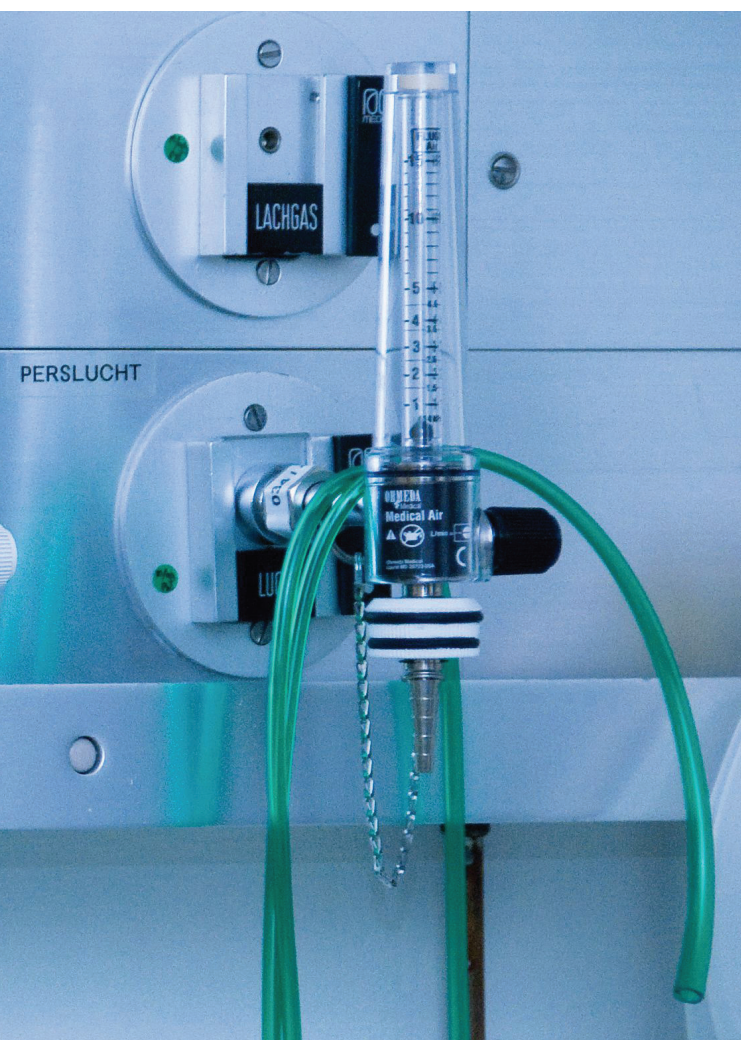




Centraal Planbureau

Gezondheid loont *Tussen keuze en solidariteit*



Toekomst
voor de zorg

Hoofdstuk 9

Curatieve zorg

9 Curatieve zorg

Rudy Douven en Casper van Ewijk

Verzekeren heeft grote waarde. Maar medisch-technisch wordt steeds meer mogelijk en patiënten worden veeleisender. Als deze trends zich voortzetten komen we in toenemende mate voor lastige keuzes te staan. Hoe stellen we grenzen aan wat in het verzekerde basispakket wordt opgenomen? En als aanvullende zorgverzekeringen steeds belangrijker worden, in welke mate moet die markt gereguleerd gaan worden? Welk systeem van eigen betalingen helpt om het gebruik van verzekerde zorg -selectief- af te remmen?

9.1 Grenzen aan de zorgverzekering

Tot voor kort werd vrijwel elke nieuwe medische technologie opgenomen in het basispakket van de ziektekostenverzekering (Zvw). De huidige Nederlandse medische zorg is up-to-date en loopt in de pas met het buitenland. Dankzij de voortdurende verbetering in de medische technologie leven we steeds gezonder en worden we ouder. En de medische technologie schrijdt in snel tempo voort. Robottechnologie en moleculaire biologie creëren enorme nieuwe behandelmogelijkheden. Gentechnologie en technologie voor verfijnde beeldvorming maken diagnoses steeds beter en eerder mogelijk. E-health-toepassingen brengen deze technologie ook steeds dichterbij de consument. Waar ligt de grens aan al deze mogelijkheden? Meer dan in het verleden zal actief een grens moeten worden gesteld aan wat wij tot de collectieve zorg rekenen en wat niet. Met alle gevoeligheden van dien. Dat levert lastige keuzes op: welke zorg, welke technologie en welke medicijnen worden nog wel tot de wettelijk verzekerde zorg gerekend en dus vergoed, en welke niet.

Van sommige behandelingen is het evident dat zij in het basispakket van de collectieve zorg horen, zoals antibiotica, bètablokkers, het gebruik van handschoenen voor een operatie, et cetera. Dat zijn zaken die goedkoop zijn, effectief en nuttig voor allen. Lastiger wordt het bij behandelingen die duur zijn, maar ook effectief gezondheidswinst opleveren. Hier moeten de kosten worden afgewogen tegen de baten. Bij veel behandelingen valt deze afweging gunstig uit, zoals bij een bypassoperatie of het plaatsen van stents bij vernauwde bloedvaten kort na een hartaanval. Bij andere behandelingen kan de afweging negatief uitvallen, omdat ze te duur zijn in verhouding tot de gezondheidswinst.

In Nederland beoordeelt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) de toelating van nieuwe geneesmiddelen en behandelingen tot het basispakket. Op grond van de Zorgverzekeringswet stelt het CVZ een positieve lijst op voor geneesmiddelen die wel vergoed worden en een negatieve lijst voor geneeskundige en verpleegkundige behandelingen die niet worden vergoed. Het is vervolgens aan artsen en verpleegkundigen om te bepalen welke behandelingen in welke situatie moeten plaatsvinden. Dit vindt zijn wortels in de wet die spreekt over de zorg die artsen en verpleegkundigen 'plegen te bieden', waarbij de inhoud en omvang van de zorg mede wordt bepaald door 'de stand van de wetenschap en praktijk', met de toevoeging dat de zorg slechts is verzekerd als de patiënt er 'redelijkerwijs op is aangewezen'. Cruciaal hierbij zijn de richtlijnen en standaarden die de wetenschappelijke verenigingen uitbrengen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijk van de individuele artsen.

Het CVZ hanteerde tot nu toe een viertal criteria, maar in praktijk ging het bij het pakketbeheer vooral om één criterium, de effectiviteit: heeft de behandeling een positief effect op de gezondheid.¹²¹ Zo zijn recent behandelingen met aortaklepprothese en endoprothese voor buikaneurysma's geweigerd omdat er twijfel bestond over de effectiviteit. Het CVZ heeft ook onderzoek gedaan naar protonentherapie, radiotherapie voor bepaalde zeldzame vormen van kanker; patiënten gingen voor behandeling naar het

¹²¹ Zie bijvoorbeeld Brouwer en Rutten (2012), Brouwer en Van Exel (2012) en Pomp e.a. (2007).

buitenland en verzekeraars vroegen zich af of dit vergoed moest worden. Uiteindelijk is besloten de behandeling voor bepaalde typen van kanker niet uit te sluiten. Dat behandelingen op grond van het striktere criterium van kosteneffectiviteit worden geweigerd, komt in Nederland praktisch niet voor. Een enkele keer lukt het om de prijzen van medicijnen te verlagen, zoals recentelijk bij Xolair, een middel tegen ernstige astma. Bij andere medicijnen heeft het CVZ onlangs wel geadviseerd om ze niet te vergoeden op grond van onvoldoende kosteneffectiviteit, maar is het advies niet door de minister overgenomen, zoals bij medicijnen tegen de ziekte van Pompe en ziekte van Fabry.

In het regeerakkoord van Rutte II staat het voornemen om kosteneffectiviteit en noodzakelijk als voorliggende criteria in de wet op te nemen (zie ook het tekstkader 'Kabinet Rutte II en de curatieve zorg').

Kabinet Rutte II en de curatieve zorg

In het regeerakkoord is al een aantal maatregelen op het gebied van de eigen betalingen en pakketbeheer genomen om de collectieve zorguitgaven in de Zvw te beperken.

Eigen betalingen:

Het kabinet Rutte I heeft het verplichte eigen risico van 220 euro verhoogd naar 350 euro in 2013. Via de zorgtoeslag worden mensen met een laag inkomen gecompenseerd. Het Kabinet Rutte II is voornemens het eigen risico inkomensafhankelijk te maken: lage inkomens krijgen een lager eigen risico dan 350 euro, hoge inkomens een hoger eigen risico. Daarnaast wordt een eigen betaling van 50 euro ingevoerd voor mensen die buiten de huisarts om de spoedeisende eerste hulp bezoeken.

Omvang van het basispakket

Op het gebied van het pakket zal in de kabinetsperiode ingezet worden op een stringent pakketbeheer, waarbij alleen noodzakelijke en kosteneffectieve zorg in het basispakket worden vergoed. Het criterium kosteneffectiviteit wordt daarbij wettelijk verankerd. De ingezette kostenbesparing bedraagt 0,2 mld euro. Daarnaast is door het kabinet Rutte I al bepaald dat de omvang van het basispakket in de Zvw met 1,3 miljard euro zou moeten worden verkleind aan de hand van het criterium 'lage ziektelast'. Ook wordt elk jaar een deel van het basispakket doorgelicht met een taakstellend percentage aan uitgavenbeperkende pakketmaatregelen. Voor nieuwe technologie of behandelingen geldt een voorwaardelijke toelatingsperiode van maximaal vier jaar, waarna de minister van VWS uiteindelijk bepaalt of de nieuwe interventie definitief wordt toegelaten tot het pakket.

Keuzevrijheid in aanvullende verzekeringen

De verplichte basisverzekering gaat worden ingeperkt tot naturapolissen. Mensen die desondanks een restitutiepolis willen, en bijvoorbeeld naar ziekenhuizen willen die niet in de naturapolis zijn opgenomen, moeten die extra faciliteit onderbrengen in de aanvullende verzekering.

Wanneer de medische technologie zich snel blijft ontwikkelen, zullen in de toekomst vaker grenzen gesteld worden aan de toelating van behandelingen. Ook voor behandelingen die op zich effectief zijn om patiënten te helpen, maar toch afvallen omdat de baten maatschappelijk niet opwegen tegen de kosten. Wanneer niet meer alle zorg wordt vergoed in het basispakket, kan dat ingrijpende gevolgen hebben voor het zorgstelsel.

9.2 Een afwegingskader voor het pakketbeheer

De afbakening van het basispakket is een belangrijke sleutel in de ontwikkeling van de collectieve zorguitgaven in de toekomst. Tegelijkertijd is het een moeilijke en politiek gevoelige sleutel. Durven wij grenzen te stellen aan de zorg? Durven wij nee te zeggen tegen bepaalde nieuwe behandelingen en geneesmiddelen, ook als dat directe gevolgen heeft voor herkenbare patiëntengroepen? De afbakening van het basispakket kan op twee manieren worden benaderd: vanuit solidariteit of vanuit de verzekeringsgedachte. Beide zijn nauw met elkaar verbonden, maar ze zijn toch niet helemaal gelijk.

Afbakening van het basispakket op grond van kosteneffectiviteit...

Bij de verzekeringsgedachte gaat het om de vraag: zou ik mijzelf –nu ik nog geen voorkennis heb van mijn gezondheidsrisico's– verzekeren voor een bepaalde behandeling of niet? Dit is toegelicht aan de hand van het voorbeeld over Elisabeth in hoofdstuk 7. De optimale verzekering beperkt zich tot de behandelingen die ik ook werkelijk zou 'kopen' als de verzekering de kosten van de behandeling in geld uitkeerde in plaats van in zorg. Dus als ik het bedrag van 30.000 euro, dat ik zou ontvangen nadat borstkanker is vastgesteld, ook werkelijk zou besteden aan de behandeling van de borstkanker. Behandelingen waarvan ik het verzekeringsgeld achteraf liever aan andere zaken zou besteden, behoren op basis van de verzekeringsgedachte niet in het optimale verzekerde pakket. Dit is een tamelijk abstract principe, zeker wanneer ik niet zelf over mijn zorg beslis, maar de arts, maar niettemin geeft het een belangrijk beginsel. Het beredeneert de pakketafbakening vanuit de voorkeuren van de consument.

Een manier om deze benadering toe te passen ligt in het criterium van kosteneffectiviteit. Een behandeling is kosteneffectief als de baten in termen van gezondheidswinst opwegen tegen de kosten van de behandeling. Door de baten uit te drukken in een uniforme maat, namelijk *quality adjusted life years* (qaly), krijgen we een objectief criterium voor de kosteneffectiviteit. De qaly is een maatstaf voor de gezondheidswinst, gedefinieerd als aantal gewonnen levensjaren gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven (zie ook hoofdstuk 2). De RVZ (2006) heeft voorstellen gedaan om de waarde van een qaly te expliciteren en stelde een waarde voor van 80.000 euro per qaly bij de hoogste ziektelast. Een buitenlands voorbeeld is het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Het is ook het enige instituut in de wereld dat een expliciete qaly-grens hanteert. De kritieke grens die men hanteert ligt tussen de 20.000 en 30.000 Engelse pond per qaly.

...en noodzakelijkheid...

Er zijn goede redenen om gewicht te geven aan de noodzakelijkheid van de behandeling. Dit criterium volgt niet uit de verzekeringsbenadering, maar heeft te maken met de bijzondere vorm van solidariteit in de zorg. Onderzoek laat zien dat er een hogere maatschappelijke bereidheid is om te betalen per qaly naarmate de ziekte ernstiger is. We zijn dus meer solidair met mensen die een ernstige ziektelast hebben, dan met mensen met een lichte ziektelast.¹²² Voor een belangrijk deel zijn deze kwesties sociaal en cultureel bepaald.

¹²² Stolk e.a. (2004).

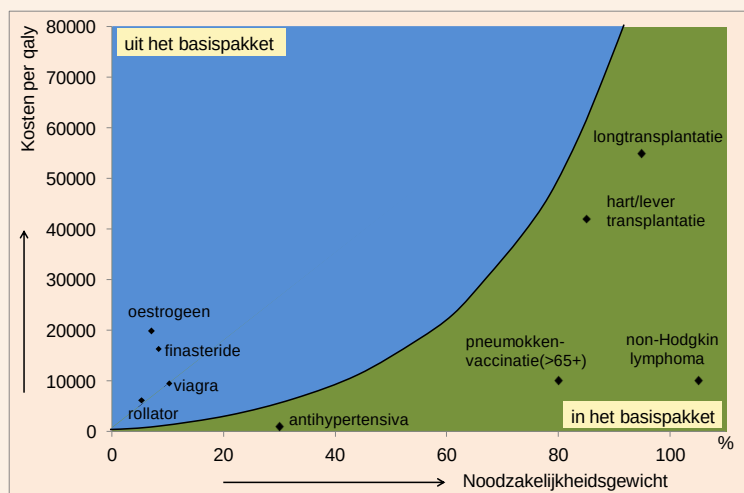
...leidt tot een nieuw afwegingskader

Op basis van deze gedachten zijn door het CVZ (2009) en in de literatuur voorstellen gedaan om de ziektelast en de kosteneffectiviteit te integreren tot een nieuw afwegingskader (zie hoofdstuk 6). Dit wordt toegelicht in het tekstkader 'Kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid van een behandeling'. Het idee is dat voor noodzakelijke zorg met een hogere waarde van een qaly wordt gerekend dan voor minder noodzakelijke zorg. De waarde van een qaly varieert hier –als indicatie– van 10.000 euro voor een lage ziektelast tot 80.000 euro voor een ernstige ziektelast. Neem bijvoorbeeld een longtransplantatie die rond de 50.000 euro per qaly kost en het medicijn viagra dat 10.000 euro per qaly kost. Omdat aan de dure longtransplantatie een hoge noodzakelijkheid wordt toegekend, valt deze wel binnen de kritische grens voor het basispakket, terwijl viagra erbuiten valt.

Kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid van een behandeling

In het voorgestelde beoordelingskader voor het toelaten van nieuwe behandelingen tot het basispakket, zetten we het criterium kosteneffectiviteit naast andere solidariteitscriteria, zoals de noodzakelijkheid van een behandeling. In de figuur wordt deze afweging grafisch weergegeven met behulp van een indicatieve drempelwaarde (zie ook Brouwer en Rutten, 2012). Het betreft een voorbeeld, nader onderzoek is nodig om de drempelwaarde precies te bepalen. Op de verticale as staat de kosteneffectiviteit van een behandeling en op de horizontale as het toegekende noodzakelijkheidsgewicht van een behandeling (zie Stolk e.a., 2004). Bijvoorbeeld, voor viagra en de rollator is de solidariteit om dit collectief te vergoeden kleiner dan voor ernstige hart-, long- of levertransplantaties. Deze laatste drie behandelingen vallen onder de drempelwaarde, omdat we als maatschappij bereid zijn om hier per qaly meer voor te betalen.

Afweging tussen kosten per qaly en noodzakelijkheidsgewicht



Andere overwegingen bij het pakketbeheer

Kosteneffectiviteit en solidariteit (voor noodzakelijke zorg) kunnen niet de enige criteria zijn in het pakketbeheer. We noemen enkele andere, zonder er verder op in te gaan. Zo maakt hoofdstuk 6 onderscheid tussen omstandigheden en inzet. De collectieve verzekering is bestemd voor risico's die mensen zelf niet in de hand hebben, dus vooral voor heupbreuk en blinde darm ontsteking, maar in mindere mate voor zwangerschap of kraamzorg. Ook voor preventie is verzekeren niet evident. Verder kan er discussie zijn of bepaalde bewust

genomen risico's, bijvoorbeeld ongelukken door extreme sporten, tot de basisverzekering horen.

Daarnaast heeft wel of niet opname in het basispakket ook invloed op het gedrag van mensen. Verzekering van de zorg kan extra gebruik stimuleren; soms is dat gewenst (de anticonceptiepil voor jeugdigen, de huisarts wellicht, goedkope behandelingen die dure vervangen), maar vaak leidt het tot overmatig gebruik (rollator, Viagra, de huisarts wellicht). Dit kan ook een rol spelen bij de pakketafbakening. Ten slotte kan ook rekening worden gehouden met externe effecten, zoals de kans op resistentie bij de betreffende bacteriën bij overmatig gebruik van antibiotica. Voor de individuele patiënt kan de behandeling dan wel kosteneffectief zijn, maar uit maatschappelijk oogpunt niet.

Hoe vertaalt dit zich naar de richtlijnen en standaarden...?

Pakketafbakening is complex. Zo is een kijkoperatie bij de ene aandoening van de knie wel zinvol, bij de andere niet. Voor een patiënt die in goede gezondheid verkeert en geen last heeft van andere aandoeningen (comorbiditeit), zal een zware behandeling kansrijker zijn dan voor een andere. Via richtlijnen en professionele zorgstandaarden wordt preciezer vastgelegd welke behandeling onder welke omstandigheid het meest passend is. Deze richtlijnen en standaarden worden opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen.

De vraag is nu hoe een afwegingskader, waarin het herwogen kosteneffectiviteitscriterium een zwaardere rol speelt, zijn weerslag kan gaan vinden in de richtlijnen en standaarden. Als kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid wettelijk voorliggende criteria worden, kan dan van de wetenschappelijke verenigingen gevraagd worden om deze criteria ook mee te wegen bij het opstellen van richtlijnen en standaarden? Of is het beter om het CVZ de bevoegdheid te geven de richtlijnen en standaarden te toetsen, voor zover ze bepalend zijn voor de vraag welke behandelingen vergoed worden uit de verplichte zorgverzekering? Zowel zorgverzekeraars als patiënten dienen immers te weten welke zorg vergoed wordt.

Een buitenlands voorbeeld is het Engelse NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*). Onder auspiciën van NICE worden de richtlijnen, mede op basis van het doelmatigheidscriterium, opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen. In Duitsland bestaat het Gemeinsamer Bundesausschuss waar belanghebbenden in de zorg gezamenlijk werken aan het pakketbeheer en bijbehorende kwaliteitsmaatstaven en richtlijnen. Hierbij worden ze ondersteund door een kwaliteitsinstituut. Ziekenhuizen zijn verplicht om aan dit instituut kwaliteitsindicatoren (proces- en uitkomstindicatoren) aan te leveren. Deze worden beoordeeld voordat de vergoedingen aan ziekenhuizen worden uitbetaald.¹²³

...en naar de spreekkamer?

Duidelijke richtlijnen zijn vooral ook van belang voor de individuele arts die in zijn spreekkamer soms lastige keuzes moet maken. Bijvoorbeeld bij ouderen, die geneesmiddelen voor meerdere ziektes tegelijk gebruiken, is correct gebruik vaak moeilijk. Om de balans tussen gezondheidswinst, acceptabele bijwerkingen en risico's te vinden, is

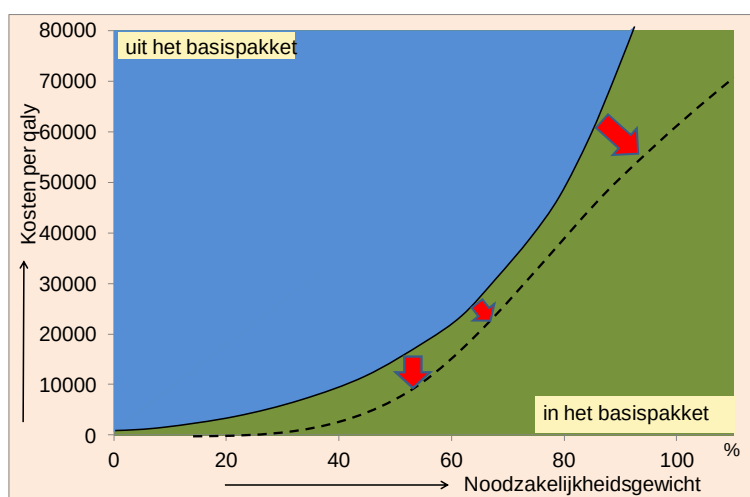
¹²³ Zie Busse e.a. (2011).

verre van eenvoudig. Zo lijkt er consensus te zijn ontstaan dat doorbehandeling aan het eind van het leven niet altijd zinvol is, dat eerdere inzet van palliatieve zorg de voorkeur kan verdienen.¹²⁴ Niet alleen bij ouderen, ook bij jongeren moet de arts een afgewogen oordeel kunnen vellen. Duidelijke richtlijnen zijn daarbij een onontbeerlijk hulpmiddel.

Hoe duurzaam is dit afwegingskader?

Het hier geschetste afwegingskader is in beginsel bestand tegen toekomstige ontwikkelingen. Stel dat de komende decennia een stroom van nieuwe medische technieken het licht zullen zien. Als dat vooral technieken zijn met een lage kosteneffectiviteit, dat wil zeggen dat de gezondheidswinst voor een doorsnee verzekerde heel klein is en de kosten heel hoog zijn, dan zullen veel van die technieken niet worden toegelaten tot het basispakket. De kosten van het basispakket ontwikkelen zich dan op een beheerste manier. En die mensen die toch graag toegang willen tot die dure en minder effectieve behandelingen, kunnen zich daarvoor aanvullend verzekeren. Als het vooral technieken zijn met een hoge kosteneffectiviteit, dan worden ze wel toegelaten tot het basispakket. Mocht daardoor de premiedruk al te sterk oplopen, dan kan worden besloten om de criteria iets aan te scherpen. Dit houdt in dat de qaly-grens wordt verlaagd, zodat een aantal behandelingen niet tot het pakket worden toegelaten (zie figuur 9.1).

Figuur 9.1 Bij stijgende zorguitgaven kan de drempelwaarde aangepast worden



9.3 Differentiatie in verzekeringen

Wanneer de technische mogelijkheden sneller stijgen dan de zorg die tot het basispakket wordt toegelaten, zullen sommige mensen –met name mensen met hogere inkomens– die dure maar niet altijd even effectieve zorg gaan kopen buiten de basisverzekering om. Deze tendens zien wij nu ook al in landen die voor een bewust sobere basisvoorziening hebben gekozen, zoals de National Health Service (NHS) in het Verenigd Koninkrijk, of Medicaid voor lage inkomens in de Verenigde Staten. Tot op zekere hoogte is het mogelijk om het aanbieden van ‘luxe’ zorg in het binnenland te ontmoedigen, maar in dat geval wijken mensen uit naar top medische centra in het buitenland. Als in de toekomst veel nieuwe

¹²⁴ Zie Wennberg (2010).

behandelingen beschikbaar komen die vanwege te lage effectiviteit niet worden toegelaten tot het basispakket, ontstaat geleidelijk aan meer differentiatie in zorg.

Men wil zich ook voor de aanvullende zorg verzekeren; het gaat immers om grote en onzekere kosten. Zonder overheidsregulering komt de markt voor aanvullende verzekeringen echter moeizaam tot stand. Averechtse selectie, waarbij alleen de mensen met hoge risico's zich verzekeren, en gebrekkige transparantie maken dat een vrije verzekeringsmarkt imperfect is. Overheidsregulering kan dit ondervangen door de aanvullende verzekeringen aantrekkelijker te maken en de markt meer transparant. Dat kan bijvoorbeeld door de verzekering aftrekbaar te maken van belastingen, zoals in veel landen het geval is, bijvoorbeeld in Frankrijk en de VS. Om averechtse selectie tegen te gaan, kan de overheid regels en financiële instrumenten inzetten om de markt beter te laten werken.

In Duitsland bestaat de mogelijkheid voor hoge inkomens om zich te onttrekken aan de sociale verzekering en te kiezen voor een duurdere private kapitaalverzekering. In Australië kent men al enkele decennia een duaal stelsel met een basisvoorziening voor iedereen, Medicare geheten, en een gereguleerde private markt voor aanvullende verzekeringen. Het duurdere pakket biedt onder andere vrije keuze van artsen, terwijl het sobere basispakket alleen recht geeft op een voorgeschreven behandelaar. Verzekeraars hebben acceptatieplicht en mogen in de private markt bij de premiestelling geen onderscheid maken naar gezondheidskenmerken. Averechtse selectie trad op een gegeven moment op, jonge en gezonde verzekerden namen steeds minder vaak aanvullende verzekeringen. Dit leidde tot additionele regulering, zoals subsidiëring van premies, en een hogere belasting voor hoge inkomens die geen aanvullende verzekering afnemen. De ervaring in Australië onderstreept het punt dat adequate regulering nodig zal zijn, wil de markt voor aanvullende verzekeringen een substantiële rol gaan vervullen.

In Nederland kunnen verzekeraars verschillende pakketten aanbieden, zowel binnen de huidige basisverzekering als via aanvullende verzekeringen. De huidige basisverzekering biedt ruimte voor differentiatie, omdat vergoedingen in de wet gedefinieerd zijn via functionele aanspraken. Dat betekent dat alleen de aard, inhoud en omvang van de zorg wettelijk zijn geregeld, maar niet door wie en waar de zorg geleverd wordt. Verzekeraars hebben daarom ruimte om selectief in te kopen en daarmee meer doelmatigheid af te dwingen in de zorg. Differentiatie is ook mogelijk via collectieve contracten die via werkgevers of andere collectieven worden geregeld.

Differentiatie verbetert de afstemming van de zorg op de uiteenlopende voorkeuren van individuen en groepen, maar gaat ten koste van de gelijkheid in de zorg. In termen van figuur 9.1 over de afbakening van het pakket: door differentiatie kan het pakket aansluiten bij de qaly per groep, waarbij hogere inkomens kunnen kiezen voor een hogere qaly dan lagere inkomens. Een deel van de zorg die in de toekomst mogelijk buiten het sobere basispakket komt te vallen, past daardoor wel binnen het gewenste pakket voor de hogere inkomens. Een illustratieve berekening in hoofdstuk 6 laat zien dat de verbetering van de 'allocatieve efficiëntie' –de afstemming van zorg op de voorkeuren– een welvaartswinst kan opleveren van ½ tot 12% van het bbp.

Uitgaven aan curatieve zorg

In 2008 gaven we 46,6 mld euro uit aan curatieve zorg. Dat was 7,8% van het bbp. Het grootste deel van die uitgaven (36 mld euro) werd collectief gefinancierd via de nominale en inkomensafhankelijke premies in de Zvw. Een klein deel van de collectieve financiering kwam van overheden, zoals voor academische ziekenhuizen en GGD's (2,2 mld euro).

Van de curatieve zorguitgaven is ongeveer 18% private betalingen

Van de 46,6 mld euro betaalden gezinnen ongeveer 18% (8,4 mld euro) uit eigen zak. Bij deze eigen betalingen in de curatieve zorg ging het voor 1,3 mld euro om eigen bijdragen in de Zvw vanwege het verplichte eigen risico (van toen nog 150 euro per volwassene). Voor 3,2 mld euro bestonden deze eigen betalingen uit aanvullende verzekeringen in de private verzekeringsmarkt, voornamelijk voor tandartsen en paramedici. Daarnaast betaalden gezinnen nog eens 3,9 mld euro rechtstreeks uit eigen zak, grotendeels voor genees- en hulpmiddelen zonder voorschrift van een arts.

Helpt van de Zvw-zorguitgaven zijn ziekenhuisuitgaven

Veruit het meeste geld ging op aan ziekenhuiszorg. De meestal dure geneesmiddelen die medisch specialisten voorschrijven, zijn daarbij inbegrepen. De kortdurende GGZ valt sinds 2008 ook onder de Zvw. Patiënten hoeven nooit te betalen voor de huisarts, ook niet onder het eigen risico van de Zvw. De uitgaven voor genees- en hulpmiddelen (voor zover niet voorgeschreven door een specialist) beslaan 20% van de uitgaven aan curatieve zorg.

Uitsplitsing van de uitgaven aan curatieve zorg (mld euro, 2008)

	Collectief	Gezinnen	Overig	Totaal
	mld euro			
Ziekenhuiszorg	19,0	1,0	0,3	20,3
Geestelijke gezondheidszorg	4,7	0,2	0,0	4,9
Huisarts	2,4	0,0	0,0	2,4
Tandarts, paramedisch	1,3	2,7	0,0	4,0
Genees- en hulpmiddelen	5,8	3,1	0,2	9,0
Overig	2,8	1,4	1,7	5,9
Totaal	36,0	8,4	2,2	46,6

Bron: CBS, Gezondheid en zorg in cijfers 2008; eigen berekeningen. Voor latere jaren is deze uitsplitsing nog niet beschikbaar.

9.4 Financiële prikkels of risicosolidariteit

Het Nederlandse stelsel kenmerkt zich door een hoge mate van solidariteit. In het ziekenhuis krijgt iedereen dezelfde zorg, dat noemen we de zorgsolidariteit. En de risico's zijn in hoge mate verzekerd, de risicosolidariteit.

Verbod op premiedifferentiatie in de basisverzekering

De basisverzekering dekt niet alleen de onzekere gezondheidsrisico's. Verzekeraars mogen bij hun premie geen onderscheid maken tussen mensen van wie al bekend is dat zij een hogere kans op ziektekosten hebben en mensen voor wie dat niet geldt. Dit is een belangrijke toevoeging aan de risicosolidariteit van de basisverzekering; het biedt een verzekering voor mensen die de pech hebben bij geboorte een zwak gestel mee te krijgen en het biedt verzekering voor chronisch zieken tegen dezelfde premie als gezonde mensen.

Gezondheid is echter niet alleen iets wat we bij geboorte krijgen, maar het hangt ook sterk af van de keuzes die we in het leven maken. We investeren wel of niet in een gezonde leefstijl, we kiezen voor minder of meer risicovolle beroepen, en we doen wel of niet aan risicovolle

sporten. Ongeveer 6% van de totale kosten van de gezondheidszorg is direct toe te schrijven aan ongezond gedrag.¹²⁵ Een belangrijk deel van de gezondheidsverschillen hangt samen met de keuzes die wij zelf maken (zie hoofdstuk 8). Door de doorsneepremie ontbreekt de prikkel om 'gezonde' keuzes te stimuleren en risicovolle keuzes te ontmoedigen. Dit is opnieuw een geval van moreel gevaar (zie ook hoofdstuk 6 en 7). Gezond gedrag wordt niet beloond met een lagere premie. Dat is een keerzijde van de hoge mate van risicosolidariteit.

Eigen betalingen verminderen de risicosolidariteit maar vergroten de efficiëntie

Ziektekosten zijn groot en onzeker, dat vraagt om een verzekering. Ziektekosten vormen gemiddeld een vijfde van de bestedingen en de onzekerheid is groot.¹²⁶ Wij willen niet op onverwachte momenten met hoge kosten voor zorg worden geconfronteerd, de kosten zijn immers erg onzeker.

Anderzijds weten we dat verzekeren leidt tot moreel gevaar. Dat ondergraaft de efficiëntie van het zorgstelsel: omdat de verzekeraar toch betaalt vraagt de verzekerde om ook behandelingen uit te voeren die geen of weinig nut hebben, 'baat het niet dan schaadt het ook niet' (zie het tekstkader 'Wat is bekend over gedragseffecten van eigen betalingen'). Door eigen betalingen in te voeren gaat de verzekerde in essentie een deel van het risico zelf dragen. Als de eigen betalingen 10% van alle verzekerde uitgaven bedragen, dan draagt de verzekeraar 90% van de risico's en de verzekerde de resterende 10%. De verzekeringsgraad (of risicosolidariteit) is dan 90%.

Positieve en negatieve effecten van eigen betalingen

Figuur 9.2 geeft schematisch inzicht in de effecten van een hoge verzekeringsgraad met lage eigen betalingen en een lage verzekeringsgraad met hoge eigen betalingen.

Verzekeren neemt financiële onzekerheid weg en geeft toegang tot zorg die zonder verzekering voor de meeste mensen niet betaalbaar zou zijn. Dit is vooral een voordeel als het gaat om zeer onzekere gebeurtenissen, zoals de kleine kans dat iemand een zware operatie moet ondergaan. Verzekeren heeft minder voordeel naarmate het risico op een aandoening meer voorspelbaar is en naarmate het om kleinere bedragen gaat. In dat geval kan de consument door zelf te sparen ook al rekening houden met de kosten van de aandoening. In hoofdstuk 7 bleek dat verzekeren vooral voor mensen met een laag inkomen van groot belang is. Zij kunnen inkomensschokken moeilijker opvangen dan anderen. Ook de toegankelijkheid van de zorg is vooral van belang voor mensen met lage inkomens. Uit het Health Insurance Experiment (HIE) in de VS bleek bij mensen met een laag inkomen en een chronische aandoening dat verzekeren een positief effect op hun gezondheid had.¹²⁷ Voor anderen vond men geen effect. Verzekeren effent ook de weg voor verzekeraars om als kritische inkoper van zorg voor hun verzekerden op te gaan treden, een van de kernpunten van de stelselherziening van 2006.

¹²⁵ IBO, 2007.

¹²⁶ Zie hoofdstukken 2 en 7 en het tekstkader 'Uitgaven aan curatieve zorg'.

¹²⁷ Zie tekstkader 'Wat is bekend over gedragseffecten van eigen betalingen?'

Figuur 9.2 Effecten van hoge en lage eigen betalingen in een breed basispakket

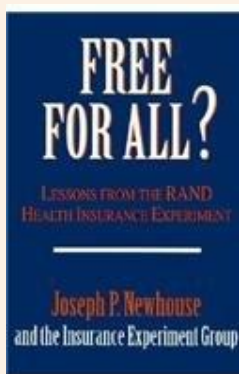


Bij hoge eigen betalingen is de patiënt gedwongen zelf de afweging te maken of de zorg noodzakelijk is of niet. Dat kan helpen om het aantal minder nuttige behandelingen in te perken en zodoende de kosten van de verzekering laag te houden, het remgeldeffect. Eigen betalingen zijn daarom vooral geschikt voor behandelingen die gevoeliger zijn voor overmatig gebruik. Eigen betaling voor een polsbreuk heeft niet veel zin; die moet toch geopereerd worden, of de ongelukkige daar nu aan meebetaalt of niet. Voor behandelingen waar de noodzaak minder evident is, is een financiële prikkel op zijn plaats. Als mensen voor een second opinion of fysiotherapie een deel zelf betalen, kan dat wel van invloed zijn op de keuze. Ook kan een eigen risico voor amandelen knippen maken dat de consument nog eens extra vraagt aan de kno-arts of het wel echt nodig is. Onderzoek laat zien dat verzekerden veel gevoeliger zijn voor eigen betalingen bij bezoek aan de huisarts of paramedicus, dan wanneer ze het ziekenhuis bezoeken. Dit suggereert dat het invoeren van eigen risico's bij de huisarts tot kostenbesparing kan leiden. Wanneer daardoor ook mensen minder worden doorverwezen, is de kostenbesparing nog groter.¹²⁸ Echter, wanneer door eigen betalingen mensen direct naar het ziekenhuis gaan en de huisarts overslaan, kan het juist ongunstig uitpakken.

Een systeem van eigen betalingen verhoogt de betrokkenheid van patiënten bij het zorgproces. Op lange termijn kan het ook gevolgen hebben voor de inrichting van de zorg. Door meer financiële verantwoordelijkheid bij de consument te leggen, zal ook de druk toenemen om meer zeggenschap te krijgen over de eigen zorg. Een wereld waarin de consument wel betaalt maar niet bepaalt, is in beperkte mate mogelijk. Hier komen wij in het slothoofdstuk op terug.

¹²⁸ Zie Van Vliet (2004) en Van de Ven en Schut (2010).

Wat is bekend over gedragseffecten van eigen betalingen?



Voor de gedragseffecten van eigen betalingen wordt voor een groot deel verwezen naar het RAND Health Insurance Experiment (RAND HIE) dat plaatsvond rond 1980 in de Verenigde Staten (Newhouse, 1993, *Free For All?*). Het betrof een onderzoek van 5800 mensen die willekeurig waren verspreid over de VS. Uit het HIE-onderzoek komt naar voren dat consumenten gevoelig zijn voor eigen betalingen. Zonder eigen betalingen zouden de zorguitgaven van een gemiddelde verzekerde ongeveer 30 procent hoger zijn dan in een systeem waarbij de verzekerde 95 procent van de zorgkosten zelf moet betalen. Bij mensen met een laag inkomen was het effect groter.

Eigen betalingen bleken vooral een effect te hebben op minder ernstige medische zorg, zoals huisartsenzorg of fysiotherapie. De besparingen werden gerealiseerd omdat de verzekerden minder vaak een zorgaanbieder bezochten. Voor mensen met een laag inkomen in het onderzoek werd geen relatie gevonden tussen de behandelingen die de arts tijdens een consult uitvoerde en de hoogte van de eigen betaling. Eigen betalingen leidden dus vooral tot een vermindering van het aantal ziekte-episodes en hebben nauwelijks invloed op de behandelingen die plaatsvinden tijdens een ziekte-episode. Er werden ook geen grote verschillen gevonden tussen hoge en lage inkomens.

De hoogte van de eigen betaling bleek voor de meeste mensen geen negatief effect te hebben op hun gezondheid. Alleen bij mensen met een laag inkomen en een slechte gezondheid trad wel een negatief effect op. Dit is een opmerkelijke uitkomst. Het impliceert dat bij de andere verzekerden, die ook minder zorg kregen, de negatieve effecten op de gezondheid even groot moeten zijn geweest als de positieve effecten. Eigen betalingen leiden dus vrijwel in gelijke mate tot een vermindering van effectieve en niet-effectieve behandelingen.

Het effect van eigen betalingen op de hoeveelheid verleende zorg hangt mede af van de manier waarop de zorg is georganiseerd. Zo is in een stelsel met strengere indicatiestelling minder ruimte voor overmatig gebruik. Het effect van eigen betalingen is dan dienovereenkomstig kleiner. Van Vliet (2004) vond bij Nederlandse particulier verzekerden (vóór 2006) overigens effecten in dezelfde orde van grootte als die van HIE. Als het proces van indicatiestelling minder streng is, kan het effect op macroniveau kleiner zijn dan op microniveau. Empirische studies meten doorgaans effecten bij individuele verzekerden, op microniveau. Bij het verhogen van een eigen risico voor de gehele populatie zien aanbieders dat hun inkomen daalt. Als de organisatie van het zorgproces daar ruimte voor laat, kunnen ze daarop reageren door meer vraag uit te lokken, waardoor de totale uitgavendaling lager uitvalt.

9.5 Diverse systemen van eigen betalingen

Er bestaan veel verschillende systemen van eigen betalingen. Wij bespreken er een aantal.

Eigen bijdrage per behandeling

Een eigen bijdrage per behandeling houdt in dat een verzekerde een deel van de kosten van een behandeling uit eigen zak betaalt. In zijn eenvoudige vorm wordt dit toegepast op alle behandelingen van een bepaalde zorgaanbieder. Een bekend voorbeeld uit het verleden is de

invoering van de medicijnknaak in 1983. Dit betrof een eigen bijdrage van 2,50 gulden per recept tot een maximum van 125 gulden per jaar. Het effect op de hoeveelheid gebruikte medicijnen bleek ongeveer gelijk aan wat men op basis van het HIE zou verwachten.

Het voordeel van deze vorm van eigen betalingen is dat deze heel transparant is. Het sluit goed aan bij het idee dat alles een prijs heeft. En door die transparantie verhoogt het de betrokkenheid van de patiënt. Het nadeel van een en dezelfde bijdrage voor alle behandelingen, in dit geval alle medicijnen, is dat het weinig gericht is. Dat biedt meer ruimte voor averechtse effecten. In dit geval nam de hoeveelheid medicijnen per recept toe en daarmee ook de mate van verspilling. Belangrijker nog is dat geen onderscheid wordt gemaakt tussen behandelingen die evident gunstig zijn en die minder evident gunstig zijn voor de gezondheid. En de kosten kunnen behoorlijk oplopen voor chronisch zieken met een laag inkomen.

Value-based eigen betalingen

Een meer uitgewerkte toepassing van eigen betalingen is *value-based* eigen betalingen. De hoogte van de eigen betaling hangt hier af van de toegevoegde waarde van de behandeling voor de patiënt. Kosteneffectieve behandelingen worden bevorderd door een lage eigen betaling, minder kosteneffectieve behandelingen worden ontmoedigd met hoge eigen betalingen. In de VS zijn verschillende experimenten gedaan met *value-based* eigen betalingen, vaak in de sfeer van preventie van ziekten. Zo heeft het afschaffen van eigen betalingen voor cholesterolverlagers voor werknemers van het Amerikaanse bedrijf Pitney Bowles een aantoonbaar gunstig effect gehad op de therapietrouw in het slikken van deze medicijnen. Het is dus een manier om patiënten, die niet altijd voldoende informatie bezitten, de beste behandelmethode te laten kiezen.

Het kwijtschelden van het eigen risico door een zorgverzekeraar, wanneer verzekerden een voorkeursaanbieder bezoeken, kan gezien worden als een vorm van *value-based* eigen betalingen. Een andere invulling is de recentelijk ingevoerde eigen bijdrage van 50 euro voor mensen die zonder verwijzing van een huisarts zich melden bij een spoedeisende eerste hulp. Op deze manier wordt immers voorkomen dat mensen direct naar de dure spoedeisende eerste hulp gaan wanneer een goedkoper huisartsbezoek ook al effectief is.

Een andere vorm van differentiatie is om naar de ziektelast of het noodzakelijkheidsgewicht van een behandeling te kijken. In België betalen patiënten hogere eigen bijdragen voor antibiotica, middelen tegen astma en maagzuurremmers, dan voor levensnoodzakelijke geneesmiddelen, zoals middelen tegen kanker, diabetes en epilepsie.¹²⁹ Hier is de waarde dus mede gebaseerd op maatschappelijke voorkeuren.

¹²⁹ Zie Van Kleef en Van de Ven (2012).

Maximum eigen bijdrage per jaar

De huidige zorgverzekering Zvw in Nederland kent een eigen risico voor alle uitgaven die iemand per jaar maakt, de huisarts uitgezonderd. Het eigen risico van 350 euro is een voorbeeld van een eigen risico aan de voet (een *deductible*). Hierbij betaalt de consument de eerste 350 euro aan zorguitgaven zelf. Boven de 350 euro worden de zorguitgaven volledig vergoed door de verzekering.

Het voordeel van deze eenvoudige systematiek is dat vooral kleinere uitgaven onverzekerd blijven. Kleinere uitgaven voegen weinig toe aan de waarde van verzekeren, mensen kunnen die onzekerheid doorgaans goed zelf opvangen. Nadeel is dat de eigen betaling een gelijk bedrag voor iedereen is. Een hoog eigen risico aan de voet is bezwaarlijk voor mensen met een laag inkomen, voor hen is de verzekeringswaarde wél hoog. Een tweede bezwaar is dat het een weinig gerichte vorm van eigen betalingen is met daardoor een relatief klein gedragseffect. Voor veel chronisch zieken die toch weten dat zij het eigen risico vol maken, is de prikkel nul.

Een variant hierop is een systeem van procentuele eigen betalingen (*copayments*) tot een maximum. Hierbij betaalt de patiënt steeds een percentage van de kosten van de zorguitgaven tot het maximum is bereikt. Zwitserland en Singapore combineren beide varianten, eerst een eigen risico aan de voet, en over het meerdere een procentuele eigen betaling, ook weer met een maximum. Het voordeel van een procentuele eigen betaling is dat er ook bij hogere zorgconsumptie nog een disciplinerend effect van uitgaat.

Donut hole

De voor- en nadelen van voorgaande systemen hebben geleid tot de gedachte van een nog verfijnder systeem, een eigen risico in de vorm van een *donut hole*: het eigen risico wordt berekend voor de uitgaven die vallen tussen een minimum en maximumwaarde, die per persoon kunnen verschillen. Voor mensen met hoge verwachte zorgkosten zou het eigen risico kunnen ingaan bij een startbedrag dat iets lager is dan hun verwachte zorgkosten, en het eindpunt iets hoger dan hun verwachte zorgkosten. Dus een chronisch zieke die gemiddeld 2000 euro kosten per jaar heeft, betaalt geen eigen risico over de eerste 1800. Het eigen risico begint te tellen bij uitgaven boven 1800 en tot een grens van bijvoorbeeld 2150 euro; 350 euro hoger dan de ondergrens. Zo wordt voorkomen dat chronisch zieken wel een prikkel hebben om hun uitgaven boven 1800 euro te beperken, zonder dat zij ieder jaar een hoog eigen risico moeten betalen.

Het nadeel van een *donut hole* zijn de uitvoeringskosten. De vaststelling van het startpunt en het eindpunt van de *donut hole* is persoonsafhankelijk en lijkt moeilijk te bepalen. Daarmee is het ook juridisch kwetsbaar. Er is in de praktijk nog geen ervaring opgedaan met een persoonsafhankelijke *donut hole*.¹³⁰

¹³⁰ Om de uitvoeringskosten te beperken, zou een experiment gestart kunnen worden waarbij alleen chronisch zieken die geïdentificeerd zijn in een farmaceutische kostengroep (FKG), in het risicovereveningssysteem in aanmerking komen voor een *donut hole*. Zie Van Kleef e.a. (2009).

Inkomensafhankelijk eigen risico

Alle beschreven systemen hebben het nadeel dat geen onderscheid wordt gemaakt naar het inkomen van verzekerden, terwijl mensen met een laag inkomen wel beduidend meer baat hebben bij verzekering. Voor hen is het belangrijker dan voor anderen dat de onzekerheid wordt bestreden en dat de toegang tot de zorg niet te sterk wordt belemmerd. Dit pleit ervoor om, welk systeem men ook kiest, de mensen met een laag inkomen daarbij te ontzien. Kiest men bijvoorbeeld voor een eigen risico aan de voet, dan kan men de hoogte van het maximum van het eigen risico inkomensafhankelijk maken, hoger voor mensen met een hoog inkomen, lager voor mensen met een laag inkomen. Dit is heel concreet ook een van de voornemens van het kabinet Rutte II.

Vanuit verzekeringsoogpunt ligt een lager niveau van eigen betalingen voor lage inkomens ook voor de hand, omdat lage inkomens sterker reageren op financiële prikkels. Het resulterende remgeldeffect kan dan nagenoeg gelijk zijn aan dat voor hoge inkomens. Uitvoeringstechnisch is het geen eenvoudig systeem, onder andere omdat private verzekeraars de inkomens van hun verzekerden niet mogen opvragen.

Zorgsparen in de curatieve zorg?

Een van de belemmeringen om eigen bijdragen te verhogen is dat mensen bij ziekte acuut in financiële problemen kunnen komen. Zorgsparen kan helpen om de kosten beter over het leven te spreiden. Door –verplicht– een financiële buffer op te bouwen, zijn mensen beter in staat schokken in ziektekosten op te vangen. Hogere eigen risico's in combinatie met zorgsparen zou een efficiënt gebruik van de zorg kunnen bevorderen.

Er zijn vele vormen van zorgsparen denkbaar. Een variant is verplicht individueel zorgsparen, waarbij iedere verzekerde jaarlijks geld in een spaarpot doneert. Het bedrag in de spaarpot is gemaximeerd. Wanneer er geld moet worden uitgeven aan zorg, wordt de spaarpot aangesproken. In de daaropvolgende jaren wordt de spaarpot weer aangevuld. Op deze manier worden de gevolgen van een hoog eigen risico verzacht; de kosten worden in feite gespreid over de levensloop. Verplicht zorgsparen voorkomt op deze manier dat mensen bij ziekte plotseling in financiële problemen komen door bijvoorbeeld hoge ziekenhuiskosten. Het vooruitzicht dat aan het eind van de spaarperiode het bedrag dat dan nog in de spaarpot zit, wordt uitgekeerd, is een prikkel voor de verzekerde om terughoudend te zijn met het consumeren van zorg.

Volgens de WHO (2002) is er weinig evidentie dat zorgsparen bijdraagt aan het beperken van de zorgkosten. Een van de problemen is dat er van het spaarpotje ook een omgekeerde prikkel kan uitgaan. Zolang er geld in de spaarpot zit, kan de consument dat geld niet besteden aan andere consumptiegoederen, wel aan zorg. Er is dus meer geld beschikbaar voor de zorg, waardoor het moreel gevaar toe kan nemen in plaats van afnemen. De prikkel werkt bovendien alleen goed, als mensen ver in de toekomst kijken, dus in economische termen niet al te bijziend zijn, en niet te pessimistische verwachtingen hebben over hun toekomstige zorggebruik. Voorts legt het een uniforme spaarplicht op aan alle mensen; er is geen ruimte voor eigen voorkeuren en eigen verantwoordelijkheid. Dat maakt het een tamelijk ongericht instrument. Of een dergelijk systeem van zorgsparen in de curatieve zorg

succesvol is, hangt van veel factoren af. Daarbij luistert de vormgeving zeer nauw: 'the devil is in the detail'.

9.6 Toekomst voor de curatieve zorg

Over 30 jaar verdient de gemiddelde burger in Nederland naar verwachting 60% meer dan nu. Dat stelt ons in staat ook meer uit te geven aan curatieve zorg. Maar het is heel goed denkbaar dat de medische technologie zich aanmerkelijk sneller ontwikkelt, sneller dan de groei van de inkomens. In dat geval zal het aandeel van de uitgaven aan curatieve zorg in het nationaal inkomen verder stijgen. Dat plaatst ons in toenemende mate voor lastige afwegingen. De baten van nieuwe behandelingen en technologieën moeten steeds bewuster tegen de kosten worden afgewogen. Het tegengaan van ondoelmatig gebruik van de zorg en van verspilling wordt extra belangrijk. Een afwegingskader voor de afbakening van het collectief verzekerde pakket dat expliciet oog heeft voor maatschappelijk baten en kosten, is onontbeerlijk. Eigen betalingen kunnen eveneens een rol spelen om overmatig gebruik van de zorg af te remmen.

De toekomstige consument is goed opgeleid en beschikt over steeds meer informatie over zijn gezondheid, over de medische mogelijkheden en over de kwaliteit van de verschillende aanbieders. Deze consument stelt hoge eisen aan de zorg en aan de afstemming op de eigen voorkeuren. Naarmate meer financiële verantwoordelijkheid voor de zorgkosten bij de consument wordt gelegd, zal ook meer inspraak worden verlangd in de aard en kwaliteit van de verleende zorg. Dat kan samengaan met een toenemende differentiatie in de zorg, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van een uitgebreider systeem met aanvullende verzekeringen naast het basispakket.

De economische theorie leert ons dat een ongereguleerde verzekeringsmarkt niet erg goed werkt. Door averechtse selectie van de kant van de verzekerden kunnen goede risico's met lege handen blijven staan, door antiselectie van de kant van de verzekeraars kunnen slechte risico's onverzekerd blijven. Als aanvullende verzekeringen een belangrijker rol moeten gaan spelen, is enige mate van regulering van aanvullende zorgverzekeringen op zijn plaats.

Verzekeraars krijgen de beschikking over steeds betere datasystemen en kwaliteitsmetingen. Dat stelt hen in staat beter te sturen op kwaliteit en kosten van de zorg. Ook kunnen zij de informatie gebruiken voor sturing van de vraag. Bijvoorbeeld door een gedifferentieerd systeem van eigen betalingen (*value-based* eigen betalingen) kunnen zij consumenten stimuleren behandelingen te kiezen die de beste kosten-batenverhouding opleveren. Via kortingen op de eigen betalingen kan preventie worden beloond en kunnen verzekeraars consumenten beter sturen naar doelmatig werkende aanbieders.

Hoe de toekomst voor de curatieve zorg eruit ziet, is niet eenduidig te beantwoorden. Veel hangt af van het tempo waarin we meer inzicht krijgen in de kwaliteit in de zorg, hoe de medische technologie voortschrijdt en hoe de zorguitgaven zich ontwikkelen. Minstens even belangrijk is de maatschappelijke ontwikkeling, die bepalend is voor de fundamentele keuzes

rond solidariteit en eigen verantwoordelijkheid in de curatieve zorg. In het slothoofdstuk zullen de keuzes aan de hand van vier mogelijke toekomstbeelden worden uitgewerkt.

Literatuur

Brouwer, W. en J. van Exel, 2012, Een gepaste waarde van gezondheid, *ESB Dossier: Gepaste Zorg*, vol. 97, nr. 4644S, pag. 50-57.

Brouwer, W. en F. Rutten, 2012, Op naar een effectieve afbakening van het basispakket: kansen en uitdagingen, in: Schut en Varkevisser (eds), *Preadviezen van de Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde*, pag. 67-88.

Busse, R. M. Blümel, S. Stock, 2011, The German Health Care System, 2011, in: *International Profiles of Health Care Systems*.

CVZ, 2009, Pakketbeheer in de praktijk 2, Diemen, College voor Zorgverzekeringen.

IBO, 2007, Gezond gedrag bevordert, Eindrapportage van de werkgroep IBO preventie, Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2006-2007, nr. 1.

Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven, 2012, Gepaste eigen betalingen in de basisverzekering, *ESB Dossier: Gepaste Zorg*, vol. 97, nr. 4644S, pag. 24-30.

Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, 2009, Shifted deductibles for high risks: more effective in reducing moral hazard than traditional deductibles, *Journal of Health Economics*, vol. 28, nr. 1, pag. 198-209.

Newhouse, 1993, Free for All? Lessons from the RAND Health insurance experiment, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Pomp, M.J., W.B.F. Brouwer en F.F.H. Rutten, 2007, QALY-tijd. Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen, CPB Document 152, Den Haag.

RVZ, 2006, Zinnige en duurzame zorg, Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Stolk, E.A., G. van Donselaar, W.B.F. Brouwer en J.J. van Busschbach, 2004, Reconciliation of economic concerns and health policy: illustration of an equity adjustment procedure using proportional shortfall, *PharmacoEconomics* vol. 22, nr. 17, pag. 1097-1107.

Ven, W.P.M.M van de, en F.T. Schut, 2010, Is de Zorgverzekeringswet een succes? *TPedigitaal*, vol. 4, nr. 1, pag. 1-24.

Vliet, R.C. J.A. van, 2004, Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity on administrative data, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 4, nr. 4, pag. 81-94.

Wennberg, J.E., 2010. *Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care*, New York: Oxford University Press.

WHO, 2002, Medical Savings Accounts, Lessons learned from limited international experience, Discussion Paper 3, World Health Organization.

Ons hele leven lang is onze gezondheid belangrijk, genietend van goede jaren, of kampend met een zwakke gezondheid. Ons leven lang is de gezondheidszorg belangrijk, we maken er gebruik van en betalen ervoor. Niets wijst erop dat in de toekomst gezondheid en zorg in belang zullen afnemen. Integendeel, wij worden steeds ouder, maar ook chronische ziekten nemen toe; de medische mogelijkheden nemen toe, maar de zorg legt ook een steeds groter beslag op onze bestedingen.

Toekomst voor de zorg laat zien voor welke keuzes de Nederlandse samenleving wordt geplaagd: keuzes over de inrichting van het zorgstelsel en over de hoogte van de bijdrage. Keuzes die sterk op ons afkomen als consumenten steeds kritischer worden en de medische technologie voortschrijdt.

Toekomst voor de zorg is geschreven voor iedereen die wil meedenken over de toekomst voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau (CPB)
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
(070) 338 33 80 | www.cpb.nl | info@cpb.nl

Gedrukt door:

De Swart BV
Postbus 53184 | 2505 AD Den Haag
(070) 308 21 21 | www.kds.nl | info@kds.nl

Maart 2013 | ISBN 978-90-5833-589-0

