuwe dure geneesmiddelen, aan preventie of genezing, aan gehandicaptenzorg of ziekenhuiszorg? Maak duidelijk waarvoor het overig volume bestemd is en wat per sector de doelstellingen zijn. Zo mogelijk moet een reserve worden ingebouwd voor tegenvallers tijdens de looptijd van het regeerakkoord.

Vul de groeiruumte zelf in

Bestraf hogere uitgaven dan door het budgettair kader zijn toegestaan niet met willekeurig opgelegde productiviteitskortingen of kaasschaafbezuinigingen. Deze tasten vooral de geloofwaardigheid van de overheid aan. In plaats daarvan is meer sturing aan de voorkant, bij het vaststellen van het macrobudget, wenselijk. De 'politiek' moet voorkomen dat bestaande maar ongewenste ontwikkelingen automatisch door kunnen gaan. Dit betekent dat de kwaliteit van de huidige sectorramingen fors omhoog moet en dat hierin een onderscheid tussen onontkoombare uitgaven en 'beleidsrijke' groei wordt gemaakt.

Stuur aan de voorkant, niet aan de achterkant

### Wat levert dit advies globaal op?

De Raad is van mening dat de doelmatigheid in de zorg aanzienlijk kan worden verbeterd. De aanbevelingen passen bij de hervorming van het zorgstelsel, en komen erop neer dat financiële risico's in grotere mate worden neergelegd bij partijen die de uitgaven kunnen beïnvloeden. De dynamiek in de sector zal hierdoor sterk toenemen. Langs allerlei kanalen kan de doelmatigheid nog toenemen: door binnen instellingen efficiënter te werken, door doelmatiger in te kopen, door taken van de tweede naar de eerste lijn over te hevelen, door preventie (bevorderen therapietrouw en tegengaan overgewicht), door doelmatiger voor te schrijven, door onnodige zorgconsumptie tegen te gaan, door slimmer gebruik te maken van ICT en nog veel meer.

Meer doelmatigheid en dynamiek in de zorgsector

Wat dit precies aan geld oplevert is moeilijk te voorspellen. Maar het is realistisch om te veronderstellen dat deze maatregelen bij elkaar op termijn een behoorlijke productiviteitswinst mogelijk maken. De achterblijvende productiviteitsontwikkeling wordt dan gedeeltelijk ingelopen, iets dat met het oog op de tekorten op de arbeidsmarkt ook noodzakelijk is. De ervaringen met de Wmo en de farmaceutische zorg (het preferentiebeleid) sterken de Raad in deze overtuiging. In het begin kan

Zeker 0,5% doelmatigheids-winst per jaar



de winst aan doelmatigheid worden besteed aan versterking van de vermogensposities van de instellingen, een noodzakelijke investering in het nieuwe zorgstelsel. Ook verdient aanbeveling een deel van deze doelmatigheidswinst te besteden aan innovatie en vernieuwing. Na enkele jaren moet het zeker mogelijk zijn per jaar 0,5 procent doelmatiger te werken.

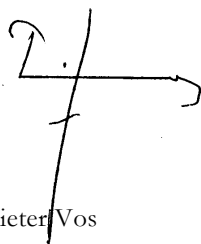
### Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

*Voorzitter*

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

Rien Meijerink

*Algemeen secretaris*

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Pieter Vos', written in a cursive style.

Pieter Vos

## Noten

- <sup>1</sup> RVZ, Houdbare solidariteit in de zorg, Zoetermeer, 2005 en 2006.
- <sup>2</sup> De achtergrondstudie van het RIVM inventariseert de effecten van diseasemanagement en preventie op de zorguitgaven ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)).
- <sup>3</sup> Zie de achtergrondstudie van het RIVM op [www.rvz.net](http://www.rvz.net).
- <sup>4</sup> RVZ, Zinnige en duurzame Zorg, Zoetermeer, 2006; Rechtvaardige en duurzame zorg, Den Haag, 2007.
- <sup>5</sup> Aanneemsommen waarin het volumerisico gedeeltelijk bij de aanbieder wordt gelegd.
- <sup>6</sup> Zo is de betrokkenheid van de overheid bij de budgetvorming in de ziekenhuiszorg veel intensiever dan bij de tandheelkunde. Bij die laatste heeft ze alleen nog een prijsregulerende rol.
- <sup>7</sup> Het verschil tussen het bruto en netto-BKZ wordt volledig door eigen betalingen verklaard; de OECD definitie kijkt enkel naar uitgaven voor medische en verzorgende handelingen, woonlasten zijn uitgezonderd waardoor de AWBZ uitgaven veel lager uitkomen; de CPB-definitie is ruimer dan die van het BKZ doordat hierin het begrotingsgefinancierde deel (opleidingen e.d.) en de aanvullende verzekeringen zijn meegenomen; de definitie van het CBS telt daarnaast ook nog, ggd-en, arbo-diensten, welzijnsvoorzieningen en de kinderopvang mee.
- <sup>8</sup> We tekenen aan dat er sinds enkele jaren een discussie woedt over de gevolgen van ICT op de productiviteitsontwikkeling van arbeidsintensieve sectoren. Het Baumol effect zou daardoor lager zijn. Zie bv. J.E. Triplett and B.P. Bosworth, Baumol's disease has been cured: IT and multifactor productivity in US services industries. In D.W. Jansen (ed.), *The new economy and beyond, past, present and future*, 2003.
- <sup>9</sup> J. Hartwig, Can Baumol's model of unbalanced growth contribute to explaining the secular rise in health care expenditure?, KOF working papers, nr. 178, 2007.
- <sup>10</sup> Gegevens zijn gebaseerd op het in CPB Document 151 opgenomen scenario waarin de reële groei van het BBP twee procent per jaar bedraagt. Verder is geabstraheerd van de regeling Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven. Met dank aan drs. M.P.D. Ligthart voor de levering van deze data.
- <sup>11</sup> De variatie tussen de verschillende sectoren bevindt zich tussen de nul procent voor de verloskunde en bijna twee procent voor de ouderenzorg.

- <sup>12</sup> Hoe hoger het aggregatie niveau, hoe hoger de inkomenselasticiteit (F. Pammolli, M. Riccaboni, L. Magazzini, *The sustainability of European health care systems: beyond income and aging*, Working Paper 52, Universiteit van Verona, 2008). Deze is op het niveau van burgers lager, bijvoorbeeld omdat ze gewoon gezond zijn. Dit belangwekkende verschijnsel heeft te maken met de scheve kostenverdeling van de zorguitgaven.
- <sup>13</sup> Feitelijk zijn deze pakketmaatregelen een lastenverlichting voor mensen met een aanvullende verzekering (95%). De premiedaling van de aanvullende verzekeringen moet de sector inderdien middels bezuinigingen op de bedrijfsvoering.
- <sup>14</sup> De belangrijkste extra verschillen ten opzichte van het Regeerakkoord zijn: enveloppe zorg en pakketuitbreiding anders vormgeven (intensivering van ongeveer 0,2 mld. euro); maatregel uurtarief medisch specialisten (-0,2 mld. euro); maatregel geneesmiddelen (kleine -0,4 mld. euro); extra maatregelen bij de AWBZ (-0,6 mld. euro); meer eigen bijdragen AWBZ (-0,1 mld. euro); overig (-0,1 mld. euro); maatstaf ziekenhuizen leverde iets meer op (-0,1 mld. euro). Dat komt neer op ongeveer een extra bezuiniging van bijna 1,5 mld. euro en een extra intensivering van ongeveer 0,2 mld. euro. Per saldo wordt dan ongeveer 1,3 mld. euro extra omgebogen. Het resterende verschil met tabel 2.2 wordt verklaard door het feit dat hier ook de fors lagere opbrengst van het verplichte eigen risico versus de eerdere no-claim korting doorheen loopt.
- <sup>15</sup> M.A. Morrissey and J. Cawley, Health economists' view of health policy, *The Journal of Health Policy, Politics and Law*, Vol. 33, nr. 4., 2008, p. 707-725.
- <sup>16</sup> 'Ouderen' komen door de betere technieken eerder voor zwaardere operaties zoals transplantaties en open-hart chirurgie in aanmerking. Dit speelt echter ook bij 'jongeren': denk aan nieuwe cytostatica, reconstructieve chirurgie en implantaten die door een langere gebruiksduur op jongere leeftijd worden toegepast (knieën, heupen).
- <sup>17</sup> Cutler D.M en R.S Huckman, Technological development and medical productivity: the diffusion of angioplasty in New York state, *Journal of Health Economics* 22(2): p. 187.
- <sup>18</sup> Th. Bodenheimer, High and rising health care costs. Part 2: technologic innovation, in *Annals of Internal Medicine*, 2005, nr. 142, p. 932-933.
- <sup>19</sup> Triplett J.E. en B.P. Bosworth, Productivity measurement – issues in services industries: Baumol's disease has been cured, *FRBNY Economic Policy Review* 9(3):23-35, 2003.

20 Tabel: Fictieve vergoeding Baumol-effect versus een werkelijke ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit (%)

	vergoeding Baumol	$\Delta$ Baumol (werkelijk)	$\Delta$ reëel budget	$\Delta$ 4 jaar
Specialisme A (kapi- taalextensief)	0,2	0	0	0
Specialisme B (kapitaal- intensief)	0,2	2	1,8	7,4
Ziekenhuis (gemiddeld)	0,2	0,5	0,3	1,2
Huisarts (veel taakher- schikking)	0,2	1,5	1,3	5,3
Verpleeghuis (zwaar- dere bewoners)	0,2	-1,0	-0,8	-3,2
Thuiszorg	0,2	0	0	0
WMO (aanbesteding)	- 19,0	9,5	- 9,5	PM

- 21 Over deze extra inkomensgroei wordt nauwelijks risico gelopen, omdat ze met collectief kapitaal wordt gefinancierd.
- 22 De overheid heeft desondanks voor taakherschikking extra middelen te beschikking heeft gesteld, zoals voor de introductie van praktijkverpleegkundigen in de eerste lijn.
- 23 C. Hughes-Tuohy, *Accidental logics. The dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain, and Canada*, Oxford University Press, 1999, p 6 – 19. Men spreekt in ons land over de drie p's van publiek, privaat en professie (Putters, 2001).
- 24 Interne notitie CPB aan technische begeleidingscommissie bij dit advies.
- 25 Zie bv. Heller en Hsiao, *What should macroeconomists know about health care policy?*, IMF, 2007.
- 26 Zie bv. L. Koopmans, *Gezondheidszorg en economische wetenschap*, Inaugurale rede, RUG, 1993.
- 27 Ewijk van, Draper, ter Rele en Westerhout, *Aging and the Sustainability of Dutch Public Finances*, CPB, 2006, p. 18.
- 28 V. Fuchs, *Three inconvenient truths about health care*, in *New England Journal of Medicine*, October 23rd, p. 1749, 2008.
- 29 F. Bos, *De Nederlandse collectieve uitgaven in historisch perspectief*, CPB-document No 109. 2006.
- 30 RVZ, *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*, Zoetermeer, 2005.
- 31 V. Fuchs, *Three inconvenient truths about health care*, in *New England Journal of Medicine*, October 23rd, p. 1750, 2008.
- 32 Starr P., *The social transformation of American medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, Basic Books, 1982.

- <sup>33</sup> Deze correlatie is voor de publieke uitgaven zelfs het op één na hoogste, na de levensverwachting op 65-jarige leeftijd. F. Pammolli, M. Riccaboni, L. Magazinni, The sustainability of European health care systems: beyond income and aging, Working Paper 52, p. 17-18, Universiteit van Verona, 2008
- <sup>34</sup> J.P. Drouin, V. Hediger, and N. Henke, Health care costs: a market-based view, in The McKinseyQuarterly, September 2008, p. 2.
- <sup>35</sup> Een hoge staatschuld heeft een dempend effect op de publieke uitgaven van – 0.09 versus – 0.02 voor de huisarts en – 0.015 voor de eigen betalingen; extra suikerconsumptie heeft juist een opwaarts effect op de uitgaven en wel van 0.4. F. Pammolli, M. Riccaboni, L. Magazinni, The sustainability of European health care systems: beyond income and aging, Working Paper 52, p. 18, Universiteit van Verona, 2008.
- <sup>36</sup> Lommers M., VanderMeulen L., Winkel E., Raming uitgaven ziekenhuiszorg 2008-2011, Prismant, Utrecht, 2007; Lommers M., Winkel E., Analyse CPB/SCP raming volumeontwikkeling VV&T en GHZ periode 2008-2011, Prismant, Utrecht 2008.
- <sup>37</sup> Een virtuele vergelijking op basis van de Duitse leeftijdsopbouw doet de kosten met 6,4 procent stijgen (Heijink R., M.A. Koopmanschap en J.J. Polder, International Comparison of Cost of Illness, RIVM, Bilthoven, 2006, p. 77). Dementie is een aardig voorbeeld. Nederland heeft door zijn jonge bevolking nu nog het op één na het laagste aantal dementerenden, namelijk 1,13 procent (Europese Commissie, Directoraat voor Volksgezondheid en Consumenten, Major and chronic diseases, report 2007, Luxemburg, 2008, p. 93). Dit is een zeer dure aandoening en een inhaalslag zal tot veel hogere uitgaven leiden. Hier komt bij dat, als gevolg van de toenemende welvaart, ook de vraag naar betere voorzieningen en kwaliteit snel groeit.
- <sup>38</sup> Alle landen die rond het Nederlandse uitgavenniveau liggen tellen aanzienlijk meer 65-plussers. Alleen in het geval van Frankrijk (2,5% meer 65-plussers) en Duitsland (3,2% meer 65-plussers) gaat dit niet op. Deze beide landen hebben meer 65-plussers, maar ook meer uitgaven. Zie verder: TK 2003 – 2004, Rijksbegroting 2004, Hoofdstuk XVI: Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 298.
- <sup>39</sup> Tabel: kosten van ziekten in international perspectief

	Curatieve zorg (%)	Langdurige zorg (%)

	Nederland	Fra. / Dui.	Nederland	Fra. / Dui.
Psych. stoornissen	13,1	9,7	51,7	24,1
Onv. omschr. ziekten	13,5	7,9	n.b.	n.b.
Hart- en vaatziek- ten	12,2	14,0	15,6	21,8
Nieuwvormingen	6,0	6,7	1,6	6,0
Urogenitaal	4,0	5,2	0,5	4,3

Bron: Heijink R., M.A. Koopmanschap en J.J. Polder, International Comparison of Cost of Illness, RIVM, Bilthoven, 2006, p. 12 - 13.

- <sup>40</sup> Geneesmiddelen kosten in Nederland \$ 268 (PPP) per hoofd van de bevolking; het gemiddelde van Frankrijk en Duitsland is \$ 353,50. De uitgaven aan verpleeghuizen en residentiële voorzieningen zijn in Nederland \$ 356 (PPP) per hoofd van de bevolking; het gemiddelde van Frankrijk en Duitsland is \$ 140,5. Zie, Heijink R., M.A. Koopmanschap en J.J. Polder, International Comparison of Cost of Illness, RIVM, Bilthoven, 2006, p. 65 - 66

- <sup>41</sup> Relatieve uitgaven per hoofd van de bevolking naar leeftijdscategorie (\$ PPP)

	- 15	15 - 45	45 - 65	65 - 85	85+
Australië	100	100	100	100	100
Duitsland	91	111	137	110	94
Nederland	93	132	130	124	134

Zie Heijink R., M.A. Koopmanschap en J.J. Polder, International Comparison of Cost of Illness, RIVM, Bilthoven, 2006, p. 79.

- <sup>42</sup> OECD Healthdata 2008.  
<sup>43</sup> Het jaar 2002-2003 is bij België en Frankrijk niet meegenomen vanwege een trendbreuk.  
<sup>44</sup> Geschat op basis cijfers 2003 (\$ 1660).

- <sup>45</sup> Tabel: Levensverwachting in internationaal perspectief

	Levensverwachting (2005)		Levensverwachting op 65e	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Nederland	77.2	81.6	16.4	20.0
Denemarken	76.0	80.5	16.1	19.1

Oostenrijk	76.7	82.2	17.0	20.3
België	76.2	81.9	16.6	20.2
Duitsland	76.7	82.0	16.9	20.1
Frankrijk	76.7	83.7	17.7	22.0
Italië			17.7	21.7
Spanje	77.0	83.7	17.3	21.3
Zweden	78.4	82.8	17.4	20.6
VK	77.1	81.1	17.0	19.5

Bron: OECD, health data

<sup>46</sup> F. Pammolli, M. Riccaboni, L. Magazinni, The sustainability of European health care systems: beyond income and aging, Working Paper 52, p. 17-18, Universiteit van Verona, 2008.

<sup>47</sup> De gemiddelde levensverwachting steeg sinds 1960 met 5,2 jaar; dit is 1,3 jaar minder dan in de Scandinavische landen en zelfs 2,7 jaar minder dan de ons omringende landen. Een groot deel van dit verschil ontstaat doordat de groei van de levensverwachting op 65-jarige leeftijd veel lager is dan in andere landen (zie tabel).

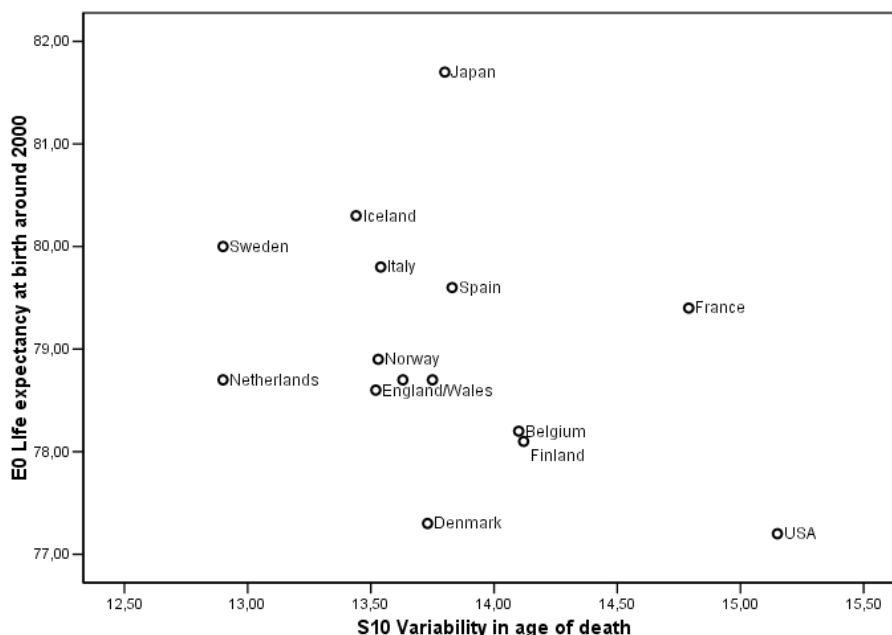
Tabel: Groei levensverwachting op 65-jarige leeftijd sinds 1960

	Neder-land	Scandi-navië	West-Europa	Zuid-Europa	VK en VS
Mannen	1,7	2,8	3,5	3,7	3,8
Vrouwen	3,2	4,0	4,6	5,1	3,3

Bron: Lundberg O., M. Yngwe, M.K. Stjärne, L. Björk en J. Fritzell, The nordic experience. Welfare states and public health, Health Equity Studies No. 12, August 2008, [www.chess.su.se](http://www.chess.su.se), p. 44 – 48.

<sup>48</sup> De lage prevalentie van hart- en vaatziekten heeft ook een andere kant. Het betekent dat Nederland relatief weinig profiteert van de snelle verbeteringen op dit terrein. Dit beïnvloedt de groei van de levensverwachting ten opzichte van de ons omringende landen.

49 Figuur: Spreiding van levensverwachting (ca. 2000)



Bron: Lundberg O., M. Yngwe, M.K. Stjärne, L. Björk en J. Fritzell, The nordic experience. Welfare states and public health, Health Equity Studies No. 12, August 2008, [www.chess.su.se](http://www.chess.su.se), p. 53.

50 De spreiding in levensverwachting (boven de tien jaar) nam in ons land nog met zes procent af, tegen drie procent (Scandinavië); twee procent (West-Europa); vier procent (Zuid-Europa); en twee procent (VK en VS). Zie, Lundberg O., M. Yngwe, M.K. Stjärne, L. Björk en J. Fritzell, The nordic experience. Welfare states and public health, Health Equity Studies No. 12, August 2008, [www.chess.su.se](http://www.chess.su.se), p. 52.

51 Westert GP, Berg MJ van den, Koolman X., en H. Verkleij (red.), Zorgbalans 2008, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg, RIVM, Bilthoven, 2008.

52 Voor een overzicht: Busse R., J. Schreyögg en P.C. Smith, Variability in healthcare treatment costs amongst nine EU countries – results from the healthbasket project, Health economics 17:(1), 2008, p. 1 – 7.

53 Tabel: verkopen farmaceutica 2006 (\$ PPP)

	NL	Bel	Dui	De	Spa	Fra	UK	Zwe
Per capita (\$)	321	525	326	375	332	429	316	372



Bron: OECD Healthdata 2008.

- <sup>54</sup> Bolin K., A. Lindgren, B. Lindgren en P. Lundborg, Utilisation of physician services in the 50+ population. The relative importance of individual versus institutional factors in 10 European countries, NBER working paper 14096, June 2008.  
Tabel: gemiddeld aantal bezoek aan arts per 50+-er (SHARE 2004 database)

	NL	Oos	Dui	De	Spa	Fra	Ita	Zwe
# artsenbezoeken	4.56	6.51	7.70	4.34	9.63	7.36	8.78	3.00
# huisarts (a)	2.73	4.81	4.97	3.28	7.48	5.49	6.85	1.80
# specialist (b)	1.83	1.70	2.73	1.06	2.14	1.87	1.93	1.20
b / a (%)	67%	35%	55%	32%	29%	34%	28%	67%

p. 31, eigen bewerking

- <sup>55</sup> bron: OECD, Healthdata, 2008.  
<sup>56</sup> Zie de vignetten over de specialisten en huisartsen.  
<sup>57</sup> Westert GP, Berg MJ van den, Koolman X., en H. Verkleij (red.), Zorgbalans 2008, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg, RIVM, Bilthoven, 2008, p. 182 – 183.  
<sup>58</sup> Tabel: Uitgaven per vergelijkbare verrichting in zeven landen

	CVA	AMI	Cataract	Heup	Blinde darm
Nederland	6.533	5.328	500	5.328	1.804
Duitsland	3.283		623		
Frankrijk		5.508	909	5.680	
Italië	4.465	7.251			1.588
Engeland				5.273	1.887

De praktijk van deze verrichtingen verschilt sterk tussen de landen. Dit heeft vooral te maken met technologie en in mindere mate met de opnameduur. Zo worden in ons land minder geavanceerde heupen geplaatst; is de opnameduur bij CVA lang en wordt vaker thrombolysis gegeven; krijgen mensen met een AMI relatief vaak een stent; wordt de blindedarm meestal niet laparoscopisch verwijderd; en wordt er vaak een zachte lens bij cataracten gebruikt. De tabel bevat alleen die landen die, voor wat betreft de gebruikte technieken, op elkaar lijken.

De spreiding in de uitgaven is ons land erg groot: bij een nieuwe heup (€ 8,750 - € 4,100), een beroerte (€ 14,000 - € 3,500) zelfs het grootst van de onderzochte landen; de spreiding

ding is ook groot bij PTCA (€ 7,600 - € 3,700) en blinde darm (€ 2,159 - € 1,550).

Zie, Busse R., J. Schreyögg en P.C. Smith (eds.), Variability in healthcare treatment costs amongst nine EU countries – results from the healthbasket project, *Health economics* 17:(1), 2008, p. 1 – 103.

<sup>59</sup> Heijink R., M.A. Koopmanschap en J.J. Polder, *International Comparison of Cost of Illness*, RIVM, Bilthoven, 2006.

<sup>60</sup> Delbes, Ch, J. Gaymu en S. Springer, Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent a deux. Un bilan européen, in *Population & Sociétés*, Nr. 419, 2006. We moeten wel bedenken dat verzorgingshuizen hierin zijn meegenomen. Kijken we alleen naar de verpleeghuizen, dan scoort ons land iets minder extreem (tabel). Tabel: kosten verpleeghuiszorg per capita (\$ PPP) en als % BBP

	NL	Oos	Dui	De	Spa	Fra	Zwe
Per capita (\$)	452	447	406	725	199	342	241
% BBP	1.2	1.3	1.3	2.1	0.7	1.1	0.7

<sup>61</sup> Zie ook: RVZ, *Gepaste zorg*, Zoetermeer, 2004.

<sup>62</sup> Kommer GJ, Slobbe LCJ en Polder JJ, Trends en verkenningen van kosten van ziekten. *Zorg voor euro's – 2*, RIVM, Bilthoven, 2007, p. 11.

<sup>63</sup> Dit heeft te maken met problemen rondom het meten van productie en kwaliteitsverbeteringen. Kwaliteitsverbeteringen, zoals betere overlevingskansen of een betere kwaliteit van leven, worden nogal eens gemeten als een prijsstijging en niet als een volumetoename.

<sup>64</sup> TK 2003 – 2004, nr. 28852, *Onderzoek naar de Zorguitgaven; ECORYS, Kostenontwikkeling ziekenhuiszorg. Implicaties vanuit consumentenperspectief*, Rotterdam, 2007.

<sup>65</sup> Kommer GJ, Slobbe LCJ en Polder JJ, Trends en verkenningen van kosten van ziekten. *Zorg voor euro's – 2*, RIVM, Bilthoven, 2007, p. 11.

<sup>66</sup> TK 2003 – 2004, nr. 28852, *Onderzoek naar de Zorguitgaven*, p. 21.

<sup>67</sup> Met dank aan het RIVM (ir. L. Slobbe) voor de aangeleverde gegevens; de per capita cijfers zijn door het secretariaat berekend.

<sup>68</sup> De omzet hiervan steeg van 130 miljoen euro (2004), naar 186 miljoen euro (2005), naar 266 miljoen euro in 2006. De snelste groeiers waren: remicade (o.a. reumatische arthritis) her-

ceptin (borstkanker) en mabthera (reumatische arthritis en non-hodgkin).

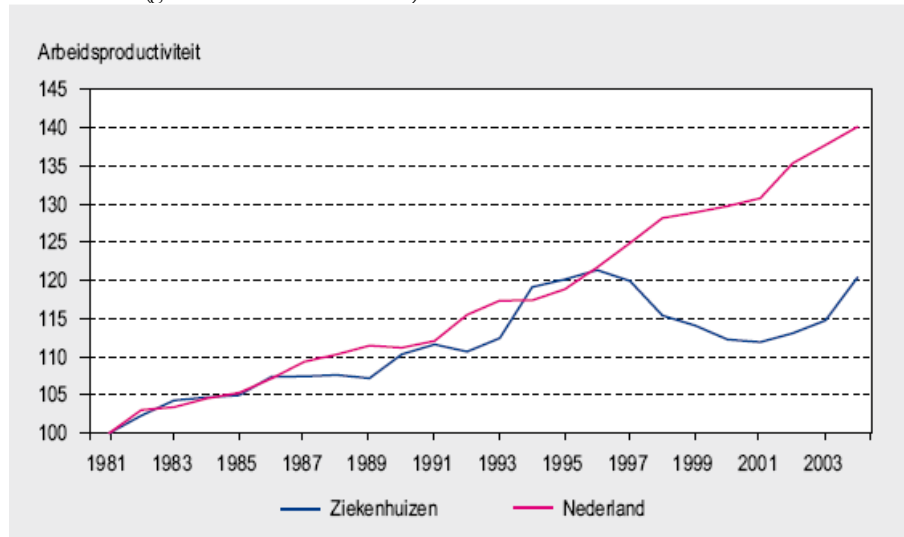
- <sup>69</sup> Met dank aan het RIVM (ir. L. Slobbe) voor de aangeleverde gegevens.
- <sup>70</sup> Peacock S.J., Richardson J.R., Supplier-induced demand: re-examining identification and misspecification in cross-sectional analysis, *European Journal of Health Economics* vol. 8 no. 3, 2007; zie ook P.J. Ginsburg, High and rising health costs: demystifying U.S. health care spending, Robert Wood Johnson Foundation, Research synthesis report no. 16, oktober, 2008.
- <sup>71</sup> Kamerstuk, 8 oktober 2008, CZ/FBI-2882008, Procedurele voortgang bodemprocedure NVZ-Staat der Nederlanden.
- <sup>72</sup> E.S. Mot, *Paying the medical specialist: the eternal puzzle. Experiments in the Netherlands*, Amsterdam, 2002, p. 255.
- <sup>73</sup> TK 2003 – 2004, nr. 28852, *Onderzoek naar de Zorguitgaven*, p. 18 – 21.
- <sup>74</sup> GGZ-Nederland, *Toenemende zorg, sectorrapport GGZ 2003-2005*, Amersfoort, 2006.
- <sup>75</sup> Idem p. 36.
- <sup>76</sup> Idem p. 24 en Poos MJJC, Smit JM, Groen J, Kommer GJ, Slobbe LCJ, *Kosten van Ziekten in Nederland 2005, Zorg voor euro's – 8*, RIVM, Bilthoven, 2008, p. 41.
- <sup>77</sup> Zie diverse jaarverslagen op [www.wfz.nl](http://www.wfz.nl)
- <sup>78</sup> Bron: Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen.
- <sup>79</sup> Westert GP, Berg MJ van den, Koolman X., en H. Verkleij (red.), *Zorgbalans 2008, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*, RIVM, Bilthoven, 2008, p. 150.
- <sup>80</sup> Tabel: Reële loonkostenontwikkeling, 1995 – 2004 (jaarlijkse procentuele groei)

	zorg	veiligheid	onderwijs
aandeel loonkosten (%)	60	69	75
reële contractlonen	0,7	0,5	0,2
incidenteel boven contractloonontwikkeling	1,6	1,3	1,3
bijdrage arbeidsproductiviteit	0,4	-1,2	0,9
totaal	2,7	0,6	2,4

Arbeidsproductiviteitsgroei dempt de toename van de loonkosten: een positief getal in tabel 3.2 wijst dus op een daling van de arbeidsproductiviteit (zorg, onderwijs), met als gevolg een stijging van de reële loonkosten.

Bron: SCP. *Publieke prestaties in perspectief, memorandum quartaire sector 2006 – 2011*, Den Haag, januari, 2007, p. 34.

81 Figuur: Ontwikkeling arbeidsproductiviteit ziekenhuiszorg, 1981 – 2004 (geschoond voor case mix).



Bron: Westert G.P., Verkleij H. (red.), Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004, RIVM, 2006, p. 151.

82 Het CBS publiceert na 2005 niet langer een uitsplitsing van de ouderenzorg naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg.

<sup>83</sup> Tabel: Procentuele toename (afname) arbeidsproductiviteit op basis productievolume in de verschillende sectoren (1994 – 2004)	Prismant	SCP
Ziekenhuizen	+ 0,0	- 0,6
GGZ	+ 0,5	+ 0,9
Gehandicaptenzorg	- 0,2	- 1,2
Verpleeghuizen	- 1,1	- 1,1
Verzorgingshuizen	- 1,3	- 2,0
Thuiszorg	+ 0,5	+ 1,6

84 Dit betekent niet dat dit voor alle andere kortingen en intensiveringen ook het geval is.

85 Dit komt omdat de productiviteit idealiter tot uitdrukking komt in de behaalde gezondheidswinst die moeilijk meetbaar

is. Hierdoor gebruikt men andere volume-indicatoren zoals het aantal verpleegdagen, patiënten en operaties.

- <sup>86</sup> De nieuwe methodes gaan uit van directe volumemeting op basis van outputindicatoren en kunnen rechtstreeks gebruikt worden voor de berekening van de arbeidsproductiviteit. Van deze nieuwe methodes is alleen de methode voor ziekenhuiszorg reeds geïmplementeerd in de cijfers die de basis vormen van de Groeirekeningen. Het CBS heeft, in een Annex bij de Groeirekeningen wel het effect geschat op de arbeidsproductiviteit van de overstap op de nieuwe methodes in de AWBZ.
- <sup>87</sup> CBS, De Nederlandse groeirekeningen 2007, Voorburg, 2008.
- <sup>88</sup> Voor een recente bespreking: J. Hartwig, Can Baumol's model of unbalanced growth contribute to explaining the secular rise in health care expenditure, KOF working papers, no. 178, November 2007.
- <sup>89</sup> Zo heeft het beleid van meer handen aan het bed tijdens het einde van de jaren negentig tot een 'kunstmatig' lagere arbeidsproductiviteit geleid; De recente veranderingen in de financiering van de huisartsenzorg hebben tot een 'kunstmatig' hogere arbeidsproductiviteit geleid, die is gekapitaliseerd door de beroepsgroep.
- <sup>90</sup> Cijfers over de totale eigen bijdragen voor d2006 en 2007 zijn niet beschikbaar. Dit heeft te maken met de invoering van de Wmo. In deze tabel is aangenomen dat de totale eigen bijdragen (dus inclusief de eigen bijdragen voor de thuiszorg) de laatste twee jaren niet zijn veranderd.  
De uitgaven voor ouderenzorg hebben betrekking op: verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor thuiszorg.
- <sup>91</sup> Mensen met een eigen vermogen van meer dan 30.000 euro moeten hun zorg zelf betalen en hebben dus meer keuzevrijheid.
- <sup>92</sup> Zie het vignet geestelijke gezondheidszorg dat bij dit advies wordt gepubliceerd ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of het Sectorrapport GGZ 2003-2005 voor uitgebreide kwantitatieve data.
- <sup>93</sup> Vignet geestelijke gezondheidszorg, [www.rvz.net](http://www.rvz.net), p. 12, 2008.
- <sup>94</sup> Kunst A.E., Meerding W.J., Varenik N., Polder J.J., en J.P. Mackenbach, Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Zorg voor euro's – 5, RIVM, Bilthoven, 2007.
- <sup>95</sup> Zie J.P. Frouin, V. Hediger, and N. Henke, Health care costs: a market-based view, in The McKinsey Quarterly, September 2008.

- <sup>96</sup> Zie het bij dit advies gepubliceerde vignet Farmacie (RVZ, 2008) voor een uitgebreide analyse van de uitgavenontwikkelingen in de farmacie.
- <sup>97</sup> In de Wmo zijn niet alleen de huishoudelijke hulp maar ook de voorzieningen voor gehandicapten (ex. WVG) en de welzijnsvoorzieningen (ex. Welzijnswet) opgenomen. De middelen hiervoor maken reeds deel uit van het gemeentefonds.
- <sup>98</sup> Dit is een vorm van maatstafconcurrentie: een individuele gemeente heeft namelijk geen invloed op de macro-realiserende.
- <sup>99</sup> Deze paragraaf is grotendeels gebaseerd op P.P.T. Jeurissen, W.G.M. van der Kraan en P. Vos, Het persoonsgebonden budget, hoofdstuk 11, in F. De Kam en A. Ros (red.), Jaarboek Overheidsfinanciën 2008, SDU, Den Haag.
- <sup>100</sup> Brief staatssecretaris Bussemaker aan de 2<sup>e</sup> kamer, 11 maart 2008; cijfers 2007 zijn exclusief Wmo; procentuele groei 2007 is ten opzichte de voor deze overheveling geschoonde cijfers in 2006.
- <sup>101</sup> Bron VWS - FEZ.
- <sup>102</sup> In de periode tussen 1995 en 2006 zijn de BKZ uitgaven door technische wijzigingen met € 6,89 miljard verlaagd (bron BKZ registratie VWS). Pakketmaatregelen hadden hiernaast een neerwaarts effect van XX.
- <sup>103</sup> De WMO – onderdeel van het gemeentefonds – is daarentegen voorlopig nog onder het BKZ gehouden.
- <sup>104</sup> TK 2003 – 2004, nr. 28852, Onderzoek naar de Zorguitgaven, p. 16.
- <sup>105</sup> TK 2003 – 2004, nr. 28852, Onderzoek naar de Zorguitgaven, p. 11.
- <sup>106</sup> Jeurissen P.P.T. en F.B.M Sanders, Zorg om Solidariteit, in S.G. van der Lecq en O.W. Steenbeek (red.), Kosten en Baten van Collectieve Pensiensystemen, Kluwer, 2006, p. 47 – 65.
- <sup>107</sup> De grootste studie naar burgerlijke betrokkenheid de VS, uitgevoerd door Harvard politicoloog Robert Putnam, maakt duidelijk dat: *'the greater the diversity in a community, the fewer people vote and the less they volunteer, the less they give to charity and work on community projects'*. Glaeser en Alesina vonden dat: *'roughly half the difference in social spending between the US and Europe – Europe spends far more – can be attributed to the greater ethnic diversity of the US population'*. The downside of diversity, in International Herald Tribune, August 5. 2007
- <sup>108</sup> Voor een uitgebreide theoretische bespreking van deze problematiek, zie: B. Jacobs, De prijs van gelijkheid, Bert Bakker, Amsterdam, 2008.

<sup>109</sup> Wong A., GJ. Kommer en JJ. Polder, *Zorg voor overlijden. Solidariteit en de kosten van vergrijzing*, RIVM, Bilthoven, 2008, p. 19.

<sup>110</sup> RVZ, *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*, Zoetermeer, 2005, p. 22.

<sup>111</sup> Tabel: Stijging van de reële solidariteitsoverdrachten van netto-betalers bij ongewijzigd beleid in euro's van 2006

	2006	2026
Basisverzekering	1.670	3.780
AWBZ	1.380	2.870
Totaal	3.050	6.650

VWS, *Niet van Later Zorg*, Den Haag 2006.

<sup>112</sup> Kunst A.E., Meeding W.J., Varenik N., Polder J.J., en J.P. Mackenbach, *Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Zorg voor euro's – 5*, RIVM, Bilthoven, 2007.

<sup>113</sup> Wong A., GJ. Kommer en JJ. Polder, *Zorg voor overlijden. Solidariteit en de kosten van vergrijzing*, RIVM, Bilthoven, 2008, p. 49.

<sup>114</sup> RVZ, *Arbeidsmarkt en Zorgvraag*, Den Haag, 2006, p. 58.

<sup>115</sup> OECD, *Regions at a glance 2007*, p. 178: density of practicing nurses.

<sup>116</sup> OECD, *Regions at a glance 2007*, p. 180: density of nurses: Europe.

<sup>117</sup> Als het loonniveau op de arbeidsmarkt buiten het ziekenhuis tien procent hoger ligt, nemen de overlijdingspercentages bij AMI met vier tot acht procent toe. E. Hall, C. Propper en J. Van Reenen, *Cab pay regulation Kill? Panel data evidence on the effect of labor markets on hospital performance*, CEP Discussion Paper, no. 843, January, 2008.

<sup>118</sup> Tabel: Aantal ontslagen patiënten per fte (2002) en aantal bedden per fte (2005)

	NL	Oos	Dui	Bel	Den	Fra
# pat. per fte	7,4	19,2	17,8	13,2	12,1	
# fte per bed	0,29	0,45	0,49	0,48		0,58

Bron: RIVM, 2006, p. 152; OECD Healthdata 2008.

<sup>119</sup> E. van de Berg en J. de Hart, *Maatschappelijke organisaties in beeld. Grote ledenorganisaties over actuele ontwikkelingen op het maatschappelijk middenveld*, SCP, Den Haag, 2008, p. 23.

<sup>120</sup> RVZ, *Mantelzorg, arbeidsmarkt en zorgvraag (achtergrondstudie)*, Den Haag, 2006.

- <sup>121</sup> Struis A., Mantelzorg, arbeidsmarkt en zorgvraag, in RVZ, Arbeidsmarkt en zorgvraag, achtergrondstudies, Den Haag, 2006, p. 227 – 274.
- <sup>122</sup> Het betreft mantelzorgers die hulp bieden aan chronisch zieken, tijdelijk zieken en stervenden; die persoonlijke of huishoudelijke hulp geven; en die meer dan acht uur per week en/of langer dan drie maanden hulp geven. Zie, A.H. de Boer, R. Schellingerhout en J.M. Timmermans, Mantelzorg in getallen, SCP, Den Haag, 2003, p. 11.
- <sup>123</sup> F. Pammolli, M. Riccaboni, L. Magazinni, The sustainability of European health care systems: beyond income and aging, Working Paper 52, p. 17-18, Universiteit van Verona, 2008.
- <sup>124</sup> C. Ramakers, R. Schellingerhout, M. Wijngaart, en F. Miedema, Persoonsgebondenbudget nieuwe stijl 2007, ITS, Nijmegen, 2008.
- <sup>125</sup> Zie PWC, 2008, p. 50.
- <sup>126</sup> Dit staat in de literatuur bekend als soft budget constraints, zie Y. Shen and K. Eggleston, The effect of soft budget constraints on access and quality in hospital care, NBER, Working Paper 14256, August 2008.
- <sup>127</sup> In de VS gaat het dan bijvoorbeeld om de grote publieke programma's die geen kostendekkende vergoedingen betalen en zo de ziekenhuizen dwingen om extra vergoedingen bij de private verzekeringen in rekening te brengen. Zie bv. J.A. Meyer and W.R. Johnson, Cost shifting in health care: an economic analysis in Health Affairs, vol. 3(1):p. 21 -34, 1984.
- <sup>128</sup> Bovenop het actuariële risico.
- <sup>129</sup> Zie ook PWC, 2008, p. 48.
- <sup>130</sup> Deze paragraaf baseert zich grotendeels op de studie van PricewaterhouseCoopers, Risico's voor het uitgavenniveau in de zorg, RVZ, Den Haag, 2008.
- <sup>131</sup> PWC, 2008, p. 88.
- <sup>132</sup> Zie bijlage 4 voor een uitgebreide beschrijving van de werking van dit model.
- <sup>133</sup> Zo hebben sommige verzekeraars gewezen op het feit dat de concurrentie meeprofiteert van het feit dat zij met de introductie van het preferentiebeleid in de farmacie hun nek hebben uitgestoken.
- <sup>134</sup> Zie PWC, 2008, p. 26.
- <sup>135</sup> Dit wordt wederom gestimuleerd door de (ex-post) risicoverevening: deze verlaagt namelijk de 'prijs' van het actuariële risico – verzekeraars sparen minder geld uit als ze risico – naar de patiënt verschuiven - waardoor ook de mogelijke kortingen verminderen.



- <sup>136</sup> J. Eggelte en P. Schilp, Risico en rendement op de zorgverzekeringsmarkt, ESB 93 (no. 4544), p. 589-590.
- <sup>137</sup> NZa, Consultatiedocumenten, Advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid (2008).
- <sup>138</sup> H.H. König en S. Friemel, Gesundheitsökonomie psychischer Krankheiten, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2006 nr. 1, p. 53.
- <sup>139</sup> J.M. Donahue en H.A. Pincus, Reducing the societal burden of depression. A review of economic costs, quality of care and effects of treatment, *Pharmacoeconomics* 2007, 25(1): 7-24.
- <sup>140</sup> Deze paragraaf baseert zich grotendeels op de studie van PriceWaterhouseCoopers, Risico's voor het uitgavenniveau in de zorg, RVZ, Den Haag, 2008.
- <sup>141</sup> Zie PWC, 2008, p. 23.
- <sup>142</sup> Zie PWC, 2008, p. 64.
- <sup>143</sup> Zo verwacht het SCP in de periode 2005 – 2025 een toename van het aantal dementiepatiënten met 71 procent bij mannen en 32 procent bij vrouwen. In 2025 zullen 280.000 personen vanwege hun dementie aangewezen zijn op anderen. Binnen deze groep neemt het aantal alleenstaanden sterker toe dan gemiddeld. Vanwege het ontbreken van mantelzorg doen zij een groter beroep op de zorg dan anderen (PWC, 2008, p. 61).
- <sup>144</sup> Zie PWC, 2008, p. 56.
- <sup>145</sup> Zie PWC, 2008, p. 67.
- <sup>146</sup> Zie PWC, 2008, p. 54.
- <sup>147</sup> Berg, B. van den, F.T. Schut, 2003, Het einde van gratis mantelzorg?, *Economisch Statistische Berichten* 88 (4413), pp. 464-467.
- <sup>148</sup> NZa. Ziekenhuiszorg 2008. Een analyse van de ontwikkelingen in het B-segment 2008, Juli 2008, p. 20.
- <sup>149</sup> Recent onderzoek van PWC schat dit op 8,4 procent in 2008; 2007, 6,7 procent..
- <sup>150</sup> Cebeon, Verklaring van regionale verschillen in zorggebruik AWBZ, juni 2007; Toepasbaarheid verklaringsmodellen zorggebruik AWBZ, juli 2008.
- <sup>151</sup> Cebeon, 2008, p. 5.
- <sup>152</sup> Varkevisser, M, S. Polman en S.A. van der Geest, Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen, ESB, 27-1-2006.
- <sup>153</sup> Dit is recent ook al bepleit door de RVZ in zijn advies *Rechtvaardige en duurzame zorg*, (2007) en door het CPB in het rapport *Qaly-tijd* (CPB 2007).
- <sup>154</sup> Audit Commission, *Learning the lessons from financial failure in the NHS*, Health national report, July 2006.
- <sup>155</sup> Busse R., J. Schreyögg en P.C. Smith (eds.), *Variability in healthcare treatment costs amongst nine EU countries – re-*

- sults from the healthbasket project, *Health economics* 17:(1), 2008, p. 1 – 103.
- <sup>156</sup> Kommer GJ, Slobbe LCJ en Polder JJ, Trends en verkenningen van kosten van ziekten. *Zorg voor euro's – 2*, RIVM, Bilthoven, 2007.
- <sup>157</sup> Th. Bodenheimer, High and rising health care costs. Part 2: technologic innovation, in *Annals of Internal Medicine*, 2005, nr. 142, p. 935.
- <sup>158</sup> A.F. Roos en H.P.M. Kreemers, Financiële druk bij ziekenhuizen: theorie en praktijk, p.4, [www.rvz.net](http://www.rvz.net), achtergrondstudie bij dit advies.
- <sup>159</sup> Aanneemsommen waarin het volumerisico gedeeltelijk bij de aanbieder wordt gelegd.

# Bijlagen



## Bijlage 1

### Relevant gedeelte uit het Werkprogramma 2008

De RVZ publiceert in 2008 het advies *Duurzaam uitgavenmanagement*.

Het lukt in de zorg maar moeilijk om een beleidsinstrumentarium te ontwikkelen dat institutionele duurzaamheid biedt voor het politieke vraagstuk van collectieve versus private verantwoordelijkheid. Pakketmaatregelen en eigen betalingen blijken veelal weinig robuust. Aan de andere kant: de houdbaarheid van de 'budgettering' als de centrale manier om de kosten in de hand te houden staat onder druk en is ook niet meer wenselijk. Kostenramingen worden veelvuldig overschreden. Het huidige systeem van kostenbeheersing nadert onmiskenbaar zijn grenzen. Tegelijkertijd staan de zorguitgaven centraal in elke economische bespiegeling over de stabiliteit van de openbare financiën. Hoe moeten de systematiek en filosofie van het stelsel van eigen betalingen en bekostigingsregimes in de toekomst gaan werken? Wat is de samenhang tussen de verschillende instrumenten? En: hoe passen arrangementen van inkomensrisico en intergenerationele solidariteit daarin? In dat verband beziet de RVZ de mogelijkheden van private uitgaven in de zorg.



## Bijlage 2

### Adviesvoorbereiding

#### *Adviesvoorbereiding vanuit de Raad*

Mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman

De heer prof. dr. W.N.J. Groot

De heer prof. drs. M.H. Meijerink

#### *Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep*

- De heer drs. P.T.T. Jeurissen projectmanager
- De heer drs. E.G. Brummelman projectmedewerker
- De heer drs. H.P.M. Kreemers projectmedewerker
- De heer mr. J.P. Kasdorp projectmedewerker
- De heer L. Ottes, arts projectmedewerker
- Mevrouw drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer projectmedewerker
- Mevrouw A.F. Roos stagiaire
- Mevrouw A.J.J. Dees projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken en commissievergaderingen tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners is niet gevraagd formeel in te stemmen met het advies.

#### *Gevolgde procedure*

Het adviesproject is begonnen met een startgesprek tussen vertegenwoordigers van het ministerie van VWS als opdrachtgever (directeur-generaal Langdurige Zorg, de heer drs. M.J. Boereboom) en de RVZ als opdrachtnemer. Het startgesprek is gehouden op 19 februari 2008. Een vervolgesprek heeft plaatsgevonden op 10 juni 2008.

Met directeur-generaal Langdurige Zorg, de heer drs. M.J. Boereboom en directeur-generaal Curatieve Zorg, mevrouw drs. D.M.J.J. Monissen heeft op 4 november 2008 een laatste gesprek plaatsgevonden over de inhoud van het conceptadvies.

Op 23 september 2008 is een conceptnotitie besproken met minister Klink en staatssecretaris Bussemaker van het ministerie van VWS.

Er heeft maandelijks overleg plaatsgevonden met de contactpersoon van VWS de heer M.J. Aarnout.

De Raad heeft het conceptadvies op 20 november 2008 besproken en vastgesteld.

#### *Commissies*

De inhoudelijke commissie bestaat uit de volgende personen:

De heer prof. dr. G.H. Blijham	Voorzitter Raad van Bestuur, Universitair Medisch Centrum Utrecht
De heer prof. dr. M.G. Boekholdt	Vrije Universiteit Amsterdam
De heer prof. dr. Bovenberg	Universiteit van Tilburg/NETSPAR
De heer drs. B. Dessing	Voormalig voorzitter Raad van Bestuur, UVIT zorgverzekeraar
De heer prof. dr. F.J.H. Don	Voormalig directeur CPB, Erasmus Universiteit Rotterdam
De heer drs. K. Erends	Voorzitter Raad van Bestuur, Stichting Baalderborg
De heer prof. mr. dr. C.A. de Kam	Universiteit van Groningen
De heer prof. dr. P.J. van der Maas	Voorzitter Raad voor Gezondheidsonderzoek
De heer prof. dr. F. Rutten	Erasmus Universiteit Rotterdam/IMTA
De heer prof. dr. F.T. Schut	Erasmus Universiteit Rotterdam
De heer prof. dr. L.G.M. Stevens	Erasmus Universiteit Rotterdam
De heer prof. dr. H.A.A. Verbon	Universiteit van Tilburg
De heer prof. dr. P.A.M. Vierhout	Voormalig voorzitter Orde van Medisch Specialisten
Mevrouw drs. Y.M. Wilders, RA	Lid Raad van Bestuur, Spaarne Ziekenhuis

Deze commissie heeft vijf keer vergaderd, te weten:

- 3 maart 2008 bij de RVZ te Den Haag;
- 26 mei 2008 in complex Woudestein te Rotterdam;
- 2 september 2008 in Stadskasteel Oudaen te Utrecht;
- 7 oktober 2008 bij de RVZ te Den Haag;
- 11 november 2008 bij de SER te Den Haag

Een technische commissie is eveneens vier keer bij elkaar geweest voor het bespreken en toetsen van de gebruikte kwantitatieve



gegevens. Berenschot heeft de resultaten daarvan in een rapport verwerkt (bijlage 3).

De onderstaande personen maakten deel uit van deze technische commissie:

- De heer drs. P.A. ten Cate            Ministerie van VWS
- De heer O. van Hilten                Centraal Bureau voor de Statistiek
- De heer drs. M.P.D. Ligthart        Centraal Plan Bureau
- De heer ir. L.C.J. Slobbe            RIVM

Zij zijn bijgestaan door:

- De heer drs. P.J.G.M. de Bekker Berenschot Groep B.V.
- De heer drs. A.J. Boendermaker Berenschot Groep B.V.

Bijlage 4 is geschreven door Marc Pomp Economische Beleidsanalyse.

Bijlage 5 is door Intrakoop, de heer E. Wijnhof, opgesteld.

#### *Achtergrondmateriaal*

Dit advies wordt ondersteund met een aanzienlijk aantal achtergrondstudies, te weten:

- PriceWaterhouseCoopers: Risico's voor het uitgavenniveau in de zorg (gepubliceerd in RVZ-bundel Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies);
- Marc Pomp Economische Beleidsanalyse: Uitgavenbeheer in de ouderenzorg: drie beleidsopties (gepubliceerd in de RVZ-bundel Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies);
- Nyfer: Economische effecten van de premiestructuur in de zorg (webpublicatie);
- RIVM: Uitgavenmanagement in de zorg: literatuurstudie naar het effect van DiM en preventie op zorgkosten (webpublicatie);
- RVZ: Financiële druk bij de ziekenhuizen: theorie en praktijk (webpublicatie);
- Het secretariaat van de RVZ heeft notities gemaakt met de ontwikkelingen in een aantal sectoren: de geïntegreerde lijn, de farmaceutische zorg, de huisartsenzorg, de medisch specialistische zorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Gebundeld als Vignetten deelsectoren (webpublicatie).

### *Debatten*

Tijdens het adviestraject zijn vijf debatten georganiseerd door de RVZ. Met de curatieve en de langdurige zorg, met onafhankelijke deskundigen, met de ZBO's en met de brancheorganisaties. Alle debatten vonden plaats in Stadskaatsaal Oudaan te Utrecht.

Op 22 september 2008 van 10.00 - 12.00 uur vond het eerste debat met de curatieve zorg plaats.

#### *Deelnemers debat Curatieve zorg*

De heer J.A.S. van Breda Vriesman	Achmea, divisie zorg
De heer drs. C.H. Donkervoort	St. Zorggroep Middenveld Drenthe
De heer dr. E. Elsinga	Stichting Zorggroep Pasana
De heer dr. H.C.M. Haanen	St. Antonius Ziekenhuis
De heer dr. M. van Houdenhoven	Beatrixziekenhuis, Rivas Zorggroep
De heer prof. dr. J.H. Kingma	Medisch Spectrum Twente
De heer drs. M.W.C. Udo	ZKN Zelfstandige Klinieken Nederland
De heer dr. H.P. Verschuur	Medisch centrum Haaglanden

Het debat met de langdurige zorg vond eveneens op 22 september 2008 plaats van 13.00 - 15.00 uur.

#### *Deelnemers debat Langdurige zorg*

De heer drs. H.M. Don	Gemeente Eindhoven
De heer drs. E.G. van Doorn	HSK groep
De heer T. van Schie	Rudolf Steiner Verpleeghuis
De heer G.B.F. van Weelden	Florence Den Haag
De heer drs. R. Wenselaar	Menzis zorg en inkomen
De heer mr. dr. T.A.M. Witteveen	Bartiméus, Raad van Bestuur

Het debat met de ZBO's vond plaats op 6 oktober 2008 van 10.00 - 12.00 uur.

#### *Deelnemers debat ZBO's*

De heer mr. F.H.G. de Grave	Nederlandse Zorgautoriteit
De heer dr. P.C. Hermans	College voor zorgverzekeringen
Mevrouw dr. A.B.M. van Poucke	DBC-onderhoud

Het debat met de onafhankelijke deskundigen werd ook georganiseerd op 6 oktober 2008 van 13.00 - 15.00 uur.

*Deelnemers debat onafhankelijke deskundigen*

De heer drs. A.L.M. Barendregt	voormalig lid Raad van Bestuur, NZa
De heer prof. dr. T.E.D. van der Grinten	Erasmus Universiteit Rotterdam
De heer prof. dr. J.A.M. Maarse	Universiteit Maastricht
De heer prof. dr. J.J. Polder	RIVM
De heer dr. C.A. Postema	Gezondheidsraad
De heer prof. dr. J. van der Velden	UMC St. Radboud
De heer drs. S.P.M. de Waal	Public SPACE
Mevrouw prof. R. de Wit	Universiteit van Maastricht

Het debat met de brancheorganisaties vond plaats op 14 oktober  
2008 van 10.00 - 12.00 uur.

*Deelnemers debat brancheorganisaties*

Mevrouw drs. M.A.M. Barth	GGZ Nederland
Mevrouw M. Beljaars	GGZ Nederland
Mevrouw M. Brands	ANBO voor vijftig plussers
De heer ir. H.M. Le Clercq	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra Nederland
De heer prof. J. van Dalen	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
De heer drs. L.A.C. Goemans	NVZ vereniging van ziekenhuizen
De heer dr. P.F. Hasekamp	Zorgverzekeraars Nederland
De heer drs. M. Koot	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
De heer mr. J.C. Korthals	MEE Nederland
De heer dr. F.G.H. Oostrik	Vereniging Per Saldo
De heer H.J. Reesink, huisarts	Landelijke Huisartsen Vereniging
De heer G. Rutten	Actiz
De heer dr. H.F. van der Velden	Federatie Nederlandse Vakbeweging
De heer ir. G.R. Visser	Revalidatie Nederland
De heer drs. S.J.G.A. Weijenburg	NVZ vereniging van ziekenhuizen

*Tijdens het adviestraject zijn de volgende personen geconsulteerd:*

De heer M.J. Aarnout	Ministerie van VWS
De heer J.P.G. Boelema	Nederlandse Zorgautoriteit
De heer mr. drs. P. Boone	Ministerie van VWS
De heer drs. P.A. ten Cate	Ministerie van VWS
De heer drs. D. Dicou	De Nederlandsche Bank
Mevrouw drs. H.A.C. Dokter	Ministerie van VWS
De heer dr. ir. R.M.C.H. Douven	Centraal Plan Bureau
De heer ir. A.W. Faassen	Ministerie van Economische Zaken
Mevrouw drs. E. Gevers	Nederlandse Zorgautoriteit
De heer mr. F.H.G. de Grave	Nederlandse Zorgautoriteit

Mevrouw drs. M. Groothuis	Ministerie van Financiën
De heer W.G.J.M. van der Ham	Orde van Medisch Specialisten
De heer drs. L.R.M. Hartveld	FNV
De heer dr. O. van Hilten	Centraal Bureau voor de Statistiek
De heer drs. J.J.G.M. van den Hoek	College voor Zorgverzekeringen
De heer E.L. Hooiveld	Salland Verzekeringen
Mevrouw dr. M.J. Kaljouw	V&VN Beroepsvereniging van zorgprofessionals
De heer mr. H.J. van Kasteel	Ministerie van VWS
De heer N.J. Keuning	Ministerie van VWS
De heer R. Kommerij	De Friesland Zorgverzekeraar
De heer dr. B. Kuhry	Sociaal en Cultureel Planbureau
Mevrouw J. Massop	Achmea
De heer P.E. van der Meer, MBA	MCH Haaglanden, Locatie Westeinde
De heer dr. M.C. Mikkers, RA	Nederlandse Zorgautoriteit
De heer A. Miro, Msc	De Nederlandsche Bank
Mevrouw dr. E.S. Mot	Centraal Plan Bureau
De heer drs. R.A. Nieuwenhoven	VNO NCW
De heer mr. M.E.M. Nuijten	VNO NCW
De heer drs. S.J. Oostlander	Tweede Kamer der Staten- Generaal Bureau Onderzoek en Rijksuitgaven
De heer F.J. Paas	CNV
De heer prof. dr. J.J. Polder	RIVM
De heer drs. E.J. Pommer	Sociaal en Cultureel Planbureau
De heer N. Pruijssers	College voor Zorgverzekeringen
De heer M. Saas	ONVZ Zorgverzekeraar
De heer P. Schilp	De Nederlandsche Bank
Mevrouw A. Schipaanboord	NPCF
Mevrouw drs. M. Sint	Isala Klinieken
De heer ir. L.C.J. Slobbe	RIVM
De heer S. Tjeerds	Sociaal-Economische Raad
Mevrouw drs. A. Thijs	Ministerie van VWS
De heer dr. H.F. van der Velden	FNV
De heer drs. F.W. Vijselaar	Ministerie van Financiën
De heer A.J.J. Voorham	GGD Rotterdam e.o.
De heer drs. A. de Vreeze	Sociaal-Economische Raad
Mevrouw J. Wehrens	Intrakoop
De heer drs. S.J.G.A. Weijnenborg	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Mevrouw drs. M. van der Werf	Algemene Rekenkamer
De heer mr. B.E.M. Wientjes	VNO NCW
De heer E. Wijnhof	Intrakoop
Mevrouw drs. Y.M. Wilders, RA	Spaarne Ziekenhuis

*Voor de achtergrondstudie Collectieve ouderenzorg zijn de volgende personen geconsulteerd:*

De heer prof. dr. M.G. Boekholdt	Vrije Universiteit Amsterdam
De heer drs. J. Broere	Ministerie van VWS
De heer dr. J. Jonker	Sociaal en Cultureel Planbureau
Mevrouw drs. J. van Veen	Sociaal en Cultureel Planbureau

*Deelnemers expertbijeenkomsten door PriceWaterhouseCoopers georganiseerd:*

De heer drs. J.G.M. Hendriks	Stichting Bronovo-Nebo
De heer drs. F. Knuit	Zorggroep Rijnmond
De heer P.H.E.M. de Kort	Rivas Zorggroep
Mevrouw drs. M.J.G. van de Lustgraaf-Wielens	Coöperatieve Vereniging Partner Apotheken (CVPA)
De heer H. van Noorden	UVIT
Mevrouw D. Tjalsma	voormalig beleidsmedewerker NPCF
De heer drs. R. Wenselaar	Menzis

*Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:*

De heer prof drs. M.H. Meijerink, voorzitter  
Voorzitter Raad van Toezicht Het Groene Hart ziekenhuis,  
Gouda.  
Voorzitter commissie nieuw arrangement Woningcorporaties -  
Rijk, ministerie van WWI.

Mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman  
Lid Raad van Toezicht Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg.  
Lid Raad van Commissarissen Zorg Consult Nederland, Bilthoven.

De heer prof. dr. W.N.J. Groot  
Voorzitter van de Provinciale Raad van de Volksgezondheid in  
Limburg.  
Columnist Het Financieele Dagblad.  
Columnist Economisch Statistische Berichten.  
Columnist Zorgvisie.



## Bijlage 3

### Ontwikkeling van de zorguitgaven

*Kwantitatieve beschrijving bij advies Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*

Berenschot:

drs. P.J.G.M. de Bekker

drs. A.J. Boendermaker

#### 1. Conclusies en constatering

- Er zijn verschillende definities van zorguitgaven, waarbij iedere definitie eigen kenmerken heeft: overkoepelende en dus zeer brede definitie (CBS), stabiliteit van de definitie (CPB), internationale vergelijkbaarheid (OECD) en de wens (collectieve) uitgaven af te splitsen (BKZ).
- In 2007 bedroegen de zorguitgaven volgens het BKZ 47,6 miljard euro. In 2007 bedroegen de zorguitgaven volgens de CBS Zorgrekeningen 74,1 miljard euro. In de CBS Zorgrekeningen ligt de stijging van de zorguitgaven in lopende prijzen sinds 2004 tussen de drie en zes procent per jaar, in de periode 1998-2003 bedroeg de jaarlijkse stijging gemiddeld ruim negen procent. Het aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands product is iets hoger dan het OECD gemiddelde: in 2006 bedroegen de zorguitgaven 9,3 procent BBP (OECD definitie).
- Het netto BKZ omvat de collectief gefinancierde zorguitgaven zonder de eigen betalingen. De definitie van het BKZ is niet stabiel onder invloed van technische wijzigingen met een politiek karakter. Gegevens over een lange reeks van jaren zijn daarom lastig te vergelijken.
- Alle definities laten over het verleden een trend zien van stijgende zorguitgaven. De uitgaven als percentage van het BBP zijn de laatste jaren redelijk stabiel.
- Bij het beoordelen van de zorguitgaven in een percentage van het BBP is het van belang te realiseren dat de conjunctuurcyclus daarbij een rol speelt – een hoge of juist lage economische groei werkt via het noemer effect door in het percentage.
- Een significant oplopend percentage zorguitgaven in combinatie met een opwaartse conjunctuurbeweging vraagt

daarom extra alertheid. Dit was het geval tussen 1998 en 2002.

- Los van de pakketmaatregelen (overheveling naar aanvullende verzekering) en introductie of verhoging van het eigen risico is er over een lange periode geen duidelijke trend waarneembaar naar meer particuliere betalingen in de zorg.
- Sinds de introductie (1995) is het BKZ veelvuldig overschreden.
- Een achterblijvende stijging van de arbeidsproductiviteit in de zorg ten opzichte van de marktsector leidt ertoe dat de prijs van zorg relatief sterk stijgt.
- De arbeidsproductiviteit was tussen 1995 en 2006 om en nabij de nul procent. Deels is dit te verklaren door de gehanteerde methodieken, maar zeker is dat de lage groei van de arbeidsproductiviteit zorgen baart.
- Volgens de Zorgrekeningen was er tussen 1998 en 2006 een jaarlijkse volumegroei van gemiddeld 3,7 procent en een gemiddelde prijsstijging van 3,4 procent per jaar. Sinds 1998 is het volume elk jaar gegroeid. Na 2001 nam het groeitempo af, maar de laatste jaren is de volumegroei weer toegenomen.
- Het is belangrijk om het onderscheid tussen demografie en vergrijzing helder te hebben. Demografie (volumeverandering als gevolg van demografische verschuiving) is op zichzelf niet de belangrijkste oorzaak van de zorguitgavenstijging.
- De grote groei van uitgaven zit in de categorie 'overig volume' en in het ruilverdoel. Daarbij gaat het om meer mensen die zorg ontvangen, meer zorg per persoon, kwaliteitsverbeteringen, technologische ontwikkelingen en een lagere ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit.
- De extra middelen die tussen 2003 en 2005 ter beschikking kwamen in de ziekenhuiszorg zijn naast het wegwerken van wachtlijsten vooral gebruikt voor nieuwe productie, met de sterkste groei voor 65-minners met electieve zorgvragen, en niet zozeer voor het leveren van meer zorg per patiënt.

## 2. Aanleiding

De betaalbaarheid van het zorgstelsel is een belangrijk onderwerp. Het oordeel daarover is echter vaak normatief, bijvoorbeeld een politieke afweging. Deze afweging kan veranderen in de loop van de tijd en bij verschillende kabinetten.



Het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gaat over het duurzaam managen van de uitgaven aan zorg. Het realiseren van betaalbaarheid op de langere termijn. De ontwikkeling in zorguitgaven is een belangrijke indicator voor betaalbaarheid. De uitgaven stijgen sneller dan ons nationaal inkomen. Voor dit advies is de feitelijke ontwikkeling van de zorguitgaven van groot belang.

Deze bijlage bevat een beschrijving van de zorguitgaven. Een Technische Commissie<sup>1</sup>, waarin deelnemers van verschillende kennisinstituten op persoonlijke titel zitting hebben, heeft de kwantitatieve gegevens aangeleverd en besproken. Deze commissie is in de maanden juni – september 2008 vier maal bijeen geweest. Berenschot heeft het secretariaat van deze Commissie gevoerd, de gegevens samengevoegd en verwerkt tot voorliggende bijlage.

Eerst volgt nu een feitelijke beschrijving van de ontwikkeling van zorguitgaven. In hoofdstuk 4 wordt aandacht besteedt aan de confrontatie tussen realisatie en ramingen. De hoofdstukken 5 en 6 leveren een verdiepingsslag: in hoeverre stijgt de hoeveelheid geleverde zorg (volume) of is sprake van grote prijseffecten, en wat is er in de afgelopen jaren met de extra middelen gebeurd. Tot slot geeft hoofdstuk 7 een doorkijk naar de zorguitgavengroei in de toekomst, met een inschatting van het beslag daarvan op de collectieve uitgaven.

### **3. Hoe hebben de zorguitgaven zich ontwikkeld**

#### **3.1 Beschrijving verschillende definities**

Om inzicht te geven in de ontwikkeling van zorguitgaven zijn er meerdere bronnen. Deze bronnen gebruiken verschillende definities van zorguitgaven. Vier relevante definities komen in dit document aan de orde, namelijk de definities van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Centraal Planbureau (CPB), de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD) en van het kabinet – het zogeheten Budgettair Kader Zorg (BKZ).

Het CBS geeft jaarlijks een beeld van de totale uitgaven aan gezondheidszorg en welzijnszorg. Daartoe stelt het CBS de Zorgrekeningen op. In de Zorgrekeningen wordt alle zorg meegeteld, geleverd door instellingen binnen standaard bedrijfsindeling (SBI) 85 en door andere partijen. In de Zorgrekeningen staat de functionele beschrijving van het

zorgterrein voorop, hetgeen betekent dat alle zorgactiviteiten meegenomen worden. De hierin gepresenteerde zorgactiviteiten zijn inclusief kinderopvang, arbodiensten en sociaal-cultureel werk.

Het Ministerie van VWS gaat uit van de uitgaven aan zorg die onder zijn financiële verantwoordelijkheid vallen. De definitie van het (netto) BKZ beperkt zich tot de collectief gefinancierde zorguitgaven en wordt gebruikt voor het beheersen van de zorguitgaven. Deze politiek relevante definitie is het smalst: eigen betalingen, derde compartiment (bijvoorbeeld het grootste deel van de tandheelkunde en de fysiotherapie) en begrotingsgefinancierde zorg (onder andere het onderwijsdeel voor de academische ziekenhuizen, tbs-klinieken en ggd'en) zijn niet meegenomen. In het bruto BKZ zijn de eigen betalingen wel meegenomen.

De definitie van het CPB is geconstrueerd op basis van de Zorgrekeningen, maar omvat niet de gehele welzijnssector. In feite gaat het om alle onderdelen van de CBS-definitie uitgezonderd enkele vormen van welzijnszorg, ggd, kinderopvang en arbodiensten. Naast het BKZ omvat het ook enkele vormen van begrotingsgefinancierde zorguitgaven en de particulier gefinancierde zorguitgaven zoals aanvullende verzekeringen en eigen betalingen<sup>2</sup>.

Voor internationale vergelijkingen kan het beste gebruik worden gemaakt van de internationaal gangbare definities van zorg en zorguitgaven, zoals die gehanteerd worden in het System of Health Accounts (SHA) van de OECD. De OECD is een samenwerkingsverband van overwegend welvarende landen om sociaal en economisch beleid te bespreken, te bestuderen en te coördineren. Ten behoeve van de internationale vergelijking van zorguitgaven presenteert de organisatie jaarlijks een statistiek van zorguitgaven, opgesteld volgens een bepaalde systematiek (de cijfers voor Nederland worden daarbij ontleend aan de Zorgrekeningen). Daarin gebruikt de OECD alleen de uitgaven aan diagnostiek, behandeling en verpleging. Woonlasten en kosten van persoonlijke verzorging zitten daar niet in. Een belangrijk deel van de AWBZ valt daarmee buiten die berekening. Aanvullende verzekeringen en eigen betalingen tellen bij de OECD wel mee.

In onderstaande tabel zijn de verschillen grofmazig weergegeven. Meer details zijn te vinden in documenten van CBS en CPB.

**Tabel 3.1 Definities van zorguitgaven in miljarden euro<sup>3</sup>**

	<b>CBS</b>	<b>CPB</b>	<b>Bruto BKZ</b>	<b>Netto BKZ</b>	<b>OECD</b>
Verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg	14,1	14,1	13,8	18,1	7,0
Gehandicaptenzorg	6,8	6,8	5,9		0,8
Ziekenhuizen en medisch specialisten	18,3	18,3	17,0	29,3	17,0
Huis- en tandartsen, paramedici, genees- en hulpmiddelen en ggz	19,3	19,3	14,3		18,2
GGD-en, arbodiensten en kinderopvang	5,2				1,5
Beleid, beheer	2,5	2,5	0,2	0,2	2,5
Overig	7,9	4,9			3,3
Uitgaven 2007	74,1	65,9	51,3	47,6	50,3

Bron: CBS en VWS

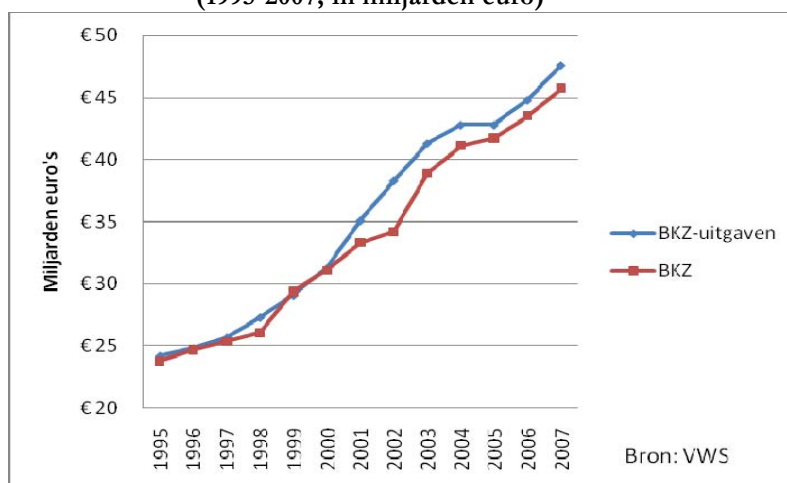
### 3.2 Ontwikkeling zorguitgaven

#### **BKZ**

In de achtereenvolgende kabinetten vanaf 1994 zijn uitgavenplafonds afgesproken voor de zorguitgaven voor zover die onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS vielen. Het uitgavenplafond – BKZ – is steeds bij het begin van de kabinetsperiode vastgesteld, waarbij ieder jaar een correctie werd toegepast met de stijging van het algemene prijspeil. De definitie van het BKZ is niet stabiel maar wordt onder invloed van politieke besluitvorming regelmatig gewijzigd. Gegevens over een lange reeks van jaren zijn daarom lastig te vergelijken.

Figuur 3.1 bevat de ontwikkeling van het afgesproken uitgavenplafond en de realisatie van de BKZ-uitgaven voor de jaren 1995-2007. Het kader was in 1995 23,8 miljard euro en bedroeg in 2007 45,7 miljard<sup>4</sup> euro. De uitgaven waren in 1995 24,2 miljard euro en bedroegen in 2007 47,6 miljard euro.

**Figuur 3.1**      **Ontwikkeling BKZ-kader en BKZ-uitgaven**  
**(1995-2007, in miljarden euro)**



De periode 1995-1998 was de eerste periode waarvoor een BKZ is vastgesteld. Basis voor de uitgavengroei in de zorg was toen 1,3 procent volumegroei per jaar plus extra groei ruimte voor de prijzen van genees- en hulpmiddelen.

In de periode 1998-2002 was het uitgangspunt gemiddeld 2,3 procent volumegroei per jaar. Eind 2001 verscheen als gevolg van de wachtlijstproblematiek het Actieplan Zorg Verzekerd. Zorgaanbieders mochten extra productie afspreken om wachtlijsten te bestrijden, en deze extra afspraken zouden bij realisatie – anders dan voorheen – kunnen leiden tot ophoging van het budget. Dit heeft geleid tot een sterke groei in zowel de ziekenhuiszorg als de AWBZ-zorg. Pas na enige tijd werden de daarmee gemoeide extra uitgaven, en daarmee de BKZ-overschrijding, duidelijk.

Voor de periode 2003-2006 zijn door CPB/SCP (2001) ramingen gemaakt voor de groei van het zorgvolume en de prijsontwikkeling. Deze ramingen kwamen uit op een jaarlijkse volumegroei van 2,5 procent en een prijsontwikkeling van 3,3 procent. De ramingen voor volumegroei zijn overgenomen door de kabinetten Balkenende I (2002), II (2003-2006) en III (2006-2007).

Van 2002 tot 2007 was het uitgangspunt derhalve een volumegroei van 2,5 procent per jaar. Hiernaast werd een intensivering gepleegd oplopend tot een miljard euro. Tegelijkertijd werden

besparingen ingeboekt vanwege pakketverkleining en de invoering van een eigen risico.

Balkenende IV tot slot heeft voor de jaren 2008-2011 een raming gehanteerd van 3,1 procent per jaar op basis van ongewijzigd beleid, conform CPB (2007).

### **CBS Zorgrekeningen en beperktere (CPB) definitie**

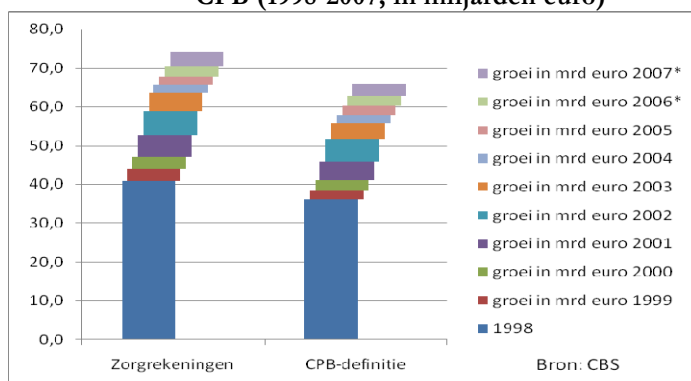
Volgens de afbakening van de CBS Zorgrekeningen bedragen de uitgaven aan gezondheids- en welzijnszorg in 2007 74,1 miljard euro (13,1 procent BBP). Uitgaande van de CPB definitie bedragen de zorguitgaven bijna 66 miljard euro (11,6 procent BBP). Dit maakt de zorg tot een van de belangrijkste maatschappelijke en economische sectoren van het land. Het verschil tussen beide definities is redelijk stabiel en bedraagt ieder jaar ongeveer 11 á 12 procent, op dit moment zo'n acht miljard euro.

**Tabel 3.2 Een aantal kengetallen inclusief zorguitgaven conform afbakening van CBS en CPB (1998-2007)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007*
BBP (mrd €)	362,5	386,2	418,0	447,7	465,2	476,9	491,2	513,4	539,9	567,1
Aantal inwoners (*1.000)	15.707	15.812	15.926	16.046	16.149	16.225	16.282	16.320	16.346	16.381
<b>Uitgaven aan zorg en welzijn CBS Zorgrekeningen</b>										
- mln €	40.828	43.866	46.967	52.566	58.767	63.444	65.552	67.816	70.549	74.104
- % BBP	11,3	11,4	11,2	11,7	12,6	13,3	13,3	13,2	13,1	13,1
- per hoofd van de bevolking	2.599,3	2.774,2	2.949,1	3.275,9	3.639,1	3.910,2	4.026,1	4.155,4	4.316,0	4.523,8
<b>Zorguitgaven CPB afbakening</b>										
- mln €	36.174	38.540	40.976	45.778	51.555	55.672	57.872	60.102	62.763	65.894
- % BBP	10,0	10,0	9,8	10,2	11,1	11,7	11,8	11,7	11,6	11,6
- per hoofd van de bevolking	2.303,0	2.437,4	2.573,0	2.852,9	3.192,5	3.431,2	3.554,4	3.682,7	3.839,6	4.022,6

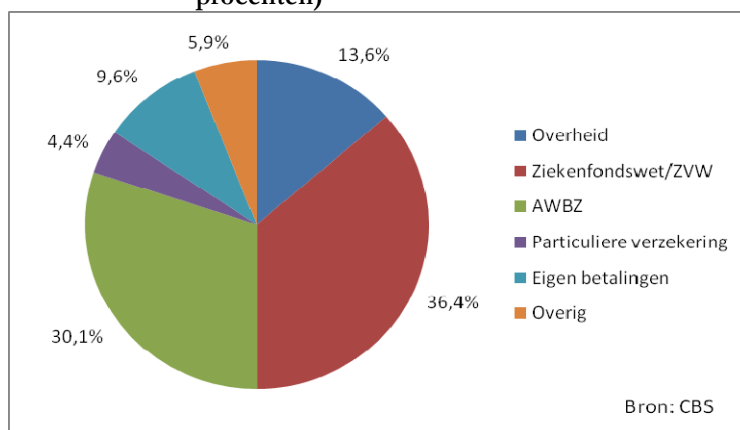
Bron: CBS

**Figuur 3.2 Zorguitgaven conform afbakening van CBS en CPB (1998-2007, in miljarden euro)**



De sociale verzekeringen (via de Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en overheid financieren samen verreweg het grootste deel van de uitgaven aan gezondheids- en welzijnszorg: in 2007 59,4 miljard euro (80 procent van het totaal). De particuliere zorgverzekeringen (aanvullende zorgverzekeringen) gaven 3,2 miljard euro uit. De gezinshuishoudingen (eigen betalingen) en overige financiers (instellingen, bedrijven en buitenland) droegen voor 11,5 miljard euro bij aan de zorg.

**Figuur 3.3 Zorguitgaven naar financieringsbron (2007, procenten)**



#### OECD cijfers

Volgens de OECD definitie gaf Nederland in 2006 9,3 procent van het BBP uit aan zorg, iets boven het gemiddelde van de

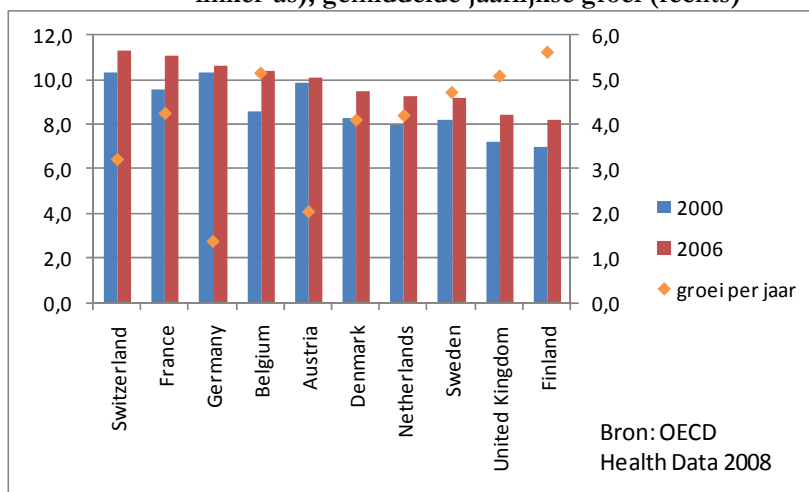
OECD-landen (8,9 procent). Van de Europese landen besteden Zwitserland en Frankrijk het meest aan zorg met respectievelijk 11,3 procent en 11,1 procent gevolgd door enkele andere landen die eveneens meer dan 10 procent van BBP uitgeven aan zorg (Duitsland, België en Oostenrijk). Finland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden zitten onder het Nederlands uitgavenpeil.

Ook in zorguitgaven per hoofd van de bevolking is Nederland iets bovengemiddeld, maar gaan andere Europese landen ons voor.

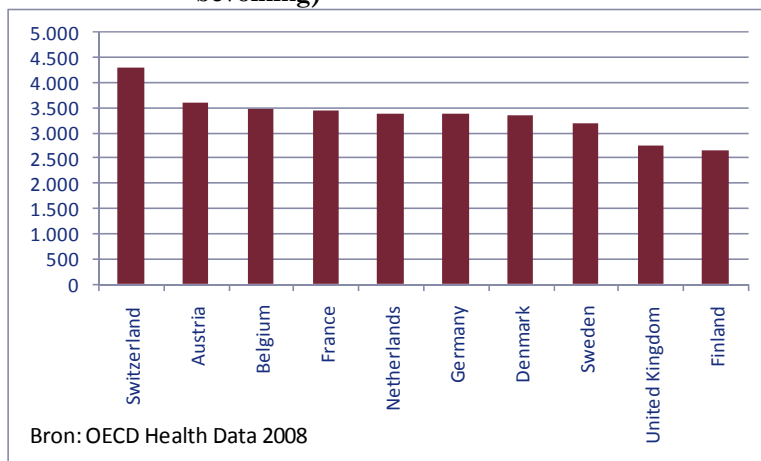
De reële groei van de zorguitgaven was in Nederland tussen 2000 en 2006 met 4,2 procent juist iets onder het totale OECD-gemiddelde (5,0 procent). Daarbij moet aangetekend worden dat in het OECD-gemiddelde ook landen zitten waar een inhaalslag plaatsvindt (Mexico, Turkije, Oost-Europese landen). Bovendien is de registratie in enkele landen (Frankrijk, België) verbeterd waardoor de cijfers een trendbreuk laten zien en de zorguitgaven in 2003 een kunstmatig sprongetje maken.

Al met al kan geconcludeerd worden dat Nederland een gemiddelde reële uitgavengroei heeft gehad in vergelijking met ons omringende landen.

**Figuur 3.4** Zorguitgaven in percentage BBP (2000-2006, linker-as), gemiddelde jaarlijkse groei (rechts)

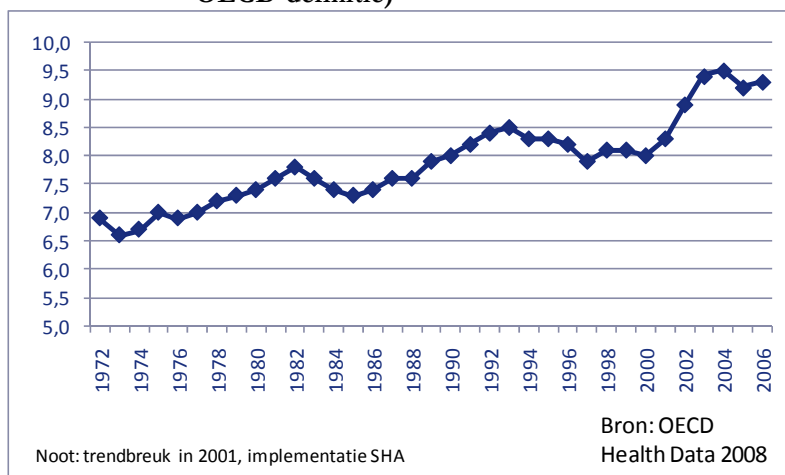


**Figuur 3.5** Zorguitgaven per hoofd van de bevolking (in Amerikaanse dollars per hoofd van de bevolking)



Verder blijkt dat, over een langere periode bekeken, de zorguitgaven in percentage BBP omgekeerd meebewegen met de economie. Rond de oliecrises en andere perioden met lage economische groei stijgt het percentage zorguitgaven in BBP, in jaren van economische voorspoed blijft dat percentage stabiel of daalt het. De periode 1998 - 2002, is daarop een opvallende uitzondering.

**Figuur 3.6** Zorguitgaven in Nederland (percentage BBP, OECD-definitie)

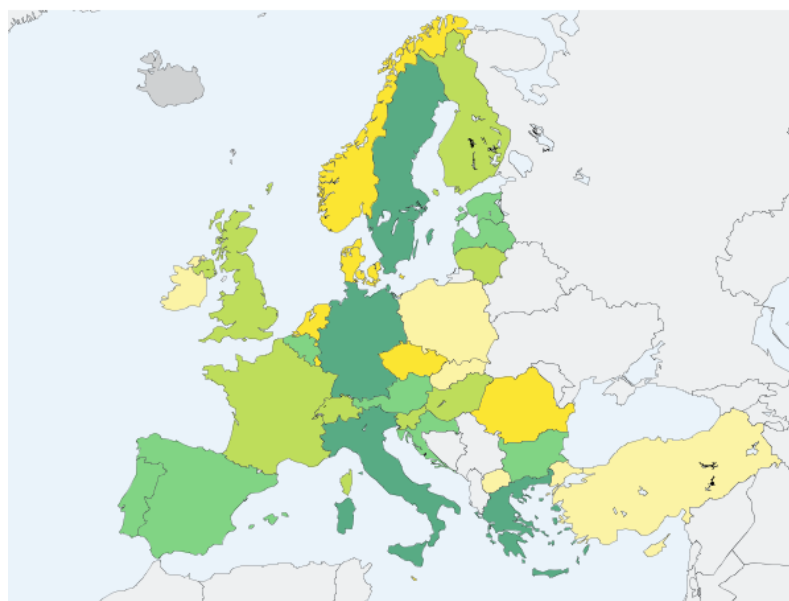




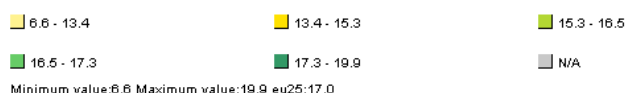
Een kanttkening betreft de leeftijdsopbouw van de bevolking. Een land met een oudere bevolking en veel chronisch zieken heeft vaak hogere zorguitgaven dan een land met jonge leeftijdscohorten. Nederland heeft relatief weinig 65-plussers en 80-plussers ten opzichte van veel andere Europese landen. Vooral Duitsland, Zweden en de landen rond de middellandse zee zijn sterker vergrijsd.

**Figuur 3.7 Aandeel van de bevolking ouder dan vijfenzestig**

**Proportion of population aged 65 and over**  
(% of total population)



Legend ( Data 2007 )



Bron: Eurostat (2008)

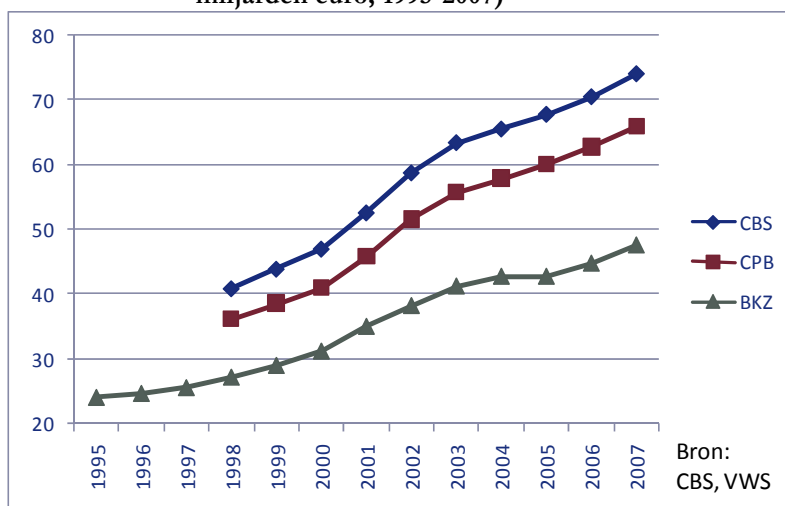
### 3.3 Conclusies

In 2007 bedroegen de zorguitgaven volgens het BKZ 47,6 miljard euro. In 2007 bedroegen de zorguitgaven volgens de CBS Zorgrekeningen 74,1 miljard euro. In de CBS Zorgrekeningen ligt de stijging van de zorguitgaven in lopende prijzen sinds 2004 tussen de drie en zes procent per jaar, in de periode 1998-2003

bedroeg de jaarlijkse stijging gemiddeld ruim negen procent. Het aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands product is internationaal iets hoger dan gemiddeld: in 2006 bedroegen de zorguitgaven 9,3 procent BBP (OECD definitie).

Als we de Nederlandse bronnen – definities van CBS Zorgrekeningen, CPB en BKZ – in grafiek naast elkaar zetten, dan valt op dat de uitgaven gestaag stijgen met een versnelling in 2000 en 2001, maar dat het BKZ ten opzichte van de andere rekenmethodes een duidelijke knik laat zien in 2004 en 2005. Zoals eerder toegelicht zijn in die jaren politieke afspraken gemaakt – namelijk een pakketoverheveling, de introductie van de no-claim – om te compenseren voor de relatief sterke groei van de zorguitgaven in de jaren daarvoor. Daarmee verdwijnen deze zorguitgaven niet, maar worden ze verschoven van collectieve naar private financiering.

**Figuur 3.8**      **Ontwikkeling van de zorguitgaven (in miljarden euro, 1995-2007)**



Bij het beoordelen van de zorguitgaven in een percentage van het BBP is het van belang te realiseren dat de conjunctuurcyclus daarbij een rol speelt – een hoge of juist lage economische groei werkt via het noemer effect door in het percentage. Een significant oplopend percentage zorguitgaven in combinatie met een opwaartse conjunctuurbeweging vraagt daarom extra alertheid. Dit was het geval tussen 1998 en 2002.

Los van de pakketmaatregelen (overheveling naar aanvullende verzekering) en de introductie van het eigen risico is er over een lange periode geen duidelijke trend waarneembaar naar meer particuliere betalingen in de zorg.

#### 4. Realisatie versus ramingen

##### 4.1 Ramingen bij regeerakkoord

Een nieuw kabinet start zijn regeerperiode met een meerjarig uitgavenkader. Ieder jaar komen daarmee honderden miljoenen euro's beschikbaar voor stijging van de zorguitgaven. Het kabinet werkt met een vooraf afgesproken maximum aan uitgaven: de uitgaven voor alle begrotingen voor de hele kabinetsperiode worden aan het begin van de rit vastgesteld en gedurende de kabinetsperiode zijn in principe geen verhogingen toegestaan. Voor het BKZ gelden dus bepaalde begrotingsregels waarmee de politiek zichzelf van tevoren committeert aan bepaalde budgettaire uitkomsten. Doel is het voorkomen van een ongewenste ontwikkeling van de uitgaven en de lasten. Uitgangspunten zijn bestuurlijke rust, eenvoud en duidelijkheid vooraf.

Op basis van de plannen van het nieuwe kabinet wordt een uitgavenraming voor elk van de komende vier jaren gemaakt. Daarbij rekent het CPB de effecten van het voorgestelde kabinetsbeleid door en worden macro-economische effecten verwerkt in de raming voor de uitgaven. Daaruit resulteert een uitgavenkader voor de budgetdisciplinesectoren Rijksbegroting in enge zin, Sociale Zekerheid en Arbeidsmarktbeleid en het Budgettair Kader Zorg.

**Tabel 4.1 Reële uitgavenkaders 2008-2011, miljarden euro en index (2007 = 100)**

	2007	2008	2009	2010	2011
Rijksbegroting in enge zin	93,1	101,0	102,0	104,9	105,4
	100,0%	108,5%	109,6%	112,7%	113,2%
Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt	56,7	53,6	54,0	54,4	55,3
	100,0%	94,5%	95,2%	95,9%	97,5%
Budgettair Kader Zorg	47,9	50,2	53,2	55,4	57,7
	100,0%	104,8%	111,1%	115,7%	120,5%

Bron: Miljoenennota 2008

De in tabel 4.1 weergegeven uitgavenkaders zijn vastgesteld in reële termen (vaste prijzen, prijsniveau 2007). Bij de toetsing van de uitgavenontwikkeling aan de uitgavenkaders wordt echter uitgegaan van lopende prijzen, waarbij de genoemde plafonds worden aangepast voor de prijsontwikkeling van de nationale bestedingen. Met andere woorden het uiteindelijke budgettaire kader ademt mee met de werkelijke inflatie.

De vooraf afgesproken stijging van het BKZ bedroeg achtereenvolgens 1,3 procent per jaar (1994-1998), 2,3 procent per jaar (1998-2002), 2,5 procent per jaar (2002-2003) en eveneens 2,5 procent per jaar (2004-2007). In de lopende kabinetsperiode hanteert het kabinet een volumegroei van 3,2 procent per jaar met ongewijzigd beleid.

De 3,2 procent is als volgt tot stand gekomen. Bij het berekenen van de groeiruimte voor het BKZ berekent het CPB eerst een volumegroei op basis van ongewijzigd beleid.

In het meest recente scenario voor de zorguitgaven op middellange termijn verwacht het CPB dat de zorguitgaven als percentage van het BBP verder zullen toenemen. De studie geeft de verwachte ontwikkeling van de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid. In het scenario groeien de nominale zorguitgaven gedurende de periode 2008-2011 gemiddeld met 6,0 procent per jaar. Deze groei is als volgt onderverdeeld.

<b>Volumegroei</b> , waarvan:	<b>3,2 procent-punt</b>
o bevolkingsgroei en vergrijzing	0,9 procent-punt
o overige volumegroei, zoals technologische vooruitgang, kwalitatief betere zorg en meer vraag naar zorg door een stijging van de welvaart	2,3 procent-punt
<b>Nieuw beleid vanaf RA</b>	<b>0,4 procent-punt</b>
<b>Bezuinigingen vanaf RA</b>	<b>-0,8 procent-punt</b>
<b>Stijgende prijzen</b> in de zorg, waarvan:	<b>3,2 procent-punt</b>
o verwachte algemene inflatie in de economie	1,8 procent-punt
o Baumol-effect (arbeidsproductiviteit in de zorg groeit minder snel dan in de rest van de economie, waardoor de prijzen in de zorg relatief sneller stijgen dan de algemene inflatie)	1,1 procent-punt
o Overige reële arbeidskosten	0,3 procent-punt

In een scenario voor zorguitgaven 2008-2011 (CPB, 2007) werd aanvankelijk geconcludeerd dat de volumegroei bij ongewijzigd

beleid op 2,8 procent per jaar zou uitkomen, ongeveer een procent hoger dan de geraamde economische groei. Na het uitbrengen van de CPB-raming zijn enkele aanpassingen doorgevoerd, als gevolg van de bijstelling van de bevolkingsprognose en het hanteren van de trendmatige (2 procent) in plaats van voorzichtige (1,75 procent) groei van het BBP per jaar<sup>5</sup>. De volumegroei komt dan uit op 3,2 procent per jaar voor het beleidsarme scenario.

## **4.2 Technische wijzigingen lopende de kabinetsperiode**

Het CPB raamt de ontwikkeling van de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid, waarbij men rekening houdt met de verwachte ontwikkeling van lonen en prijzen. Bij het begin van een kabinetsperiode wordt daar het effect van uit te voeren beleid in verwerkt. Eveneens bij het begin van de kabinetsperiode wordt een CPB-raming van de deflator BBP gemaakt<sup>6</sup>.

Jaarlijks verwerkt de NZa de loon- en prijsontwikkeling in de instellingsbudgetten en in de tarieven. Voor de loonkostenontwikkeling hanteert de NZa de ova (overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling), voor de prijsontwikkeling baseert de NZa zich op de inflatie voor de particuliere consumptie (pPC).

Tijdens de kabinetsperiode worden de ramingen van de hiervoor genoemde variabelen – pPC, ova en deflator – bijgesteld. Daardoor verandert ook de raming van de zorguitgaven (door de verandering van pPC en ova) en de raming van het BKZ (door verandering van de deflator). Het verschil tussen de bijstelling van de zorguitgaven (door bijgestelde ova en pPC) en de bijstelling van het BKZ (door bijgestelde deflator) wordt de ‘ruilvoetverandering’ genoemd. Er is dus sprake van een ruilvoetverlies als de aanpassing van de uitgavenplafonds in lopende prijzen bij een andere prijsstijging van de nationale bestedingen (dan bij aanvang van de kabinetsperiode is verondersteld) tekortschiet om compensatie te bieden voor de ontwikkeling van de voor de overheid relevante lonen en prijzen (dan bij aanvang van de kabinetsperiode is verondersteld).

## **4.3 Gewenste of ongewenste uitgavengroei**

Er is een onderscheid tussen gewenste (beleidsmatige) intensivering en ongewenste overschrijdingen. In het eerste geval wordt in regeerakkoord of begrotingen een bewuste afweging gemaakt en vindt politieke besluitvorming plaats om af

te wijken van ramingen van het CPB of om extra uitgaven boven BKZ goed te keuren. In het tweede geval moet de minister van VWS proberen door bezuinigingen of ombuigingen de overschrijding te compenseren.

In het regeerakkoord bepalen de coalitiepartijen welk beleid de komende vier jaar wordt gevoerd, en daarmee hoe hoog het BKZ wordt. Het BKZ is in feite: CPB-raming plus of min “beleid”. Daarmee ligt het BKZ vast. De afspraken over de budgetten in een jaar worden echter maar zelden gehaald. Dat kan komen doordat bijvoorbeeld meer zorg (productievolume) of andere zorg (overig volume) wordt geleverd en door hogere prijzen. Toch wordt het BKZ niet tussentijds opgehoogd, ook niet als een kabinet nieuwe bewuste beleidskeuzen maakt. Dit wordt dan een “geaccepteerde overschrijding”. Pas bij een nieuwe regeerakkoord, gebaseerd op een nieuwe raming van het CPB, komt er een nieuw basisjaar voor de uitgaven vallend onder BKZ. Op dat moment kan men de geaccepteerde overschrijdingen van voorgaande jaren als het ware witwassen.

Soms vinden er beleidsextensiveringen plaats. In 1995/1996 en 2003/2004 zijn grote negatieve bedragen geboekt bij het volume van de extramurale zorg. In deze jaren is het pakket beperkt (onder andere tandheelkunde en fysiotherapie), en deze pakketmaatregelen werken door als beleidsextensiveringen. In de meeste andere jaren is sprake van beleidsintensiveringen en ongewenste uitgavengroei.

Het blijkt dat de werkelijke uitgaven structureel hoger uitkomen dan de RA afspraak en ook dat dit verschil oploopt naarmate een kabinetsperiode voortschrijdt. Aan het eind van Paars 1 (1998) was de overschrijding opgelopen tot 1,2 miljard euro. Met ingang van 1999 werd het BKZ (kader) hoger ingestoken, en werd vooraf een hoger percentage volumegroei ingecalculeerd. Toch was in 2002 de totale overschrijding opgelopen tot 4,1 miljard euro. Het feit dat de volumegroei door opeenvolgende kabinetten steeds hoger is ingeschat heeft dit proces van overschrijdingen niet noemenswaardig beïnvloed.

**Tabel 4.2      Ontwikkeling BKZ (kader) en BKZ-uitgaven (realisatie)**

	BKZ- uitgaven	BKZ (kader)	overschrijding	waarvan ruilvoet mutaties	overig	BKZ- jaar
1995	24,2	23,8	0,4	0,1	0,3	1994
1996	24,8	24,7	0,1	0,1	0	1994
1997	25,7	25,4	0,4	0,4	0	1994
1998	27,3	26,1	1,2	0,6	0,6	1994
1999	29,1	29,4	-0,3	-0,1	-0,2	1998
2000	31,3	31,1	0,2	-0,1	0,3	1998
2001	35,1	33,3	1,8	-0,1	1,9	1998
2002	38,3	34,2	4,1	0,2	3,9	1998
2003	41,3	38,9	2,3	0,2	2,2	2002
2004	42,8	41,1	1,7	0,2	1,5	2003
2005	42,8	41,7	1,1	0,1	0,9	2003
2006	44,8	43,5	1,3	0,2	1,1	2003
2007	47,6	45,7	1,9	0,3	1,6	2003

Bron: VWS<sup>7</sup>

## 5.      Uitsplitsing naar prijs- en volumeontwikkeling

### 5.1    Volume

Over een goede definitie van volume bestaat weinig onenigheid: per zorgsector de hoeveelheid zorg geleverd aan patiënten, rekening houdend met veranderingen in de kwaliteit van zorg (Van Hilten, 2004).

Het bepalen van volumegroei in de zorg is echter een lastige zaak. In de macrocijfers van de zorguitgaven is 'volume' niet per definitie 'meer productie'. Volumegroei in termen van productie laat zich meten in aantallen. Dan betekent 'meer volume' ook 'meer productie', al blijft het de vraag of je bijvoorbeeld patiënten telt of handelingen (operaties, ligdagen). In de macrocijfers gaat het om volumegroei in termen van geld. Dan kan de volumestijging zich inderdaad manifesteren in meer productie,

maar kan evenzeer het gevolg zijn van kwaliteitsverbetering, werkdrukvermindering of meer overhead.

Een heet hangijzer is corrigeren voor kwaliteitsveranderingen. Veranderingen in kwaliteit moeten in het volume terecht komen, en niet in de prijzen. Het gaat namelijk om extra productie: meer en/of betere zorg. De meeste landen, waaronder Nederland, kunnen bij het bepalen van de volumeontwikkeling niet goed rekening houden met kwaliteitsveranderingen. Dat betekent in de praktijk dat kwaliteitsveranderingen geheel of gedeeltelijk (voor een onbekend deel) ten onrechte als prijseffect worden gemeten. Hiernaast kan zich ook het omgekeerde voordoen. Middelen die voor kwaliteitsverbetering worden ingezet hoeven niet altijd te leiden tot een betere patiëntenzorg, denk bijvoorbeeld aan extra administratie voor de prestatiebekostiging.

## 5.2 Prijzen: Baumol

Er zijn redenen om te veronderstellen dat de prijzen in de zorgsector sneller stijgen dan in de rest van de economie. Een belangrijke reden voor dit effect is gelegen in het Baumol effect. De arbeidsproductiviteit in de zorg groeit minder snel dan in andere sectoren van de economie. Immers, bij arbeidsintensieve diensten zoals de zorg zijn de mogelijkheden voor automatisering en mechanisering minder groot dan bij productieprocessen van bijvoorbeeld agrarische en industriële goederen of van bepaalde financiële diensten. Toch moeten de lonen in de zorg op langere termijn min of meer in de pas lopen met de lonen in de marktsector, anders wordt het moeilijk om bekwaam personeel te werven en vast te houden.

Doordat de loonontwikkeling slechts ten dele wordt gecompenseerd door een stijging van de productiviteit neemt de relatieve kostprijs van zorg toe, oftewel stijgen de prijzen in de zorg sneller dan de gemiddelde inflatie.

Volgens Lindbeck (2006) is 'Baumol's cost disease' een van de grootste bedreigingen voor de houdbaarheid van de welvaartsstaat. Huisartsen en paramedici, alsmede mensen die werkzaam zijn in de sectoren verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, leveren arbeidsintensieve gezondheidsdiensten waarbij het moeilijk is om een grote arbeidsproductiviteitsverbetering te realiseren. Ook Hartwig (2008) stelt dat Baumol's model een verklaring oplevert voor de trend van groeiende zorguitgaven.



### 5.3 Cijfermatig inzicht in volume en prijseffecten

Ondanks de meetproblemen bij het bepalen van volume- en prijsontwikkelingen voor zorguitgaven, hebben CBS, VWS en CPB gegevens beschikbaar gesteld. Dat levert enig cijfermatig inzicht.

VWS heeft de volumeontwikkeling van de diverse zorgsectoren beschikbaar sinds 1996. Tussen 1996 en 2002 nam de volumegroei steeds verder toe, tot een bedrag van ruim 2,6 miljard euro. Ook in 2003 was de volumegroei aanzienlijk. In 2004 werd bij het aantreden van het nieuwe kabinet besloten tot bezuinigingen, door uitdunning van het pakket. In de daaropvolgende jaren bedroeg de collectieve volumegroei weer een á twee miljard euro.

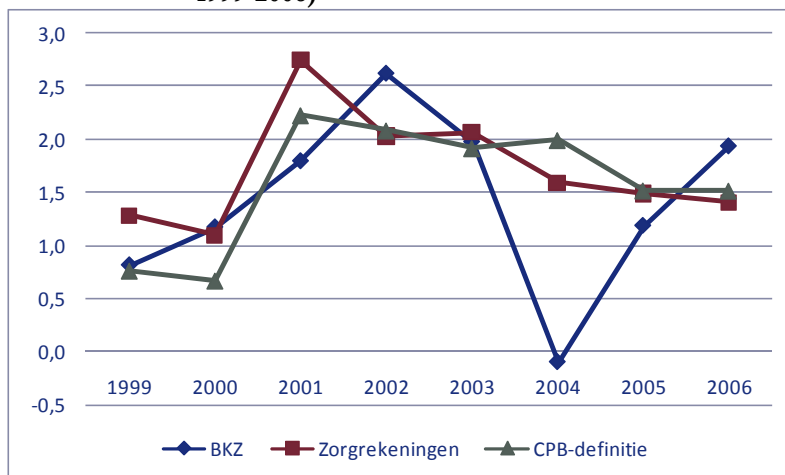
**Tabel 5.1** Volumeontwikkeling in de zorgsectoren (in miljoenen euro)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Volksgezondheid	20	6	-2	5	2	27	66	-26	18	-11	8	7
Gezondheidszorg	123	357	472	425	417	1111	1238	845	-300	415	1021	876
Extramurale zorg	-153	55	38	18	12	249	226	81	-683	-36	161	209
Ziekenhuizen en medisch specialisten	113	101	131	177	289	526	648	492	519	325	582	421
Ziekenvervoer	18	8	6	11	5	24	46	14	-45	-19	-5	17
Genees- en hulpmiddelen	144	190	297	214	116	255	371	260	-95	141	264	299
Overig gezondheidszorg	1	2	1	5	-4	57	-53	-3	5	3	18	-69
Langdurige Zorg	163	193	375	303	598	382	1138	1221	345	921	934	907
Maatschappelijke ondersteuning	3	5	3	11	6	14	20	19	11	-1	1	0
Overig	4	67	-57	72	150	263	162	-81	-174	-138	-27	11
Totaal	313	629	792	815	1173	1797	2624	1978	-100	1187	1937	1802

Bron: VWS

In 1996 en 2004 zijn de beleidsextensiveringen bij de extramurale zorg duidelijk zichtbaar. In die jaren zijn de aanspraken op tandheelkunde en fysiotherapie beperkt. Dit leverde voor het BKZ een daling van het volume op. Veel huishoudens hebben zich vervolgens aanvullend bijverzekerd voor deze typen van zorg. De andere definities laten daarom deze daling van het volume niet zien.

**Figuur 5.1** Jaarlijkse volumestijging (in miljarden euro, 1999-2006)



Over de gehele periode bezien blijkt dat de volumegroei bijna volledig wordt verdeeld tussen de categorieën Gezondheidszorg (volumegroei in totaal 7 miljard euro) en Langdurige zorg (volumegroei in totaal 7,5 miljard euro). Binnen de categorie Gezondheidszorg gaat de sterkste volumegroei naar het onderdeel Ziekenhuizen en medisch specialisten (4,3 miljard euro), gevolgd door Genees- en hulpmiddelen (2,5 miljard euro).

Het CBS heeft cijfers aangeleverd voor de uitgavenontwikkeling 1998-2006 in constante prijzen voor zowel de uitgebreide afbakening die in de Zorgrekeningen wordt gehanteerd, als de afbakening van het CPB. Constante prijzen houdt in dit geval in dat gecorrigeerd is voor de prijsontwikkeling van de zorguitgaven, dus de reeks geeft alleen de volumegroei.

**Tabel 5.2** Zorguitgaven in constante prijzen (mrd euro's en procentuele groei, prijspeil 1998)

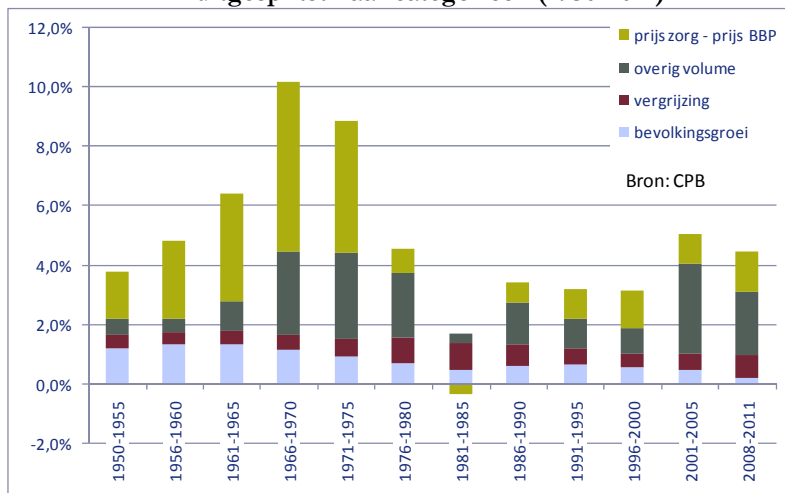
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
Zorgrekeningen	40,8	42,1	43,2	46,0	48,0	50,1	51,6	53,1	54,5
procentuele groei		3,1%	2,6%	6,4%	4,4%	4,3%	3,2%	2,9%	2,7%
CPB-definitie	36,2	36,9	37,6	39,8	41,9	43,8	45,8	47,3	48,9
procentuele groei		2,1%	1,8%	5,9%	5,2%	4,6%	4,5%	3,3%	3,2%

Bron: CBS

Over de periode 1998-2006 komt het CBS in de Zorgrekeningen uit op een prijsontwikkeling van gemiddeld 3,4 procent per jaar en een volumeontwikkeling van jaarlijks 3,7 procent.

Het CPB heeft een figuur gemaakt waarin de groei van zorguitgaven iets verder is uitgesplitst naar categorieën (bevolkingsgroei, veranderingen in de demografie, ‘overig volume’, extra inflatie in zorg ten opzichte van BBP). De figuur bevat ook een raming voor 2008-2011, de huidige kabinetsperiode<sup>8</sup>. De reële uitgaven groeiden in de jaren zestig en zeventig soms meer dan tien procent per jaar. In de jaren tachtig en negentig was sprake van budgetplafonds waardoor de zorguitgaven minder snel groeiden. Het volume groeide in de verschillende perioden gemiddeld 0,5 procent sneller dan het BBP. De prijs van de zorg groeide in de periode 1972-2003 met gemiddeld 1,2 procent sneller dan de prijs BBP (CPB-document 121, 2006).

**Figuur 5.2** Procentuele groei van zorguitgaven uitgesplitst naar categorieën (1950-2011)



Uit de figuur kunnen we de belangrijkste invloeden in de zorg onderscheiden. Het aandeel van de bevolkingsgroei in het zorgvolume neemt gestaag af. De veranderende samenstelling van de bevolking, waarvan de vergrijzing van de bevolking een belangrijk onderdeel vormt, leidt in de gehele periode 1950-2005 tot hogere kosten in de zorg. Dit effect is dus niet iets van de laatste tijd maar speelt al veel langer in de zorg.

Naast de bevolkingsgroei en het effect van een veranderende bevolking is er in de figuur sprake van ‘overige volumegroei’. Deze is moeilijk te specificeren, maar zoals in paragraaf 5.1 opgemerkt speelt de voortschrijding van de technologie hierin een belangrijke rol. Wat opvalt, is dat vooral in de afgelopen periode 2001-2005 de overige volumegroei hoog is. Latente vraag al dan niet gestimuleerd door vraaginductie, en in mindere mate het wegwerken wachtlijsten hebben daarbij een belangrijke rol gespeeld. Daarnaast toont de figuur wederom het belang van de hoge prijsontwikkeling in de zorg.

## **6. Wat is er met de extra middelen gebeurd?**

### **6.1 Veranderingen in demografie verklaren slechts deel van uitgavenstijging**

Er zijn vele oorzaken voor groei van zorguitgaven. De uitgaven aan zorg worden beïnvloed door vele factoren waaronder demografische ontwikkelingen, medische technologie, economische factoren (o.a. inkomen), institutionele factoren, overheidsbeleid en sociaal-culturele factoren.

De parallel lopende trends van stijgende reële zorguitgaven en een toenemende vergrijzing moeten niet te snel oorzakelijk aan elkaar geknoopt worden. Vooral sinds 2001 stijgt het volume geleverde zorg sneller dan verklaard kan worden uit het toenemende aantal ouderen. Demografische veranderingen leiden tot een jaarlijkse kostenstijging van ongeveer een procent, terwijl de totale volumegroei in de nabije toekomst op 2,8-3,1 procent wordt geschat bij een behoedzame economische groei (CPB, 2007). Hierbij moet wel worden aangetekend dat technologische en kwaliteitsverbeteringen ook ten goede komen aan ouderen, en dus indirect met demografie samenhangen. Ook is de demografische raming een gemiddelde, die loopt van twee procent voor de ouderenzorg tot nul procent voor de verloskunde.

Het is dus beter om te kijken naar de groei van de werkelijke kosten die per leeftijdsgroep worden gemaakt. Het RIVM doet dit in zijn kosten van ziektestudies. Uit de meest recente editie van deze studie (Poos, 2008) blijkt dat de reële uitgaven voor 65-plussers per hoofd over de periode 2003-2005 minder hard zijn gestegen dan die voor 65-minners. Het maakt daarbij niet uit of een brede definitie van zorgkosten (CBS) of de smallere definitie van de collectief gefinancierde zorguitgaven (BKZ) wordt gehanteerd. Hierbij dient te worden opgemerkt dat dit onderzoek een beperkte periode betreft en dat de uitgavengroei aan 65-

minners voor een aanzienlijk deel wordt verklaard door een snelle groei van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en forse intensiveringen in de gehandicaptenzorg. Over een langere periode kan een ander beeld ontstaan. Het aandeel ligdagen voor ouderen in de ziekenhuizen bijvoorbeeld is tussen 1980 en 2000 toegenomen (RIVM, 2005).

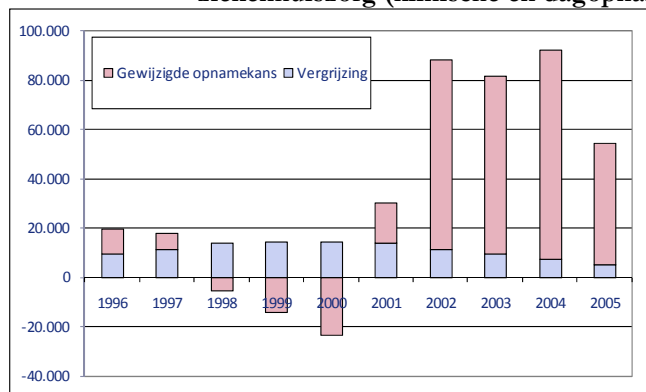
## 6.2 Meer zorg, meer kwaliteit, wachlijstreductie, latente vraag, stijgende opnamekans

Naast de demografische ontwikkelingen bleek al eerder dat vooral de overige volumegroei van belang is. In ontwikkelde landen stuwen nieuwe technologieën en de eerder genoemde relatieve prijsstijging de uitgaven op. De financiële mogelijkheden om zorguitgaven te doen nemen toe, waardoor de gezondheid en levensverwachting toeneemt en daardoor uiteindelijk ook de behoefte aan zorg. Uit veel studies komt naar voren dat voortschrijdende medische technologie een belangrijke determinant van de zorguitgaven is (CPB Memorandum 186, 2007).

In de periode 2001-2005 bestond de overige volumegroei bijna geheel uit extra productie om wachlijsten weg te werken en aan de latente vraag te voldoen. Daarnaast trad er indicatieverruiming op.

Analyse van tien jaar ziekenhuisopnamen maken aannemelijk dat het gevoerde beleid een sterke invloed op het zorggebruik heeft. In onderstaande figuur is de ontwikkeling van de vraag naar ziekenhuiszorg weergegeven.

**Figuur 6.1** Jaarlijkse ontwikkeling van patiëntenaantallen ziekenhuiszorg (klinische en dagopnamen)



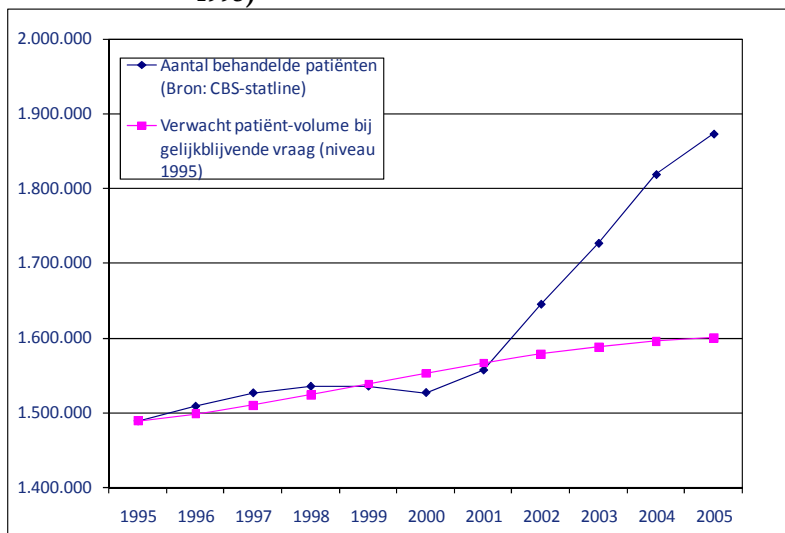
Brondata: CBS, Prismant, bewerkt door RIVM-VTV (L.C.J. Slobbe)

Tot 2000 bleef de was de groei in patiëntenaantallen redelijk constant. Een stijgende vraag naar zorg door de vergrijzing werd gecompenseerd door een dalende kans opgenomen te worden. Dit veroorzaakte wachtlijsten. Door het systeem van de lumpsum budgettering voor specialisten, bestond er geen prikkel voor hen om extra productie te realiseren. Voor de instellingen gold dit eveneens, zij het minder extreem (Mot, 2002).

Met het uitvoeren van het Actieplan Zorg Verzekerd verdween in 2001 de volumebeperking en werd het mogelijk om aanvullende productieafspraken te maken. Deze moesten echter wel daadwerkelijk worden geleverd, met andere woorden er was geen mogelijkheid meer voor 'grijze' afspraken. Het belang van ziekenhuizen bij extra productie nam dus sterk toe. De patiëntenaantallen stijgen sterk, van 1,5 miljoen in 2000 tot 1,9 miljoen in 2005. Het RIVM (Poos, 2008) geeft aan dat deze stijging te maken heeft met een toegenomen kans op opname en niet zozeer met het wegwerken van wachtlijsten. Tegemoetkomen aan de latente vraag speelt een belangrijke rol. Uit de RIVM-studie blijkt dat de stijging van de ziekenhuiskosten tussen 2003 en 2005 geheel verklaard kan worden uit deze stijgende patiëntaantallen en dat de kosten per behandelde patiënt ongeveer gelijk blijven, of zelfs iets dalen.

De sterkste stijging van de opnamekans treedt niet bij de ouderen op, maar juist op middelbare leeftijd (40-65 jaar). Dit bleek eveneens uit onderzoek van Vektis en de Boston Consulting Group (Vektis/BCG, 2008). Er is een snelle stijging van het aantal verrichtingen in de ziekenhuiszorg waarvoor vrije prijsvorming geldt (het zogenaamde B-segment), en veel van deze verrichtingen komen vaak bij de jongere leeftijdscohorten voor. Van de twaalf procent uitgavengroei in 2006 wordt tien procent verklaard door een verhoging van het volume (het aantal behandelingen).

**Figuur 6.2** Aantal behandelde patiënten en het verwacht patiëntvolume bij gelijkblijvende vraag (niveau 1995)



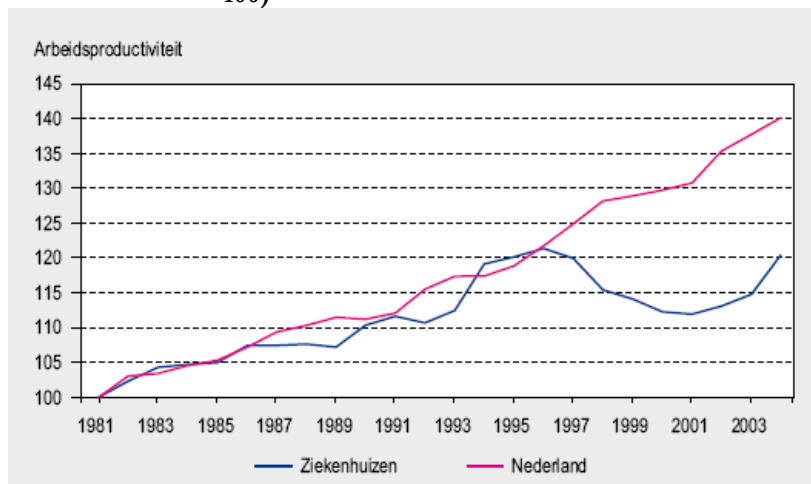
Brondata: CBS, Prismant, bewerkt door RIVM-VTV (L.C.J. Slobbe)

### 6.3 Arbeidsproductiviteit

Arbeidsproductiviteit in het algemeen is de hoeveelheid geleverd product, gedeeld door de geleverde inspanning (input/output). Het meten van arbeidsproductiviteit in de gezondheidszorg blijkt moeilijk operationaliseerbaar te zijn. Vooral het vaststellen van de gerealiseerde uitkomsten, in termen van gerealiseerde gezondheid, leidt tot problemen.

Het RIVM concludeert in zijn Zorgbalans 2006 dat er per saldo geen indicatie is dat de arbeidsproductiviteit sterk is toegenomen. Figuur 6.3 toont de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuiszorg en die van de Nederlandse economie als geheel. Beide cijferreeksen zijn berekend door het productievolume te delen door de arbeidskosten. Het productievolume in de ziekenhuizen is berekend op basis van het aantal behandelde patiënten. Wanneer men aanneemt dat de gemiddelde patiënt het ziekenhuis gezonder verlaat dan dat deze binnenkomt, mag men ervan uitgaan dat een groter aantal behandelde patiënten leidt tot een betere uitkomst (RIVM, 2006).

**Figuur 6.3**      **Ontwikkeling arbeidsproductiviteit ziekenhuiszorg en Nederlandse economie, 1981-2004 (geschoond voor case mix op basis van Diagnosis Related Groups) (1981 = 100)**



Bron: RIVM (2006)

Uit de figuur blijkt dat tot 1995 de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuiszorg ongeveer even snel stijgt als in de rest van Nederlandse economie. Vanaf 1996 echter is er een daling waar te nemen. Deze wordt primair veroorzaakt door een teruggang in het aantal behandelde patiënten en beleidsmatige inzet om te komen tot meer handen aan het bed. Als mogelijke oorzaak noemt het RIVM het volumebepalende bekostigingssysteem. Na opheffen van de budgettaire restricties wordt een ruimer volume aan behandelingen vergoed waarna zorgvolume en arbeidsproductiviteit weer stijgen.

Volgens de Groeirekeningen van het CBS is de arbeidsproductiviteit (gemeten in termen van toegevoegde waarde gedeeld door gewerkte uren) in de Gezondheid- en welzijnszorg (SBI 85) in de periode tussen 1995 en 2006 met maximaal gemiddeld 0,6 procent per jaar gedaald (CBS, 2008). Het feit dat de arbeidsproductiviteit in de zorg over een periode van elf jaar is gedaald heeft tot verbazing geleid en deze cijfers zijn inderdaad voor discussie vatbaar.

Het CBS heeft daarom de laatste jaren nieuwe methodes ontwikkeld om in de grootste deelsectoren van de zorg (de ziekenhuizen, de verpleging&verzorging, de gehandicaptenzorg en



de geestelijke gezondheidszorg) de splitsing van de waardeontwikkeling in 'prijs' en 'volume' te verbeteren. De nieuwe methodes gaan uit van directe volumemeting op basis van outputindicatoren (behandelingen in plaats van activiteiten of inputs) en deze volumemethodes kunnen rechtstreeks gebruikt worden voor de berekening van de arbeidsproductiviteit. Van deze nieuwe methodes is alleen de methode voor ziekenhuiszorg reeds geïmplementeerd in de cijfers die de basis vormen van de Groeirekeningen. Het CBS heeft, in een Annex bij de Groeirekeningen (CBS, 2008) wel het effect geschat op de arbeidsproductiviteit van de overstap op de nieuwe methodes in de AWBZ. Indien deze nieuwe methodes gehanteerd worden, resulteert voor de periode 1995-2007 een stijging van de arbeidsproductiviteit met gemiddeld 0,2 procent per jaar. Deze verandering in de cijfers (van -0,5 procent per jaar naar +0,2 procent per jaar) als gevolg van betere methodes voor het meten van volumegroei in de zorg, geeft aan hoe groot de invloed van meetmethodes kan zijn. Conclusies over de ontwikkeling van arbeidsproductiviteit moeten dus met enige voorzichtigheid getrokken worden. Temeer daar het ook met de nieuwe methodes nog steeds niet goed mogelijk is om de effecten van bijvoorbeeld 'meer handen aan het bed' voor de kwaliteit en daarmee ook voor het volume van de zorg goed in kaart te brengen (Van Hilten, 2004, 2005).

## **7. Welk deel van BBP-groei is nodig voor groei zorguitgaven**

### **7.1 Houdbaarheid van een stijgende zorgquote**

Economische groei kan ruimte opleveren voor stijgende zorguitgaven. Verdeling van deze ruimte tussen uitgavencategorieën (zorg, onderwijs, defensie, koopkracht voor burgers, aflossing van de staatsschuld) is een politieke (en/of maatschappelijke) keuze. Een sterke stijging in zorguitgaven leidt tot een sterke stijging in collectieve lasten, premies en loonkosten. De zorguitgaven vormen ongeveer twintig procent van de totale collectieve uitgaven. Met een simpele doorrekening zijn de financiële consequenties van sterk oplopende zorguitgaven te illustreren.<sup>9</sup> Om redenen van eenvoud zijn de zorguitgaven afgerond op een bedrag van 60 miljard euro en het BBP op 600 miljard euro in 2010. Dat levert een zorgquote van tien procent in dat jaar. Als volumegroei van het BBP kiezen we twee procent per jaar, conform het realistisch scenario waarmee dit kabinet rekent. De reële groei van de zorguitgaven is 4,6 procent per jaar, onder te verdelen in de 3,2 procent volumegroei die volgt uit de CPB-

raming en een compensatie voor de hogere prijsontwikkeling van zorg ten opzichte van het BBP (1,4 procent).

**Tabel 7.1 Eenvoudige doorrekening zorgquote (groei BBP twee procent; groei zorguitgaven 4,6 procent, bedragen in miljarden euro)**

	2010	2020	2030	2040	2050
Zorguitgaven	60,0	94,1	147,5	231,3	362,6
BBP	600,0	731,4	891,6	086,8	1.324,8
Zorgquote	10,0%	12,9%	16,5%	21,3%	27,4%

Bron: Berenschot (eigen bewerking)

De eerste jaren groeit het BBP jaarlijks met twaalf miljard euro. Hiervan is één kwart nodig voor groeiende zorguitgaven en het restant (75 procent) is beschikbaar voor overige uitgaven. In de loop van de tijd neemt het aandeel dat nodig is voor de groeiende zorguitgaven toe, waardoor ‘steeds minder meer’ beschikbaar is voor overig. Toch is de conclusie van deze eenvoudige doorrekening dat ondanks een sterke groei van de uitgaven aan zorg er veel geld over zal blijven voor overige welvaartsgroei.

## 7.2 Beslag zorguitgaven op belastingen en premies

Zuiverder is om de bovenstaande exercitie te herhalen voor de collectieve uitgaven. Burgers zijn immers gebonden aan een gedwongen winkelnering van de zorguitgaven.

Bij de beantwoording wordt uitgegaan van het scenario voor de economische groei en ontwikkeling van de zorguitgaven (inclusief beleid) en opgenomen in het CPB Document 151. In dat scenario bedraagt de reële groei voor het BBP twee procent per jaar.

In de RVZ publicatie ‘Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg’ (2005) werd al eens berekend in hoeverre de groei van de zorguitgaven beslag legt op de toename van het BBP in nominale termen. Het RVZ schatte toen in dat ongeveer zeventien procent van de toename van het BBP benodigd is om de toename van de zorguitgaven te financieren.<sup>10</sup>

De reële groei van het BBP bedraagt in het scenario zonder voorzichtigheidsmarge twee procent per jaar. De zorguitgaven vallend onder het netto-BKZ nemen in dat scenario in reële termen met 4,25 procent per jaar toe. De uitgaven vallend onder het netto-BKZ als percentage van het BBP bedragen in dat

scenario ongeveer 8,6 procent in 2007 en 9,4 procent in 2011. In absolute bedragen bedraagt de totale reële groei van de zorguitgaven over de gehele periode ongeveer 8<sup>3</sup>/<sub>4</sub> miljard euro. De zorguitgavengroei beslaat dan ongeveer negentien procent van de reële groei van het BBP.<sup>11</sup>

In het scenario nemen de belastingen en premies in reële termen met ongeveer 26<sup>3</sup>/<sub>4</sub> miljard euro toe. Daarvan is ongeveer 33 procent benodigd voor de stijging van de reële zorguitgaven. Van die 33 procent is zeven procent benodigd voor demografische ontwikkelingen, negentien procent voor overige volumetoename en de overige elf procent is benodigd voor de koppeling van de zorglonen aan die van de marktsector en de prijsbijstellingen. Daarnaast beperkt beleid het beslag op belastingen en premies met vier procent. Dit alles is samenvattend weergegeven in tabel 7.2.

**Tabel 7.2 Beslag van zorguitgaven (netto BKZ) op BBP en op belastingen en premies**

	niveau 2007 (mld.)	reële groei per jaar (percentage)	reële groei 2008-2011 (mld.)	niveau 2011 (mld.)
BBP	556	2	45 <sup>3</sup> / <sub>4</sub>	602
Belastingen en premies	219		26 <sup>3</sup> / <sub>4</sub>	246
Zorguitgaven (netto-BKZ)	48	4 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>	8 <sup>3</sup> / <sub>4</sub>	57
Beslag zorguitgaven in procenten				
Op BBP	8,6		19	9,4
Op belastingen en premies			33	
waarvan demografie			7	
waarvan overig volume			19	
waarvan koppeling lonen en prijzen			11	
waarvan beleid			-4	

Bron: CPB (2008)

## Literatuurlijst

- Boo, A. de, J.W. Kuenen (2008) Liberalisatie en groei. Vektis/Boston Consulting Group, Zeist.
- CBS (2006) Gezondheid en zorg in cijfers 2005.
- CBS (2007) Gezondheid en zorg in cijfers 2006.
- CBS (2008) Gezondheid en zorg in cijfers 2007.
- CBS, (2008) De Nederlandse groeirekeningen 2007.
- Douven, R., M. Ligthart, H. Mannaerst, I. Woittiez (2007) Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011. CPB, CPB document nr. 121, Den Haag
- Folmer, K., E. Mot, R. Douven, E. van Gameren, I. Woittiez en J. Timmermans, (2001) Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006. CPB/SCP, CPB document nr. 007, Den Haag.
- Hartwig, J. (2007) Can Baumol's model of unbalanced growth contribute to explaining the secular rise in health care expenditure? Working papers 07-178, KOF Swiss Economic Institute, ETH Zurich.
- Hilten, O. van, (2004). Volumestijging in de zorg lastig in te schatten. ESB, 68-2004
- Hilten, O. van, F. Kleima, H. Langenberg, P. Warns, (2005). Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector. ESB Dossier
- Ligthart, M., (2007) Determinanten van de gezondheidszorguitgaven. CPB Memorandum 186, Den Haag
- Mot, E.S. (2002) Paying the medical specialist: the eternal puzzle.
- OECD Health Data 2008.
- Polder, J.J., J. Takken, W.J. Meerdling, G.J. Kommer en L.J. Stokx (2002) Kosten van ziekten in Nederland; de zorgeuro ontrafeld. RIVM/EUR, Bilthoven.
- Poos, M.J.J.C., J.M. Smit, J. Groen, G.J. Kommer, L.C.J. Slobbe (2008) Kosten van ziekten in Nederland 2005, Zorg voor euro's – 8. RIVM, Bilthoven.

RIVM – Zorgbalans; De prestaties van de Nederlandse  
gezondheidszorg in 2004 (2006)

RIVM – Zorgbalans 2008

Tweede Kamer – Onderzoek naar de zorguitgaven, rapport van de  
Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (28852, nr.3)

### Noten bij bijlage 3

- <sup>1</sup> Leden van de technische commissie: Marco Ligthart (CPB), Lany Slobbe (RIVM), Geert-Jan Kommer (RIVM), Philip ten Cate (VWS), Onno van Hilten (CBS), Jan Smit (CBS) en Patrick Jeurissen (RVZ). Deelname aan de technische commissie betekent niet noodzakelijkerwijs dat de kennisinstellingen en/of genoemde personen de bevindingen, conclusies of kwaliteit van de studie delen of anderszins ondersteunen. Het al dan niet opvolgen van suggesties en commentaar van de technische commissie is de eigen verantwoordelijkheid van de auteurs.
- <sup>2</sup> De afbakening is gebaseerd op de gebruikte definitie in CPB Document No. 121, Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011 (CPB, 2007)
- <sup>3</sup> Het verschil tussen het bruto en netto-BKZ wordt volledig door eigen betalingen verklaard; de OECD definitie kijkt enkel naar uitgaven voor medische en verzorgende handelingen, woonlasten zijn uitgezonderd waardoor de AWBZ uitgaven veel lager uitkomen; de CPB-definitie is ruimer dan die van het BKZ doordat hierin het begrotingsgefinancierde deel (opleidingen e.d.) en de aanvullende verzekeringen zijn meegenomen; de definitie van het CBS telt daarnaast ook nog, ggd-en, arbo-diensten, welzijnsvoorzieningen en de kinderopvang mee.
- <sup>4</sup> De hier gepresenteerde bedragen voor het BKZ-kader zijn gebaseerd op de kaders die zijn afgesproken in de Regeerakkoorden voor de jaren 1995-1998, 1999-2002, 2003 en 2004-2007.
- <sup>5</sup> Zie CPB Document 118.
- <sup>6</sup> Vanaf 2003 spreekt men van deflator NB (Nationale Bestedingen) in plaats van deflator BBP. De NB zijn een maat voor de omvang van de economie (som van consumptieve bestedingen van huishoudens en overheid, investeringen in vaste activa van bedrijven en overheid, en veranderingen in voorraden).
- <sup>7</sup> De hier gepresenteerde cijfers voor BKZ-uitgaven kunnen afwijken van eerder gepresenteerde cijfers (Financieel Jaarverslag Rijk, Jaarverslag VWS) omdat de uitgaven na publicatie nog worden bijgesteld. Bovendien geldt voor 2007 dat het kader is gebaseerd op het Regeerakkoord van 2003. Het nieuwe coalitieakkoord corrigeert voor de geaccepteerde overschrijdingen van voorgaande jaren.
- <sup>8</sup> De ramingsperiode gaat uit van ongewijzigd beleid (beleid van het huidige kabinet is er niet in verwerkt) en van een groei van

twee procent voor het BBP in plaats van 1¼ procent zoals in document 121 van het CPB zodat het consistent is met berekeningen in hoofdstuk 6. Daardoor komt de volumegroei en het ruilvoetverlies beide ongeveer ¼ procent per jaar hoger uit dan de in CPB Document 121 opgenomen scenario.

- <sup>9</sup> Deze exercitie is uitdrukkelijk bedoeld om de ontwikkeling van de zorgquote te illustreren en te laten zien hoeveel miljard euro beschikbaar is voor uitgaven aan zorg en aan niet-zorg. In de doorrekening is geen rekening gehouden met demografie en andere ontwikkelingen.
- <sup>10</sup> Om de zorguitgaven als percentage van het BBP constant te houden is overigens sowieso een deel van de toename van het BBP benodigd. Indien het aandeel van zorg bijvoorbeeld tien procent van het BBP bedraagt, is ook tien procent van de toename van het BBP benodigd.
- <sup>11</sup> Indien er voor een ruimere definitie van zorguitgaven wordt gekozen, bijvoorbeeld de CPB-definitie, neemt het beslag op de groei van het reële BBP ook toe.





## Bijlage 4

### Vergroten risicodragendheid zorgverzekeraars: genezen is beter dan voorkomen

Marc Pomp Economische Beleidsanalyse:  
De heer M. Pomp

#### 1 Inleiding<sup>1</sup>

In het nieuwe zorgstelsel nemen zorgverzekeraars in toenemende mate de rol van bewaker van de zorguitgaven over van de overheid. Tarieven per dbc in de Zvw en per zorgzwaartepakket in de AWBZ vervangen budgetfinanciering, vaste tarieven maken (in de Zvw) plaats voor onderhandelbare prijzen, delen van de AWBZ-zorg worden overgeheveld naar de Zvw.

Zorgverzekeraars zullen die rol pas echt waarmaken indien zij een fors financieel belang hebben bij kostenbeheersing. Met andere woorden: indien zorgverzekeraars risicodragend zijn voor de zorgkosten van hun verzekerden. Van risicodragendheid is nauwelijks sprake indien verliezen voor een belangrijk deel kunnen worden afgewenteld op anderen, of indien winsten voor een belangrijk deel worden afgeroomd.

Op dit moment lopen zorgverzekeraars op een aantal kostensoorten in de Zvw geen of beperkt risico. We komen hier later op terug. In de AWBZ lopen verzekeraars in het geheel geen risico op de zorgkosten, maar wel op de zogenoemde beheerskosten (de uitvoeringskosten van het zorgkantoor), waarvoor zij een vergoeding ontvangen uit algemene middelen. Dit levert verzekeraars weliswaar een prikkel om de beheerskosten laag te houden, maar niet om te investeren in doelmatige zorginkoop of in het tegengaan van onnodige opnames in een verpleeghuis, bijvoorbeeld door extra zorg thuis te leveren of door woningaanpassingen te bekostigen. Bovendien is het voor zorgverzekeraars aantrekkelijk om verzekerden zo snel mogelijk in de AWBZ te laten 'landen', als dit bijdraagt aan het beperken van de schadelast in de Zvw.

Deze notitie bespreekt de voor- en nadelen van snelle afbouw van de ex postverevening in de Zvw. De conclusie luidt dat versnelde

afbouw van de ex post verevening verantwoord en wenselijk is. Mocht dit toch resulteren in ongewenste uitkomsten, dan kan alsnog worden en ingegrepen. Het alternatief - substantiële ex post verevening handhaven totdat de ex ante verevening er nóg beter in slaagt voorspelbare winsten en verliezen weg te nemen - is te riskant vanuit het perspectief van uitgavenbeheersing. Zorgverzekeraars worden dan onvoldoende geprikkeld om te investeren in doelmatige zorginkoop. Daarom is in dit geval genezen (indien nodig) beter dan voorkomen.

## **2. Risicoverevening in Nederland**

### **Ex ante risicoverevening**

De mate waarin zorgverzekeraars risico dragen wordt bepaald door de kenmerken van het risicovereveningssysteem. Indien het risicovereveningssysteem zo is vormgegeven dat een zorgverzekeraar voor elke verzekerde uitsluitend een normuitkering ontvangt op basis van niet door de verzekeraar te beïnvloeden kenmerken, dan is de verzekeraar voor de volle honderd procent risicodragend. De normuitkeringen kunnen achteraf worden bijgesteld op basis van gerealiseerde kosten (via de zogeheten macro-nacalculatie); dit verandert niets aan de prikkels voor verzekeraars.

Deze vorm van risicoverevening staat bekend als ex ante verevening. Het Nederlandse systeem van risicoverevening is slechts voor een deel gebaseerd op ex ante verevening. Volgens sommigen is het Nederlandse systeem het beste ter wereld, maar niettemin blijkt uit onderzoek van Van de Ven et al. (2005) dat er in de huidige risicoverevening nog gemakkelijk identificeerbare groepen verzekerden zijn met een voorspelbaar verlies. Dit betreft vooral bepaalde groepen chronisch zieken<sup>2</sup> en verzekerden met hoge kosten in het verleden.

### **Ex post risicoverevening**

Omdat de ex ante risicoverevening niet corrigeert voor alle voorspelbare winsten en verliezen, blijft er bij zorgverzekeraars een zekere prikkel tot risicoselectie bestaan. Dit kan tot gevolg hebben dat zij gaan beknibbelen op de kwaliteit van de zorg voor bepaalde groepen chronisch zieken en verzekerden met hoge kosten in het verleden. Daarom kent het risicovereveningsmodel ook nog een heel scala aan compensaties voor feitelijk gemaakte kosten, de zogeheten ex post verevening. In scherp contract met de ex ante verevening neemt hierdoor de risicodragendheid van zorgverzekeraars wel af, soms zelfs tot nul procent. Een zorgverzekeraar die erin slaagt de schadelast te verlagen ziet dit

dan in het geheel niet terug in zijn bedrijfsresultaat. Sterker nog, omdat het verlagen van de schadelast kosten met zich meebrengt kan dit zelfs verliesgevend zijn.

Bij individuele verzekerden met extreem hoge zorgkosten komt slechts tien procent van de kosten die uitgaan boven een drempelbedrag (in 2008: >20 000 euro), voor rekening van de verzekeraar. Het gaat in 2008 naar schatting om 0,82 procent van alle verzekerden en 7,8 procent van alle ziekenhuiskosten (inclusief ziekenhuiszorg-vast).<sup>3</sup> Dit compensatiemechanisme wordt aangeduid met de term hogekostencompensatie (HKC).

Voor de verzekerde met zorgkosten lager dan 20.000 euro per jaar verschilt de ex post verevening, en dus de mate waarin zorgverzekeraars risicodragend zijn, tussen typen zorg(kosten):

- Bij de zogenoemde 'overige prestaties', waaronder de huisartsenzorg, de kraamzorg en extramuraal verstrekte genees- en hulpmiddelen, zijn de zorgverzekeraars honderd procent risicodragend. Bijvoorbeeld: als een individuele zorgverzekeraar erin slaagt de geneesmiddelenkosten met honderd miljoen euro te verlagen door het voeren van een preferentiebeleid, dan vertaalt zich dit volledig in een lagere schadelast van deze zorgverzekeraar. Het is wellicht geen toeval dat verzekeraars de laatste jaren juist op dit deelbudget werk maken van hun inkooprol: zie het preferentiebeleid bij geneesmiddelen en de bonussen voor doelmatig voorschrijven door huisartsen van zorgverzekeraar Menzis.
- Aan de andere kant van het spectrum bevindt zich de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg die op 1 januari 2008 is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Hier zijn de zorgverzekeraars in het geheel niet risicodragend: alle uitgaven worden vergoed uit de gemeenschappelijke kas.<sup>4</sup> Waarschijnlijk zal dit resulteren in forse uitgavenstijgingen bij dit soort zorg.
- Ook bij de vaste kosten van ziekenhuizen, waaronder de kapitaallasten en die delen van het ziekenhuisbudget die samenhangen met de adherentie (het aantal patiënten in het werkgebied van het ziekenhuis), dragen de zorgverzekeraars geen enkel risico. Naarmate een groter deel van de ziekenhuis wordt ondergebracht in het vrij onderhandelbare B-segment de bekostiging van de ziekenhuiszorg voor een groter deel gebaseerd wordt op dbc's neemt de omvang van dit deelbudget overigens automatisch af. Dit is het gevolg van het feit dat dbc-prijzen in het B-segment integrale tarieven zijn, inclusief een opslag ter dekking van de kapitaallasten.

Overigens worden ook sommige variabele kosten ingedeeld bij het deelbudget vaste kosten, bijvoorbeeld de kosten van dure geneesmiddelen. Hiermee was in 2007 ongeveer 300 miljoen euro gemoeid.

- Tussen beide extremen van nul procent en honderd procent risicodragendheid liggen de variabele kosten voor ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, waaronder de kosten van artsen en de kosten van de A-abc's. Voor deze kosten wordt vijftig procent nagecalculeerd.
- Bovendien geldt voor de variabele ziektekosten een zogenoemde bandbreedteregeling. Dit houdt in dat een verzekeraar die, na HKC en na vijftig procent nacalculatie, voor zijn verzekerden gemiddelde kosten maakt die meer dan 20 euro (+ of -) afwijken van het gemiddelde over alle verzekeraars, van het mindere of meerdere negentig procent ontvangt uit de algemene kas. Binnen de bandbreedte is dit percentage vijftig procent.

**Tabel 2.1 Geraamde schadelast en mate van risicodragendheid per deelbudget, 2008**

	Schadelast	Mate van risicodragendheid zorgverzekeraars*, in procenten
Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten specialistische hulp	11,9	50
Vaste kosten ziekenhuisverpleging	4,0	0
Kosten overige prestaties	10,9	100
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3,7	0
Totaal	30,5	55**

Bron: schadelast: CVZ <sup>5</sup>; mate van risicodragendheid: Eisinger en de Boo, 2007

\* Hierin zijn de effecten van hogekostenverevening en van de bandbreedteregeling niet verdisconteerd. De werkelijke risicodragendheid ligt dus iets lager.

\*\* Gewogen gemiddelde van de vier deelbudgetten. Dit is nog exclusief het effect van de bandbreedteregeling en het moeilijk te bepalen effect van de HKC op de risicodragendheid.

### **3. Beleidsvoornemen: afbouw ex post**

Gemiddeld lopen zorgverzekeraars in 2008 55 procent risico over elke euro zorgkosten van hun verzekerden (zie de laatste regel in tabel 2.1). Hiermee is de gemiddelde risicodragendheid de laatste paar jaar niet of nauwelijks toegenomen: het corresponderende percentage was ruim vijftig procent in 2005. Deze vergelijking is wellicht niet helemaal fair, omdat het beeld beïnvloed wordt door de overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in 2008. Anderzijds is het geheel ontbreken van risicodragendheid van zorgverzekeraars in de geestelijke gezondheidszorg een potentieel risico.

De minister van VWS heeft aangekondigd de risicodragendheid van de zorgverzekeraars snel te willen vergroten in het vrije segment, de zogenoemde B-dbc's. De huidige vijftig procent risicodragendheid wordt vergroot tot 85 procent in 2009 en honderd procent in 2010.<sup>6</sup> Met deze stap versterkt de minister de prikkels voor zorgverzekeraars om de kosten te beheersen in het B-segment substantieel. Voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging die geen deel uitmaken van de B-dbc's verhoogt de minister de risicodragendheid van vijftig procent naar zestig procent.

De bandbreedteregeling blijft vooralsnog bestaan, maar wordt verruimd naar plus of min 22,50 euro.

Ook in 2009 gaan zorgverzekeraars nog geen enkel risico lopen op de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg; dit in afwijking van eerdere beleidsvoornemens.<sup>7</sup> De minister doet geen uitspraak meer over de termijn waarop hij de risicodragendheid van verzekeraars voor dit soort zorg wil vergroten.

Zoals eerder is aangegeven zal het deelbudget vaste kosten ziekenhuiszorg 'vanzelf wegsmelten', omdat uiteindelijk alle kosten deel uitmaken van dbc's of financiering buiten verzekeraars om loopt (bijvoorbeeld in de vorm van een apart opleidingsfonds). Dit wegsmelten kan echter nog jaren duren.

### **4. Ex post verevening: noodzaak aangetoond?**

#### **Resterende prikkel tot selectie?**

Zoals al is aangegeven is de oorspronkelijke motivatie voor inperking van de risicodragendheid van zorgverzekeraars via ex post verevening gelegen in imperfecties in de ex ante verevening,

waardoor verzekeraars nog steeds groepen patiënten kunnen identificeren die naar verwachting winstgevend dan wel verliesgevend zijn. Dit geeft hen een prikkel tot risicoselectie. Bij deze motivatie zijn een aantal vraagtekens te plaatsen. In de eerste plaats bevat het Nederlandse zorgstelsel een automatische rem op risicoselectie, via de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Dit maakt het voor verzekeraars moeilijker om ‘slechte’ risico’s te weren. Niet onmogelijk: verzekeraars kunnen bijvoorbeeld proberen slechte risico’s te mijden via een restrictief contracteringsbeleid of door zich bij de marketing vooral te richten op goede risico’s, zoals het geval was bij de Zekur-polis.<sup>8</sup> De NZa houdt hierop nauwgezet toezicht en grijpt in indien nodig. Al met al is het onwaarschijnlijk dat imperfecties in de risicovervening zullen leiden tot grote premieverschillen of de facto uitsluiting van groepen verzekerden voor de basisverzekering.

In de tweede plaats is het risicovereveningssysteem dynamisch: mocht na het loslaten van de ex post verevening blijken dat verzekeraars zich gaan richten op specifieke groepen, of omgekeerd, specifieke groepen proberen te weigeren, dan kan het systeem worden aangepast. De benadeelde verzekeraars zullen hier ook op aandringen.

#### **Niet beïnvloedbare kosten?**

Een ander argument tegen het verhogen van de risicodragendheid van zorgverzekeraars is, dat bepaalde kosten niet door hen zijn de beïnvloeden. Immers, het is zinloos en onredelijk om zorgverzekeraars verantwoordelijk te maken voor kosten waar zij geen grip op hebben. De vraag is echter welke kosten binnen de ziekenhuiszorg onbeïnvloedbaar zijn voor zorgverzekeraars. Voor het B-segment is de mate van beïnvloedbaarheid het grootst, omdat daar in principe iedere zorgverzekeraar individueel kan onderhandelen met ieder ziekenhuis over prijs en volume. Maar ook in het A-segment hebben verzekeraars invloed op de kosten, door afspraken te maken over de zogeheten parameters die het ziekenhuisbudget bepalen, zoals het aantal bedden, het aantal specialisten of het aantal opnamen. Zelfs de vaste kosten van ziekenhuiszorg die helemaal worden nagecalculeerd zijn deels beïnvloedbaar door zorgverzekeraars. Zo worden op dit moment de kosten van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen voor honderd procent als vaste kosten aangemerkt.

#### **Solvabiliteit**

Recent valt een nieuw argument te beluisteren waarom de ex post verevening, en dan in het bijzonder de bandbreedteregeling,

gehandhaafd zou moeten worden. Dit argument heeft te maken met de zwakke financiële positie van sommige zorgverzekeraars. Zonder ex post mechanismen zouden imperfecties in de ex ante verevening volgens deze redenering leiden tot fluctuaties in de kasstromen van zorgverzekeraars. Door de zwakke financiële buffers bij een aantal verzekeraars zouden deze verzekeraars hun solvabiliteit sterk moeten verbeteren door hun premies te verhogen. Als dit (bijvoorbeeld door de scherpe premiestelling van andere zorgverzekeraars) onmogelijk is, dan zijn faillissementen of gedwongen fusies niet uitgesloten. Zou een dergelijk scenario zich ontvouwen bij één of meer grote verzekeraars, dan leidt het zorgstelsel schade: patiënten en zorgaanbieders krijgen hun rekeningen niet vergoed en komen in financiële problemen, de concurrentie op de markt voor polissen neemt af tot beneden een kritische grens, een fors aantal Nederlanders is tijdelijk onverzekerd.

Ex post verevening is echter niet het meest geëigende instrument om te voorkomen dat het zojuist geschetste zwarte scenario werkelijkheid wordt. Immers, het beperken van de risicodragendheid van *alle* zorgverzekeraars vanwege de mogelijke solvabiliteitsproblemen van enkelen onder hen is een bot instrument. Bovendien is het een onbewezen stelling dat de zwakke solvabiliteitspositie van de betrokken verzekeraars het gevolg is van imperfecties in de ex ante verevening. Andere mogelijke oorzaken zijn slecht management of (in het geval van kleinere regionale verzekeraars) een te kleine schaal.

#### **Imperfecties datamateriaal**

Een laatste argument tegen de versnelde afbouw van de ex post risicoverevening is dat het benodigde data-materiaal nog niet op orde is. Dit argument valt vooral te beluisteren bij zorgverzekeraars. Het argument heeft enige validiteit, maar is toch niet echt overtuigend. Zo blijken verbeteringen in de kwaliteit van het datamateriaal weinig uit te maken voor het bepalen van de normbedragen. In de woorden van één van de onderzoekers: “[we] kunnen concluderen dat de normbedragen van het vereveningsmodel geschat op data van 2006, een hoge mate van overeenkomst vertonen met de normbedragen geschat op data van 2005”.

Meer relevant is dat door tekortkomingen in het datamateriaal onduidelijkheid bestaat over de feitelijk gemaakte kosten in ziekenhuizen in het verleden (de jaren 2005-2007). Hierdoor weten verzekeraars nog niet precies waar zij wat betreft winst en verlies aan toe zijn. Dit probleem hangt samen met complicaties rond de

invoering van de dbc-systematiek, en zal daarom voorlopig blijven bestaan. De onzekerheid over het werkelijke rendement kan leiden tot hogere kosten van kapitaal voor zorgverzekeraars en daardoor tot hogere premies voor verzekerden. Zorgverzekeraars brengen dit laatste argument – hogere premies – regelmatig in stelling in hun verzet tegen snelle afbouw van de ex post verevening. Het is de vraag of het argument valide is. Eerste signalen wijzen niet op premiestijgingen in 2009, ondanks de vergroting van de risicodragendheid waartoe de minister al heeft besloten. Bovendien zal versnelde afbouw van de ex post verevening sowieso (ook als het datamateriaal perfect is) resulteren in een grotere risico-opslag: verzekeraars gaan immers daadwerkelijk meer risico lopen. Dit is een kostenpost die nu eenmaal onvermijdelijk is in een marktgericht zorgstelsel. Tekortkomingen in het datamateriaal kunnen resulteren in extra onzekerheid over het rendement bij een individuele verzekeraars, maar op macro niveau middelt dit uit. Een slimme investeerder maakt hiervan gebruik en spreidt zijn beleggingen in (of leningen aan) zorgverzekeraars. Hierdoor kan de risico-opslag beperkt blijven.

#### **Buitenlandse ervaringen**

De systemen van risicoverevening in Zwitserland en Duitsland, landen waarin eveneens sprake is van zorgverzekeraars die concurreren op de markt voor polissen, kennen geen of nauwelijks ex post verevening (nul procent in Zwitserland, vier procent in Duitsland). Tegelijkertijd is de ex ante verevening in deze landen van aanzienlijk mindere kwaliteit dan in Nederland (Van de Ven et al. 2007). Volgens sommige waarnemers leidt dit tot selectieproblemen in deze landen, net als in de andere landen in hun vergelijking<sup>9</sup>: “in all five countries there is evidence of increasing risk selection, which increasingly becomes a problem.” (Van de Ven et al., 2007, p. 177). De empirische basis voor deze stelling is echter smal. Alleen voor Zwitserland worden concrete voorbeelden gegeven van pogingen tot selectie door verzekeraars, bijvoorbeeld door extra lang te wachten met het betalen van rekeningen van chronisch zieken of door hen vooral dure polissen aan te bieden (hoewel verzekeraars een acceptatieplicht hebben, zou deze strategie door het gebrek aan transparantie toch effectief kunnen zijn). Bewijs dat dit soort strategieën daadwerkelijk resulteren in hogere premies of slechtere kwaliteit van zorg voor chronisch zieken en gehandicapten ontbreekt echter.

#### **Europeesrechtelijke obstakels?<sup>10</sup>**

Azivo (inmiddels onderdeel van Menzis) is in 2006 bij het Europese Hof van Justitie een rechtszaak begonnen tegen de Europese Commissie vanwege imperfecties in het



risicovereveningsmodel. De Commissie had de verplichte deelname hieraan eerder goedgekeurd. Azivo stelt dat de imperfecties tot gevolg hebben dat zij te weinig ontvangt uit het vereveningsfonds. In een eerdere uitspraak (in het Ierse Bipa-arrest; Bupa is een vereniging van Britse zorgverzekeraars) heeft het Hof ingestemd met (ex ante) risicoverevening, met als argument dat dit het algemeen belang dient. In de Bupa-zaak ging het echter om de vraag of sprake was van ongeoorloofde staatssteun, terwijl het in de Azivo-zaak draait om de vraag of verplichte deelname aan het systeem van onderlinge risicoverevening het vrije verkeer van goederen en diensten belemmert.

Het is zeer onwaarschijnlijk dat het Hof bezwaar zal maken tegen verplichte deelname aan een systeem van risicoverevening op zich. Er is immers sprake van een zeer grote mate van consensus onder experts dat risicoverevening noodzakelijk is om de markt voor zorgverzekeringen goed te laten functioneren (Van de Ven et al. 2007).

Meer relevant voor het onderwerp van deze notitie is dat ex ante verevening niet belemmerend werkt voor het vrije verkeer van goederen en diensten terwijl dit wel het geval is bij ex post verevening. Immers, ex post verevening dwingt een efficiënte toetreders een deel van zijn winst af te staan aan minder efficiënte concurrenten, hetgeen toetreding tot de markt belemmert. Ex ante verevening kent dit bezwaar niet. Daarom is het evenmin waarschijnlijk dat het hof bezwaar zal maken tegen afbouw van de ex post verevening.

## **5. Nieuwe rollen voor risicoverevening?**

### **Overheveling van de ouderenzorg**

De RVZ heeft zich herhaaldelijk uitgesproken voor overheveling van delen van de ouderenzorg van de collectief gefinancierde AWBZ naar de Zvw. Ook de SER noemt dit als een optie voor de langere termijn. Net als nu bij de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg het geval is zal dan in eerste instantie de kwaliteit van de ex ante risicoverevening verre van perfect zijn. Om toch een zo goed mogelijke uitgangpositie te creëren, verdient het aanbeveling nu al te investeren in een risicovereveningsmodel voor het mogelijk over te hevelen deel van de ouderenzorg. Daar hoort ook bij dat de gegevensinfrastructuur helemaal op orde is.

### **Kwaliteitsprikkel via risicoverevening?**

Zoals al is opgemerkt is de klassieke taak van risicoverevening te voorkomen dat zorgverzekeraars bepaalde groepen gaan weren, bijvoorbeeld door te beknibbelen op de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken. Sommige gezondheidseconomen hebben erop gewezen dat risicoverevening ook gebruikt kan worden voor het verbeteren van de kwaliteit voor bepaalde groepen patiënten. Dit is te bereiken door normbedragen voor bepaalde groepen patiënten te verhogen. Indien deze patiënten de keuze van zorgverzekeraar baseren op de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders dan leidt dit tot kwaliteitsconcurrentie tussen verzekeraars (Glazer en McGuire 2000). Het feit dat Nederlandse verzekeraars speciale polissen aanbieden voor diabetespatiënten laat zien dat dit in de praktijk kan werken. Kennelijk is de normuitkering voor diabetespatiënten zo hoog dat dit een winstgevendende groep is.

Een andere mogelijkheid is extra normbedragen uit te keren voor disease management, zoals in Duitsland (Stock et al. 2004). In dit laatste geval is in feite sprake van een pay-for-performance programma, maar dan geïntegreerd in het risicovereveningsmodel. Dit heeft als voordeel dat het programma automatisch budgetneutraal is.

Andere gezondheidseconomen zijn echter sceptisch over het gebruik van risicoverevening als instrument voor nieuwe taken, voor een deel vanwege de problemen bij het bepalen van de juiste normbedragen (Newhouse, 2002). Niettemin lijkt dit, gelet op de ervaringen tot dusverre, een optie die nadere verkenning behoeft.

## **6. Conclusies**

In beleidsbrieven wordt de afbouw van de ex post verevening afhankelijk gemaakt van verbetering van de ex ante risicoverevening.<sup>11</sup> Echter, in de transitiefase waarin het zorgstelsel zich de komende jaren bevindt zal de risicoverevening verre van perfect zijn. Verschuivingen van delen van het A-segment van de ziekenhuiszorg naar het B-segment en overheveling van delen van de AWBZ naar de Zvw (zoals de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg) maakt het vaststellen van normbedragen tot een hachelijke onderneming. Om deze reden is ervoor gekozen de risicodragendheid van zorgverzekeraars te beperken, soms zelfs tot nul procent.

Deze keuze, dus voor het substantieel beperken van de risicodragendheid van verzekeraars, ondermijnt één van de pijlers

onder het nieuwe zorgstelsel. Voor het slagen van het stelsel (concreet: voor een goede prijs/kwaliteitverhouding) is een sine qua non dat zorgverzekeraars geprikkeld worden werk te maken van het beheersen van de schadelast, door te investeren in een zo goed mogelijk prijs/kwaliteit verhouding van de door hen gecontracteerde zorgaanbieders en door onnodige volume groei actief tegen te gaan. Indien zorgverzekeraars geen of beperkt risico lopen zullen zij deze rol van kostenbewaker niet goed waarmaken. Investerings in het verbeteren van de zorginkoop komen dan onvoldoende van de grond (zie het RVZ-advies Zorginkoop (2008)).

Bovendien leiden de grote verschillen in risicodragendheid tussen deelbudgetten tot ongewenste substitutie. Zo maakt het feit dat verzekeraars voor de volle honderd procent risicodragend zijn bij huisartsenzorg en geneesmiddelen het voor verzekeraars aantrekkelijk om verzekerden in een ziekenhuis te laten behandelen in plaats van in de eerstelijns, zelfs indien behandeling in de eerstelijns kosteneffectief is (zie ook het vignet bij dit advies over de geïntegreerde eerste lijn).

Een vraag die zelden wordt gesteld is: wat gaat er nu eigenlijk precies mis indien de ex post verevening versneld wordt afgebouwd? Alles overziend luidt het antwoord dat geen grote problemen te verwachten zijn wat betreft de selectie door verzekeraars. Het Nederlandse zorgstelsel bevat voldoende checks-and-balances om risicoselectie tegen te gaan: de acceptatieplicht, de centrale vaststelling van het verzekerde pakket, het verbod op premiedifferentiatie, toezicht door de NZa IGZ en het dynamische karakter van het ex ante risicovereveningssysteem. De buitenlandse ervaringen met (bijna) honderd procent risicodragendheid én minder goede ex ante verevening geven evenmin aanleiding om problemen te verwachten indien de ex post verevening versneld wordt afgebouwd.

De conclusie luidt daarom dat in dit geval genezen beter is dan voorkomen. In plaats van de risicodragendheid sterk te blijven beperken totdat de ex ante verevening verder is verbeterd, is het beter de ex post verevening versneld af te bouwen. In het verlengde hiervan: op het moment dat delen van de AWBZ, waaronder de ouderenzorg, worden overgeheveld naar de Zvw is het van belang onmiddellijk te zorgen voor een substantiële risicodragendheid. En niet zoals nu gebeurd is bij de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in eerste instantie de risicodragendheid tot nul te reduceren. Vanuit het perspectief van

uitgavenbeheersing zou dit laatste een zeer riskante keuze zijn. Anticiperend beleid vergt dat nu al wordt geïnvesteerd in het integreren van de ouderenzorg in het ex ante vereveningsmodel.

Indien onverhoopt dan toch signalen ontstaan die wijzen op ernstige risicoselectie kan alsnog worden ingegrepen, bijvoorbeeld door de ex ante verevening aan te passen, door in te grijpen in de marketingcampagnes van zorgverzekeraars zoals is gebeurd bij de Zekur-polis van zorgverzekeraar Univé, of als ultimum remedium door opnieuw elementen van de ex post verevening in te voeren.

Indien andere opties ter versterking van de solvabiliteitspositie van verzekeraars niet haalbaar blijken te zijn, dan is handhaving van de bandbreedteregeeling een optie. Maar dan wel met een zo ruim mogelijke bandbreedte, waarbij vooral leidend is dat zorgverzekeraars die essentieel zijn voor het stelsel 'overeind' worden gehouden. Een ruime bandbreedte levert verzekeraars immers een sterkere prikkel tot schadelastbeperking.

## Literatuur

Eisinger, E., en A. de Boo (2007), Vooruitblik 2008, Vektis

Glazer, J, T.G. McGuire (2000). Optimal risk adjustment in market with adverse selection: an application to managed care. *American Economic Review* 90 (4), 1055–1071.

Newhouse, J. (2002), Pricing he Priceless, MIT

NZa (2008), Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008

Stock, S., M. Redaelli en K. Lauterbach (2004), Disease management and health care reforms in Germany: Does more competition lead to less solidarity? *Health Policy* 80 (1), 86 - 96

Ven, W.P.M.M. van de, K. Beck, C. Van de Voorde, J. Wasem, I. Zmora (2007), Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later, *Health Policy*, 83 (2/3), 162-179

Vliet, R. van (2008), Overall Toets Risicovereveningsmodel 2009, Werkgroep Onderlinge Risicoverevening

Vliet, R. van, R. Goudriaan, G.J. Mazzola en A. Notenboom (2008), Berekening Normbedragen Risicovereveningsmodel 2009, APE

#### Noten bij bijlage 4

- <sup>1</sup> Met dank aan drs. Hans van den Hoek, Afdeling Innovatie CVZ, voor zijn commentaar op een eerdere versie.
- <sup>2</sup> Voor de ingewijden: chronisch zieken die buiten de FKG- en DKG-indeling vallen
- <sup>3</sup> Bron: Van Vliet et al. (2008), p. 35.
- <sup>4</sup> Kanttekening: indien er een klein aantal verzekeraars is elke verzekeraar de facto risicodragend, naar rato van zijn marktaandeel. Dus een verzekeraar met een marktaandeel van 25 procent betaalt ook bij honderd procent ex post verevening uiteindelijk 25 cent van elke extra euro zorgkosten bij zijn verzekerden.
- <sup>5</sup> [http://www.cvz.nl/default.asp?verwijzing=/financiering/risicoverevening\\_Zvw/2008/index.asp](http://www.cvz.nl/default.asp?verwijzing=/financiering/risicoverevening_Zvw/2008/index.asp)
- <sup>6</sup> Brief van minister Klink aan de Tweede Kamer van 26-9-2008.
- <sup>7</sup> Brief van minister Klink aan de Tweede Kamer van 13-11-2007.
- <sup>8</sup> De NZa schrijft hierover in de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008: “De NZa volgt op dit moment de ZEKUR-polis van zorgverzekeraar Univé. Bij het in de markt zetten van deze polis heeft Univé zich vooral gericht op jonge verzekerden. Van de verzekerden die de polis hebben gekocht, is 75 procent tussen achttien en dertig jaar oud. Dit wil echter niet zeggen dat de ZEKUR-polis niet toegankelijk is voor verzekerden van een andere leeftijd. De NZa heeft geen signalen ontvangen dat de acceptatieplicht voor de zorgverzekering in het geding is. Aan de aanvullende verzekering die naast de ZEKUR-polis kan worden afgesloten, is wel een leeftijdsgrens verbonden. Uitsluitend verzekerden van achttien jaar of ouder kunnen deze aanvullende verzekering afsluiten. De verzekerde kan de ZEKUR-polis maandelijks opzeggen. Daardoor is hij in staat naar een andere zorgverzekeraar zonder selectieve contractering over te stappen op het moment dat hij verwacht zorg te gaan gebruiken. Het gevolg is dat Univé geen zorgkosten heeft. Het ongewenste effect is dat zorgkosten worden afgewenteld op andere zorgverzekeraars.”
- <sup>9</sup> Nederland, België en Israël.
- <sup>10</sup> Met dank aan mr. Marina de Lint, RVZ.
- <sup>11</sup> Zie opnieuw de brief van minister Klink aan de Tweede Kamer van 26 september 2008.



## Bijlage 5

### Met inkoop is in de zorg nog veel te besparen!

Intrakoop:  
De heer E. Wijnhof

#### Vraagstelling

Het inkooptaandeel van zorginstellingen bedraagt ongeveer dertig procent van hun exploitatiebudget. Door factoren als de aanhoudende fusiegolf en de verdergaande marktwerking in de zorg groeit het belang van inkoop in de zorg. Een goede en professionele inkoop bij de toeleveranciers kan dus veel winst bij de bedrijfsvoering van zorginstellingen opleveren. Het is dan ook een belangrijk onderwerp bij een advies over uitgavenbeheer.

Deze notitie verkent hoeveel voordeel ruwweg te behalen is, als instellingen hun krachten bundelen door collectief producten te kopen; en, hoe het inkoopproces in de praktijk globaal vorm krijgt. Dit stuk heeft een tentatief en kwalitatief karakter, maar doordat ze opgesteld is door een specialistische dienstverlener op dit terrein – Intrakoop – overtuigt ze toch dat er hier nog aanzienlijke doelmatigheidswinsten mogelijk zijn.

#### 1. Intrakoop

Ongeveer 500 zorginstellingen zijn aangesloten bij Intrakoop, sinds vijftig jaar een coöperatieve inkoopvereniging voor de gezondheidszorg: tachtig procent van de ziekenhuizen, zeventig procent van de verpleeg- en verzorgingshuizen en ongeveer vijftig procent van de instellingen in de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg is lid van de coöperatie. Intrakoop bemiddelt, zonder winstoogmerk, voor haar leden jaarlijks voor zo'n 300 miljoen euro en verwacht dat dit eind 2010 is gestegen tot 500 miljoen euro.

Intrakoop heeft voor haar leden 70 raamovereenkomsten afgesloten via Europese en niet-Europese aanbestedingstrajecten. Uitgangspunt is dat er zoveel mogelijk sprake moet zijn van keuzevrijheid, integrale kostenbenadering en transparantie bij het tot stand komen ervan. Het aanbod aan raamovereenkomsten op facilitair en medisch gebied is verdeeld over de productgroepen:

- diensten;
- energie;
- huishouding & inrichting;
- kantoor & automatisering;
- techniek & onderhoud;
- verpleging & verzorging;
- voeding.

De volumebundeling door de participatie van een groep leden aan een raamovereenkomst maakt van Intrakoop een sterke marktpartij. Dit resulteert in marktconforme prijzen en uitstekende condities. Samen met haar leden zet Intrakoop aan de hand van specificaties aanbestedingen in de markt, eventueel met hulp van externe deskundigen zoals aanbestedingsjuristen, energiespecialisten of andere relevante deskundigen. De vereniging beheert de raamovereenkomsten op een professionele manier en meet en evalueert periodiek de prestaties.

Europese aanbestedingen worden regelmatig in de markt gezet middels een elektronische veiling, wat goede resultaten oplevert. De aanbestedingen worden dusdanig vormgegeven dat optimaal wordt geprofiteerd van de bundeling van volumes en van de onderlinge concurrentie aan aanbodzijde, terwijl maatwerk op instellingsniveau, bijvoorbeeld voor wat betreft de gewenste logistieke dienstverlening op locatieniveau, mogelijk blijft.

## **2. Met collectieve inkoop is nog veel winst te halen**

Collectivering leidt tot scherpe overeenkomsten. Het besparingspotentieel dat met een professioneel inkoopproces kan worden gerealiseerd is groot.

Ten behoeve van deze bijlage richten wij ons op drie productgroepen:

- voeding;
- energie;
- medische groothandel.

Waar mogelijk wordt het besparingspotentieel uitgesplitst naar care en cure.

### **Voeding**

In 2006 heeft Intrakoop een driejarige collectieve, Europese aanbesteding voor voeding doorlopen. Op basis van de



uitkomsten van dit traject concludeert Intrakoop dat er voor leden een besparing is gerealiseerd van vijftien procent in de cure-sector. In de care-sector ligt dit rond de tien procent: naar rato een gemiddelde besparing van elf procent in de gezondheidszorg.

De totale jaaromzet die omgaat in de productgroep voeding vertegenwoordigt naar schatting een waarde van net boven € 1 miljard in de care- en cure-sector samen. Door de resultaten van de Europese veiling van Intrakoop te vertalen naar de totale voedingsuitgaven in de gezondheidszorg, kan geconcludeerd worden dat een besparing van ongeveer honderd miljoen euro per jaar mogelijk is.

### **Energie**

Intrakoop heeft voor de jaren 2005 – 2007 de levering van elektriciteit aanbesteed. Met een aanbesteed jaarvolume van 550 miljoen kWh per jaar is Intrakoop de grootste inkoper van energie in de non-profit sector.

Met de resultaten uit dat Europese aanbestedingstraject, bespaarden Intrakoop-leden bijna twintig procent op hun elektriciteitskosten. Deze besparing is gelijkwaardig verdeeld over de sectoren care en cure. Daarmee heeft deze Europese aanbesteding voor alle deelnemende Intrakoop-leden een besparing van 18 miljoen euro over de volledige contractduur van drie jaren opgeleverd. De huidige Intrakoop-raamovereenkomst voor de levering van elektriciteit 2008-2011 omvat een totaalvolume van bijna 800 miljoen kWh op jaarbasis.

De totale jaaromzet die omgaat in de productgroep elektriciteit vertegenwoordigt naar schatting een waarde van net boven 150 miljoen euro in de care- en cure-sector samen. Door de resultaten van de Europese veiling van Intrakoop te vertalen naar de totale elektriciteitsuitgaven in de gezondheidszorg, kan geconcludeerd worden dat een besparing van ongeveer 30 miljoen euro per jaar mogelijk is.

### **Medische groothandel**

Binnen de productgroep medische groothandel heeft Intrakoop in 2007-2008 eveneens een Europese aanbesteding gelopen. Dit traject werd afgesloten met een elektronische veiling waarbij de aanbieder werd geselecteerd die economisch het meest voordelig bleek en ook voldeed aan alle kwalitatieve eisen.

Het veilingresultaat bedroeg 21,2 procent korting op het gehele assortiment van de winnende leverancier. De gemiddelde

deelname per instelling bij deze aanbesteding bedroeg bijna 130.000 euro per jaar. Hiermee bedroeg de gemiddelde jaarlijkse besparing op lidniveau ruim 25.000 euro.

In totaal namen achttien zorgorganisaties deel aan dit Europese aanbestedingstraject, dat een totaal volume van zeven miljoen euro over de drie contractjaren bedroeg. Door deze relatief lage deelnamegraad onder de Intrakoop-leden zou het vertalen van deze gegevens naar de gehele zorgmarkt leiden tot uitspraken die onvoldoende representatief zijn voor de totale zorgmarkt.

### **Indirecte besparingen**

Een groot deel van de besparingen door deelname en door verdere inkoopprofessionalisering is niet direct in veilingresultaten of kortingspercentages uit te drukken. Een aantal voorbeelden:

- Aanbestedingstrajecten hebben vaak een doorlooptijd van meerdere maanden en kosten een inspanning van, naar schatting, 200 uren voor een inkoper. Deze tijdsinspanning en de kosten van bijvoorbeeld juridische ondersteuning zijn niet verwerkt in het bovengenoemde besparingspotentieel, maar worden wel degelijk gerealiseerd! Door deelname aan een collectieve aanbesteding besparen instellingen op hun eigen inkoopoverhead.
- In de regel wordt aangenomen dat elke inkomende factuur in een instelling gemiddeld 65 euro aan verwerkingskosten veroorzaakt. Door afspraken met leveranciers over verzamelfacturen en door afspraken in de interne organisatie over voorkeursleveranciers, kan bijvoorbeeld een ziekenhuis dat zo'n 15.000 inkomende facturen per jaar ontvangt, bij een reducering van het aantal facturen met tien procent, bijna 100.000 euro besparen.
- In de vakliteratuur over verenigingsmanagement wordt gesteld dat lidmaatschap van een vereniging een voordeel oplevert tussen de twintig en veertig procent, afhankelijk van de winstgevendheid van de branche. Dit stelt prof. dr. F. van Eenennaam, hoogleraar van het Strategy Center van de Nyenrode Business University.

### **3. De praktijk: inkoop staat te laag op de strategische agenda**

Intrakoop merkt dat er op het niveau van de Raden van Bestuur beperkt aandacht is voor de kansen die collectieve en professionele inkoop biedt. Inkoop is bovendien iets waarvan veel

mensen vinden dat ze het zelf kunnen. Inkopen is leuk. Echter, bij veel instellingen is het inkoopproces voor verbetering vatbaar. Zo komt overspecificeren veelvuldig voor, net als technisch in plaats van functioneel specificeren. Ook is contractbeheer een probleem binnen veel instellingen. Vaak is er zelfs geen sprake van een contract. Contractbeheer in termen van leveranciersprestatiemeting en -evaluatie blijkt nog vaak een utopie.

Wat ligt er ten grondslag aan deze situatie? Intrakoop merkt dat er binnen de sectoren cure en care verschillende 'inkoopculturen' bestaan, waar verbeteringen mogelijk zijn.

### **Inkoop door de cure**

In de cure-sector wordt de inkoopfunctie vaak onvoldoende benut. De organisaties hebben een grote en complexe organisatiestructuur met veel medewerkers. Er worden veel verschillende producten ingekocht, die vragen om specialistische kennis van de inkoopende partij.

Intrakoop ziet dat binnen veel organisaties onvoldoende is vastgelegd wie voor welk deel van het inkoopproces verantwoordelijk is. Waar wordt in de praktijk het inkoopproces geïnitieerd en wie heeft daarin vervolgens welke rol? Dat is niet altijd even duidelijk.

Het is bekend dat binnen het aankoopproces de grootste besparing valt te behalen door goede, centrale specificering. Echter, in de praktijk zien we maar al te vaak dat de inkoopfunctionaris pas bij het inkoopproces wordt betrokken als de selectie feitelijk al is geschied. Een duidelijke structuur met een vaste rolverdeling binnen het verwervingsproces waar alle partijen zich aan houden, zou de kwaliteit van de inkoopafdeling significant verbeteren. Uiteindelijk valt er dan veel te besparen.

### **Inkoop door de care**

Ook binnen de care-sector worden de mogelijkheden die een professioneel inkoopproces biedt vaak onvoldoende benut. Deze organisaties hebben over het algemeen een kleinere en minder complexe organisatiestructuur dan de ziekenhuizen, maar ook hier worden veel verschillende producten en diensten ingekocht. Vaak gaat het in absolute zin om minder geld dan in de cure en is er minder specialistische kennis nodig.

In veel organisaties is onvoldoende vastgelegd wie voor welk deel van het inkoopproces verantwoordelijk is. We zien dat de

inkoopafdeling vaak uit een zeer gering aantal functionarissen bestaat. Inkopen ligt vaak verdeeld binnen de organisatie en wordt decentraal geïnitieerd. Dit betekent ook hier dat de rol van inkoop vaak pas begint bij de eindonderhandelingen met een leverancier. De specificatiefase ontbeert transparantie, waardoor de grootste mogelijkheid tot besparing wegvalt. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de fusiestroom binnen de care leidt tot een snelle groei van grote, complexe organisaties. De wijze waarop het inkoopproces is geregeld, wordt dientengevolge wel steeds meer een onderwerp van gesprek.

### **Toekomst inkoop in de zorg**

Intrakoop merkt dat de rol van inkoop binnen de care en de cure groeit. Professionalisering van het inkoopproces is steeds vaker een onderwerp op de bestuursagenda. Good Governance, patiëntveiligheid, de rol van de zorgverzekeraar, geldstromen en nieuwe wetgeving maken dat het inkoopproces steeds meer van belang gevonden wordt.

Door professionalisering van het inkoopvak verandert de perceptie op de inkoper. Het beeld van de traditionele inkoper, die alleen even de korting moet bedingen, verdwijnt. Zaken als Europees aanbesteden, reversed auctions, elektronisch bestellen en factuurafhandeling, het gebruik van ERP-software en benadering vanuit principes als Total Cost of Ownership zetten inkoop steeds meer op de kaart.

## Bijlage 6

### Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
bbp	bruto binnenlands product
Bupa	Vereniging van Britse Zorgverzekeraars
BZK	Budgettair Kader Zorg
cao	collectieve arbeidsovereenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CPB	Centraal Planbureau
CTG	College tarieven gezondheidszorg
dbc	diagnose-behandelcombinatie
DNB	De Nederlandsche Bank
EHBO	eerste hulp bij ongelukken
EMU	Europese Monetaire Unie
ESB	Economisch Statistische Berichten
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
GP-fundholding	general practitioner fundholding
HKC	hogekostencompensatie
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
kWh	kilowattuur
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ova	overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling
PTCA	Percutane Transluminale Coronair Angioplastiek
pgb	persoonsgebonden budget
pPC	prijsonwikkeling particulier consumptie
ppp	purchasing power parity
PWC	PricewaterhouseCoopers
RA	registeraccountant
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SER	Sociaal-Economische Raad
tbs	terbeschikkingstelling
TBU	Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven
TOG	Tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende meervoudig en ernstig lichamelijk gehandicapte kinderen
Zvw	Zorgverzekeringswet