Zorgkeuzes in Kaart

Analyse van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen

Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart

Inhoud

1 Zorgkeuzes in Kaart—5
1.1 Aanleiding—5
1.2 Taakopdracht Technische werkgroep—5
1.3 Leeswijzer—6

2 Projectaanpak en -afbakening—7
2.1 Projectaanpak—7
2.2 Afbakening—8

3 Analysekader—9
3.1 Ontwikkeling zorgstelsel—9
3.2 Juridische context privaatrechtelijk zorgverzekeringsstelsel—10
3.3 Analyse beleidsopties—11

4 Eigen betalingen—14
4.1 Vormen van eigen betalingen—14
4.2 Effecten van eigen betalingen—15

5 Preventie—17
5.1 Inleiding—17
5.2 Effecten van preventiemaatregelen—17
5.3 Preventie binnen de curatieve zorg—18

6 Transitiekosten en gedragseconomie—19
6.1 Analysekader transitiekosten—19
6.2 Gedragseconomie—21

7 Overzicht resultaten analyse—23
7.1 Presentatie beleidsopties—23
7.2 Beleidsopties zorgbreed en arbeidsmarkt—24
7.3 Beleidsopties pakketbeheer—26
7.4 Beleidsopties eigen betalingen—27
7.5 Beleidsopties preventie—31
7.6 Beleidsopties curatieve zorg—32
7.7 Beleidsopties genees- en hulpmiddelen—36
7.8 Beleidsopties langdurige zorg—38
7.9 Beleidsopties maatschappelijke ondersteuning—41
7.10 Beleidsopties transities zorg—43

8 Aanbevelingen—45

= klikbare verwijzing

Bijlage 1: Taakopdracht Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart—48

Bijlage 2: Samenstelling Technische werkgroep en secretariaat—50

Digitale bijlagen

Bijlage 3: Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsopties Zorgkeuzes in Kaart

Bijlage 4: Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg (Centraal Planbureau)

Bijlage 5: Transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg (SiRM)

Bijlage 6: Eigen betalingssystemen en de vraag naar zorg: Inzichten van een laboratoriumexperiment (Tilburg University)

1 Zorgkeuzes in Kaart

1.1 Aanleiding

Het Centraal Planbureau (CPB) verzorgt op verzoek van politieke partijen sinds 1986 een doorrekening van de verkiezingsprogramma's. Hiermee beoogt het CPB op basis van zijn economische expertise een bijdrage te leveren aan het onderling vergelijkbaar maken van de verschillende verkiezingsprogramma's.

Op 26 november 2013 is de notitie 'Vernieuwing doorrekening verkiezingsprogramma's' van het CPB aangeboden aan de voorzitter van de Tweede Kamer en de fractievoorzitters.[1] De notitie beschrijft de resultaten van de uitgevoerde evaluatie naar 'Keuzes in Kaart 2013-2017'. Geadviseerd is om de gehanteerde werkwijze te heroverwegen zodat het project ook in de toekomst organisatorisch behapbaar en inhoudelijk verantwoord kan worden uitgevoerd. Voor de zorg is in de rapportage de volgende maatregel geformuleerd: "Verbetering van de analyse van voorstellen op het terrein van de zorg is mogelijk door meer onderzoek, instigatie en deelname aan expertgroepen op dit vlak, alsmede het aanbod om grote innovatieve hervormingen buiten de verkiezingsperiode om te analyseren."

1.2 Taakopdracht Technische werkgroep

De ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Financiën hebben vervolgens de Tweede Kamer op 23 mei 2014 geïnformeerd over het instellen van een interdepartementale Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart.[2] In de opdracht is aangegeven dat de werkgroep een breed scala aan beleidsmaatregelen voor de zorg inventariseert en waar mogelijk de budgettaire effecten kwantificeert (zie bijlage 1). In de taakopdracht zijn twee belangrijke inhoudelijke accenten opgenomen:

1. Bij de analyse van toekomstige maatregelen voor de zorg is het van belang dat wordt gekeken naar de verandering van gedrag van actoren of van volume en niet alleen naar het verschuiven van lasten.
2. Het geven van een nadere toelichting op de gehanteerde methodiek voor de raming van de gedragseffecten bij aanpassingen van het stelsel, eigen betalingen en van het collectief verzekerde pakket.

---

[1] Centraal Planbureau (2013, november 26). Vernieuwing doorrekening verkiezingsprogramma's - Evaluatie 'Keuzes in Kaart 2013-2017'. Den Haag.

[2] De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Financiën (2014, mei 13). Taakopdracht Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart. Kamerstuk 29 689 nr. 515.

Deze rapportage is het resultaat van het aanbod aan politieke partijen om hun opties voor beleidsmaatregelen voor de zorg in een vroegtijdig stadium, buiten de verkiezingsperiode om, geanonimiseerd uit te werken. In totaal hebben tien politieke partijen (50PLUS, CDA, ChristenUnie, D66, GroenLinks, PvdA, PVV, SGP, SP en VVD) beleidsopties aangedragen. In het verlengde daarvan is een aantal technische varianten in beeld gebracht, wat uiteindelijk heeft geleid tot ruim honderd beleidsopties voor de zorg.

De beleidsopties hebben geen betrekking op de huidige kabinetsperiode, maar nemen een volgende kabinetsperiode als startpunt. Elke maatregel is geanalyseerd met als uitgangspunt dat er een parlementaire meerderheid voor is. De rapportage is bedoeld voor politieke partijen. De analyse en aanbevelingen voor verder onderzoek worden zonder nadere standpuntbepaling van het kabinet aan u voorgelegd.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een toelichting op de projectaanpak en afbakening. Hoofdstuk 3 gaat in op de analyse van de beleidsopties. Hoofdstuk 4 gaat over vormen van eigen betalingen en hoofdstuk 5 over preventie. Hoofdstuk 6 gaat in op de transitiekosten van stelselwijzigingen en op gedragseconomie. Hoofdstuk 7 bevat een totaaloverzicht van de resultaten van de analyse van de maatregelen. Hoofdstuk 8 sluit af met een aantal aanbevelingen. De technische uitwerking van de beleidsopties zijn gebundeld in bijlage 3.

2 Projectaanpak en -afbakening

2.1 Projectaanpak

Voor Zorgkeuzes in Kaart is een Technische werkgroep samengesteld. De secretaris-generaal van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) fungeerde als onafhankelijk voorzitter van de werkgroep. De groep was daarnaast samengesteld uit vertegenwoordigers van het Centraal Planbureau, de ministeries van VWS, Financiën, Algemene Zaken en Economische Zaken (zie bijlage 2). De werkgroep is ondersteund door een projectsecretariaat dat de contacten met de politieke partijen, externe deskundigen en beleidsmakers heeft onderhouden.

Externe deskundigen zijn op verschillende momenten bij het project betrokken. Zo heeft Celsus Academie voor betaalbare zorg op verzoek van de Technische werkgroep wetenschappelijk literatuuronderzoek gedaan naar de effecten van vergelijkbare maatregelen in binnen- en buitenland. De resultaten zijn meegenomen bij de uitwerking van de beleidsopties (zie bijlage 3).

Gelijktijdig met Zorgkeuzes in Kaart is met behulp van onderzoek naar prijsgevoeligheid de methodiek verbeterd om de effecten van eigen betalingen vast te stellen. Hiervoor zijn zowel experts uit de academische wereld als onderzoeks- en adviesbureaus geconsulteerd. De budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied van eigen betalingen zijn doorgerekend met behulp van de nieuwe inzichten. Een samenvattende beschrijving van de resultaten is in bijlage 4 van deze rapportage opgenomen.

Het onderzoeksbureau SiRM heeft onderzoek gedaan naar transitiekosten van stelselwijzigingen voor de zorg. Het onderzoek heeft een algemeen analysekader opgeleverd voor verschillende typen stelselwijzingen. Daarbij kon overigens niet aan alle uitvoerings- en juridische aspecten volledig aandacht worden besteed. De rapportage is bijgevoegd (zie bijlage 5).Bij de uitwerking van beleidsopties zijn experts op het gebied van gedragseconomie geraadpleegd. Zo is een expertmeeting over gedragseconomie gehouden en zijn beleidsopties met complexere gedragselementen aan hen voorgelegd. Daarnaast heeft de Tilburg University onderzocht hoe de vraag naar zorg verandert bij verschillende vormen van eigen betalingen. De rapportage van dit experimenteel onderzoek is als bijlage 6 beschikbaar.

2.2 Afbakening

Zorgkeuzes in Kaart richt zich op beleidsopties na de huidige kabinetsperiode. Het is een noviteit om op deze wijze, buiten de verkiezingsperiode om, beleidsopties door het CPB, departementen en andere experts te laten analyseren. De uitgewerkte maatregelen vormen mogelijk 'nieuw beleid' ten opzichte van het huidige regeerakkoord, dat verondersteld wordt te zijn of te worden uitgevoerd. Voor de berekening van de kosten en de baten van de maatregelen is als budgettaire grondslag het niveau van de zorguitgaven in 2017 (stand VWS-begroting 2015) gehanteerd.

De beleidsopties die in het kader van Zorgkeuzes in Kaart zijn verkend, hebben betrekking op uitgaven die worden gerekend tot het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Concreet gaat het daarbij om uitgaven die worden gedaan op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de overige begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven. Beleidsopties binnen de Zvw hebben door kostendekkende premies in beginsel geen impact op het EMU-saldo. De effecten van maatregelen op het gebied van de Wlz, de Wmo en de zorgtoeslag[3] zijn wel EMU-relevant. Maatregelen die betrekking hebben op de financiering van de zorg (inkomstenkant), zijn uitsluitend meegenomen als de verwachting is dat deze een significante invloed hebben op de werking van het stelsel en op het niveau van de uitgaven. Door de verschillende politieke partijen zijn zowel intensiveringen als ombuigingsvoorstellen ingebracht.

Bij de analyse van de maatregelen is uitgegaan van de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel per 2017, inclusief lopend en voorgenomen beleid (bekendgemaakt voor 1 maart 2015). Uitgangspunt in de analyses is dat de verschillende transities, zoals de invoering van de Wlz en de uitbreiding van ondersteunings- en zorgtaken binnen de Wmo en de Zvw conform de kabinetsafspraken zijn voltrokken.

De afgelopen periode zijn in de zorg met veldpartijen diverse bestuurlijke akkoorden tot en met 2017 gesloten. In de rapportage wordt ervan uitgegaan dat deze akkoorden geheel worden uitgevoerd en dat geen aanvullende afspraken zijn gemaakt voor de periode daarna.

3 De zorgtoeslag is een bijdrage van de overheid om tegemoet te komen in de kosten van een zorgverzekering.

3 Analysekader

3.1 Ontwikkeling zorgstelsel

De Nederlandse zorg kent meerdere stelselwetten en uitvoeringsregimes. Dit komt omdat de vraag naar zorg en ondersteuning verschilt: van gezond blijven, beter worden, leven met ziekte en handicap tot ondersteuning en zorg aan het einde van het leven. Daarmee is rekening gehouden bij de inrichting van de zorg. Ook zijn per stelselwet specifieke nuances aangebracht op de gebieden van privacy, ethiek, kwaliteit, eigen verantwoordelijkheid en solidariteit.

De minister van VWS is stelselverantwoordelijk voor de publieke gezondheid, jeugdhulp, curatieve en langdurige zorg en ondersteuning. De regierol voor de uitvoering van de Wet publieke gezondheid (Wpg), Jeugdwet en Wmo ligt voor een belangrijk deel bij gemeenten. In de curatieve (Zvw) en langdurige zorg (Wlz) vervullen de zorgverzekeraars, dan wel zorgkantoren een centrale rol bij het doelmatig uitvoeren van de zorgtaken.[4]

Met de inrichting van de zorg wordt beoogd drie publieke (maatschappelijke) belangen zo goed mogelijk te borgen: het leveren van kwalitatief goede zorg en ondersteuning die voor iedere Nederlander toegankelijk en betaalbaar is. Dit bepaalt voor een belangrijk deel de eisen aan de institutionele inrichting van het stelsel, dat daarom een mengvorm is van zowel marktelementen als van publieke interventies omwille van doelmatigheid en solidariteit. Hierbij geldt ook het subsidiariteitsbeginsel: (overheids)taken worden op het laagste niveau uitgevoerd waarop dit goed en efficiënt mogelijk is. Ook wordt waar mogelijk het profijtbeginsel gehanteerd. Dit houdt in dat de baat en de last zo dicht mogelijk bij elkaar blijven, omdat dit de doelmatigheid en doeltreffendheid bevordert.

De zorg is een kennis- en informatie-intensieve sector. Dit geldt bijvoorbeeld voor de kwaliteit van zorg (transparantie en richtlijnen), het benodigde kennisniveau van zorgverleners (o.a. de lengte van de medische opleidingen) en voor de beschikbaarheid van informatie voor het goed laten functioneren van de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt (o.a. productkennis en financiële informatievoorziening). Aan de informatiebehoefte zijn wel beperkingen en expliciete restricties verbonden. Zo gelden informatierestricties voor zorgverzekeraars omwille van het borgen van een brede toegankelijkheid en privacybescherming conform de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

Dit maakt dat de zorgsector complex is. Bij de analyse van de beleidsopties is zo goed mogelijk met deze complexiteit rekening gehouden. Niet altijd was gevalideerde informatie beschikbaar. Hierdoor heeft de kwantificering van sommige maatregelen het karakter van

[4] Douven, R., Ewijk, C. van (2013). Curatieve zorg. In: Ewijk, C. van., A. van der Horst, P. Besseling (red). Toekomst voor de zorg. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB).

een *educated guess*, gebaseerd op kennis van de leden van de Technische werkgroep en andere experts.

Het Nederlandse zorgstelsel bevindt zich in een dynamische omgeving. Dit vergt continue (bij)sturing en vraagt van tijd tot tijd meer substantiële aanpassingen. Een meer fundamentele vraag daarbij is welke inrichting van het stelsel ideaaltypisch 'het beste' is voor de Nederlandse situatie en wanneer het stelsel 'af' is. Het rapport *Health care systems* geeft een overzicht van de verschillende zorgsystemen binnen de OESO-landen. In het onderzoek zijn de prestaties van de zorgsystemen van dertig verschillende landen onderzocht. Deze zijn geordend naar institutionele setting: van een meer publiek tot een meer privaat ingericht stelsel. Een belangrijke conclusie uit het onderzoek is dat geen causaal verband is gevonden tussen de institutionele vormgeving en de werking van het stelsel uitgedrukt in kosteneffectiviteit en de gezondheid van de bevolking.[5] Uit het OESO-rapport blijkt tevens dat de effecten van beleidskeuzes anders moeten worden gewaardeerd, afhankelijk van de specifieke inrichting en werking van een zorgstelsel. Binnen de gehanteerde clusters zijn wel goed en slecht presterende landen aan te wijzen. Dit geeft aan dat binnen gekozen stelsels nog mogelijkheden zijn tot verbetering van de kwaliteit en kosteneffectiviteit. Transitie naar een ander stelseltype gaat gepaard met aanzienlijke tijdelijke kosten (zie paragraaf 6.1). Het toevoegen van elementen die niet passen bij een stelsel, heeft een suboptimaal effect.

3.2 Juridische context privaatrechtelijk zorgverzekeringsstelsel

De curatieve zorg kent een privaatrechtelijk verzekeringsstelsel: burgers zijn verplicht een (basis)zorgverzekering met een privaatrechtelijke zorgverzekeraar af te sluiten. Zorgverzekeraars concurreren met elkaar (op de hoogte van de nominale premie, kwaliteit en diversiteit van de ingekochte zorg en op de kwaliteit van de dienstverlening) om de gunst van verzekerden. Hierbij geldt een acceptatieplicht: zorgverzekeraars mogen geen klanten weigeren voor de basisverzekering. Ook geldt een verbod op premiedifferentiatie: zorgverzekeraars mogen geen hogere premie vragen aan mensen die meer kosten maken, zoals chronisch zieken of ouderen. Omwille van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars worden deze via de zogenoemde risicoverevening zo goed mogelijk gecompenseerd voor de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. Een derde essentieel onderdeel van het stelsel is de zorgplicht van zorgverzekeraars: verzekerden moeten binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van zorgaanbod gebruik kunnen maken.

Zorgverzekeraars zijn schadeverzekeraars. Op grond van de EU-richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf is het niet toegestaan om regels over de inhoud van schadeverzekeringen of de bedrijfsvoering van schadeverzekeraars te stellen. De overheid mag extra regels opleggen voor zover de regels noodzakelijk zijn ter bescherming van het

[5] Joumard, I., André, C., Chantal, N. (2010). Health care systems: efficiency and institutions, Organisation for Economic Co-operation and Development. Executive summary, p.14.

algemeen belang ('geoorloofde staatssteun'). De rechter en uiteindelijk het Europese Hof van Justitie toetst of de regels eventueel in strijd zijn met het Europese recht. Zorgverzekeraars zijn ondernemingen die grondrechtelijk bescherming genieten via het verbod van onteigening zonder volledige compensatie. Dat is een cruciale randvoorwaarde bij de beleidsoptie van een overstap naar een publiek stelsel. De beleidsopties in dit rapport die de beleidsvrijheid van zorgverzekeraars inperken, zijn vanuit deze achtergrond juridisch getoetst. Het huidige privaatrechtelijke zorgverzekeringsstelsel kent publiekrechtelijke randvoorwaarden. Het toevoegen van extra publieke elementen in verband met bijvoorbeeld aanbodsturing is in beginsel mogelijk. Dit vergt niet alleen wetswijziging, maar ook een nauwkeurige analyse van de effecten op de werking van het stelsel.

3.3 Analyse beleidsopties

De beleidsopties zijn op een geüniformeerde manier geanalyseerd met als uitgangspunt dat daarvoor een parlementaire meerderheid bestaat. Hieronder worden de elementen van deze analyse kort toegelicht. Van elke beleidsopties is een technische beschrijving beschikbaar. Deze zijn gebundeld in bijlage 3. Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsopties Zorgkeuzes in Kaart.

Omschrijving beleidsoptie

De titel en omschrijving bestaan uit een beschrijving van de maatregel op basis van de rol en bevoegdheden van de Rijksoverheid, veelal de minister van VWS. De werkgroep heeft de beleidsopties door politiek partijen aangedragen geherformuleerd, soms om ze concreter te maken, soms om tot een overzichtelijk geheel aan maatregelen te komen.

In deze rapportage zijn alleen maatregelen doorgerekend die een regering zelf kan nemen. Dit betekent dat convenanten of akkoorden waarvan de uitkomst mede afhankelijk is van de onzekere inbreng van andere partijen, niet zijn meegenomen.

Achtergrond en juridische aspecten

Voor alle maatregelen zijn de status en context van het huidige beleid verkend. Tevens is gekeken naar de aard van het veronderstelde probleem of vraagstuk. Er is geen diepgaande analyse uitgevoerd van de onderliggende problematiek. De mate waarin deze problematiek wordt opgelost, ligt buiten de scope van deze rapportage. Voor de uitvoerbaarheid is zowel gekeken naar de technische als de juridische aspecten van een maatregel.

Er bestaan drie verschillende niveaus van regelgeving waarop een maatregel kan aangrijpen: een wet, een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) en een ministeriële regeling. Wetgeving wordt door regering en parlement vastgesteld. Uitvoeringskwesties worden door de regering uitgewerkt op een lager niveau van regelgeving. De regering kan voor nadere regeling gebruik maken van een AMvB. Afhankelijk van wat de wet daarover bepaalt, kan deze voorafgaand aan de vaststelling worden voorgelegd aan de Staten-Generaal (voorhangprocedure). Een andere mogelijkheid is het uitwerken van details in een ministeriële regeling.

Een aantal maatregelen voorziet in een aanwijzing aan een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) om de uitvoering op te nemen in een beleidsregel. Een beleidsregel is een besluit over de wijze waarop het ZBO belangen afweegt, feiten vaststelt, wettelijke voorschriften uitlegt of van een bevoegdheid gebruik maakt.

Nederland is als lidstaat van de Europese Unie (EU) niet alleen gebonden aan EU-wetgeving, maar ook partij bij een aantal relevante verdragen, zoals: het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), de Europese Code inzake sociale zekerheid en het bijbehorende Protocol, de International Labour Organisation (ILO-)Verdragen, het Europees Sociaal Handvest en het Europees Verdrag betreffende sociale en medische bijstand. De internationale regels begrenzen de nationale beleidsvrijheid. Hierbij kan worden gedacht aan het verbod van onteigening van private partijen (zoals zorgverzekeraars) zonder volledige compensatie, de mate waarin tussenkomst is toegestaan binnen de wijze van bedrijfsvoering van ondernemingen als zorgverzekeraars en zorgaanbieders, of de grenzen aan het opleggen van eigen bijdragen, afhankelijk van de vorm van ondersteuning en zorg. In de analyse van beleidsopties zijn aanpassingen van Europese wet- en regelgeving of verdragen als niet afdwingbaar beschouwd.

Bij de uitwerking van maatregelen is rekening gehouden met onderstaande gemiddelde doorlooptijden voor juridische procedures. De doorlooptijden kunnen in de praktijk afwijken (langer zijn), wanneer een betreffende maatregel slechts op één tijdstip in het jaar (bijvoorbeeld 1 januari) kan worden doorgevoerd. De implementatieperiode kan ook langer zijn dan de hier genoemde tijden vanwege benodigde uitvoeringstechnische of beleidsmatige voorbereidingen:

- Wetswijziging: gemiddeld 2 jaar;
- AMvB: gemiddeld 6 maanden (exclusief eventuele voorhang);
- Ministeriële regeling: 1 tot 3 maanden;
- Beleidsregel: 1 tot 2 maanden;
- Bestuurlijke afspraken: 6 maanden;
- Europese wet- en regelgeving en verdagen: niet afdwingbaar.

Gedrags- en neveneffecten

De beleidsopties in deze rapportage bestaan veelal uit voorstellen om ‘iets nieuws’ dan wel ‘iets anders’ te gaan doen. De beleidsaanpassing bestaat bijvoorbeeld uit het aanpassen van de keuzemogelijkheden van de cliënt (zoals in de vorm van eigen betalingen), het wijzigen van de wijze van marktordening van zorgaanbieders of de inrichting van de prikkelwerking voor zorgverzekeraars of gemeenten. Gedragseffecten spelen hierbij een belangrijke rol, zowel in de voorbereidende fase als ook bij de uitvoering van de maatregel.

Op basis van de beschikbare kennis en (achtergrond)informatie zijn gedrags- en neveneffecten in de analyse van beleidsopties meegenomen. Voorbeelden hiervan zijn:

- de hoogte van het remeffect op de vraag naar zorg;
- de mate van afwenteling van (budgettaire) risico's op derden;
- de omvang van verplaatsing van zorgvraag naar aangrenzende domeinen ('weglekeffecten');
- invloeden van prijs-, volume- en marktontwikkelingen in aangrenzende zorgdomeinen;
- (on)mogelijkheden voor substitutie naar de private verzekeringsmarkt;
- en in beperkte mate: de 'gedragseconomische' effecten (zie ook paragraaf 6.2).

Budgettaire effecten

Voor de grondslagen zijn de niveaus van de zorguitgaven in 2017 (stand VWS-begroting 2015) gehanteerd. Het budgettaire effect per maatregel wordt in deze rapportage weergegeven in miljoenen euro's in jaar 1, jaar 2, jaar 3, jaar 4 en jaar 10. Waar relevant en mogelijk zijn gedragseffecten, transitie- en uitvoeringskosten, overgangsrecht, eigen betalingen en weglekeffecten in de kwantificering meegenomen. Bij de berekening zijn gegevens uit de meest recente onderzoeksrapporten betrokken. Uitvoeringskosten door zorgverzekeraars zijn geen collectieve zorguitgaven en zijn in de uitwerking van de budgettaire effecten buiten beschouwing gelaten. Deze kosten zijn wel van invloed op de hoogte van de zorgpremie en de zorgtoeslag. De budgettaire effecten van maatregelen bestaan veelal uit het verschil in prijs en hoeveelheid geleverde zorg (PxQ) na invoering van de maatregel.

In de technische uitwerking van de beleidsopties zijn de onafgeronde bedrage in de tekst opgenomen. De nettobedragen in de tabellen zijn als volgt afgerond: bedragen groter dan 5 miljoen euro tot 100 miljoen euro op vijftallen, bedragen groter dan 100 miljoen euro tot 1 miljard euro op tientallen, bedragen groter dan 1 miljard euro op honderden.

Sommige beleidsopties in deze rapportage staan ook in 'Keuzes in Kaart'.[6] Bij een aantal beleidsopties wijkt de budgettaire opbrengst daarvan af. De belangrijkste verklaring hiervoor is dat in deze rapportage de transitiekosten zijn geëxpliciteerd. Waar relevant is het verschil toegelicht in bijlage 3.

Interactie met andere maatregelen

Een deel van de maatregelen kent interactie-effecten met andere uitgewerkte beleidsopties. Indien relevant is bij de beschrijving van een beleidsoptie deze samenhang aangegeven. Voor een aantal maatregelen zijn verschillende varianten uitgewerkt om hetzelfde effect te bereiken. Voor deze beleidsopties geldt dat in de praktijk een van de alternatieven kan worden geïmplementeerd en dat er dus ook een enkele opbrengst of intensivering is.

[6] Centraal Planbureau (2012). Keuzes in Kaart 2013-2017. Den Haag.

4 Eigen betalingen

4.1 Vormen van eigen betalingen

Dit hoofdstuk gaat over verschillende vormen van eigen betalingen. Specifieke beleidsopties ten aanzien van eigen betalingen staan in hoofdstuk 7. Er zijn verschillende vormen van eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringwet (Zvw), de Wet landurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) mogelijk.

In de Zvw zijn 'eigen betalingen' de verzamelnaam voor het 'algemene eigen risico' en 'eigen bijdragen' voor bepaalde vormen van zorg. Eigen betalingen hebben een tweeledig doel: als zelfstandige financieringsbron voor zorguitgaven en om een 'remeffect' op (bepaalde) zorguitgaven te hebben. Eigen bijdragen kunnen er ook toe bijdragen dat het draagvlak voor een solidair verzekeringsstelsel in stand blijft: niet alleen van de premiebetaler, maar ook van de zorggebruiker wordt een bijdrage gevraagd. Voor 2017 is een nominaal eigen risico van 405 euro geraamd. Huisartsenzorg, wijkverpleging, keten-DBC's (diagnosebehandel-combinaties), verloskunde en kraamzorg zijn hiervan uitgezonderd, net als diverse bevolkingsonderzoeken en de griepprik voor bepaalde risicogroepen. Ook voor mensen onder de 18 jaar geldt geen eigen risico. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden korting op de premie geven bij een vrijwillig hoger eigen risico. Zij hebben ook de bevoegdheid om verzekerden onder voorwaarden een korting op het verplicht eigen risico te geven. Verder gelden enkele eigen bijdragen bovenop het eigen risico. Het eigen risico wordt jaarlijks trendmatig verhoogd, dat wil zeggen dat het eigen risico meestijgt met de groei van de zorguitgaven. In 2013 vond een beleidsmatige verhoging plaats van 220 euro naar 350 euro.

In de Wlz worden alle eigen bijdragen vastgesteld op basis van het inkomen. Het inkomen wordt vastgesteld aan de hand van het 'bijdrageplichtig inkomen': het inkomen uit arbeid, uitkering, pensioen, eigen woning en het toegerekende inkomen uit vermogen.

De hoogte van de eigen bijdrage in de Wmo is afhankelijk van inkomen, vermogen, leeftijd en gezinssamenstelling. Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) int de eigen bijdrage voor een maatwerkvoorziening voor de gemeenten. Voor kinderen tot 18 jaar geldt alleen een eigen bijdrage voor woningaanpassingen uit de Wmo 2015.

Toelichting vormen van eigen betalingen

- **Eigen bijdrage - vast:** Dit houdt in dat een verzekerde een deel van de kosten van een behandeling, geneesmiddel of hulpmiddel uit eigen middelen betaalt. Denk bijvoorbeeld aan de medicijnknaak uit 1983. Voor elk recept gold destijds een vaste eigen bijdrage van f 2,50 tot een maximum van 125 gulden per jaar.
- **Eigen risico - procentueel:** Een verzekerde betaalt uit eigen middelen een percentage van zijn zorgkosten. Van 1997 tot 1999 gold een procentuele eigen risico in Nederland: de 'Algemene Eigen Bijdrageregeling'. Een verzekerde betaalde een privaat bedrag van 25% van zijn gemaakte zorgkosten.
- **Eigen risico 'aan de voet'- verplicht:** Sinds 2008 geldt een verplicht eigen risico voor verzekerden vanaf 18 jaar en ouder in Nederland. Dit betekent dat een patiënt de eerste zorgkosten tot aan het eigen risico zelf moeten betalen.
- **Eigen risico - vrijwillig:** Bovenop het verplichte eigen risico kan een verzekerde kiezen voor een vrijwillig eigen risico. In ruil hiervoor krijgt de verzekerde een premiekorting.
- **Eigen risico - inkomensafhankelijk:** Het bedrag van het eigen risico verschilt per inkomen. Verzekerden met een laag inkomen hebben een relatief laag eigen risico en verzekerden met een hoog inkomen hebben een relatief hoog eigen risico.
- **Eigen risico - verschoven:** Bij een verschoven eigen risico (of 'donut hole') hebben verzekerden een verschillend start- en eindpunt van het eigen risico, afhankelijk van hun verwachte zorggebruik. Het eigen risico kan bij een chronisch zieke bijvoorbeeld ingaan op 2000 euro in plaats van de huidige situatie op 0 euro.
- **No-claimkorting:** De no-claimkorting is een korting die mensen kunnen krijgen als ze in een bepaald jaar lage zorgkosten hebben. Als hun zorgkosten onder een vastgesteld bedrag blijven, krijgen ze het verschil terug. De Zvw kende in 2006 en 2007 een no-claim korting.
- **Two tier-systeem:** Dit is een combinatie van een verplicht eigen risico en een procentueel eigen risico. Eerst geldt een verplicht eigen risico aan de voet. De verzekerde betaalt zijn zorg volledig zelf. Boven het eigen risico geldt vervolgens een procentueel eigen risico tot een maximum. Daarboven worden de zorgkosten volledig vergoed.

4.2 Effecten van eigen betalingen

De verplichte basiszorgverzekering in Nederland (Zvw) beschermt burgers tegen hoge en onzekere zorgkosten. De basisverzekering heeft echter ook nadelen. Mensen kunnen meer zorg gebruiken dan nodig, omdat ze minder op de kosten letten, omdat het lijkt alsof de zorg 'gratis' of 'goedkoop' is, of omdat ze de premie toch al hebben betaald (*moral hazard*).

De eigen betaling ontmoedigt enerzijds onnodige zorgconsumptie en anderzijds risicovol of ongezonder gedrag. Een laag eigen risico remt verzekerden relatief weinig: met een of twee behandelingen is vaak het eigen risico volgemaakt. Het eigen risico heeft een beperkt remeffect op het gebruik van zorg door chronische patiënten, omdat mag worden verwacht dat de zorgkosten ver boven het eigen risico uit zullen komen. Een hoog verplicht eigen risico kan zorg minder toegankelijk maken (met name voor lage inkomensgroepen) en dient daarbij te voldoen aan internationaal geldende verplichtingen. Voor de maximale hoogte van eigen betalingen gelden bijvoorbeeld ILO-verdragen. Die schrijven voor dat een eigen bijdrage niet meer mag zijn dan 25% van de totale zorgkosten. Bij geen van de voorgestelde maatregelen in deze rapportage vormen internationale verplichtingen op deze gronden een belemmering.

Om de effecten van zorgconsumptie bij gewijzigde eigen betalingen te bepalen, zijn elasticiteiten uit de literatuur gebruikt en *expert educated guesses* betrokken. De prijselasticiteit van het eigen risico geeft bijvoorbeeld aan hoeveel meer of minder zorg wordt gebruikt wanneer de hoogte van het eigen risico verandert.[7] De onderzoekers vonden dat mensen zowel onnodige als nodige zorg gingen mijden als gevolg van de eigen betaling. Dit leidde bij de meerderheid van de mensen niet tot een slechtere gezondheid. Alleen bij mensen met een laag inkomen die al een slechte gezondheid hadden, trad er een negatief effect op hun gezondheid (zie bijlage 4. Kwantificering van maatregelen voor eigen betalingen in de zorg).[8]

Uitvoering van de verschillende vormen van eigen betalingen voor inkomensafhankelijke regelingen is alleen mogelijk als een toets aan de privacywetgeving wordt doorstaan. In het kader van die toets moeten vragen worden beantwoord als: welk belang is met de maatregel gediend; is de inbreuk die de maatregel maakt op de persoonlijke levenssfeer noodzakelijk; kan het doel worden bereikt op een wijze die de privacy minder belast; en zijn doel en middel proportioneel? De introductie van nieuwe eigen betalingen kan, afhankelijk van het moment van invoering, binnen een jaar plaatsvinden. De invoering of wijziging van een eigen bijdrage vereist een aanpassing van het Besluit Zorgverzekering (Algemene Maatregel van Bestuur) die voor 1 juli t-1 moet worden doorgevoerd. Een aanpassing van het eigen risico moet voor 1 juni t-1 via een wetswijziging publiekelijk bekend worden gemaakt. Zorgverzekeraars kunnen hier vervolgens bij het bekendmaken van de polissen in het najaar van t-1 rekening mee houden. Bij de uitwerkingen is ervan uitgegaan dat in beginsel geen specifiek overgangsrecht is toegepast conform het gelijkheidsbeginsel, dat stelt dat gelijke gevallen op gelijke wijze worden behandeld.

[7] Een hoge negatieve elasticiteit, bijvoorbeeld, betekent een groot remeffect. Wanneer bijvoorbeeld het eigen risico met 100% toeneemt (bijvoorbeeld van € 150 naar € 300) kan het zorggebruik afnemen met 10% (van gemiddeld € 5000 naar € 4500 per persoon). De berekening van de prijselasticiteit is dan als volgt: ((4500 - 5000) / 5000) / ((300-150) / 150) = -0,1.

[8] Newhouse, J.P. (1993). Free for All? Lessons from the RAND Health insurance experiment, Cambridge, MA: Harvard University Press.

5 Preventie

5.1 Inleiding

Preventie heeft betrekking op gezondheidsbescherming (adequate riolering, schoon drinkwater), ziektepreventie (vaccinatieprogramma's) en gezondheidsbevordering. De in deze rapportage uitgewerkte preventiemaatregelen hebben voornamelijk betrekking op gezondheidsbevordering. Hierbij gaat het met name om het beïnvloeden van leefstijl en gedrag.

Preventiebeleid is een belangrijk instrument om gezondheid en maatschappelijke participatie te bevorderen. De relatie tussen een preventiemaatregel en de uiteindelijke maatschappelijke kosten en baten loopt over vele schakels. Zo is voor het evalueren van de kosten en baten van een verhoging van bijvoorbeeld de accijns op tabak niet alleen inzicht nodig in het effect op het rookgedrag, maar ook in het effect van deze gedragsverandering op de preventie van longkanker en andere chronische ziekten. Vervolgens moet worden bepaald in hoeverre de resulterende gezondheidsverbetering de relevante maatschappelijke uitkomsten beïnvloedt. In veel gevallen is wel iets bekend over de samenhang tussen gezondheid en een bepaalde maatschappelijke uitkomst, maar ontbreekt kwantificering van het causale effect.

5.2 Effecten van preventiemaatregelen

Bij het doorrekenen van preventiemaatregelen is het van belang dat de bredere maatschappelijke context wordt meegewogen. Op basis van de beschikbare informatie blijkt dat veel preventiemaatregelen niet goed zijn te kwantificeren. Ten eerste vinden de effecten van preventie vaak pas op lange termijn plaats. Zo leidt, wederom gebruikmakend van het eerder genoemde voorbeeld, een reductie van het aantal rokers niet onmiddellijk, maar pas na een flink aantal jaren, tot een daling van de incidentie van longkanker. Bij een inventarisatie van de effecten over de eerste tien jaar blijven zulke langetermijneffecten buiten beeld. Ten tweede liggen de baten van preventie deels buiten de zorg. Zo heeft het tegengaan van overmatig alcoholgebruik ook effect op het verminderen van geweldpleging en het aantal verkeersongevallen. Ook deze effecten worden, voor zover ze geen directe impact hebben op de zorguitgaven, niet meegenomen.

Preventie leidt op de lange termijn niet noodzakelijkerwijs tot lagere zorguitgaven. In veel gevallen nemen door preventie de individuele zorgkosten per saldo niet af, maar verschuiven zij naar een later moment in het leven. Het RIVM laat zien dat wanneer roken en overgewicht in Nederland in één keer zouden worden uitgebannen, de aan leefstijl gerelateerde zorguitgaven weliswaar zouden dalen, maar als gevolg van de stijgende

levensverwachting de totale zorguitgaven op lange termijn juist zouden stijgen.[9] Bovendien zouden de opbrengsten van accijns op tabaksproducten dalen. De baten voor de volksgezondheid van preventie liggen in deze situatie vooral in de waarde van een langer en gezonder leven.

Daarnaast hangt een betere gezondheid samen met hogere participatie, vooral op de arbeidsmarkt.[10] Wanneer gezondheidswinst inderdaad leidt tot meer en langer werken lijken de financiële baten voor de overheid positief te zijn. Verder is duidelijk dat een samenhang bestaat tussen gezondheid aan het begin van het leven en uitkomsten zoals opleidingsniveau en inkomen later in het leven.[11] In het onderzoeksprogramma 'Toekomst voor de zorg' is het CPB nader ingegaan op het effect van gezonder leven op de kosten en baten voor de burger, overheid en pensioenfondsen.

5.3 Preventie binnen de curatieve zorg

De Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt de wettelijke kaders voor verzekerde individuele curatieve zorg. Voorbeelden van individuele preventiemaatregelen die onderdeel uit (kunnen) maken van het verzekerde basispakket zijn 'de beweegkuur', of 'stoppen met roken'. De mogelijkheden om binnen de Zvw meer collectieve preventie (c.q. leefstijl) initiatieven aan te moedigen, zijn beperkt.[12] Wel is het mogelijk om individueel gerichte leefstijlinterventies aan het verzekerde pakket toe te voegen, mits bewezen effectief en doelmatig.

Het ministerie van VWS voert in 2015 het project 'preventie in de zorgstelsels' uit naar aanleiding van een aantal toezeggingen van de minister van VWS en een motie van Wolbert tijdens de begrotingsbehandeling van november 2014.[13] Onderzocht wordt welke mogelijkheden voor preventie in de verschillende wetten (Zvw, Wpg, Wlz, Wmo, Jeugdwet), er nu al zijn, hoe knelpunten kunnen worden weggenomen en welke verbeterpunten er zijn. Dit met de onderzoeksvraag hoe preventie beter kan worden verankerd in deze wetten en wat de (on)mogelijkheden en voor- en nadelen zijn van een betaaltitel voor selectieve preventie in de Zvw. Ook wordt bezien wat geleerd kan worden van buitenlandse voorbeelden.

---

9 Panhuis-Plasmans, M. in 't, Luijben, G., en Hoogenveen, R. (2012). Zorgkosten van ongezond gedrag, Kosten van ziekten. Notities 2012-2.

10 Harbers, M. M., en Hoeymans, N. (2014).Gezondheid en maatschappelijke participatie, Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning.

11 Ter Weel, B., Van Erp, F., Van der Horst, A., en Prevoo, T. (2014). Onderzoek naar de economische mechanismen van ontwikkeling van menselijk kapitaal en de rol van gezondheidspreventie. Centraal Planbureau: Notitie.

12 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2011, december). Preventie van welvaartsziekten - Effectief en efficiënt georganiseerd.

13 Motie van het lid Wolbert (2014, november 20). Motie over een betaaltitel voor preventie in de Zorgverzekeringswet. Kamerstuk 34 000-XVI nr. 65.

6 Transitiekosten en gedragseconomie

6.1 Analysekader transitiekosten

Een transitie kan bestaan uit het overhevelen van delen van ondersteuning of zorg van het ene naar het andere uitvoeringsregime (bijvoorbeeld van Wmo naar Zvw), het toevoegen van elementen van publieke aanbodsturing aan het bestaande privaatrechtelijke verzekeringsstelsel (bijvoorbeeld uitbreiding Wbmv; Wet op bijzondere medische verrichtingen) of een fundamentele aanpassing binnen een uitvoeringsregime (bijvoorbeeld een aanpassing van - een deel van - de inrichting van de Wlz). De hoogte van de transitiekosten van stelselwijzigingen, dus om vanuit de bestaande situatie naar een nieuw evenwicht te komen, hangt van diverse factoren af. Om meer inzicht in de omvang van de transitiekosten voor de zorg te verkrijgen, is verdiepend extern onderzoek uitgevoerd door SiRM.[14] De centrale vragen hierbij waren: welke elementen spelen een rol bij transities, wat is de tijdsduur van de verschillende transities en hoe hoog zijn de bijbehorende transitiekosten? Het onderzoek heeft een analysekader voor transitiekosten opgeleverd. Deze paragraaf gaat hier kort op in.

Figuur 6.1 Analysekader aanpassing zorgstelsel[14]

Het analysekader voor transities in de zorg kent drie fasen. Voorafgaand aan de daadwerkelijke transitie treedt allereerst een verstoring van het evenwicht op. Deze onzekere periode wordt afgesloten met het aannemen van nieuwe wet- en regelgeving. Vervolgens worden tijdens de feitelijke overgang bestaande instituties ontmanteld en nieuwe opgebouwd. De governance (waaronder het bestuurlijk-informatie-financieel-stelsel[15]) wordt heringericht en de veranderde wet- en regelgeving wordt ingebed in de uitvoeringspraktijk. Nieuwe werkwijzen, kennis en vaardigheden worden ontwikkeld en een aanpassing van de *checks and balances* wordt doorgevoerd. In de laatste fase, nadat de

[14] SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015). Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg.
[15] Boerboom, H., Nijenhuis, J. (2013). Het BIF-stuk - Samen werken aan een goed financieel stelsel.

transitie heeft plaatsgevonden, zal het enige tijd duren voordat een nieuw evenwicht wordt bereikt.

De drie fasen van het transitieproces gaan gepaard met verschillende typen transitiekosten voor de betrokken partijen (patiënten, aanbieders van zorg en ondersteuning, zorgverzekeraars, gemeenten, Rijksoverheid). De relevantie van het type kosten verschilt per stelselwijziging. In het gehanteerde onderzoekskader zijn de volgende vier typen van transitiekosten meegenomen.

- Lopende kosten: kosten van de dagelijkse operaties die voortvloeien uit de stelselwijziging. Voorbeelden hiervan zijn het opstellen van nieuwe wet- en regelgeving, een nieuwe structuur voor handhaving en toezicht en de ontwikkeling van een nieuw bekostigingssysteem.
- Waardeoverdracht en -verandering: kosten ter compensatie voor de overdracht van eigendomsrechten en toekomstige inkomensstroom en de afkoop van bestaande contracten. Ook de kosten van versnelde afschrijving, omdat bepaalde activa na de stelselwijziging niet langer nodig zijn, vallen hieronder.
- Onzekerheid: het 'onbekende' kan ervoor zorgen dat extra financiële buffers worden aangelegd, investeringsbeslissingen worden uitgesteld en het personeelsbeleid wordt herzien. Dit zorgt mogelijk tijdelijk voor een lagere productiviteit en dus efficiencyverlies.
- Gedragseffecten: de handelswijze van betrokken partijen verschilt per transitiefase en omvat zowel beoogde als ongewenste effecten. Bijvoorbeeld door informatieasymmetrie hebben uitvoerders doorgaans betere informatie over kosten en opbrengsten dan de Rijksoverheid. Dit betekent dat in dergelijke situaties de kans groot is dat de Rijksoverheid een te hoge compensatie voor de overdracht van eigendomsrechten overeenkomt.

Het analysekader is benut om een algemene rekenregel op te stellen om effecten van de omvangrijke transitiemaatregelen te kwantificeren. De algemene rekenregel, gebaseerd op een aantal uitgevoerde voorbeeldberekeningen, gaat uit van de veronderstelling dat gedurende de transitie de kosten per jaar 1,5% van de budgettaire grondslag zijn. Onderscheid wordt gemaakt tussen kleine, middelgrote en grote stelselwijzigingen. Bij kleine transities wordt uitgegaan van een transitie van twee jaar, bij middelgrote van vijf jaar en bij grote stelselwijzigingen van acht jaar. In geval van een grote transitie, zoals een overgang van zorg van het ene domein naar het andere, zijn de transitiekosten berekend op 8 jaar × 1,5% = 12%. Bij een kleine transitie (bijvoorbeeld het overhevelen van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget) of een middelgrote transitie (bijvoorbeeld medisch specialisten in loondienst) is dat respectievelijk 3% of 7,5%. In deze percentages zit een zekere onzekerheidsmarge en het betreft ondergrenzen van de te verwachten tijdelijke transitiekosten. De werkelijke transitiekosten kunnen in praktijk veel hoger uitvallen, bijvoorbeeld in het geval van de transitie van een privaat stelsel naar een publiek stelsel die gepaard gaat met onteigening. Het verdient aanbeveling om bij een voorgenomen stelselwijziging vooraf de geraamde transitiekosten en opbrengsten afzonderlijk in beeld te brengen.

6.2 Gedragseconomie

In de taakopdracht is aangegeven dat niet alleen verschuiving van lasten van maatregelen wordt onderzocht, maar ook mogelijke verandering van gedrag van actoren, of van het volume aan zorg.

In het zorgstelsel zijn uiteenlopende partijen actief waarbij hun gedragingen tezamen de werking van het geheel bepalen. De standaard economische theorie gaat uit van het beeld van de mens als rationele beslisser die bij volledige informatie keuzes maakt in lijn met zijn voorkeuren. De gedragseconomie leert dat het handelen van mensen ook wordt beïnvloed door onvolledige informatie en onzekerheid. De uitdaging is om deze meer irrationele, maar deels voorspelbare, patronen in het keuzegedrag van groepen mensen in te kunnen schalen. Ter illustratie staat in onderstaande box een aantal voorbeelden van menselijke gedragingen. Deze zijn relevant voor het functioneren van het zorgstelsel en de vormgeving van het beleid.

Voorbeelden

- **Mensen zijn verliesavers:**
  In tegenstelling tot wat het rationele mensbeeld doet vermoeden, geldt vaak dat mensen verliezen zwaarder wegen dan even grote winsten.

  Raakvlak zorgstelsel – Dit element kan bijvoorbeeld een rol spelen in de maatschappelijke discussie bij overhevelingen van zorg uit het basispakket naar de aanvullende verzekering.

- **Mensen zijn niet stressbestendig bij keuzes:**
  Het rationele mensbeeld suggereert dat meer opties en meer informatie leiden tot gelijke of betere uitkomsten. In werkelijkheid geldt echter dat een overvloed aan beide juist regelmatig leidt tot slechtere of geen uitkomsten.

  Raakvlak zorgstelsel – Voor de zorgverzekeringswet kan gekozen worden uit verschillende soorten zorgpolissen.

- **Mensen zijn slecht in schatten en rekenen:**
  In tegenstelling tot waar het rationele mensbeeld van uitgaat, zijn mensen niet altijd goed in staat om kansen goed in te schatten en te berekenen. Sterker nog, schat- en rekenfouten zijn niet willekeurig maar in zekere zin voorspelbaar.

  Raakvlak zorgstelsel – De kans dat een ziekte zich daadwerkelijk ontwikkelt op basis van eigen gedrag en leefstijl.

In deze rapportage zijn gedragseffecten meegenomen als onderdeel van de gehanteerde voorspelmodellen voor de beleidsopties eigen betalingen. Hiervoor zijn elasticiteiten gebruikt om een totaaleffect van gedrag op zorggebruik in te schalen.

Voor het Nederlandse zorgstelsel is nog beperkt (wetenschappelijk) onderzoek gedaan naar de impact van gedragseffecten. Daarom heeft de Technische werkgroep ervoor gekozen om gedragseconomische expertise binnen en buiten de zorg te betrekken bij de analyse van de beleidsopties. De verkregen inzichten zijn bij de uitwerking van de beleidsopties betrokken.

Een aanbeveling van de experts is om meer praktijkgerichte kennis en ervaring op te doen. Om de brug tussen theorie en praktijk te kunnen maken, zijn verschillende alternatieven voorstelbaar. Gekozen is om in een zogenoemde ‘laboratoriumsetting’ de effecten van gedrag

op de werking van verschillende vormen eigen betalingen voor de zorg te onderzoeken. De rapportage van dit onderzoek is als bijlage 6 beschikbaar. Een dergelijk experiment is nieuw voor de Nederlandse zorg en vergt nog nadere analyse en vervolgonderzoek. Daarom zijn de uitkomsten van dit labexperiment niet gebruikt bij de kwantificering van de beleidsopties eigen betalingen. Het ministerie van VWS laat in 2015 onderzoek verrichten naar zorgmijding en naar het effect van verhoging van het eigen risico op het gebruik van tweedelijnszorg.[16]

[16] De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015, februari 27). Evaluatie Zorgverzekeringswet. Vergaderjaar 2014-2015, 29 689 nr. 591.

7 Overzicht resultaten analyse

7.1 Presentatie beleidsopties

In dit hoofdstuk worden de budgettaire effecten van de beleidsopties gepresenteerd. In totaal zijn ruim honderd maatregelen beschreven en waar mogelijk doorgerekend. De beleidsopties zijn geanonimiseerd uitgewerkt en worden per thema gepresenteerd. Voor een aantal beleidsopties geldt dat in de praktijk een van de alternatieven kan worden geïmplementeerd; de opbrengsten kunnen daarom niet worden opgeteld.

De bedragen in de tabellen zijn in miljoenen euro's. Een '+' betekent een verhoging van de zorguitgaven en een '-' een verlaging; bijvoorbeeld -200 is een besparing van 200 miljoen euro. Als een maatregel technisch of juridisch niet uitvoerbaar is, wordt dit in de uitwerking toegelicht. In de tabel is dan een 'x' opgenomen. Voor maatregelen waarvoor onvoldoende informatie beschikbaar is om het resultaat te bepalen, is een p.m. in de tabellen opgenomen. Voor enkele beleidsopties beveelt de Technisch werkgroep specifiek aan nader onderzoek te doen. Deze maatregelen komen terug bij de aanbevelingen in hoofdstuk 8.

In bijlage 3. Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsopties Zorgkeuzes in Kaart worden de beleidsopties nader beschreven. In deze beschrijving zijn waar relevant en mogelijk de gedragseffecten, transitie- en uitvoeringskosten, overgangsrecht, eigen betalingen en weglekeffecten benoemd. In onderstaande tabellen worden alleen de effecten op de netto collectieve zorguitgaven gepresenteerd.

7.2 Beleidsopties zorgbreed en arbeidsmarkt

In deze paragraaf worden de budgettaire effecten van zorgbrede beleidsopties en op het gebied van arbeidsmarkt beschreven.

Tabel 7.1 Overzicht beleidsopties zorgbreed en arbeidsmarkt (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
001	Honderd procent borging door Waarborgfonds voor de Zorgsector	0	+100	+200	+300	+400
002	Overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg	0	0	-85	-85	-85
003	Overheadnorm ziekenhuizen	x				
004	Boete voor zorgverzekeraars bij onvoldoende fraudeopsporing	0	0	p.m.	p.m.	p.m.
005	Korten op de loonindexatie:					
	a. Eenmalig 1%	0	0	0	-340	-340
	b. 1% gedurende 2 jaar	0	0	0	-340	-680
006	Medisch specialisten verplicht in loondienst:	+150	+150	+150	+2200 -p.m.	-100
007	Medisch specialisten onder de Wet normering topinkomens	0	0	0	-10	-65
008	Medisch specialisten verplicht in loondienst en onder de Wet normering topinkomens	+300	+300	+300	+2300 -p.m.	-540
009	Korten op opleidingsbudgetten medisch specialisten	0	-15	-30	-50	-50
010	Banenplan voor de langdurige zorg	+350	+700	+1100	+1400	+1400

uitwerking > *001: Honderd procent borging door Waarborgfonds voor de Zorgsector*
Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) gaat alle vastgoedleningen die banken bereid zijn te verstrekken, 100% borgen. De Rijksoverheid is achterborg voor de garanties die het WFZ afgeeft.

uitwerking > *002: Overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg*
De overheid verplicht zorgkantoren om bij de zorginkoop in de Wet langdurige zorg (Wlz) gedifferentieerde tarieven te hanteren die afhangen van het overheadpercentage en het ziekteverzuim van de aanbieder. Aanbieders die slechter scoren dan de vastgestelde normen, krijgen een lager tarief vergoed.

uitwerking > *003: Overheadnorm ziekenhuizen*
Het invoeren van een norm die stelt dat de overhead van ziekenhuizen maximaal 20% van de omzet bedraagt. Wanneer de instelling de norm niet haalt, legt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een boete op. Daarnaast worden zorginstellingen verplicht verantwoording over de overhead af te leggen in hun jaarverslag.

uitwerking > *004: Boete voor zorgverzekeraars bij onvoldoende fraudeopsporing*
Zorgverzekeraars sporen 3% fraude op in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor zover een zorgverzekeraar deze doelstelling verwijtbaar niet haalt, volgt een boete ter hoogte van een bedrag van 3% van de omzet minus het opgespoorde bedrag aan fraude.

uitwerking > *005: Korten op de loonindexatie*
Op de looncomponent van de macrobudgetten en gereguleerde tarieven in de zorg wordt een eenmalige of een tweejarige korting van 1% toegepast. Eenzelfde korting geldt voor de (fictieve) looncomponent van het (fictieve) aandeel in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdzorg in het Gemeentefonds.

uitwerking > *006: Medisch specialisten verplicht in loondienst*
Alle medisch specialisten komen verplicht in loondienst, maar vallen niet onder de Wet normering topinkomens (WNT). Drie varianten zijn uitgewerkt:

a. Alle nieuw in diensttredende artsen komen in loondienst. Leden van bestaande maatschappen krijgen de optie om vrijwillig in loondienst te treden.
b. Alle vrijgevestigde medisch specialisten die in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) werken, komen gefaseerd in loondienst. Voor artsen die korter dan tien jaar in een maatschap zitten, en die zich ingekocht hebben, geldt dat zij pas in loondienst komen nadat ze in totaal (maximaal) tien jaar in een maatschap hebben gewerkt.
c. Alle vrijgevestigde medisch specialisten die in een ziekenhuis of een ZBC werken, komen direct in loondienst van het ziekenhuis.

uitwerking > *007: Medisch specialisten onder de Wet normering topinkomens*
Medisch specialisten in loondienst worden aan de werkingssfeer van de WNT toegevoegd. Het maximale salaris dat een medisch specialist mag ontvangen, wordt zo genormeerd.

uitwerking > *008: Medisch specialisten verplicht in loondienst en onder de Wet normering topinkomens*
Medisch specialisten komen verplicht in loondienst en worden onder de WNT gebracht. Deze maatregel is dus een combinatie van de beleidsopties 006 en 007.

uitwerking > *009: Korten op opleidingsbudgetten medisch specialisten*
Het vergoedingsbedrag dat zorginstellingen ontvangen voor de 27 medisch specialistische vervolgopleidingen, wordt gekort met 7,5%. Daarnaast wordt een verplichting voor ziekenhuizen ingesteld om gedetailleerd verantwoording af te leggen over de besteding van de subsidie ten behoeve van medische vervolgopleidingen.

uitwerking > *010: Banenplan voor de langdurige zorg*
Er komen extra middelen beschikbaar voor de langdurige zorg, die worden verdeeld over de contracteerruimte Wlz en de uitkering aan gemeenten. In de Zvw wordt het budgettair kader voor wijkverpleging verhoogd. De totale investering bedraagt 1,4 miljard euro structureel. Er is geen verplichting voor zorginstellingen om de extra middelen te gebruiken om extra personeel aan te trekken.

7.3 Beleidsopties pakketbeheer

In deze paragraaf worden de budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied van het verzekerde pakket beschreven.

Tabel 7.2 Overzicht beleidsopties pakketbeheer (budgettair effect, miljard euro, + = hogere uitgaven)

		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
011	Verkleinen basispakket op basis van ziektelast	0	0	0	-250	-500
012	QALY als norm voor het basispakket	0	0	p.m.	p.m.	p.m.
013	Aanpassen voorwaardelijke toelating:					
	a. Voorwaardelijke toelating als subsidie	0	-20	-40	-60	-80
	b. Verbreding voorwaardelijke toelating	0	+1	+1	+2	+2
014	Gepast gebruik (onderdelen a. en c. gecombineerd)	0	-25	-50	-75	-75
015	Beperken pakket voor ouderdomsgerelateerde zorg	0	-220	-220	-220	-220
016	Beperken recht op kraamzorg en invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage	0	0	-110	-110	-110

uitwerking > *011: Verkleinen basispakket op basis van ziektelast*
Vormen van zorg of diensten voor aandoeningen die een lagere ziektelast hebben dan een bepaald minimum, worden uit het basispakket verwijderd. De maatregel gaat uit van een ziektelastgetal van 0,05 als grens. Dat wil zeggen dat maximaal 5% van de gezondheid verloren gaat als de aandoening onbehandeld blijft.

uitwerking > *012: QALY als norm voor het basispakket*
Er wordt voor het basispakket een financiële norm per *quality adjusted life year* (QALY) ingevoerd. Een behandeling in het basispakket mag niet duurder zijn dan dit normbedrag. De grenzen die voor deze maatregel worden verkend zijn 50.000, 80.000 en 100.000 euro per QALY. Het Zorginstituut Nederland scherpt op basis van de gekozen QALY-norm het pakketbeheer en de toelating aan. Artsen en hun wetenschappelijke verenigingen worden opgeroepen de QALY-grens als richtsnoer te gebruiken bij het ontwerpen van richtlijnen en bij de keuzes die ze in de spreekkamer maken.

uitwerking > *013: Aanpassen voorwaardelijke toelating*
De vormgeving van het instrument voorwaardelijke toelating wordt gewijzigd door de aanspraak in de Zvw te versoberen tot een subsidieregeling, die de voorwaardelijk toegelaten zorg beperkt tot de patiënten die deelnemen aan het onderzoek naar de effectiviteit van die zorg. Daarnaast wordt het instrument voorwaardelijke toelating breder ingezet.

uitwerking > *014: Gepast gebruik*
De maatregel bestaat uit drie onderdelen, gericht op a) het aanscherpen van de kwaliteitsstandaarden en het opstellen van een overzicht van ‘redelijke’ volumes voor specifieke patiëntencategorieën; b) bewezen effectiviteit als pakketcriterium; en c) verplichte registratie van nevendiagnosen van intramurale zorgproducten.

uitwerking > *015: Beperken pakket voor ouderdomsgerelateerde zorg*
Betaalbare aanspraken die samenhangen met ouderdom, gaan uit het basispakket voor verzekerden vanaf 67 jaar. Deze zorg kwalificeert niet meer als noodzakelijk te verzekeren zorg. Dit is uitgewerkt voor twee pakketonderdelen: incontinentiemateriaal voor ouderen en auditieve hulpmiddelen bij leeftijdsgerelateerde slechthorendheid.

uitwerking > *016: Beperken recht op kraamzorg en invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage*
Het minimum aantal uren kraamzorg wordt beperkt en de eigen bijdrage voor kraamzorg wordt grotendeels inkomensafhankelijk gemaakt.

7.4 Beleidsopties eigen betalingen

In deze paragraaf staan de beleidsopties op het gebied van eigen betalingen. De beleidsopties ten aanzien van eigen betalingen gelden niet voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

De Technische werkgroep beveelt aan om de komende periode vervolgonderzoek te doen naar de effecten van verschillende vormen van eigen betalingen op het zorggebruik van verzekerden (zie ook hoofdstuk 8).

Tabel 7.3 Overzicht beleidsopties eigen betalingen (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
017	Verhogen vermogensinkomensbijtelling	0	-45	-45	-45	-45
018	Invoeren vermogenstoets voor eigen bijdrage in Wet langdurige zorg en Wet maatschappelijke ondersteuning	0	-130	-130	-90	-90
019	Vermogen eigen woning gelijk behandelen in vermogensinkomensbijtelling	0	0	+25	-300	-300
020	Invoeren eigen bijdrage wijkverpleging:					
	a. Inkomensafhankelijke eigen bijdrage	0	0	-5	-5	-5
	b. Generieke eigen bijdrage van 5 euro per uur	0	0	-25	-25	-25
021	Verhogen of verlagen van het eigen risico:					
	a. Eigen risico € 505	0	-870	-870	-870	-870
	b. Eigen risico € 305	0	+940	+940	+940	+940
	c. Eigen risico € 185	0	+1800	+1800	+1800	+1800
	d. Eigen risico € 0	0	+3700	+3700	+3700	+3700
022	Huisartsenzorg onder het eigen risico	0	-340	-340	-340	-340
023	Invoeren procentueel eigen risico:					
	a. 75% EB gelijk aan eigen risico 2017 van € 405	0	+210	+210	+210	+210
	b. 50% EB gelijk aan eigen risico 2017 van € 405	0	+530	+530	+530	+530
	c. 25% EB gelijk aan eigen risico 2017 van € 405	0	+1100	+1100	+1100	+1100
	d. 75% EB gelijk aan eigen risico van € 440	0	-30	-30	-30	-30
	e. 50% EB gelijk aan eigen risico van € 495	0	-95	-95	-95	-95
	f. 25% EB gelijk aan eigen risico van € 725	0	-510	-510	-510	-510
024	Invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting:					
	a. Maximale eigen bijdrage gelijk aan eigen risico 2017 van € 405	0	0	+1100	+1100	+1100
	b. Maximale eigen bijdrage van € 725	0	0	-510	-510	-510
025	Herintroduceren verplichte no-claimkorting	0	0	+140	+140	+140
026	Invoeren inkomensafhankelijk eigen risico	0	0	+60	+60	+30
027	Invoeren two-tier systeem (het Zwitserse systeem):					
	a. Grens X is 320 euro en grens Y is 640 euro	0	0	+80	+80	+80

		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
	b. Grens X is 300 euro en grens Y is 800 euro	0	0	-55	-55	-55
028	Verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico:					
	a. Maximale vrijwillige eigen risico naar 1000 euro	0	-5	-5	-5	-5
	b. Maximale vrijwillige eigen risico naar 2500 euro	0	-10	-10	-10	-10
029	Invoeren eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen:					
	a. Eigen bijdrage 3 euro per receptregel	0	-45	-45	-45	-45
	b. Eigen bijdrage 4 euro per receptregel	0	-130	-130	-130	-130
	c. Eigen bijdrage 5 euro per receptregel	0	-190	-190	-190	-190
	d. Eigen bijdrage 25% per receptregel tot maximaal 200 euro per jaar	0	-160	-160	-160	-160
030	Invoeren eigen risico voor hulpmiddelen in de Zorgverzekeringswet	0	-290	-290	-290	-290
031	Invoeren eigen bijdrage tandheelkundige zorg in de Zorgverzekeringswet	0	-30	-30	-30	-30
032	Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in het ziekenhuis	0	-70	-70	-70	-70
033	Invoeren eigen bijdrage voor bezoek aan de huisartsenpost:					
	a. Eigen bijdrage van 25% van zorgkosten per bezoek HAP	0	-35	-35	-35	-35
	b. Eigen bijdrage alleen voor 'zelfverwijzers'	0	-3	-3	-3	-3
034	Invoeren verschoven eigen risico ('donut hole'):					
	a. Generiek verschoven eigen risico	0	+370	+370	+370	+370
	b. Gedifferentieerd verschoven eigen risico	x				
035	Hoge eigen bijdrage eerste zes maanden intramurale zorg in de Wet langdurige zorg	0	-140	-140	-140	-140

uitwerking > *017: Verhogen vermogensinkomensbijtelling*

Het percentage van de vermogensinkomensbijtelling wordt verhoogd van 8% naar 12% voor zowel de eigen bijdrage van de Wlz als de eigen bijdrage van de Wmo. De geschatte opbrengst hiervan wordt in mindering gebracht op het gemeentefonds. Overigens blijft de maximale eigen bijdrage gelijk aan de huidige maximale eigen bijdrage.

uitwerking > *018: Invoeren vermogenstoets voor eigen bijdrage in de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning*

Cliënten in de Wlz en de Wmo gaan direct uit hun vermogen bijdragen. Alle vermogen boven het heffingsvrije vermogen (vanaf 21.139 euro in box 3) wordt meegerekend bij het bepalen van de grondslag waarover de eigen bijdrage wordt berekend. Cliënten komen daardoor eerder aan een maximale eigen bijdrage. Gemeenten hebben niet meer de bevoegdheid om zelf te bepalen of en in hoeverre vermogen in aanmerking wordt genomen bij de Wmo; dat wordt wettelijk geregeld.

uitwerking > *019: Vermogen eigen woning gelijk behandelen in vermogensinkomenbijtelling*

Vermogen in de eigen woning en vermogen in box 3 worden op dezelfde wijze meegenomen in de berekening van de eigen bijdrage voor de Wlz: over het opgebouwde vermogen in de eigen woning wordt een vermogensbijtelling van 8% gerekend. De maximale eigen bijdrage blijft ongewijzigd.

uitwerking > *020: Invoeren eigen bijdrage wijkverpleging*

Er wordt een eigen bijdrage voor wijkverpleging ingevoerd. De eerste variant is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De parameters van de regeling worden zo gekozen dat de eigen bijdrage gemiddeld 5 euro per uur zorg bedraagt. De tweede variant is een eigen

bijdrage ingevoerd van 5 euro per uur, ongeacht de hoogte van het inkomen. In beide varianten wordt het verplichte eigen risico generiek verlaagd.

uitwerking > *021: Verhogen of verlagen van het eigen risico*
Vier mogelijke wijziging van het verplicht eigen risico: a) een verhoging met 100 euro, b) een verlaging met 100 euro, c) een verlaging met 220 euro, of d) het schrappen van het verplicht eigen risico. De eerste drie varianten betreffen 'incidentele' aanpassingen. In de laatste variant wordt het verplicht eigen risico verlaagd met 405 euro. Hiermee wordt het eigen risico de facto afgeschaft.

uitwerking > *022: Huisartsenzorg onder het eigen risico*
De aanspraak op huisartsenzorg wordt onder het eigen risico geplaatst. Dit geldt zowel voor algemene huisartsenzorg als huisartsenposten. Het inschrijftarief voor een huisarts wordt niet onder het eigen risico geplaatst.

uitwerking > *023: Invoeren procentueel eigen risico*
Het verplichte eigen risico wordt vervangen door een procentueel eigen risico. De verzekerde betaalt een percentage van zijn zorgkosten (75%, 50% of 25%) tot een maximum bedrag. In de varianten a, b, c, blijft het maximum bedrag gelijk aan het huidige eigen risico van 405 euro. In variant d wordt het maximum bedrag hoger dan de huidige 405 euro namelijk 440 euro bij 75% eigen betaling. In variant e wordt het maximum 495 euro bij 50% eigen betaling en in variant f wordt gerekend met een maximum 725 euro bij 25% eigen betaling.

uitwerking > *024: Invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting*
Het huidige eigen risico wordt vervangen door een systeem met vaste eigen betaling per verrichting totdat een bepaald maximum is bereikt. In de eerste variant blijft de maximale eigen bijdrage gelijk aan het huidige eigen risico (405 euro in 2017); in de tweede variant wordt de maximale eigen bijdrage verhoogd naar 725 euro.

uitwerking > *025: Herintroduceren verplichte no-claimkorting*
Het huidige eigen risico wordt afgeschat en een no-claimkorting geïntroduceerd (is de facto een no-claim van 405 euro). De nominale premie wordt verhoogd en het vrijwillig eigen risico blijft bestaan.

uitwerking > *026: Invoeren inkomensafhankelijk eigen risico*
Een inkomensafhankelijk eigen risico wordt geïntroduceerd op basis van niveaus die afhankelijk zijn van het individuele inkomen of het huishoudinkomen. Alle varianten zijn budgettair neutraal ten opzichte van het basispad (exclusief transitiekosten en administratieve lasten).

uitwerking > *027: Invoeren two-tier systeem (het Zwitserse systeem)*
Het eigen risico wordt (procentueel) gerelateerd aan de hoogte van de zorguitgaven van een verzekerde. Drie 'stappen' zijn hierin te onderkennen:

- Verzekerden betalen de eerste zorgkosten tot grens X volledig uit eigen zak (100%);
- Daarna wordt tot grens Y 25% van de gemaakte zorgkosten betaald;
- Boven grens Y worden vervolgens de zorgkosten volledig vergoed (0%).

uitwerking > *028: Verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico*
Het maximale vrijwillige eigen risico wordt opgehoogd naar 1000 euro of 2500 euro. Een verzekerde die hiervoor kiest krijgt een premieverlaging.

uitwerking > *029: Invoeren eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen*
Voor de introductie van een eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen zijn verschillende varianten uitgewerkt. Een eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen van maximaal 3, 4 of 5 euro wordt per receptregel met een maximum van 200 euro per jaar ingevoerd. Als een patiënt geneesmiddelen gebruikt met een lagere prijs dan de eigen bijdrage, dan betaalt de patiënt slechts de (lagere) prijs van de geneesmiddelen. Een andere variant betreft het invoeren van een eigen bijdrage van 25% per receptregel voor medicijnen tot een maximale eigen bijdrage per jaar van 200 euro. Over de extramurale geneesmiddelen wordt geen eigen risico meer geheven.

uitwerking > *030: Invoeren eigen risico voor hulpmiddelen in de Zorgverzekeringswet*
Een algemeen eigen risico voor hulpmiddelen in de Zvw wordt ingevoerd met een maximum van 200 euro. Alle extramurale hulpmiddelen in het basispakket worden uit private middelen betaald, tot een jaarlijks maximum van 200 euro per persoon. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar het type hulpmiddel. Over hulpmiddelen wordt geen eigen risico geheven. De huidige specifieke eigen betalingen voor hulpmiddelen komen te vervallen.

uitwerking > *031: Invoeren eigen bijdrage tandheelkundige zorg in de Zorgverzekeringswet*
Het invoeren van een eigen bijdrage voor tandheelkundige zorg in de Zvw van 15% van de kosten. De eigen bijdrage van 25% voor gebitsprothesen blijft bestaan.

uitwerking > *032: Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in het ziekenhuis*
Een eigen bijdrage van 10 euro per ligdag wordt ingevoerd bij verblijf in het ziekenhuis, met een maximum van 100 euro per patiënt per jaar.

uitwerking > *033: Invoeren eigen bijdrage voor bezoek aan de huisartsenpost*
Het invoeren van een eigen bijdrage van 25% van de zorgkosten per bezoek aan de huisartsenpost. Een variant op de maatregel is om alleen zelfverwijzers de eigen bijdrage te laten betalen.

uitwerking > *034: Invoeren verschoven eigen risico ('donut hole')*
Het verplichte eigen risico begint niet meer aan de voet, maar vanaf een bepaald bedrag aan gemaakte zorgkosten. Tot dat bedrag worden de zorgkosten volledig vergoed, daarna betaalt de patiënt de kosten zelf tot een jaarlijks maximum. De kosten boven dit maximum worden weer volledig vergoed.

uitwerking > *035: Hoge eigen bijdrage eerste zes maanden intramurale zorg in de Wet langdurige zorg*
Nieuwe cliënten in de Wlz-zorg betalen een hoge eigen bijdrage voor de eerste zes maanden intramurale zorg. Een overgangssituatie wordt gehanteerd, alleen nieuwe cliënten krijgen te maken met de maatregel.

7.5 Beleidsopties preventie

In deze paragraaf staan de beleidsopties op het gebied van preventie centraal. De maatregel 'Oprichten preventiefonds' en 'Preventie in het zorgbudget' zijn verschillende manieren om hetzelfde doel te bereiken.

De Technische werkgroep beveelt aan om in 2015-2016 een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) uit te voeren naar de wijze waarop onderzoeksprogramma's voor preventiebeleid en gezonde leefstijlmaatregelen moeten worden ingericht (zie ook hoofdstuk 8).

Tabel 7.4 Overzicht beleidsopties preventie maatregelen (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
036	Oprichten preventiefonds	0	+470	+470	+470	+470
037	Preventie in het zorgbudget	0	+250	+250	+250	+250
038	Preventieve health check	0	+15 +p.m.	+15 +p.m.	+15 +p.m.	+15 +p.m.
039	Introduceren bonus voor verminderen ondervoeding en uitdroging	0	0	+15	+15	+15
040	Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg	0	+1	+1	+1	+1

uitwerking > *036: Oprichten preventiefonds*
Er komt een gezamenlijk door gemeenten en verzekeraars beheerd preventiefonds met een omvang van 470 miljoen. Dit is gelijk aan 1% van de premieopbrengsten van de Zvw plus een bijdrage van gemeenten en andere belanghebbenden vanuit het brede zorgwelzijnsveld van gezamenlijk 150 miljoen euro. Maatschappelijke baten worden door invoering van de maatregel verwacht in de vorm van verbetering van de publieke gezondheid.

uitwerking > *037: Preventie in het zorgbudget*
Een geoormerkt deel van het zorgbudget wordt gereserveerd voor preventieve activiteiten in de zorg, zoals het treffen van maatregelen gericht op vroegtijdige opsporing en voorkomen van ziekten. In totaal wordt 250 miljoen euro geoormerkt voor preventie, dit is 0,8% van de middelen van de Zvw in 2017.

uitwerking > *038: Preventieve health check*
Het preventieconsult (preventieve health check) wordt door de huisarts actief aangeboden aan patiënten tussen de 45 en 70 jaar oud, conform de standaard van het Nederlandse Huisartsen Genootschap. Deze groep wordt eens in de vijf jaar benaderd voor het consult.

uitwerking > *039: Introduceren bonus voor verminderen ondervoeding en uitdroging*
Er komt een bonus voor zorginstellingen in de langdurige zorg die de mate van ondervoeding en uitdroging van hun bewoners onder de landelijke norm weten te houden. De bonus wordt door zorgkantoren uitgekeerd en komt bovenop het afgesproken tarief.

uitwerking > *040: Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg*
De Rijksoverheid rolt een programma uit - bestaande uit masterclasses voor zorginstellingen - dat voedselverspilling in de ouderenzorg tegengaat.

7.6 Beleidsopties curatieve zorg

In deze paragraaf worden de budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied van de curatieve zorg beschreven.

Tabel 7.5 Overzicht beleidsopties curatieve zorg (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
041	Capaciteitsregulering dure infrastructuur	0	0	0	-30	-30
042	Capaciteitsplan spoedeisende hulp	0	0	-15	-35	-55
043	Meldkamer 'geen spoed, wel zorg'	0	0	+20	+10	+10
044	Huisarts in dienst van de spoedeisende hulp	x				
045	Mogelijk maken meerjarige polissen	0	0	p.m.	p.m.	p.m.
046	Verplicht aanbesteden zorginkoop door zorgverzekeraars	x				
047	Uitkomstbekostiging in de Zorgverzekeringswet	0	0	0	0	p.m.
048	*Shared savings* model in de Zorgverzekeringswet	0	0	0	0	p.m.
049	Verplichte verwijzing door huisarts voor eerstelijns paramedische zorg	0	0	0	0	0
050	Verplichte groepsbeslissing bij dure behandelingen en betrokkenheid geriater	0	0	0	0	0
051	Substitutie eenvoudige tweedelijnszorg	0	0	-15	-15	-15
052	Afschaffen eigen bijdrage bevalling in instelling zonder medische noodzaak	0	+10	+10	+10	+10
053	Integraal tarief geboortezorg	0	0	-30	-30	-30
054	Convenant terugdringen no show	0	0	0	0	0
055	Palliatieve zorg van ziekenhuis naar thuissetting	+50	+50	-15	-15	-65
056	Versoberen zorg in het basispakket voor vreemdelingen en asielzoekers	0	0	-1	-1	-1
057	Reclameverbod zorgverzekeraars	x				
058	Afromen winsten/vermogens zorgverzekeraars	x				
059	Belonen infectiepreventie in ziekenhuizen	0	+5	0	-5	-20
060	Verminderen vermijdbare heropnames	0	0	-10	-25	-45
061	Bestuurlijk akkoord mondzorg	0	0	-10	-25	-35
062	Continueren macrobeheersinstrument en afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
063	Gedifferentieerd macrobeheersinstrument	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
064	Verlagen nominale premie	0	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

In tabel 7.5 worden diverse p.m.-en gepresenteerd. De Technische werkgroep beveelt aan om de komende periode (2015-2016) vervolgonderzoek te doen naar de mogelijkheden tot volumebeheersing voor de curatieve zorg (zie ook hoofdstuk 8).

uitwerking > *041: Capaciteitsregulering dure infrastructuur*
Aanpassing van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) zodat deze ook ingezet kan worden voor capaciteitsregulering. Het uitvoeren van medisch specialistische behandelingen met dure infrastructuur wordt vergunningsplichtig.

uitwerking > *042: Capaciteitsplan spoedeisende hulp*
De overheid stelt een capaciteitsplan voor de spoedeisende-hulpposten op.

uitwerking > *043: Meldkamer 'geen spoed, wel zorg'*
Voor zorgvragen zonder spoedkarakter voor onder meer de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)-crisisopvang, de thuiszorg en de kindertelefoon wordt een extra meldkamer opgericht. Dit naar voorbeeld van het vergelijkbare initiatief bij de politie: 'Geen spoed, wel politie'.

uitwerking > *044: Huisarts in dienst van de spoedeisende hulp*
Spoedeisende-hulpposten van ziekenhuizen worden verplicht een huisarts in dienst te nemen als poortwachter die de triage doet tegen huisartsenposttarief.

uitwerking > *045: Mogelijk maken meerjarige polissen*
Naast het aanbieden van de 1-jarige polis wordt het aanbieden van meerjarige polissen door zorgverzekeraars mogelijk. De jaarlijkse opzeggingstermijn wordt voor deze meerjarige polissen afgeschaft.

uitwerking > *046: Verplicht aanbesteden zorginkoop door zorgverzekeraars*
De overheid verplicht zorgverzekeraars om de zorg conform de Zvw in te kopen via aanbesteding. Bij deze aanbesteding zijn zowel prijs als kwaliteit een criterium.

uitwerking > *047: Uitkomstbekostiging in de Zorgverzekeringswet*
Er wordt een product 'kwaliteitstoeslag' toegevoegd aan de DBC-productstructuur. Deze toeslag kan worden uitbetaald op basis van (aspecten van) toegevoegde waarde (gedefinieerd als kwaliteit/kosten) na afloop van de behandeling op populatieniveau. Als een ziekenhuispopulatie voor een bepaalde behandeling voldoet aan de kwaliteitsindicatoren, mag deze toeslag bij de diagnosebehandelcombinatie (DBC) worden opgeteld.

uitwerking > *048: Shared savings model in de Zorgverzekeringswet*
De overheid past de huidige tarief- en prestatieregulering in de Zvw aan, zodat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om zelf regiobudgetten vast te stellen. Deze regiobudgetten omvatten zowel de eerstelijns- als tweedelijnszorg. Hierdoor wordt het *shared savings model* mogelijk gemaakt dat een betere gezondheid per geïnvesteerde euro moet stimuleren.

uitwerking > *049: Verplichte verwijzing door huisarts voor eerstelijns paramedische zorg*
Alleen na verwijzing van de huisarts bestaat het recht op vergoeding van de kosten van paramedische zorg in de eerste lijn (zoals door fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten) ten laste van de zorgverzekering.

uitwerking > *050: Verplichte groepsbeslissing bij dure behandelingen en betrokkenheid geriater*
Bepaalde dure behandelingen worden alleen vergoed na een groepsbeslissing van medisch specialisten, waarbij in het geval van oudere patiënten in ieder geval een geriater betrokken is.

uitwerking > *051: Substitutie eenvoudige tweedelijnszorg*
DBC-zorgproducten voor eenvoudige zorg, die ook in de eerste lijn kan worden geleverd, worden in het A-segment ondergebracht. De (maximum-)tarieven voor deze producten worden door de NZa op eerstelijnsniveau vastgesteld.

uitwerking > *052: Afschaffen eigen bijdrage bevalling in instelling zonder medische noodzaak*
De eigen bijdrage voor een bevalling in een instelling zonder medische indicatie wordt afgeschaft.

uitwerking > *053: Integraal tarief geboortezorg*
Het invoeren van integrale bekostiging (integrale prestatie en tarief) voor zwangerschap en geboorte. Alle zorgaanbieders ontvangen samen voor alle zorgactiviteiten één tarief per zwangere. De zorgaanbieders spreken samen af hoe het integrale tarief wordt verdeeld.

uitwerking > *054: Convenant terugdringen no show*
De overheid sluit een convenant met ziekenhuizen gericht op het terugdringen van het aantal patiënten dat niet komt opdagen bij een afspraak (*no show*). Indien ziekenhuizen onvoldoende werk maken van het terugdringen van het aantal *no shows*, zou de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) boetes moeten kunnen uitdelen aan de desbetreffende ziekenhuizen.

uitwerking > *055: Palliatieve zorg van ziekenhuis naar thuissetting*
Er wordt ingezet op het verminderen (van de duur van) ziekenhuisopnamen door meer palliatieve zorg in een thuissetting te verlenen. Allereerst worden de DBC's met palliatieve zorg die ook in een thuissetting kunnen worden geleverd, gedurende vijf jaar onder het A-segment gebracht. De tarieven hiervan worden gemaximeerd op de tarieven van extramurale palliatieve zorg. Daarnaast wordt een tijdelijke impuls gegeven van 50 miljoen euro aan de subsidieregeling 'palliatief terminale zorg' voor de versterking van hospices en ondersteuning van zorgnetwerken.

uitwerking > *056: Versoberen zorg in het basispakket voor vreemdelingen en asielzoekers*
De zorg conform de Zvw wordt versoberd voor mensen zonder verblijfsrecht (die verblijven in een opvang- of onderdaklocatie) of asielzoekers gedurende hun asielprocedure in Nederland.

uitwerking > *057: Reclameverbod zorgverzekeraars*
Op grond van de Zvw wordt het zorgverzekeraars verboden om reclame te maken.

uitwerking > *058: Afromen winsten/vermogens zorgverzekeraars*
Winsten/vermogens van zorgverzekeraars worden afgeroomd. Een maximumsolvabiliteitseis wordt gesteld aan het eigen vermogen/de reserves van zorgverzekeraars. Het overige eigen vermogen wordt afgeroomd en vloeit terug naar alle premiebetalers.

uitwerking > *059: Belonen infectiepreventie in ziekenhuizen*
De overheid voert een bonusregeling in die infectiepreventie in ziekenhuizen beloont. In het eerste jaar wordt een nulmeting gedaan van het aantal ziekenhuisinfecties. Een prevalentie van minder dan 6% wordt beloond.

uitwerking > *060: Verminderen vermijdbare heropnames*
Zorgaanbieders draaien op voor de kosten van vermijdbare (her)opnames en heroperaties binnen de looptijd van de DBC.

uitwerking > *061: Bestuurlijk akkoord mondzorg*
De overheid sluit met de sector een bestuurlijk akkoord voor mondzorg. Hierin is optimale en effectieve zorg gedefinieerd, zijn evidence-based richtlijnen en best practices uitgewerkt en is een taakstelling opgenomen.

uitwerking > *062: Continueren macrobeheersinstrument en afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden*
Het macrobeheersinstrument (MBI) blijft bestaan om eventuele overschrijdingen van het macrokader zorg terug te halen met een generieke korting op zorgaanbieders. Tevens wordt een vervolg gegeven aan de verschillende hoofdlijnenakkoorden voor de periode na 2017. In de akkoorden wordt door de Rijksoverheid ingezet op concrete maatregelen ter verhoging van de doelmatigheid en kwaliteit.

uitwerking > *063: Gedifferentieerd macrobeheersinstrument*
De overheid redresseert een bepaalde macrobudgettaire overschrijding met het MBI en kort zorgaanbieders op ‘gedifferentieerde wijze’ in plaats van ‘generiek’ (naar rato van de omzet).

uitwerking > *064: Verlagen nominale premie*
De nominale premie van de Zvw wordt verlaagd en de zorgtoeslag verdwijnt. In plaats daarvan komt een inkomensafhankelijke premie. Twee varianten: een lagere nominale premie en een nul-premie.

7.7 Beleidsopties genees- en hulpmiddelen

In deze paragraaf worden de budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied genees- en hulpmiddelen beschreven.

Tabel 7.6 Overzicht beleidsopties genees- en hulpmiddelen (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
065	Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen	0	0	0	-50	-50
066	Herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem	0	-250	-250	-250	-250
067	Overhevelen specialistische geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget	0	-5	-10	-10	-10
068	Invoeren preferentiebeleid intramurale geneesmiddelen	0	0	0	0	0
069	Invoeren preferentiebeleid medische hulpmiddelen	0	0	0	0	0
070	Verplichte centrale inkoop van genees- en hulpmiddelen door ziekenhuizen	x				
071	Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de Rijksoverheid:					
	a. Eigenaarschap bij de Rijksoverheid	x				
	b. Financiële arrangementen geneesmiddelen	0	0	-30	-70	-130
072	Toelaten geneesmiddelen in lijn met Duits model	x				
073	Verplichten uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen	0	0	0	-20	-40
074	Verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek	x				
075	Verminderen verspilling genees- en verbandmiddelen	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
076	Verplichte jaarlijkse medicatiebeoordeling	x				

uitwerking > *065: Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen*
Het aanpassen van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en van de Regeling aanwijzing referentieprijslijsten. Het aantal referentielanden wordt hiertoe uitgebreid en de rekensystematiek aangepast.

uitwerking > *066: Herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem*
De overheid berekent nieuwe vergoedingslimieten voor de geneesmiddelen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

uitwerking > *067: Overhevelen specialistische geneesmiddelen naar ziekenhuisbudget*
Specialistische (dure) geneesmiddelen die voorgeschreven worden door medisch specialisten, worden overgeheveld van de aanspraak farmaceutische zorg naar de aanspraak geneeskundige zorg (‘het ziekenhuisbudget’).

uitwerking > *068: Invoeren preferentiebeleid intramurale geneesmiddelen*
Het voeren van preferentiebeleid door zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij intramurale geneesmiddelen wordt wettelijk mogelijk gemaakt.

uitwerking > *069: Invoeren preferentiebeleid medische hulpmiddelen*
Het voeren van preferentiebeleid door zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor medische hulpmiddelen wordt wettelijk mogelijk gemaakt.

uitwerking > *070: Verplichte centrale inkoop van genees- en hulpmiddelen door ziekenhuizen*
Ziekenhuizen worden verplicht de inkoop van genees- en hulpmiddelen centraal te organiseren. De overheid maakt in samenwerking met de ziekenhuizen een lijst van genees- en hulpmiddelen die centraal worden ingekocht. Voor deze middelen wordt de aanspraak in de Zvw beperkt tot de centraal ingekochte genees- en hulpmiddelen.

uitwerking > *071: Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de Rijksoverheid*
De Rijksoverheid neemt de inkoop van alle genees- en hulpmiddelen over (eigenaarschap bij de Rijksoverheid). Dit geldt voor zowel de intramurale middelen die door het ziekenhuis worden verstrekt, als ook voor de extramurale middelen die via de apotheker bij de patiënt terechtkomen. Een minder vergaande variant is dat het bestaande beleid van prijsonderhandelingen tussen overheid en geneesmiddelleveranciers bij pakketbesluiten wordt geïntensiveerd.

uitwerking > *072: Toelaten geneesmiddelen in lijn met Duits model*
In Duitsland wordt een geneesmiddel direct toegelaten op de markt, waarna de fabrikant een jaar de tijd heeft om de (meer)waarde van het geneesmiddel aan te tonen en een prijsarrangement met het verbond van ziekenfondsen te sluiten.

uitwerking > *073: Verplichten uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen*
Het wettelijk verplicht stellen van unieke identificatie (uniforme barcodering) voor geneesmiddelen en hulpmiddelen.

uitwerking > *074: Verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek*
Instellen van een verbod op geneesmiddelenreclame en artsenbezoek vanuit farmaceutische bedrijven.

uitwerking > *075: Verminderen verspilling genees- en verbandmiddelen*
De overheid sluit een convenant met de farmaceutische industrie, producenten van verbandmiddelen en apothekers om genees- en verbandmiddelen te produceren en te leveren in kleinere verpakkingen. Er komt regelgeving die belemmeringen wegneemt voor verpleegkundigen om grote verpakkingen met medicijnen en verbandmiddelen voor meer dan één patiënt te gebruiken. De heruitgifte van ongebruikte geneesmiddelen wordt juridisch mogelijk gemaakt, mits het geneesmiddel voldoet aan bepaalde kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden.

uitwerking > *076: Verplichte jaarlijkse medicatiebeoordeling*
Zorgverzekeraars worden verplicht om jaarlijks een medicatiebeoordeling aan te bieden aan ouderen en 'hoog risico'-patiënten, die vijf of meer geneesmiddelen gebruiken, met minimaal één risicofactor (zoals een lage nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico).

7.8 Beleidsopties langdurige zorg

In deze paragraaf staan de budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied van de langdurige zorg.

Tabel 7.7 Overzicht beleidsopties langdurige zorg (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

		jaar 1	jaar 2	jaar 3	jaar 4	jaar 10
077	Volledig scheiden van wonen en zorg in de Wet langdurige zorg:					
	a. Macro volledige compensatie voor kosten wonen en verblijf	+55	+55	+80	+80	+260
	b. Alleen compensatie voor financieel minder draagkrachtigen	+55	+55	+80	+80	-150
078	Bevorderen kleinschalige zorg in de Wet langdurige zorg	0	0	+250	+250	+250
079	De Wet langdurige zorg als voorziening	0	0	+40	-60	-100
080	Meer persoonsvolgende bekostiging in de Wet langdurige zorg:					
	a. Bijbetalen niet toegestaan	0	0	+240	+240	+240
	b. Bijbetalen wel toegestaan	0	0	+490	+490	+490
081	Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg	+160	+160	+160	+160	-620
082	Introduceren vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wet langdurige zorg	+25	+25	+25	-25	-130
083	Introduceren generieke prestatie wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet	0	+20	+35	+25	-10
084	Vereenvoudigen zorginkoop in de Wet langdurige zorg	0	0	0	0	0
085	Verplichten meerjarige contracten in de Wet langdurige zorg	0	0	-100	-200	-110
086	Beschikbaar stellen standaard softwarepakket in de thuiszorg	0	0	p.m.	p.m.	p.m.
087	Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg	0	0	+170	+370	+590
088	Maximeren indicaties Wet langdurige zorg:					
	a. Totaalbudget blijft gelijk	0	0	+5	+5	+5
	b. Correctie slechtst presterende kwartiel – 0,8%	0	0	+5	+5	-70
	c. Correctie slechtst presterende twee kwartielen – 2,3%	0	0	+5	+5	-210
089	Introduceren objectief verdeelmodel Wet langdurige zorg:					
	a. Totaalbudget blijft gelijk	0	0	+5	+5	+5
	b. Correctie slechtst presterende kwartiel – 0,8%	0	0	+5	-5	-70
	c. Correctie slechtst presterende twee kwartielen – 2,3%	0	0	+5	-30	-210
090	Beperken toegang Wet langdurige zorg voor vreemdelingen en zorg in niet-verdragslanden:					
	a. Geen vergoeding in niet-verdragslanden	0	0	-1	-1	-1
	b. Verblijf onverzekerbare vreemdelingen in Wlz-instelling niet langer toegestaan	x				
091	Stimuleren integrale dementiezorg:					
	a. Overhevelen van alle dementiezorg naar de Zvw	x				
	b. Subsidieregeling casemanagers dementie	0	0	-10	-25	-50
092	Geen toegang Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes	0	0	-10	-50	-140

uitwerking > *077: Volledig scheiden van wonen en zorg in de Wet langdurige zorg*

Wonen en zorg in de Wlz worden gescheiden. De eerste variant is budgetneutraal en trekt de financieringsstroom zorg en wonen/verblijf uit elkaar. De cliënt betaalt het wonen en verblijf zelf en zal hiervoor uit de vrijkomende publieke middelen op macroniveau volledig worden gecompenseerd. De tweede variant is gelijk aan de eerste variant, alleen beperkt de compensatie zich tot cliënten die hun woon- en verblijfslasten niet kunnen dragen.

uitwerking > *078: Bevorderen kleinschalige zorg in de Wet langdurige zorg*
Kleinschaligheid in de Wlz wordt gestimuleerd door tariefdifferentiatie toe te passen. Instellingen die kleinschalige zorg leveren krijgen een hoger tarief van het zorgkantoor. Zorgkantoren stellen bij de contractering vast of gewerkt wordt volgens de principes van kleinschalige zorg. Het hogere tarief wordt gefinancierd door 250 miljoen euro extra voor de Wlz beschikbaar te stellen.

uitwerking > *079: De Wet langdurige zorg als voorziening*
Het verzekerde recht op zorg in de Wlz wordt omgezet in een voorziening, waarbij de cliënt zorg op maat krijgt en rekening wordt gehouden met het sociale netwerk en mantelzorg. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) wordt opgeheven, en de uitvoering komt voor een groter gedeelte bij het zorgkantoor te liggen. Naast de inkoop beslist het zorgkantoor ook over de toegang tot de Wlz en welke zorg een cliënt krijgt. Het budget voor de Wlz wordt tegelijkertijd gekort waardoor het budget per zorgkantoorregio afneemt.

uitwerking > *080: Meer persoonsvolgende bekostiging in de Wet langdurige zorg*
Zorgkantoren maken geen productieafspraken meer met zorgaanbieders. Zij vergoeden landelijk uniforme tarieven per geïndiceerde zorgzwaarte, gelijk aan het gemiddelde van de huidige tarieven. Ook stellen ze in hun regio een lijst op van zorgaanbieders die aan de minimumkwaliteitseisen voldoen. Mensen met een indicatie voor de Wlz kunnen kiezen van welke zorgaanbieders op deze lijst zij zorg in natura (ook extramuraal) willen ontvangen. De cliënt maakt zelf afspraken over het zorgplan met de zorgaanbieder. Er is één variant waarin de cliënt mag bijbetalen voor extra kwaliteit, en een andere zonder bijbetaling.

uitwerking > *081: Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg*
Naar Zweeds voorbeeld worden in de langdurige ouderenzorg (verpleging en verzorging) vouchers geïntroduceerd. Hierbij horen twee gerelateerde beleidsopties die separaat zijn geanalyseerd ‘Volledig scheiden van wonen en zorg in de Wet langdurige zorg’ (beleidsoptie 077) en ‘Ouderenzorg naar de Wet maatschappelijke ondersteuning’ (beleidsoptie 103). De vouchers hebben een waarde van 80% van de kosten van de geïndiceerde zorg. De overige kosten komen voor eigen rekening. Op openbare marktplaatsen kopen cliënten zelf zorg in van zorgaanbieders die aan de minimumkwaliteitseisen voldoen. Mantelzorgers zonder zorgopleiding kunnen niet meer worden ingehuurd.

uitwerking > *082: Introduceren vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wet langdurige zorg*
In de Wlz worden het Volledig Pakket Thuis (VPT), het Modulair Pakket Thuis (MPT) en het persoonsgebonden budget (pgb) omgevormd aan de hand van enkele kenmerken uit het Duitse pgb-systeem in de *Pflegeversicherung*. Er komen twee opties om zorg vergoed te krijgen. De eerste is een voucher van 75% van de waarde van intramurale zorg, alleen besteedbaar bij door het zorgkantoor gecontracteerde aanbieders. De tweede optie is een Mantelzorgforfait (MZF) van 50% van het vouchertarief, oftewel 37,5% van de waarde van intramurale zorg. Het MZF is vrij besteedbaar. De huidige mogelijkheid om zorg-in-natura in een instelling te ontvangen, blijft in stand.

uitwerking > *083: Introduceren generieke prestatie wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet*
Er komt een generieke omschrijving van de prestatie wijkverpleging in de Zvw, zodat de zorgverleners zelf de zorgbehoefte kunnen vaststellen en vervolgens het werk naar eigen inzicht kunnen inrichten. Dit betekent dat er een gemiddeld uurtarief komt voor alle vormen van wijkverpleging. Dit faciliteert het Buurtzorg-concept waar de afgelopen jaren in de AWBZ al mee is gewerkt. Zorgaanbieders worden niet verplicht om hun interne bedrijfsvoering conform het Buurtzorgconcept te organiseren.

uitwerking > *084: Vereenvoudigen zorginkoop in de Wet langdurige zorg*
De zorginkoop voor de Wlz wordt vereenvoudigd conform het experiment regelarme zorg. Hiervoor worden de relevante partijen zoals zorgaanbieders en zorgkantoren door de Rijksoverheid bij elkaar gebracht.

uitwerking > *085: Verplichten meerjarige contracten in de Wet langdurige zorg*
Zorgkantoren als uitvoerders van de Wlz worden verplicht om meerjarige contracten af te sluiten met zorgaanbieders. Dit wordt gecombineerd met een (deels) meerjarige contracteerruimte en meerjarige concessies voor zorgkantoren.

uitwerking > *086: Beschikbaar stellen standaard softwarepakket in de thuiszorg*
De Rijksoverheid koopt een bestaand automatiseringspakket dat het werken met tablets en smartphones mogelijk maakt en stelt het gratis ter beschikking aan thuiszorgaanbieders. De overheid zorgt er bovendien voor dat de verantwoordingseisen die de gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars aan thuiszorgaanbieders opleggen, verenigbaar zijn met dit automatiseringspakket. Waar nodig sluit de overheid hierover met deze partijen een bestuurlijk akkoord.

uitwerking > *087: Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg*
Zorgaanbieders stellen in het kader van de Wlz de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënt vast. Dit komt in plaats van de onafhankelijke indicatiestelling door het CIZ. De eigen verantwoordelijkheid van aanbieders gaat ook gelden voor herindicaties bij een verzwaring van de zorgvraag. Tevens bepalen zij de geldigheidsduur van de indicatie. Het CIZ voert steekproefsgewijs controles uit op de door de aanbieders afgegeven indicaties.

uitwerking > *088: Maximeren indicaties Wet langdurige zorg*
Het CIZ krijgt een maximum (uitgedrukt in een geldelijke waarde) opgelegd aan de omvang van de indicaties die het mag verstrekken. De Wlz wordt een voorziening. Op basis van objectieve criteria voor het gebruik van zorg wordt per regio bepaald wat de omvang van de indicaties voor de verschillende doelgroepen zou moeten zijn. Zorgkantoren maken geen productieafspraken meer met zorgaanbieders. In plaats van budgettering van het aanbod komt er budgettering van de vraag. Er zijn varianten geanalyseerd waarbij het budget gelijk blijft, ofwel daalt op grond van de afwijking van de genormeerde uitgaven.

uitwerking > *089:Introduceren objectief verdeelmodel Wet langdurige zorg*
De regionale contracteerruimte van de zorgkantoren binnen de Wlz wordt voortaan bepaald op basis van objectieve criteria. Er zijn varianten geanalyseerd waarbij het budget gelijk blijft, ofwel daalt op grond van de afwijking van de genormeerde uitgaven. Op voorhand is niet duidelijk of dit een andere regulering van de indicatiestelling vergt (bijvoorbeeld het CIZ onderbrengen bij het zorgkantoor).

uitwerking > *090: Beperken toegang Wet langdurige zorg voor vreemdelingen en zorg in niet-verdragslanden*
De Wlz wordt versoberd. Er zijn twee varianten uitgewerkt. In variant a wordt de aanspraak op Wlz-zorg beperkt tot het vergoeden van Wlz-zorg in landen waarmee Nederland een verdrag mee heeft gesloten. In variant b is verblijf in een Wlz-instelling door onverzekerbare vreemdelingen niet langer toegestaan.

uitwerking > *091: Stimuleren integrale dementiezorg*
Integrale dementiezorg wordt bevorderd volgens twee varianten:

a. Overhevelen van alle dementiezorg vanuit de Wlz en de Wmo naar de Zvw.
b. Introduceren van een landelijke subsidieregeling ter bekostiging van casemanagers dementiezorg.

uitwerking > *092: Geen toegang Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes*
De toegang tot Wlz-zorg vervalt voor nieuwe cliënten met lichtere zorgzwaartes voor verpleging en verzorging en een verstandelijke handicap (ZZP VV4 en VG3). Zij blijven langer thuis wonen en krijgen in plaats van duurdere Wlz-zorg, ondersteuning en zorg vanuit de Wmo en de Zvw.

7.9 Beleidsopties maatschappelijke ondersteuning

In deze paragraaf staan de budgettaire effecten van beleidsopties op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning.

Tabel 7.8 Overzicht beleidsopties maatschappelijke ondersteuning (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

		jaar 1	jaar 2	jaar 3	jaar 4	jaar 10
093	Introduceren belastingkorting voor mantelzorgers	x				
094	Financiële prikkels voor betrekken informele zorgverleners:					
	a. Lagere eigen bijdrage	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
	b. Malus voor instellingen	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
095	Knelpuntenfonds decentralisaties plus uniformeren indicatie en inkoop	0	0	+1200	+1200	+1200
096	Korten op huishoudelijke hulp:					
	a. Beperken budget huishoudelijke hulp	0	0	-75	-150	-150
	b. Verhogen eigen bijdrage huishoudelijke hulp	0	-150	-150	-150	-150

uitwerking > *093: Introduceren belastingkorting voor mantelzorgers*
In de fiscaliteit wordt een mantelzorgkorting geïntroduceerd voor mensen die mantelzorg verrichten bij mensen die een indicatie hebben voor de Wlz of de Wmo.

uitwerking > *094: Financiële prikkels voor informele zorgverlening*
Er worden financiële prikkels in de Wlz geïntroduceerd, met als doel om informele zorgverleners beter te betrekken bij de formele zorg. Er zijn twee varianten uitgewerkt.

a. Voor cliënten komt er een mogelijkheid om de intramurale en extramurale eigen bijdragen in de Wlz gedeeltelijk terug te verdienen als hun netwerk meer mantelzorg verricht en daarmee taken van de professionele zorg overneemt.
b. Een andere variant is dat instellingen door zorgkantoren een malus krijgen opgelegd die afhankelijk is van de mate waarin zij mantelzorgers/vrijwilligers weten te betrekken bij de formele zorg.

uitwerking > *095: Knelpuntenfonds decentralisaties plus uniformeren indicatie en inkoop*
De beleidsoptie bestaat uit twee onderdelen. Ten eerste worden verplichtende landelijke regels opgesteld rondom de indicatiestelling en inkoop van maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg. Ten tweede wordt een knelpuntenfonds opgericht waar gemeenten een beroep op kunnen doen als zij (buiten hun eigen invloed om) tegen een tekort aanlopen. Het fonds is aanvullend op het Gemeentefonds en wordt jaarlijks gevuld met extra middelen ter hoogte van 1,2 miljard euro.

uitwerking > *096: Korten op huishoudelijke hulp*
Het beschikbare budget huishoudelijke hulp van gemeenten wordt netto gekort met 150 miljoen euro. Voor het realiseren van deze taakstelling zijn twee varianten uitgewerkt. Allereerst het beperken van het budget voor huishoudelijke hulp. Daarnaast het verhogen van de maximale eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp (maatwerkvoorziening) met 50% .

7.10 Beleidsopties transities zorg

In deze paragraaf staan de budgettaire effecten van omvangrijke transitievoorstellen. Bij de doorrekening van de maatregelen is het analysekader transitiekosten betrokken (zie ook hoofdstuk 4).

De Technische werkgroep beveelt aan om de komende periode (2015-2016) vervolgonderzoek te doen naar de vormgeving van de ouderenzorg (zie ook hoofdstuk 8).

Tabel 7.9 Overzicht beleidsopties transities zorg (budgettair effect, miljoen euro, + = hogere uitgaven)

		jaar 1	jaar 2	jaar 3	jaar 4	jaar 10
097	Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen')	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.
098	Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen ('zorgkantoren')	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.
099	Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders ('NHS')	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.
100	Een wettelijk kader met instellingsbudgettering voor de geestelijke gezondheidszorg	+100	+100	+100	+35	-65
101	Langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in de Zorgverzekeringswet	+30	+30	-100	-370	-950
102	De wijkverpleging naar de Wet langdurige zorg:					
	a. Overhevelen met gelijkblijvend budget	+55	+55	+160	+160	+100
	b. Terugdraaien besparing	+55	+55	+790	+790	+730
103	Ouderenzorg naar de Wet maatschappelijke ondersteuning	+120	+120	+120	+120	-360
104	Ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

uitwerking > *097: Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen')*
De maatregel stelt een transitie naar een publiekrechtelijk zorgstelsel in de curatieve zorg voor, waarin concurrerende ziekenfondsen een leidende rol krijgen. Er komt een wettelijke basisverzekering (het huidige basispakket) waarvoor ingezetenen van rechtswege zijn verzekerd. Het recht op zorg blijft bestaan. Er is alleen een naturaverzekering en restitutie is niet mogelijk.

uitwerking > *098: Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen ('zorgkantoren')*
De maatregel introduceert een publiekrechtelijk zorgstelsel met regionale uitvoerders. Binnen dit stelsel zijn ingezetenen van rechtswege verzekerd. Hun recht op zorg blijft bestaan binnen duidelijk afgebakende budgettaire kaders. De overheid stelt het basispakket vast, waarin alle zorg wordt verleend in natura. Verzekerden kiezen niet hun ziekenfonds, maar behoren tot het fonds in de regio waar zij wonen. De huidige zorgverzekeraars verdwijnen in het nieuwe stelsel of worden omgevormd tot regionale uitvoerders, vergelijkbaar met de huidige zorgkantoren in de Wlz. De ziekenfondsen kopen de zorg in bij onderling concurrerende zorgaanbieders. Complexe zorg wordt bovenregionaal ingekocht op basis van aanbesteding door de overheid. Er is afstemming over spoedeisende hulp.

uitwerking > *099: Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders ('NHS')*
Transitie naar een publiekrechtelijk zorgstelsel in de curatieve zorg, vergelijkbaar met de Engelse *National Health Service* (NHS). Zorg wordt een voorziening in plaats van een recht. De huidige zorgverzekeraars verdwijnen. De Rijksoverheid neemt de centrale regie over het stelsel. De centrale aansturing verloopt via regionale instituten die verantwoordelijk worden voor de zorg van de burgers in hun regio, inclusief de publieke gezondheidszorg.

uitwerking > *100: Een wettelijk kader met instellingsbudgettering voor de geestelijke gezondheidszorg*
De GGZ - behalve de forensische GGZ en de zorg door huisartsen en hun ondersteuners - wordt ondergebracht in een nieuwe wet, die net als de Wlz niet-risicodragend uitgevoerd wordt door zorgkantoren. In de regio maakt het zorgkantoor afspraken met aanbieders op basis van het beschikbare budget en op basis van de regionale zorgbehoefte. De instellingen indiceren zelf hoeveel zorg een cliënt nodig heeft en leveren die zorg vervolgens.

uitwerking > *101: Langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in de Zorgverzekeringswet*
De aanspraak wijkverpleging in de Zvw wordt beperkt tot de kortdurende zorg. Deze zorg wordt met name verstrekt na een ziekenhuisopname. Mensen die op jonge leeftijd een beperking krijgen (Wajongers) kunnen wel aanspraak blijven maken op langdurige wijkverpleging. Verder geldt een overgangstermijn voor bestaande cliënten. De kosten van de langdurige, grotendeels voorzienbare wijkverpleging draagt de burger zelf of verzekert zich hiervoor aanvullend. De overheid voert geen flankerend beleid op deze verzekeringen; er is bijvoorbeeld geen acceptatieplicht.

uitwerking > *102: De wijkverpleging naar de Wet langdurige zorg*
De wijkverpleging wordt overgeheveld van de Zvw naar de Wlz. Zorgkantoren worden weer verantwoordelijk voor de uitvoering, het CIZ doet de indicatiestelling. Er zijn twee varianten geanalyseerd. De eerste variant gaat uit van overheveling met een gelijkblijvend budget. In variant b wordt een eerdere besparing van structureel 630 miljoen euro teruggedraaid.

uitwerking > *103: Ouderenzorg naar de Wet maatschappelijke ondersteuning*
In de Wlz worden de ouderenzorg (cliënten met een indicatie voor verpleging en verzorging) en de gehandicaptenzorg/langdurige GGZ gesplitst. De aanspraken op ouderenzorg vervallen en worden integraal (inclusief de woon- en verblijfscomponent)overgeheveld naar de Wmo. Zorgvragers worden gecompenseerd voor hun beperkingen; de ouderenzorg wordt daarmee een voorziening. Het stelsel van inkomensafhankelijke eigen bijdragen blijft gehandhaafd.

uitwerking > *104: Ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet*
De aanspraak op ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Zvw, met acceptatieplicht, zorgplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Er wordt een scheiding aangebracht tussen wonen en zorg. Dit betekent dat de ouderenzorg volledig wordt geëxtramuraliseerd. Het ex-ante risicovereveningsmodel wordt uitgebreid met deze kosten. Er wordt verondersteld dat de onafhankelijke, landelijk uniforme indicatiestelling en het stelsel van inkomensafhankelijke eigen bijdragen blijven gehandhaafd.

8 Aanbevelingen

Met Zorgkeuzes in Kaart is door verschillende departementen en het CPB buiten de verkiezingsperiode om gewerkt aan het analyseren van beleidsopties voor een volgend regeerakkoord. De Technische werkgroep beoogt met deze rapportage de politieke besluitvorming over de zorg te ondersteunen. Met de beschikbare informatie van begin 2015 heeft de Technische werkgroep de door de politieke partijen aangedragen beleidsopties zo goed mogelijk geanalyseerd en effecten gekwantificeerd. Bij toepassing van deze maatregelen in een latere fase dienen de berekeningen te worden geactualiseerd met de meest recente inzichten en data.

Dankzij deze aanpak zijn in vergelijking tot Keuzes in Kaart extra mogelijkheden gecreëerd om beter toegang te verkrijgen tot kennis van recente beleidsontwikkelingen, die binnen de departementen en bij andere stakeholders aanwezig is. Deze kennis is betrokken bij de uitwerking van de verschillende beleidsopties. Ook was meer tijd en gelegenheid om gebruik te maken van empirische gegevens en 'harde' wetenschappelijke informatie om de kwalitatieve en kwantitatieve effecten goed te onderbouwen. Daar waar deze informatie niet of deels beschikbaar was, is gebruik gemaakt van kennis en opvattingen van externe deskundigen.

Ondanks alle inspanningen is het voor een aantal beleidsopties nog niet mogelijk budgettaire opbrengsten te berekenen. Dit is vooral het gevolg van beperkte informatie. De Technische werkgroep acht het van belang dat voor de beleidsonderwerpen waarvoor beperkte informatie aanwezig is, de komende periode nog aanvullend onderzoek wordt uitgevoerd. Dit geldt met name voor de volgende beleidsonderwerpen:

Eigen betalingen in de zorg

In 2006 werd een no-claim in de Zvw ingevoerd. Deze werd in 2008 vervangen door een verplicht eigen risico van 150 euro. Sindsdien is het eigen risico verhoogd tot 375 euro in 2015. Onderzoek naar de effecten van het verplichte eigen risico is beperkt beschikbaar. Hoewel er veel internationale empirische literatuur beschikbaar is, is het lastig gebleken om de resultaten te vertalen naar de huidige situatie in Nederland. Dat maakt het ook lastig om effecten voor andere vormen van eigen betalingen in de zorg door te rekenen (zie ook bijlage 4. Kwantificering van maatregelen voor eigen betalingen in de zorg).

<u>Onderzoeksvraag 1:</u>
Onderzoek de verschillende vormen van eigen betalingen in de Zvw. Leg hierbij de focus op het effect op het zorggebruik van verzekerden van verschillende vormen van eigen betalingen. Dit vereist samenstelling van een uitgebreide dataset met zorgkosten per verzekerde voor de jaren 2006 tot en met 2013.

Gezonde leefstijl

Preventiebeleid is het totaal van maatregelen dat beoogt de gezondheid te bevorderen en ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen. In het kader van Zorgkeuzes in Kaart is het lastig gebleken om een duidelijk beeld van de effecten van preventiebeleid te krijgen. De Technische werkgroep adviseert nader onderzoek te verrichten naar onder meer de wijze waarop onderzoekprogramma's moeten worden ingericht ter ondersteuning van het preventiebeleid en gezonde leefstijlmaatregelen. Hierbij valt te denken aan specifieke analysemethodieken waardoor het kwantificeren van de effecten van preventiemaatregelen eenduidiger en transparanter worden.

Onderzoeksvraag 2:
Onderzoek de effectiviteit van de mix van overheidsinterventies bij preventie en betrek dit inzicht bij de analyse van de effectiviteit van het huidige preventiebeleid. Leg hierbij de focus op enkele specifieke deelterreinen, zoals alcohol, tabak en overgewicht.

Instrumentarium volumebeheersing curatieve zorg

Voor het optimaliseren van de doelmatigheid in de zorg speelt voor de basisverzekering de contractvrijheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders een belangrijke rol. Spelers zullen hun gedrag immers afstemmen op de vrijheid die hun in deze contracten wordt geboden. In deze rapportage zijn verschillende beheersmaatregelen van de overheid opgenomen: hoofdlijnenakkoord en gedifferentieerd MBI, het toelaten van nieuwe vormen van contracten en uitkomstbekostiging. Nader onderzoek naar optimale contracten is wenselijk. Belangrijke elementen hierbij zijn de rol van kwaliteit en transparantie in de zorg, de planning van de capaciteit en het beschikbare instrumentarium dat de overheid heeft voor volumebeheersing.

Onderzoeksvraag 3:
Onderzoek de mogelijke inzetbaarheid van instrumenten voor volumebeheersing voor de curatieve zorg.

Vormgeving ouderenzorg

Voor de ouderenzorg speelt een aantal terugkerende thema's waarvan de budgettaire effecten moeilijk zijn in te schatten en nader onderzoek vergen. Ten eerste de wijze van indicatiestelling: wat zijn de voor- en nadelen van de verschillende manieren om de indicatiestelling vorm te geven. Ten tweede de zorginkoop: hoe kan deze het beste worden georganiseerd. Ten derde is het de vraag in welk(e) domein(en) de verschillende onderdelen van de ouderenzorg idealiter thuishoren en hoe kan de zorg vervolgens het beste worden georganiseerd. Ten vierde is sprake van praktijkvariatie; er zijn regionale verschillen in zorggebruik en zorguitgaven, wat kan wijzen op mogelijkheden voor meer doelmatigheid. En tot slot: welke lessen kunnen worden getrokken uit buitenlandse ervaringen.

Onderzoeksvraag 4:
Onderzoek verschillende mogelijkheden van de organisatie van de ouderenzorg met het oog op verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid.

Bijlagen

Bijlage 1: Taakopdracht Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart

Aanleiding

In de evaluatie van Keuzes in Kaart (KiK) heeft het CPB geconstateerd dat het wenselijk is om het draagvlak voor de zorganalyses te vergroten. Het CPB heeft de volgende maatregel geformuleerd:

“Verbetering van de analyse van voorstellen op het terrein van de zorg is mogelijk door meer onderzoek, instigatie en deelname aan expertgroepen op dit vlak, alsmede het aanbod om grote innovatieve hervormingen buiten de verkiezingsperiode om te analyseren”.

De Technische werkgroep

De ministers van VWS en Financiën geven de opdracht om tezamen met het CPB een breed scala aan beleidsopties voor de zorg te inventariseren en deze in een gezamenlijke Technische werkgroep uit te werken als bijdrage aan het publieke debat over de toekomstige ontwikkeling van de zorg. De Technische werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van CPB, de ministeries van AZ, VWS, Financiën en EZ. Via expertsessies zullen externe deskundigen worden betrokken.

De SG van VWS treedt op als voorzitter van deze werkgroep. Het CPB, VWS en Financiën zorgen voor een secretariaat, bestaande uit drie leden en hun plaatsvervangers. De leden van de Technische werkgroep hebben de intentie om gezamenlijk tot overeenstemming te komen, maar houden hun eigen verantwoordelijkheid. De werkzaamheden vangen in het voorjaar van 2014 aan en worden in beginsel eind 2014 afgerond. De publicatie komt tot stand zonder betrokkenheid van de ministers. Het rapport zal conform de procedure bij de studiegroep Begrotingsruimte worden aangeboden aan de Tweede Kamer.

De werkzaamheden

1. *Effecten van aanpassing van het stelsel van zorgverlening en –verzekering*

De Technische werkgroep inventariseert diverse manieren van aanpassing van het stelsel van zorgverlening en -verzekering. Het gaat om maatregelen die leiden tot verandering van gedrag van actoren of van volume en niet enkel om verschuiving van lasten. Separate beleidsmaatregelen kunnen daarbij geclusterd worden. Waar mogelijk maakt de Technische werkgroep een inschatting van de kwantitatieve effecten. Alle maatregelen die door de verschillende leden worden ingebracht worden meegenomen in de analyse.

2. Gedragseffecten

De werkgroep rapporteert over de in de ramingen gehanteerde methodiek van inschatting van de gedragseffecten zoals die als gevolg van verandering van het stelsel van eigen betalingen en aanpassingen van het collectieve pakket en werkt waar mogelijk de kwantitatieve effecten uit.

Waar gesproken wordt over 'effecten' wordt gedoeld op het budgettaire effect op de collectief gefinancierde zorguitgaven, de inschatting van de mate waarin eventueel een verschuiving optreedt naar particulier gefinancierde zorguitgaven en de directe werkgelegenheidseffecten.

Het CPB heeft eerder een aanbod aan politieke partijen gedaan om grote innovatieve hervormingen in een vroegtijdig stadium (buiten het verkiezingsseizoen) vertrouwelijk te analyseren. Vooraf nodigt het CPB de politieke partijen die vertegenwoordigd zijn in de Tweede Kamer, nogmaals nadrukkelijk uit beleidsmaatregelen voortvloeiend uit hun visie op de zorg aan te dragen voor de analyse. Ook de voorzitter van de Technische werkgroep zal politieke partijen benaderen. Alle opties van politieke partijen zullen worden doorgerekend en geanonimiseerd opgenomen in het rapport. Door majeure maatregelen nu al te laten analyseren door de werkgroep, is de kans groter dat het CPB die maatregelen te zijner tijd ook adequaat kan verwerken in Keuzes in Kaart. De resultaten van deze Technische werkgroep ondersteunen het CPB bij deze analyses.

Bijlage 2: Samenstelling Technische werkgroep en secretariaat

Voorzitter:	Leon van Halder	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Leden:	Ernst van Koesveld	Ministerie van Financiën (tot 1 november 2014)
	Helmer Vossers	Ministerie van Financiën
	Inge Groot	Ministerie van Economische Zaken
	Katja Mur	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	Krista Kuipers	Ministerie van Algemene Zaken
	Michiel Bijlsma	Centraal Planbureau
	Paul Besseling	Centraal Planbureau
	Rocus van Opstal	Ministerie van Financiën (vanaf 1 november 2014)
	Theo van Uum	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Secretariaat:	Christiaan Schakel	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	Elsbeth van Dam	Ministerie van Financiën
	Evert Jan van Asselt	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	Linda Brinke	Ministerie van Financiën
	Michal van Eijk	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
	Minke Remmerswaal	Centraal Planbureau

Inhoud

001 Honderd procent borging door Waarborgfonds voor de Zorgsector—9

002 Overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg—12

003 Overheadnorm ziekenhuizen—14

004 Boete voor zorgverzekeraars bij onvoldoende fraudeopsporing—15

005 Korten op de loonindexatie—17

006 Medisch specialisten verplicht in loondienst—19

007 Medisch specialisten onder de Wet normering topinkomens—23

008 Medisch specialisten verplicht in loondienst en onder de Wet Normering Topinkomens—25

009 Korten op opleidingsbudgetten medisch specialisten—28

010 Banenplan voor de langdurige zorg—30

011 Verkleinen basispakket op basis van ziektelast—31

012 QALY als norm voor het basispakket—34

013 Aanpassen voorwaardelijke toelating—36

014 Gepast gebruik—38

015 Beperken pakket voor ouderdomsgerelateerde zorg—42

016 Beperken recht op kraamzorg en invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage—44

017 Verhogen vermogensinkomensbijtelling—46

018 Invoeren vermogenstoets voor eigen bijdrage in Wet langdurige zorg en Wet maatschappelijke ondersteuning—48

019 Vermogen eigen woning gelijk behandelen in vermogensinkomenbijtelling—50

020 Invoeren eigen bijdrage voor wijkverpleging—53

021 Verhogen of verlagen van het eigen risico—55

022 Huisartsenzorg onder het eigen risico—57

023 Invoeren procentueel eigen risico—59

024 Invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting—61

025 Herintroduceren verplichte no-claimkorting—63

026 Invoeren inkomensafhankelijk eigen risico—65

027 Invoeren two-tier systeem (het Zwitserse systeem)—68

028 Verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico—70

029 Invoeren eigen bijdrage extramurale geneesmiddelen—73
030 Invoeren eigen risico voor hulpmiddelen in Zorgverzekeringswet—75
031 Invoeren eigen bijdrage voor tandheelkundige zorg in Zorgverzekeringswet—77
032 Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in ziekenhuis—79
033 Invoeren eigen bijdrage voor bezoek huisartsenpost—80
034 Invoeren verschoven eigen risico ('donut hole')—82
035 Hoge eigen bijdrage voor eerste zes maanden intramurale zorg in Wet langdurige zorg—84
036 Oprichten preventiefonds—86
037 Preventie in zorgbudget—88
038 Preventieve health check—90
039 Introduceren bonus voor verminderen ondervoeding en uitdroging—92
040 Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg—93
041 Capaciteitsregulering dure infrastructuur—94
042 Capaciteitsplan spoedeisende hulp—96
043 Meldkamer 'geen spoed, wel zorg'—98
044 Huisarts in dienst van de spoedeisende hulp—99
045 Mogelijk maken meerjarige polissen—100
046 Verplicht aanbesteden zorginkoop door zorgverzekeraars—102
047 Uitkomstbekostiging in de Zorgverzekeringswet—103
048 Shared savings model in de Zorgverzekeringswet—105
049 Verplichte verwijzing door huisarts voor eerstelijns paramedische zorg—107
050 Verplichte groepsbeslissing bij dure behandelingen en betrokkenheid geriater—108
051 Substitutie eenvoudige tweedelijnszorg—109
052 Afschaffen eigen bijdrage bevalling in instelling zonder medische noodzaak—111
053 Integraal tarief geboortezorg—112
054 Convenant terugdringen no show—113
055 Palliatieve zorg van ziekenhuis naar thuissetting—115
056 Versoberen zorg in het basispakket voor vreemdelingen en asielzoekers—117
057 Reclameverbod zorgverzekeraars—119
058 Afromen winsten/vermogens zorgverzekeraars—120
059 Belonen infectiepreventie in ziekenhuizen—121

060 Verminderen vermijdbare heropnames—123
061 Bestuurlijk akkoord mondzorg—125
062 Continueren macrobeheersinstrument en afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden—127
063 Gedifferentieerd macrobeheersinstrument—129
064 Verlagen nominale premie—133
065 Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen—136
066 Herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem—138
067 Overhevelen specialistische geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget—141
068 Invoeren preferentiebeleid intramurale geneesmiddelen—143
069 Invoeren preferentiebeleid medische hulpmiddelen—144
070 Verplichte centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door ziekenhuizen—145
071 Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de Rijksoverheid—146
072 Toelaten geneesmiddelen in lijn met Duits model—149
073 Verplichten uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen—151
074 Verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek—153
075 Verminderen verspilling genees- en verbandmiddelen—154
076 Verplichte jaarlijkse medicatiebeoordeling—156
077 Volledig scheiden van wonen en zorg in de Wet langdurige zorg—157
078 Bevorderen kleinschalige zorg in de Wet langdurige zorg—160
079 De Wet langdurige zorg als voorziening—162
080 Meer persoonsvolgende bekostiging in de Wet langdurige zorg—164
081 Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg—167
082 Introduceren vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wet langdurige zorg—170
083 Introduceren generieke prestatie wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet—173
084 Vereenvoudigen zorginkoop in de Wet langdurige zorg—176
085 Verplichten meerjarige contracten in de Wet langdurige zorg—177
086 Beschikbaar stellen standaard softwarepakket in de thuiszorg—179
087 Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg—181
088 Maximeren indicaties Wet langdurige zorg—183
089 Introduceren objectief verdeelmodel Wet langdurige zorg—186
090 Beperken toegang Wet langdurige zorg voor onverzekerbare vreemdelingen en zorg in niet-verdragslanden—189

091 Stimuleren integrale dementiezorg—191

092 Geen toegang Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes—193

093 Introduceren belastingkorting voor mantelzorgers—195

094 Financiële prikkels voor informele zorgverlening—196

095 Knelpuntenfonds decentralisaties plus uniformeren indicatie en inkoop—199

096 Korten op huishoudelijke hulp—201

097 Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen (‘Krankenkassen’)—204

098 Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen (‘zorgkantoren’)—207

099 Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders (‘NHS’)—211

100 Een wettelijk kader met instellingsbudgettering voor de geestelijke gezondheidszorg—214

101 Langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in de Zorgverzekeringswet—216

102 De wijkverpleging naar de Wet langdurige zorg—218

103 Ouderenzorg naar de Wet maatschappelijke ondersteuning—221

104 Ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet—225

001 Honderd procent borging door Waarborgfonds voor de Zorgsector

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) gaat alle vastgoedleningen die banken bereid zijn te verstrekken, 100% borgen. De Rijksoverheid is 'achterborg' voor de garanties die het WFZ afgeeft.

Achtergrond

Het WFZ geeft gedeeltelijke garanties af voor leningen die banken aan zorginstellingen verstrekken. Op dit moment is circa 30% van de financiering in de zorg geborgd door het WFZ. Het WFZ staat in 2015 garant voor 8,8 miljard euro. Het fonds geeft garanties af op basis van solvabiliteitseisen die men aan de zorginstelling stelt, de rentabiliteit van de organisatie en op basis van een positief te beoordelen business-case. Bovendien moet het gaan om investeringen in activa die zorggerelateerd zijn; het moet gaan om grond, gebouwen of inventarissen die direct gerelateerd zijn aan de verlening van zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Wet langdurige zorg (Wlz).

Als het WFZ ooit wordt aangesproken op de garantieverplichtingen, wordt het risicovermogen van het WFZ aangesproken (ultimo 2013: 235,5 miljoen euro). In de uitzonderlijke situatie dat dit bedrag niet voldoende is om aan de verplichtingen te kunnen voldoen, kan het WFZ 'collecteren' bij aangesloten deelnemers. Deze verplichte deelnemersbijdrage (het zogenoemde *obligo*) bedraagt maximaal 3% van de uitstaande garanties van de deelnemende instelling. Mocht ook dit niet voldoende zijn om aan de garantieverplichtingen te kunnen voldoen, dan dient de Rijksoverheid het WFZ een renteloze lening te verstrekken. Deze naar omvang en tijdsduur ongelimiteerde 'achterborg' stelt het WFZ in staat om altijd aan de garantieverplichtingen te kunnen voldoen.

Om risico's op *moral hazard* te verminderen, verstrekt het WFZ veelal gedeeltelijke garanties. In elke individuele casus wordt daar door het WFZ een positie in bepaald. Na invoering van de maatregel borgt het WFZ nog steeds dezelfde type investeringen, maar dan niet gedeeltelijk, maar voor de volle 100%.

De borging van leningen (*disagio*) kost een instelling 0,25% per jaar (tot 26 januari 2015 was dit 0,10%; de verhoging geldt voor nieuwe leningen en heeft te maken met het toegenomen risicoprofiel van de leningen en lage rendementen op het opgebouwde vermogen), gedurende de garantieperiode, te berekenen over het gewogen gemiddeld uitstaande leningbedrag gedurende deze periode. Deze 'afsluitpremie' wordt in één keer in rekening gebracht. Het rentevoordeel is circa 1,5%.

Het kabinet hanteert het zogenaamde garantiekader dat uitgaat van een nee-tenzij principe. Dat wil zeggen dat nieuwe garantieregelingen in principe niet meer zijn toegestaan, tenzij daar zwaarwegende argumenten voor zijn. Door het garantiebeleid worden impliciete risico's expliciet en beter beheersbaar gemaakt. Voorts is het beleid er op gericht om bestaande garantieregelingen met achterborgconstructies vanuit de Rijksoverheid verder

aan te scherpen en te versoberen. Zo dient voor de gelopen risico's ook een proportionele financiële reserve op de begroting te worden aangehouden en een risicopremie in rekening te worden gebracht voor de deelnemende instellingen die profiteren van de achterborg. Investeringen in de zorg worden gehinderd omdat banken na de bankencrisis zelf aan strengere solvabiliteitseisen moeten voldoen en door stelselwijzigingen in de zorg waardoor de langere termijn onzekerder is. Daardoor stellen financiers hogere solvabiliteitseisen aan instellingen. Door leningen voor 100% door het WFZ te laten borgen en onder de achterborg van de Rijksoverheid te brengen, vallen de risico's voor banken volledig weg. Banken zullen onder deze condities meer leningen verstrekken.

Uitvoering

De maatregel is juridisch en technisch uitvoerbaar, maar daarvoor is wel goedkeuring nodig door de deelnemers van het WFZ, de zorginstellingen zelf. Voor de zorginstelling en het fonds is de afweging of ze extra risico's van collega-organisaties op zich willen nemen in ruil voor een mogelijk gemakkelijkere toegang tot financiering. Indien de deelnemers en het WFZ het risicoprofiel van het WFZ niet willen verhogen is de maatregel technisch gezien vanuit de overheid niet uitvoerbaar.

Het toetsingskader Risicoregelingen schrijft behandeling van het toetsingskader in de ministerraad voor, voorafgaand aan de besluitvorming in het voorjaar. Het proces van beoordeling, besluitvorming en verzending aan de Tweede Kamer neemt maximaal een jaar in beslag.

Gedrags- en neveneffecten

Individuele zorgaanbieders zullen sneller en goedkoper gaan lenen. Zorginstellingen zullen mogelijk grotere en mooiere bouwplannen gaan realiseren indien de financiering goedkoper wordt door gebrek aan tucht van de business-case door de markt. Banken zullen eerder geneigd zijn om kredieten te verlenen wanneer deze 100% geborgd zijn. De *due diligence* zal minder grondig of afwezig zijn en de rem op dubieuze investeringen zal verminderen. Ook geeft het banken een prikkel om risicovolle investeringen in bedrijven om te zetten in risicoloze investeringen in zorginstellingen.

Door uitbreiding van de garanties van het WFZ, nemen de risico's voor het WFZ en de aangesloten leden toe en zal ook het risico op een mogelijke aanspraak op de achterborg toenemen. Doordat banken feitelijk geen risico meer lopen op verstrekte leningen zullen zij mogelijk te gemakkelijk over gaan op het verlenen van kredieten. Zij zullen onvoldoende prikkels hebben om verzoeken kritisch te beoordelen.

Mogelijk gaan zorginstellingen niet meer deelnemen aan het WFZ aangezien het risicoprofiel toeneemt. Goed functionerende zorginstellingen vinden het mogelijk aantrekkelijker en goedkoper om hun financiering direct in de markt op te halen. Een te gemakkelijke toegang tot kapitaal kan ook leiden tot ongewenste allocatie van middelen. Individuele zorginstellingen kunnen behoefte voelen om te investeren in activa, terwijl zorgbreed daarentegen mogelijk sprake is van overcapaciteit. Het aantal zorgaanbieders met een grotere kans op faillissement neemt toe. Het bedrag waarvoor de Rijksoverheid achterborg

staat zal met deze maatregel verder worden verhoogd. Op de rijksbegroting zal daarvoor een bijpassende reservering moeten worden aangelegd.

Budgettaire effecten

Volgens het jaarverslag van het WFZ bedroeg het totale rentevoordeel voor zorginstellingen van de geborgde leningen in 2013 bijna 74 miljoen euro. Bij volledige borging van de financiering in de zorg kan het rentevoordeel oplopen tot jaarlijks enkele honderden miljoenen euro's per jaar. Tegenover het rentevoordeel voor zorginstellingen staan toenemende risico's, die vertaald worden in een risico-opslag op de risicopremie die moet worden betaald aan de overheid. De overheid stort deze premie in een begrotingsreserve. Het toegenomen risico wordt veroorzaakt door een toename van de omvang van de borging en een minder kritische beoordeling van investeringen door de geldverstrekkers vanwege de volledige garantie (*moral hazard*). Wanneer een investeringsproject mislukt en de lening niet wordt terugbetaald staat het waarborgfonds en daarna de overheid garant. Dit kan incidenteel de overheidsuitgaven doen stijgen. Omdat lenen voor nieuwe projecten in de zorg makkelijker wordt zullen er meer en duurdere investeringen plaatsvinden en zullen er meer zorgaanbieders op de markt komen.

Bij de berekening is uitgegaan van een toename van investeringen in de zorg van 10% van de huidige materiële activa in jaar 10. Deze extra investeringen brengen jaarlijks onderhoudskosten, afschrijvingen en rentelasten met zich mee van 200 miljoen euro per jaar. Verondersteld is dat de zorguitgaven zullen stijgen (*supply induced demand*) met 200 miljoen euro per jaar.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Honderd procent borging door Waarborgfonds voor de Zorgsector	0	+100	+200	+300	+400

002 Overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg

De overheid verplicht zorgkantoren om bij de zorginkoop in de Wet langdurige Zorg (Wlz) gedifferentieerde tarieven te hanteren die afhangen van het overheadpercentage en het ziekteverzuim van de aanbieder. Aanbieders die slechter scoren dan de vastgestelde normen, krijgen een lager tarief vergoed.

Achtergrond

Iedere zorginstelling is zelf verantwoordelijk voor de inrichting van de bedrijfsvoering. Zorgkantoren zijn momenteel niet verplicht bij de zorginkoop rekening te houden met ziekteverzuim en overhead. Wel ziet de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toe op doelmatige inkoop in de Wlz door de zorgkantoren. De overhead in de Wlz-sector ligt gemiddeld op 18% van de totale uitgaven in 2012 (3 miljard euro). Het ziekteverzuim in de Wlz-sector lag in 2013 op 5,5%, terwijl het landelijk gemiddelde op 3,9% lag. Onder overhead wordt hier verstaan de uitgaven aan ondersteunend personeel zoals de financiële administratie, secretaresses, de afdeling P&O, clustermanagers en locatiehoofden.

Uitvoering

Per Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) kunnen regels worden gesteld aan de zorginkoop door zorgkantoren. Er is anderhalf tot twee jaar nodig voor het ontwikkelen van een definitie en bijbehorende normen, het vaststellen van de tarieven en het inrichten van de inkoopprocedure.

Gedrags- en neveneffecten

Lagere overhead en minder ziekteverzuim bij Wlz-instellingen kan de kwaliteit van de zorg ten goede komen. Zorgaanbieders kunnen echter de grijze gebieden van de definitie opzoeken of creatief boekhouden om een optisch lage norm te behalen. Bij de overheadnorm zou dit bijvoorbeeld kunnen door personeel een tweeledige functieomschrijving te geven, met zowel uitvoerende als overige taken. De registratie van ziekteverzuim wordt daarentegen gereguleerd door de Wet verbetering Poortwachter, en is daarmee al aan wettelijke eisen gebonden.

In sommige gevallen kan het voor zorgaanbieders voordeliger zijn om genoegen te nemen met een lager tarief in plaats van maatregelen te nemen. Het is daarnaast mogelijk dat wordt gekozen voor meer automatisering. Ook wordt het lonend voor werkgevers om geen werknemers met een hoger risico op ziekteverzuim in dienst te nemen of in dienst te houden.

Een neveneffect is dat een zorginstelling die een lager tarief ontvangt en al in slechte financiële omstandigheden verkeert, slechtere zorg kan gaan verlenen of failliet kan gaan. De wijze waarop op overhead wordt bezuinigd kan ondoelmatig zijn, bijvoorbeeld wanneer administratieve taken bij (vaak duurdere) zorgverleners komen te liggen. Besparingen op overhead kunnen investeringen vergen. Daarnaast heeft iedere instelling specifieke kenmerken, waardoor het optimale overheadpercentage niet voor alle instellingen gelijk is.

Extra aandacht voor de bestrijding van ziekteverzuim bij de zorginkoop kan ten koste gaan van aandacht voor overige kwaliteitsindicatoren.

Budgettaire effecten

De grondslag voor de Wlz is 16,9 miljard euro in 2017. De verwachting is dat tariefdifferentiatie met betrekking tot de overheadnorm geen budgettair effect heeft, omdat alle zorginstellingen - op papier - aan de norm zullen voldoen. Met betrekking tot de ziekteverzuimnorm is er wel een effect. Aangenomen dat de helft van de instellingen die boven de ziekteverzuimnorm zit erin slaagt om daaronder te komen en betere zorg te leveren, ontvangt een kwart van alle instellingen een lager tarief. Bij een tariefdifferentiatie van 2% is de opbrengst dan 85 miljoen euro. De contracteerruimte Wlz wordt met eenzelfde bedrag verlaagd.

Bij instellingen waar het ziekteverzuim - en minder waarschijnlijk de overhead - daalt, treedt geen budgettair effect op, maar is er wel een effect op de kwaliteit van zorg (meer 'handen aan het bed'). Instellingen die er niet in slagen om hun ziekteverzuim te verlagen, krijgen te maken met een tariefkorting en zullen dus *de facto* minder handen aan het bed hebben.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg	0	0	-85	-85	-85

003 Overheadnorm ziekenhuizen

Er wordt een norm ingevoerd die stelt dat de overhead van ziekenhuizen maximaal 20% van de omzet mag zijn. Tot overhead wordt o.a. gerekend het aantal niet-patiëntgebonden banen (in fte), papierwerk, managers, ICT en wagenparken. Binnen de definitie valt ook de inhuur, uitbesteding en materiële kosten van overheadtaken. Wanneer de instelling de norm niet haalt, legt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een boete op. Daarnaast worden zorginstellingen verplicht verantwoording over de overhead af te leggen in hun jaarverslag.

Achtergrond

Iedere zorginstelling mag de bedrijfsvoering naar eigen goeddunken inrichten. Daardoor is er variatie in overhead. Instellingen hebben een prikkel om de overhead laag te houden. Een doelmatige bedrijfsvoering vertaalt zich namelijk in een beter bedrijfsresultaat. Overheid en zorgverzekeraars creëren door rapportageverplichtingen een deel van de overhead. Zorgverzekeraars onderhandelen wel over de totale prijs, maar niet over hoe de prijs is opgebouwd. Vraag is of de huidige prikkel voor zorgaanbieders voldoende is om de bedrijfsvoering zo optimaal mogelijk in te richten.
Besparingen op overhead kunnen voor een daling van de zorguitgaven zorgen.

Uitvoering

De maatregel is juridisch niet uitvoerbaar. Ziekenhuizen zijn ondernemingen. EU-regels verzetten zich ertegen dat de overheid een overheadnorm vaststelt, omdat daarmee het vrij verkeer wordt belemmerd zonder dat daarvoor dwingende reden van algemeen belang zijn.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Overheadnorm ziekenhuizen	x				

004 Boete voor zorgverzekeraars bij onvoldoende fraudeopsporing

Zorgverzekeraars sporen 3% fraude op in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor zover de doelstelling verwijtbaar niet wordt gehaald, volgt een boete ter hoogte van een bedrag van 3% van de omzet minus het opgespoorde bedrag aan fraude.

Achtergrond

Het percentage fraude in de zorg in Nederland wisselt per onderzoek en gehanteerde scope. Het blijkt lastig om een eenduidig cijfer te geven over de omvang. Dat komt omdat de grens tussen oneigenlijk gebruik, fouten, onrechtmatigheden en daadwerkelijke fraude vaak niet duidelijk is. In dit kader kan ook verwezen worden naar onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uit 2014 naar financiële onregelmatigheden in 2012. De NZa kwam voor de curatieve zorg uit op 461 miljoen euro aan onregelmatigheden. Hiervan is later 9,4 miljoen euro (ongeveer 0,02% van de schadelast van zorgverzekeraars) door zorgverzekeraars als bewezen fraude verklaard. De NZa benadrukt dat de gevonden onregelmatigheden niet op voorhand zijn aan te merken als foutief en ook zeker niet als fraude. De voor het onderzoek gebruikte gegevens zijn niet specifiek voor het opsporen van fraude bedoeld. De gegevens zijn niet altijd volledig en deels nog niet gecontroleerd door zorgverzekeraars.

Andere onderzoeken vinden andere bedragen. BDO berekent bijvoorbeeld op basis van een bredere scope gemiddeld 7% aan zorgfraude per land in 2014.[1] PwC kwam in 2013 op basis van een inventarisatie van openbare bronnen op een bedrag van 2,8 miljard euro aan fraude in de zorg.[2] De scope van deze inventarisatie is echter onbekend.

Er zijn reeds programma's die fraude en onrechtmatigheden door zorgaanbieders bestrijden. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft bijvoorbeeld het programma 'Zinnige zorg, zuivere rekening' uitgevoerd voor een betere beheersing van de zorgkosten door onder andere scherpere inkoop en efficiëntere controles. Verder investeren zorgverzekeraars ook op andere manieren in verbetering van hun controles en fraudebeheersing. De NZa, die toezicht houdt op de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, geeft hen daarbij aanwijzingen in het kader van fraudebestrijding. Ten slotte is het voorkomen van *upcoding* en oneigenlijk gebruik ook onderdeel van het hoofdlijnenakkoord.

Uitvoering

De maatregel is technisch lastig uitvoerbaar. Zorgverzekeraars moeten aangeven hoeveel fraude zij hebben opgespoord. Indien dit minder is dan 3% moeten zij aangeven in welke mate het verwijtbaar is. Dit laatste moet door een externe partij beoordeeld worden op basis van criteria. Het opstellen van zulke criteria is echter ingewikkeld. Hierbij speelt dat zorgverzekeraars, gelet op het belang van bescherming van medische persoonsgegevens, gefaseerd toezicht uitvoeren en slechts in het uiterste geval inzage hebben in een medisch

1 BDO (2014). The Financial Cost of Healthcare Fraud.
2 PwC (2013). Naar een fraudebeeld Nederland.

dossier. Tevens starten verdachten vaak juridische procedures waardoor het proces lang duurt. De uitvoering is daarnaast arbeidsintensief.

Het voornaamste probleem is echter dat zorgverzekeraars waarschijnlijk geen 3% fraude kunnen detecteren, omdat lagere fraudepercentages op dit moment al lastig aan te tonen zijn. Bij fraude moet immers ook sprake zijn van aantoonbare verwijtbaarheid.
Voor de maatregel moet een wettelijke grondslag gecreëerd worden. Verwijtbaarheid is juridisch moeilijk te toetsen, en daarmee ook de hoogte van de aan zorgverzekeraars op te leggen boete. De kans is groot dat opgelegde boetes juridisch niet houdbaar blijken. Er is twee jaar nodig voor de implementatie van de maatregel.

Gedrags- en neveneffecten

Zorgverzekeraars verschuiven mogelijk administratieve lasten naar zorgaanbieders. Daarnaast kunnen de extra inzet en capaciteit gericht op fraudedetectie ten koste gaan van doelmatige zorginkoop. Zorgverzekeraars kunnen er ook voor kiezen om fraude niet op te sporen omdat de norm niet haalbaar lijkt en de opsporing veel geld kost. De boete wordt in dat geval door vertaald naar verzekerden in de vorm van een hogere premie. Ook kan er sprake zijn van *free-ridergedrag* bij zorgverzekeraars, doordat ze meeliften op de inspanningen van anderen om fraude op te sporen bij een zorgaanbieder.

Budgettaire effecten

Besparingen ten aanzien van aanpak van fraude zijn reeds onderdeel van het hoofdlijnenakkoord in de curatieve zorg en daarmee van het basispad. Daarnaast geldt dat de maatregel technisch lastig uitvoerbaar is en zijn er kosten van de fraudebestrijding zelf. Het inschatten van additionele opbrengsten is derhalve erg onzeker.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Boete voor verzekeraars bij onvoldoende fraudeopsporing	0	0	p.m.	p.m.	p.m.

005 Korten op de loonindexatie

Op de looncomponent van de macrobudgetten en gereguleerde tarieven in de zorg wordt een eenmalige of een tweejarige korting van 1% toegepast. Eenzelfde korting geldt voor de (fictieve) looncomponent van het (fictieve) aandeel Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdzorg in het Gemeentefonds.

Achtergrond

In de curatieve zorg wordt momenteel deels gewerkt met maximumtarieven (A-segment) en deels met vrije tarieven (B-segment). Per subsector is er daarnaast een beschikbaar budget voor alle zorgaanbieders. In het B-segment is in beginsel geen budget- of tariefregulering van toepassing, maar als in een subsector een macrobeheersinstrument (MBI) van kracht is, dan is de loonindexatie ook daarop van toepassing.

In de Wlz zijn de tarieven gemaximeerd, maar in de praktijk worden lagere tarieven uitonderhandeld tussen zorgkantoren en zorgaanbieders en geldt verder dat het beschikbare budget (de regionale contracteerruimte) knellend is. In de Jeugdzorg en de Wmo wordt over de tarieven onderhandeld tussen gemeente en zorgaanbieders(s) en is ook een vastgesteld budget vanuit het Rijk beschikbaar.

Sinds 1998 geldt in het zorgveld het zogeheten ova-convenant: overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling. Daarin is vastgelegd dat het loongevoelige deel van de budgetten en tarieven jaarlijks wordt geïndexeerd met de gemiddelde loonkostenstijging in de marktsector. De component van de incidentele loonstijging volgt in de praktijk niet de ontwikkeling in de marktsector. Voor dit onderdeel worden doorgaans meerjarige afspraken gemaakt.

Uitvoering

Juridisch is de maatregel uitvoerbaar bij een zorgvuldige opzeggingsprocedure voor het ova-convenant. Zo zal er een ruime opzegtermijn in acht moeten worden genomen en een goede juridische argumentatie moeten worden gebruikt. Belangrijke voorwaarden binnen deze argumentatie zijn open en reëel overleg met de werkgevers en uitzonderlijke (budgettaire) omstandigheden. De juridische argumentatie maakt meer kans als een korting op de loonindexatie voor de gehele collectieve sector geldt. De procedure neemt circa drie jaar in beslag, dat wil zeggen vanaf de aankondiging om het convenant op te zeggen (dan wel op te schorten) tot en met het daadwerkelijk doorvoeren van de korting op de loonindexatie.

Gedrags- en neveneffecten

Het gaat hier om een budgetkorting, geen loonmaatregel. Daarom zullen zorgaanbieders in de gebudgetteerde en tariefgereguleerde subsectoren in eerste instantie hun reserves aanspreken. Dit zal alleen tijdelijk soelaas bieden. Wel zullen zorgaanbieders proberen in cao-onderhandelingen loonmatiging af te dwingen. Maar vanwege de noodzaak om op de arbeidsmarkt te concurreren met andere sectoren zal ook dit effect, voor zover het al wordt bereikt, tijdelijk zijn. Structureel kan de korting op budgetten en tarieven alleen worden opgevangen door efficiënter te werken of kwalitatief mindere zorg te verlenen. Indien wordt

gekozen voor een grotere korting en/of een jaarlijks terugkerende korting zal het voor zorgaanbieders moeilijker worden de korting op te vangen met efficiencyverbetering. Meer en meer zal de korting zich vertalen in het verlenen van kwalitatief mindere zorg.

Budgettaire effecten

Door de gebudgetteerde en tariefgereguleerde subsectoren wordt ruim 50 miljard euro aan zorg verleend (stand 2017). Het loonaandeel in deze subsectoren is ongeveer 70%. De grondslag voor de loonindexatie is daarom circa 34 miljard euro. Een eenmalige matiging van de loonindexatie met 1% bespaart 340 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Korten op de loonindexatie:					
a. Eenmalig 1%	0	0	0	-340	-340
b. 1% gedurende 2 jaar	0	0	0	-340	-680

006 Medisch specialisten verplicht in loondienst

Alle medisch specialisten komen verplicht in loondienst. Specialisten komen niet onder de Wet normering topinkomens (WNT) te vallen (zie hiervoor beleidsopties 007 en 008).
Er zijn drie varianten:

a. Alle nieuw in dienst tredende artsen komen in loondienst. Leden van bestaande maatschappen krijgen de optie om vrijwillig in loondienst te treden.
b. Alle vrijgevestigde medisch specialisten die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (zbc) werken, komen gefaseerd in loondienst. Voor artsen die korter dan tien jaar in een maatschap zitten, en die zich hebben ingekocht, geldt dat zij pas in loondienst komen nadat ze in totaal (maximaal) tien jaar in een maatschap hebben gewerkt.
c. Alle vrijgevestigde medisch specialisten die in een ziekenhuis of zbc werken, komen direct in loondienst.

Achtergrond

Voor specialisten is zowel vrije vestiging als werken in loondienst mogelijk. Op dit moment is ongeveer de helft van de medisch specialisten vrijgevestigd en verenigd in maatschappen. Er is een trend richting loondienst zichtbaar, onder andere doordat steeds meer vrouwen in de sector werkzaam zijn.

In 2014 is – als uitvloeisel van het met de sector gesloten convenant over invoering van de integrale bekostiging - een subsidieregeling in het leven geroepen voor medisch specialisten die nu vrijgevestigd zijn, maar die in 2015 in loondienst treden. Een in loondienst tredende medisch specialist ontvangt 100.000 euro subsidie van de overheid.

Uitvoering

De maatregel vergt een wetswijziging en het opstellen of aanpassen van arbeidscontracten; de implementatietermijn is daarom drie jaar. De maatregelen impliceren in meer of mindere mate verlies van eigendom. Dit vergt waarschijnlijk compensatie om de maatregel juridisch houdbaar te maken. De mate van compensatie zal afhangen van de gekozen uitvoering. Daarbij speelt bijvoorbeeld de implementatietermijn en het argument dat aanpassing van wet- en regelgeving onderdeel is van het ondernemersrisico. Een uitfasering zal naar verwachting leiden tot een lagere compensatie. Juridisch is het mogelijk om te differentiëren tussen nieuwe en bestaande specialisten. Echter, ook als de regelgeving alleen van toepassing is op nieuwe specialisten zal verlies van waarde van eigendom voor de specialist optreden.

Gedrags- en neveneffecten

Door hun lange opleiding en specifieke ervaring beschikken artsen over kennis die anderen niet hebben (informatieasymmetrie). Patiënten, ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars moeten vrijwel helemaal afgaan op het oordeel van de arts. Dat maakt het relevant hoe artsen financieel en bestuurlijk worden aangestuurd. De empirische literatuur, hoewel niet eenduidig, bevestigt dat er een prikkel tot overproductie is bij betaling per behandeling,

terwijl bij betaling van een vast bedrag er een prikkel kan zijn tot onderbehandeling.[3,4] Empirisch onderzoek voor een aantal medisch-specialistische behandelingen in Nederland laat zien dat in regio's met veel vrijgevestigde specialisten vaker wordt behandeld. Dit effect is groter voor behandelingen waar de discretionaire ruimte groot is.[5]

Wanneer loondienst verplicht is, kunnen medisch specialisten de arbeidsmarkt niet langer op 'slot' houden door het aantal plaatsen in maatschappen te beperken. SEO vindt een duidelijke negatieve correlatie tussen het aantal medisch specialisten in een land en hun salaris.[6] Specialisten zullen moeite doen om alsnog vrijgevestigd te blijven (ontwijking). Mogelijk zal het aantal zbc's toenemen, waarbij medisch specialisten hun eigen werkgever blijven en zo nog steeds productieprikkels ervaren. Vanwege onzekerheid over de uiteindelijke positie van de medische specialist kunnen investeringen en projecten worden vertraagd.

Bij variant a is het niet de verwachting dat specialisten vrijwillig in loondienst gaan, omdat ze dat nu ook al kunnen. Als er een geleidelijke overgang is (varianten a en b), betekent dit dat binnen één specialisme in een ziekenhuis zowel specialisten in loondienst als in vrije vestiging zijn. Dit maakt de bestuurbaarheid extra lastig. Een verplicht loondienstverband kan leiden tot een 'vlucht over de grens'. Het is onzeker in hoeverre de wijze van aansturing van medisch specialisten door de Raad van Bestuur van het ziekenhuis zal wijzigen als alle specialisten in dienstverband zijn. Tussen de Raad van Bestuur en de specialist bestaat nog steeds een informatieasymmetrie.

Budgettaire effecten

De gemiddelde productie van medisch specialisten daalt omdat vrijgevestigde specialisten meer uren per week werken dan specialisten in loondienst. Daarnaast leveren vrijgevestigde specialisten meer zorg dan specialisten in loondienst bij een gegeven zorgvraag.
SEO[7] refereert naar onderzoek van Weening dat laat zien dat vrijgevestigde specialisten 51 uur per week werken tegenover 47 uur bij specialisten in loondienst.[8] Bij specialisten die fulltime werken is dit 53 versus 51 uur per week (4% verschil). Er wordt rekening gehouden met het feit dat het onder loondienst ook mogelijk is om sterke volumeprikkels in te bouwen (het ziekenhuis heeft die prikkel immers wel). Dit geldt met name wanneer medisch specialisten zelf 'het ziekenhuis' vormen via zbc's. De berekening gaat daarom uit van 1% volumedaling wanneer specialisten in loondienst gaan. De ziekenhuisuitgaven bedragen 21 miljard euro in 2017. Het aandeel vrijgevestigden is ongeveer 50%. Derhalve is de besparing 100 miljoen euro. Er is grote onzekerheid omtrent dit bedrag.

---

3 McGuire, T.G. (2000). Physician Agency. In: Cuyler, A.C., Newhouse, J.P. (eds.). Handbook of Health Economics, vol 1A, Amsterdam, North Holland.

4 Zie bijvoorbeeld: Hennig-Scmidt, H., R. Seltin, D. Wiesen (2011). How payment systems affect physicians' provision behavior-An experimental investigation, Journal of Health Economics 30, pp. 637-646.

5 Douven, R. Mocking, R., Mosca, I. (2012). The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments. CPB Discussion Paper 209, Den Haag.

6 SEO (2012). Remuneration of medical specialists.

7 SEO (2010). De relatie tussen medisch specialisten en het ziekenhuis. Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS, Amsterdam.

8 Weening, H. (2002). Artsen en de arbeidswet, eindrapport. Amsterdam: Regioplan.

Het is juridisch onzeker met welke hoogte van de financiële claims op grond van eigendomsontneming rekening moet worden gehouden (verlies goodwill). Dit bedrag is afhankelijk van de vormgeving en kan mogelijk oplopen tot maximaal 2 miljard euro. Dit maximum is gelijk aan de schatting van de aankoopwaarde van goodwill.[9] Er zijn veel scenario's onder de maximale compensatie denkbaar; de rechter bepaalt of er sprake is van 'fair balance'. Naast de compensatie is sprake van overige transitiekosten. Die worden geraamd op 1,5% van de helft van de totale medisch-specialistische zorg (ongeveer de helft is al in loondienst). Er zijn transitiekosten gedurende vijf jaar.

Variant a (alleen nieuwe artsen en verder vrijwillig):

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Medisch specialisten verplicht in loondienst*	+150	+150	+150	+2200 -p.m.	-100
w.v. lagere productieprikkel	0	0	0	0	-100
w.v. compensatie eigendomsverlies (maximaal)	0	0	0	+2000 -p.m.	0
w.v. overige transitiekosten	+150	+150	+150	+150	0

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Variant b (geleidelijk binnen 10 jaar):

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Medisch specialisten verplicht in loondienst*	+150	+150	+150	+2100 -p.m.	-100
w.v. lagere productieprikkel	0	0	0	-10	-100
w.v. compensatie eigendomsverlies (maximaal)	0	0	0	+2000 -p.m.	0
w.v. overige transitiekosten	+150	+150	+150	+150	0

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Variant c (iedereen per direct):

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Medisch specialisten verplicht in loondienst*	+150	+150	+150	+2100 -p.m.	-100
w.v. lagere productieprikkel	0	0	0	-100	-100
w.v. compensatie eigendomsverlies (maximaal)	0	0	0	+2000 -p.m.	0
w.v. overige transitiekosten	+150	+150	+150	+150	0

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

In *Keuzes in Kaart* 2013-2017 is gerekend met een vergelijkbare maatregel. Het CPB heeft destijds aangegeven dat de maatregel veel onzekerheden kent en zette het effect daarom op p.m. Gebruikmakend van recent beschikbaar gekomen onderzoeken is nu alsnog geprobeerd een globale inschatting van de effecten te maken.

[9] De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012). Nadere informatie n.a.v. VAO numerus fixus 28 juni 2012.

Interactie met andere maatregelen

De combinatie van de beleidsopties 006 (medisch specialisten verplicht in loondienst) en 007 (medisch specialisten onder de WNT) is uitgewerkt in 008 (medisch specialisten verplicht in loondienst en onder WNT).

007 Medisch specialisten onder de Wet normering topinkomens

Medisch specialisten in loondienst worden aan de werkingssfeer van de Wet normering topinkomens (WNT) toegevoegd. Het maximale salaris dat een medisch specialist mag ontvangen wordt zo genormeerd.

Achtergrond

Vanaf 1 januari 2015 mogen inkomens in de (semi-)publieke sector maximaal 100% van het ministersalaris (brutosalaris 144.108 euro) bedragen, met inachtneming van overgangsrecht voor bestaande contracten. Ook zijn bonussen en prestatiebeloning verboden. De ontslagvergoeding is gemaximeerd op 75.000 euro.

Het inkomen van medisch specialisten is momenteel niet gemaximeerd. Per 1 januari 2015 is een systeem van integrale bekostiging ingevoerd. De financiële kaders, de kwaliteits- en doelmatigheidsdoelstellingen en de invoering van de integrale tarieven zijn vastgelegd in het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg. Tegelijkertijd is onder meer in de WNT vastgelegd dat deze niet van toepassing zal zijn op medisch specialisten. De kosten van arbeid vormen een groot deel van het beschikbare budget voor de zorg. De inkomens van medisch specialisten zijn door hun relatieve schaarste als gevolg van de numerus fixus hoog.[10] Uit internationaal onderzoek komt naar voren dat de beloning van de medische specialisten in Nederland gunstig is, althans voor zover het om vrijgevestigden gaat.[11] In loondienst zijn de verschillen met het buitenland kleiner en staat Nederland niet bovenaan.

Uitvoering

De maatregel vergt een wetswijziging en het opstellen of aanpassen van arbeidscontracten en kan daarom binnen drie jaar worden ingevoerd. Daarna volgt een ingroeipad vanwege het overgangsrecht.

Gedrags- en neveneffecten

Medisch specialisten in loondienst zullen proberen hun inkomen te behouden, bijvoorbeeld door te kiezen voor een maatschap. Er is dus een weglek. Voor de lange termijn geldt dat van de WNT een normeffect zal uitgaan (het wordt normaal om een lager salaris te hebben) waardoor artsen zich op den duur zullen conformeren. Financieel wordt het beroep van medisch specialist minder aantrekkelijk. Hoe de gereduceerde financiële prikkel uitwerkt op het profiel van specialist en hun motivatie om arts te worden, is onduidelijk. De maatregel kan het beleid om meer specialisten in loondienst te krijgen doorkruisen. Vrijgevestigde specialisten zullen minder geneigd zijn om naar loondienst over te stappen als ze vermoeden dat ze daarna onder de WNT worden gebracht. Ook nieuwkomers zullen meer voor de maatschappen kiezen.

---

[10] Ketel N., Van der Klaauw B., Leuven E., Oosterbeek H. (2012). Medisch specialisten profiteren van kunstmatige schaarste aan artsen. Me Judice.

[11] SEO (2012). Remuneration of medical specialists.

Budgettaire effecten

Het gemiddelde salaris van een specialist in loondienst ligt op ongeveer 158.000 euro.[12] In 2015 ligt de WNT-norm op 144.108 euro. Rekening houdend met enige spreiding in de inkomens van specialisten – het gehele inkomen ter rechterzijde van het gemiddelde valt ook onder de WNT - zou de maatregel zonder weglekeffecten structureel 100 miljoen euro opleveren (bij 7200 specialisten). Rekenend met een weglek van 35%, omdat een vrijgevestigde positie aantrekkelijker wordt, resteert een besparing op collectieve uitgaven van 65 miljoen euro. De verwachte weglek is gebaseerd op het feit dat 30% van de medisch specialisten in loondienst niet bij een universitair medisch centrum (UMC) werkt en dus vrij is om andere beloningsafspraken te maken dan loondienst. Specialisten bij de UMC's kunnen nevenactiviteiten in zelfstandige behandelcentra (zbc's) ontplooien om hun inkomen veilig te stellen. De besparing kent een lang ingroeipad in verband met overgangsrecht. Uitgaande van drie jaar implementatietermijn en zeven jaar ingroei vanwege het overgangsrecht, is de besparing na tien jaar volledig bereikt.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Medisch specialisten onder de Wet normering topinkomens	0	0	0	-10	-65

Interactie met andere maatregelen

De combinatie van de beleidsopties 006 (medisch specialisten verplicht in loondienst) en 007 (medisch specialisten onder de WNT) is uitgewerkt in 008 (medisch specialisten verplicht in loondienst en onder WNT).

[12] SEO (2012). Remuneration of medical specialists.

008 Medisch specialisten verplicht in loondienst en onder de Wet Normering Topinkomens

Medisch specialisten komen verplicht in loondienst en worden onder de Wet Normering Topinkomens (WNT) gebracht. Deze maatregel is een combinatie van beleidsopties 006 en 007. De beleidsoptie heeft alleen betrekking op de specifieke interactie tussen deze twee maatregelen. Voor verdere toelichting, zie de desbetreffende afzonderlijke beleidsopties.

Achtergrond

Zie beleidsopties 006 Medisch specialisten verplicht in loondienst en 007 Medisch specialisten onder de Wet normering topinkomens.

Uitvoering

De juridische uitvoerbaarheid hangt samen met de juridische houdbaarheid van het verplicht in loondienst brengen van medisch specialisten (zie beleidsoptie 006). Indien dat is geregeld, is het onder de WNT brengen ook mogelijk. De zelfstandige behandelcentra (zbc's) vormen wel een complicatie. Specialisten zijn zelf eigenaar van het 'ziekenhuis' (het zbc) dat hen een salaris uitkeert conform de WNT. Er zijn echter mogelijkheden om te komen tot een hoger inkomen, bijvoorbeeld door middel van winstuitkering. De implementatie zal drie jaar in beslag nemen vanwege de benodigde wetswijziging en het opstellen of aanpassen van arbeidscontracten. Daarna is er een ingroeipad.

Gedrags- en neveneffecten

In tegenstelling tot de beleidsoptie om alle medisch specialisten onder de WNT te laten vallen (zie beleidsoptie 007), is het niet langer mogelijk om de WNT te ontwijken door te kiezen voor vrije vestiging. Naar verwachting kan de maatregel wel worden ontweken door medisch-specialistische zorg aan te bieden in een zbc. In dat geval zal het zorgaanbod via zbc's fors stijgen. Gezien het grote aantal specialisten in loondienst zal het prijsniveau van deze zbc's vanwege de ervaren concurrentiedruk niet (veel) hoger liggen dan in ziekenhuizen, de specialisten zullen vooral de productie proberen te verhogen. De prikkel om de maatregel te ontwijken zal groter zijn dan wanneer het in loondienst brengen niet gecombineerd wordt met de WNT. Ervan uitgaande dat het ontwijken van de maatregel complex en ingrijpend is, maar dat het wel financieel voordeel biedt, is een zeer ruwe schatting dat 10-30% van de medisch specialisten die nu vrijgevestigd zijn de maatregel zal ontwijken door toedoen van de WNT.

Budgettaire effecten

In beleidsoptie 007 is becijferd dat het onder de WNT brengen van medisch specialisten die reeds in loondienst zijn structureel 100 miljoen euro oplevert als er geen weglekeffecten zouden zijn. Het gemiddelde bruto-inkomen van vrijgevestigde medisch specialisten in 2012 is volgens SEO naar schatting ongeveer 211.000 euro. In 2015 ligt de WNT-norm op 144.108 euro. Rekening houdend met enige spreiding zal het inkomen van sommige vrijgevestigde medisch specialisten nu al beneden de WNT-norm in 2015 liggen. Ook zullen niet alle medisch specialisten na loononderhandeling het maximumloon ontvangen. Een zeer voorzichtige aanname is daarom dat het gemiddelde inkomen van de gehele groep daalt naar

de WNT-norm. Voor 7200 vrijgevestigde medisch specialisten betekent dat een besparing van structureel 480 miljoen euro. Zonder weglek zou de besparing 580 miljoen euro zijn, inclusief 20% weglek is de besparing 460 miljoen euro. Uitgaande van 3 jaar implementatietermijn en 7 jaar ingroei vanwege het overgangsrecht, is de besparing na tien jaar volledig bereikt.

Voor de maatregel medisch specialisten in loondienst (zie beleidsoptie 006) is een besparing becijferd als gevolg van een lagere productieprikkel in loondienst van 100 miljoen euro. Door toepassing van de WNT zal dit bedrag lager uitvallen, omdat meer specialisten zullen kiezen voor een zbc, waar de productieprikkel hoger is. De besparing door lagere productieprikkels in loondienst in combinatie met WNT vanwege de weglek van 20% bedraagt 80 miljoen euro. Er kan sprake zijn van financiële claims op grond van eigendomsontneming. Dit bedrag is afhankelijk van de vormgeving en kan mogelijk oplopen tot maximaal 2 miljard euro (zie beleidsoptie 006). De overige transitiekosten worden geraamd op 1,5% van de totale medisch-specialistische zorg. Er zijn transitiekosten gedurende vijf jaar. Voor toelichting op de varianten, zie beleidsoptie 006.

Variant a (alleen nieuwe artsen en verder vrijwillig):

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Medisch specialisten verplicht in loondienst en onder de Wet Normering Topinkomens*	+300	+300	+300	+2300 -p.m.	-540
w.v. lagere productieprikkel	0	0	0	0	-80
w.v. compensatie eigendomsverlies (maximaal)	0	0	0	+2000 -p.m.	0
w.v. effect Wet normering topinkomens	0	0	0	0	-460
w.v. overige transitiekosten	+300	+300	+300	+300	0

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Variant b (geleidelijk binnen 10 jaar):

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Medisch specialisten verplicht in loondienst en onder de Wet Normering Topinkomens*	+300	+300	+300	+2200 -p.m.	-540
w.v. lagere productieprikkel	0	0	0	-10	-80
w.v. compensatie eigendomsverlies (maximaal)	0	0	0	+2000 -p.m.	0
w.v. effect Wet normering topinkomens	0	0	0	-45	-460
w.v. overige transitiekosten	+300	+300	+300	+300	0

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Variant c (iedereen per direct):

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Medisch specialisten verplicht in loondienst en onder de Wet Normering Topinkomens*	+300	+300	+300	+2200 -p.m.	-540
w.v. lagere productieprikkel	0	0	0	-80	-80
w.v. compensatie eigendomsverlies (maximaal)	0	0	0	+2000 -p.m.	0
w.v. effect Wet normering topinkomens	0	0	0	-65	-460
w.v. overige transitiekosten	+300	+300	+300	+300	0

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Interactie met andere maatregelen

Deze maatregel is een combinatie van de beleidsopties 006 (medisch specialisten verplicht in loondienst) en 007 (medisch specialisten onder de WNT).

009 Korten op opleidingsbudgetten medisch specialisten

Het vergoedingsbedrag dat zorginstellingen ontvangen voor de 27 medisch-specialistische vervolgopleidingen wordt gekort met 7,5%. Indien de korting niet op het loongevoelige gedeelte van de vergoeding kan worden verhaald, betekent dit een korting van 18,75% over het niet-loon gedeelte van de vergoeding. Daarnaast wordt een verplichting voor ziekenhuizen ingesteld om gedetailleerd verantwoording af te leggen over de besteding van de subsidie ten behoeve van medische vervolgopleidingen.

Achtergrond

De huidige vergoedingen worden verleend op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) via het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage en hebben kostendekkendheid als uitgangspunt. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt de hoogte van het vergoedingsbedrag, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) berekent de bijdrage per ziekenhuis op basis van het aantal opleidingsplaatsen en het verdeelplan.

Het vergoedingsbedrag per opleidingsplaats bedraagt, afhankelijk van het specialisme en de opleidingsinstelling, tussen 127.500 en 158.400 euro per opleidingsplaats per jaar (cijfers 2015). Naarmate een ziekenhuis meer opleidingsplaatsen heeft, is het vergoedingsbedrag per opleidingsplaats lager (staffelsystematiek) omdat schaalvoordelen worden verondersteld.

Van het totale bedrag bestaat 60% uit loonkosten en 40% uit overige kosten, zoals extra benodigde tijdsduur op de operatiekamer (OK) indien een arts in opleiding tot specialist (aio's) bij de operatie betrokken is en voor extra diagnostiek die door een aios wordt aangevraagd. De zorgaanbieders leggen over de ontvangen bijdragen verantwoording af. Op dit moment bestaat dit uit een verklaring over welk deel van het kalenderjaar de aios daadwerkelijk in opleiding was. Er zijn grote verschillen in de kostprijs tussen snijdende, beschouwende en ondersteunende specialismen. De huidige normatieve vergoedingsbedragen worden gemiddeld over de typen specialismen en over de jaren dat een aios in opleiding is (terwijl deze gedurende de opleiding wel productiever wordt). Dit is gedaan om de administratieve lasten hanteerbaar te houden.

De vergoedingsbedragen zijn voor de periode 2013-2016 al stapsgewijs verlaagd; de korting loopt op tot 57 miljoen euro. Ook wordt de instroom met 100 plaatsen verlaagd, het kasritme gewijzigd en de doorlooptijd van de opleidingen stapsgewijs verkort, voor in totaal 180 miljoen euro.

Uitvoering

Voor de implementatie van lagere vergoedingen is één jaar nodig, met daarna een ingroeipad van drie jaar waarin de opleidingstrajecten kunnen worden aangepast.

Gedrags- en neveneffecten

Zorgaanbieders zullen mogelijk proberen de korting via hogere prijzen voor reguliere zorgproductie te compenseren. De loonkosten van de aio's beslaan circa 60% van de opleidingskosten. Indien het vergoeden van de CAO-loonkosten van aio's als een gegeven wordt beschouwd, moet het opleidende ziekenhuis de korting intern doorberekenen naar vaste kostenposten (zoals met opleiden gemoeide overhead) en naar variabele kosten (zoals extra OK-kosten en extra diagnostiek). Een korting van 7,5% vertaalt zich dan in een korting van 18,75% op de niet-loonkosten van de aio's. Bij een (forse) bezuiniging bestaat het risico dat de beschikbaarheidsbijdrage voor opleiden leidt tot ondercompensatie met als risico dat instellingen niet of minder gaan opleiden of de kwaliteit van de opleiding laten teruglopen. De maatregel heeft daarnaast een moeilijk in te schatten effect op de concurrentiepositie tussen ziekenhuizen met en zonder opleiding. Het effect hangt samen met de mate van kostendekkendheid van de huidige vergoeding.

Budgettaire effecten

Het totale budgettaire beslag van beschikbaarheidsbijdrage in 2017 voor de 27 medische specialismen in ziekenhuizen is 670 miljoen euro. Verhoging van de transparantie door een gedetailleerdere verantwoording leidt als zodanig niet tot besparingen. Een korting van 7,5% op de vergoedingsbedragen levert een structurele besparing op van 50 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Korten op opleidingsbudgetten medisch specialisten	0	-15	-30	-50	-50

010 Banenplan voor de langdurige zorg

Er komen extra middelen beschikbaar voor de langdurige zorg, die worden verdeeld over de contracteerruimte Wet langdurige zorg (Wlz) en de uitkering aan gemeenten. Voor de wijkverpleging wordt het budgettair kader Zorgverzekeringswet (Zvw) verhoogd. De totale investering bedraagt 1,4 miljard euro structureel. Er is geen verplichting voor zorginstellingen om de extra middelen te gebruiken om extra personeel aan te trekken.

Achtergrond

De verschuiving van intramurale naar extramurale zorg gaat tot 2017 gepaard met een daling van de werkgelegenheid in de langdurige zorg en ondersteuning met ongeveer 12 duizend fte (30 duizend personen). Momenteel worden sectorplannen in de zorg uitgevoerd waarmee werkenden naar ander werk worden begeleid of omgeschoold naar een nieuwe functie. Daarnaast is een huishoudelijke hulp toelage (HHT) in het leven geroepen waarmee het Rijk via cofinanciering mogelijk maakt dat huishoudelijke hulpen toch zoveel mogelijk aan de slag blijven.

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Zorginkopers (gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars) krijgen meer geld ter beschikking om zorg in te kopen. Het is niet zeker dat het volledige bedrag bij zorginstellingen belandt. Zorgverzekeraars kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om voor een lager bedrag in te kopen dan hen beschikbaar wordt gesteld vanuit het zorgverzekeringsfonds. Ook gemeenten hebben bestedingsvrijheid binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Voor zover zorginstellingen meer inkomsten krijgen, is het niet zeker dat ze dit geld gebruiken om extra personeel aan te trekken. Ze kunnen bijvoorbeeld ook de reserves versterken, de huisvesting verbeteren of meer geld uitgeven aan opleidingen van het zittende personeel. De monitor van de Agema-gelden heeft laten zien dat extra middelen niet automatisch leiden tot een evenredige stijging van de werkgelegenheid.

Budgettaire effecten

Het budgettair effect is 1,4 miljard euro structureel, met een ingroeiperiode van vier jaar. Bij de berekening van het effect op de werkgelegenheid is uitgegaan van loonkosten van 50.000 euro per fte en een loonaandeel van 70% in de totale uitgaven in de langdurige zorg.[13] Hieruit volgt dat zorgaanbieders met deze extra middelen 19.600 fte werkgelegenheid kunnen creëren. Een deel van het extra budget zal naar verwachting door de zorginstellingen worden gebruikt voor niet-loongerelateerde uitgaven, zoals huisvesting.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Banenplan voor de langdurige zorg	+350	+700	+1100	+1400	+1400

[13] Er is informatie gebruikt uit de Arbeidsmarkteffectrapportage (AER) (2014) en de Monitor Investering V&V 2011-2015 (december 2014).

011 Verkleinen basispakket op basis van ziektelast

Vormen van zorg of diensten voor aandoeningen die een lagere ziektelast hebben dan een bepaald minimum, worden uit het basispakket verwijderd. Voor de uitwerking van de maatregel wordt een ziektelastgetal van 0,05 als grens gehanteerd. Als minder dan 5% van de gezondheid verloren gaat indien de aandoening onbehandeld blijft, gaat de zorg uit het basispakket.

Achtergrond

Om te bepalen of nieuwe interventies tot het collectief gefinancierde basispakket moeten worden toegelaten, toetst het Zorginstituut Nederland onder meer aan het pakketcriterium 'noodzakelijk te verzekeren zorg' (verzekeringsprincipe). Er vindt door het Zorginstituut geen systematische toetsing plaats van de ziektelast van aandoeningen waarvoor interventies zijn opgenomen in het huidige basispakket. Voor de opname van nieuwe interventies in het basispakket geldt als uitgangspunt: hoe hoger de ziektelast van de aandoening, hoe noodzakelijker de interventie, maar daarbij is geen minimale waarde voor de ziektelast vastgesteld.

In het regeerakkoord van het kabinet Rutte I was een taakstelling voor lage ziektelast opgenomen van 1,3 miljard euro. Daarbij zouden ook interventies uit het basispakket verdwijnen voor aandoeningen met een ziektelast oplopend tot 0,15.[14] De maatregel is uiteindelijk niet doorgevoerd.

Uitvoering

Uitvoering van de maatregel wordt bemoeilijkt doordat voor een aanzienlijk aantal aandoeningen (nog) geen ziektelast is vastgesteld. Wanneer er geen ziektelastgegevens beschikbaar zijn, is het in principe mogelijk een ziektelastmeting op te zetten. Dat kost echter tijd en geld. Het Zorginstituut heeft samen met iMTA/iBMG een stappenplan opgesteld hoe tot de bepaling van de ziektelast kan worden gekomen.

Een probleem bij een getal voor de ziektelast van een aandoening, is dat bepaalde essentiële nuances verdwijnen. Dit is bezwaarlijk bij:

1. Heterogeniteit van de patiëntengroep.
2. Episodisch ('aanvalsgewijs') verloop; sommige aandoeningen treden gedurende een bepaalde periode op en hebben dan een hoge ziektelast, maar bij afwezigheid is er geen of nauwelijks ziektelast (bijvoorbeeld migraine).
3. Progressief verloop: veel aandoeningen worden steeds erger. In een vroege fase van de ziekte is de ziektelast nog beperkt, maar in een gevorderde fase hoog.
4. Aandoeningen waarvan de behandeling kan worden aangemerkt als preventie: patiënten die de behandeling krijgen, hebben de ziekte (nog) niet en dus een lage ziektelast. Als ze de ziekte echter wel zouden krijgen, zou de ziektelast juist hoog zijn.

[14] College voor Zorgverzekeringen (2013). Technische rapportage ziektelast.

De maatregel vergt in principe geen wettelijke aanpassing; pakketbeslissingen worden in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) vastgelegd. Er is een risico op juridische procedures tegen de overheid over de vastgestelde ziektelast. Afhankelijk van de snelheid waarmee lacunes in de ziektelastdata kunnen worden opgevuld kan de maatregel binnen drie tot vier jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Patiënten met aandoeningen met een relatief lage ziektelast zullen expliciet afwegen of zij zich hiervoor willen laten behandelen, omdat zij de kosten daarvan niet meer vergoed krijgen uit de basisverzekering. Mogelijk gaan zorgverzekeraars in hun aanvullende verzekeringen vergoeding aanbieden voor behandelingen van aandoeningen met een relatief lage ziektelast.

Patiënten die worden getroffen door de maatregel kunnen daarnaast druk op hun arts uitoefenen om een andere diagnose te krijgen waarvan de behandeling wel in het basispakket zit (*upcoding*). Dit vereist standvastigheid van artsen en voorts meer toezicht/controle door zorgverzekeraars op voorschrijf- en doorverwijs gedrag van artsen. Ook kunnen mensen artsenbezoek gaan uitstellen, waardoor zwaardere en duurdere ziektelast kan ontstaan.

De maatregel kan de solidariteit in de zorg verminderen doordat het collectieve pakket kleiner wordt; er komt meer zorg voor eigen rekening.

Budgettaire effecten

Bij een ziektelastgrens van 0,05 of lager zijn door het Zorginstituut in 2013 de bruto opbrengsten op circa 670 miljoen euro geraamd.[15] De rapportage van het Zorginstituut betrof een technische analyse op basis van het criterium ziektelast. De medische en maatschappelijke consequenties zijn niet door het Zorginstituut beoordeeld.

Categorie	Aandoening	Ziektelastgetal WHO/RIVM	Kosten (x miljoen euro)
Categorie 1: ziektelastgetal ≤ 0,05	Acute urineweginfecties	0,01	86,4
	Onvruchtbaarheid	0,011	93,2
	COPD, licht	0,015	*
	Oorpijn	0,018	123,8
	Infecties bovenste luchtwegen	0,02	94,5
	Zweren van de 12-vingerige darm	0,02	1,5
	Infectieziekten maagdarmkanaal	0,03	30,4
	Nematode infectie	0,03	0,1
	Hartfalen, licht (WHO-GBD)	0,037	*
	ADHD	0,049	19,5
	Longontsteking en acute bronchi(oli)tis	0,05	220,9
	Totale kosten categorie 1		670,3

** De kosten van de behandeling van COPD en van hartfalen zijn niet te specificeren naar het ziektestadium (licht, matig, ernstig).*

[15] College voor Zorgverzekeringen (2013). Technische rapportage ziektelast.

Door de verkleining van het basispakket nemen de eigen betalingen onder het eigen risico af met 170 miljoen euro (25% van de bruto opbrengst), zodat de besparing op de netto collectieve zorguitgaven 500 miljoen euro bedraagt. Een kanttekening bij deze opbrengst is dat bij gebrek aan een goede dataset een aantal aandoeningen met een lage ziektelast buiten beeld is gebleven. Dit houdt in dat bij een ziektelastgetal van 0,05 hogere opbrengsten mogelijk zijn, dan wel dat de opbrengst van 500 miljoen euro gehaald kan worden bij een lager ziektelastgetal dan 0,05. Hier is nader onderzoek voor nodig. Er kan overlap ontstaan met de doorlichting van het pakket in het kader van stringent pakketbeheer in de lopende kabinetsperiode. Mogelijk leidt het stringent pakketbeheer tot het schrappen van behandelingen onder de ziektelastgrens van 0,05 of minder gebruik van bepaalde behandelingen door gepast gebruik. Het effect op de opbrengsten van de maatregel lage ziektelast valt pas in te schatten als de resultaten van de doorlichting bekend zijn (vanaf 2017).

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verkleinen basispakket op basis van ziektelast	0	0	0	-250	-500

De verwachting is dat mensen de zorg grotendeels blijven afnemen en hiervoor zelf zullen betalen. Wel wordt een beperkt remeffect meegenomen. Bruto leidt dit tot een toename van de private uitgaven met naar schatting 570 miljoen euro (85% van 670 miljoen euro). Omdat met het verdwijnen van deze zorg uit het basispakket ook de eigen betalingen onder het eigen risico afnemen met 170 miljoen euro, resteert netto een toename van de private uitgaven van 400 miljoen euro.

Interactie met andere maatregelen

Een interactie-effect is mogelijk met de beleidsopties 012 (QALY als norm voor het basispakket) en 014 (gepast gebruik). Wanneer deze beleidsopties gecombineerd worden ingevoerd, zijn de opbrengsten niet volledig optelbaar.

012 QALY als norm voor het basispakket

Er wordt voor het basispakket een financiële norm per *quality adjusted life year* (QALY) ingevoerd. Een behandeling in het basispakket mag niet duurder zijn dan dit normbedrag. De grenzen die voor deze maatregel worden verkend zijn: 50.000, 80.000 en 100.000 euro per QALY. De hoogte van de grens per QALY kan gerelateerd worden aan de ziektelast van aandoening. Het Zorginstituut Nederland scherpt op basis van de gekozen QALY-norm het pakketbeheer en de toelating aan. Artsen en hun wetenschappelijke verenigingen worden opgeroepen de QALY-grens als richtsnoer te gebruiken bij het ontwerpen van richtlijnen en bij de keuzes die ze maken in de spreekkamer.[16]

Achtergrond

Er is een toename van dure interventies met een gering effect op de (kwaliteit van de) resterende levensduur. Een deel van de beroepsgroep geeft aan dat er behoefte is aan een richtsnoer op dit punt (zie bijvoorbeeld het KWF rapport uit 2014[17]).
Kosteneffectiviteit is een pakketcriterium maar als zodanig nog niet volledig geoperationaliseerd. Het voornemen is om het criterium kosteneffectiviteit wettelijk te verankeren. Bij bepaalde geneesmiddelen wordt wel kosteneffectiviteitsonderzoek geëist; een evident ongunstige uitkomst kan aanleiding vormen voor het afsluiten van een prijsarrangement om de prijs te verlagen en daarmee ook de kosteneffectiviteit te verbeteren. Tevens genereert dit meer aandacht voor gepast gebruik, door bijvoorbeeld in de klinische richtlijnen duidelijker de subpopulatie waarbij de interventie het meest effectief is te benoemen en duidelijker start- en met name stopcriteria op te nemen.

In Engeland brengt *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) adviezen uit over het al dan niet toelaten van nieuwe interventies tot het 'basispakket', o.a. gebaseerd op grenzen per QALY. Positieve adviezen zijn bindend, bij negatieve adviezen kan een regionale *National Health Service* (NHS) organisatie afwijken en besluiten de zorg toch te leveren. Dit leidt tot verschillen in de levering van zorg tussen de regio's. Om te beoordelen of het verantwoord is om een interventie uit het basispakket te financieren hanteert NICE een drempelwaarde tot 30.000 pond, waarboven de kans dat NICE positief adviseert over de interventie niet groot is.

Uitvoering

Het implementeren van een 'kosteneffectiviteitsgrens' is technisch mogelijk. Wel zijn daarvoor verschillende maatregelen vereist waaronder het nader operationaliseren en het wettelijk verankeren van het kosteneffectiviteitscriterium. De operationalisering is niet eenvoudig, omdat de kosteneffectiviteit van een interventie doorgaans afhangt van de specifieke aandoening en de conditie van de individuele patiënt. Daardoor is het zelden mogelijk een bepaalde behandeling generiek uit te sluiten door middel van de negatieve lijst

[16] Als door de beleidsoptie 014 het Zorginstituut Nederland een formele rol heeft gekregen bij het vaststellen van richtlijnen zal het Zorginstituut hier ook op toezien.

[17] Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding (2014). Toegankelijkheid van dure kankergeneesmiddelen - Nu en in de toekomst.

van het Zorginstituut, maar moet het neerslaan in een aanscherping van de richtlijnen van de beroepsgroep. De maatregel kan binnen twee tot drie jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

De maatregel heeft naar verwachting vooral effect voor patiënten met een aandoening waarvan de behandeling relatief duur is en een marginaal effect heeft, of maar bij een beperkt deel van de populatie een effect heeft. In beide gevallen is de behandeling namelijk minder kosteneffectief. Voorbeelden zijn behandelingen voor ernstig zieke of terminale patiënten en voor patiënten met een 'weesziekte'. Bij weesgeneesmiddelen moet, vanwege de kleine groep patiënten, per patiënt een relatief groot deel van de kosten voor de ontwikkeling van deze geneesmiddelen worden terugverdiend. Wellicht zullen private partijen fondsen oprichten (in Groot-Brittannië is er bijvoorbeeld een privaat fonds voor dure oncologiemiddelen). Dit zal kunnen gelden voor zorg rondom het levenseinde, zorg voor kinderen en zorg bij weesziekten.

Budgettaire effecten

Het budgettaire effect hangt af van de hoogte van de gekozen kosteneffectiviteitsgrens. Bij een grens van 50.000 euro per QALY zal de omvang van het basispakket kleiner worden dan bij 80.000 of 100.000 euro per QALY. Pas als het Zorginstituut meer inzicht kan geven op deelgebieden (nieuwe en/of dure geneesmiddelen en technologieën) kan een eerste budgettair effect van de maatregel worden bepaald. Het probleem hierbij is dat er geen gestructureerde informatie beschikbaar is over de kosteneffectiviteit van interventies. Daarbij is informatie vaak niet openbaar beschikbaar, zoals prijsinformatie. Mogelijk geeft een uitgebreide literatuurstudie gericht op landen waar actief een kosteneffectiviteitsgrens wordt gebruikt, meer inzicht.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
QALY als norm voor het basispakket	0	0	p.m.	p.m.	p.m.

Interactie met andere maatregelen

Er is een positief interactie-effect met beleidsoptie 014 (gepast gebruik).

013 Aanpassen voorwaardelijke toelating

De vormgeving van het instrument voorwaardelijke toelating wordt gewijzigd door de aanspraak in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te versoberen tot een subsidieregeling, die de voorwaardelijk toegelaten zorg beperkt tot de patiënten die deelnemen aan het onderzoek naar de effectiviteit van die zorg. Daarnaast wordt het instrument voorwaardelijke toelating breder ingezet.

Achtergrond

Uitsluitend effectieve zorg die voldoet aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' wordt toegelaten tot het basispakket. In 2012 is het instrument voorwaardelijke toelating geïntroduceerd, waarmee ook bepaalde veelbelovende maar nog niet bewezen effectieve zorg tijdelijk tot het basispakket van de Zvw kan worden toegelaten. Voorwaardelijke toelating stimuleert innovatie in de zorg doordat deze zorg al voordat de effectiviteit is bewezen kan worden toegelaten tot het basispakket. In de periode van voorwaardelijk toelating wordt met een beperkte patiëntengroep onderzoek gedaan naar de (kosten)effectiviteit van de zorg. Omdat voorwaardelijke toelating is vormgegeven als aanspraak in de Zvw wordt de betreffende zorg verleend aan alle patiënten die een medische indicatie voor deze zorg hebben, ook als zij niet deelnemen aan het onderzoek waarmee de effectiviteit moet worden aangetoond.

Voorwaardelijke toelating is mogelijk voor extramurale en intramurale genees- en hulpmiddelen en de gehele geneeskundige zorg (Artikel 2.1, lid 5 van het Besluit zorgverzekering). Het wordt ingezet op de onderdelen geneesmiddelen en medisch-specialistische zorg. Er ligt een voornemen om het in 2015 ook in te zetten voor de extramurale hulpmiddelen, mits er budgettaire dekking wordt gevonden.

Uitvoering

Er zal een subsidieregeling moeten worden opgesteld, ofwel op grond van de Rijksbegroting, ofwel via een wijziging van de Zvw opdat een subsidie op grond van de Zvw mogelijk wordt. Verbreding naar andere delen van de zorg kan in de subsidieregeling worden opgenomen. De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Patiënten die na invoering van de subsidieregeling voorwaardelijk toegelaten zorg niet vergoed krijgen omdat zij buiten het onderzoek vallen, kunnen via juridische procedures proberen toch voor deze zorg in aanmerking te komen.

Budgettaire effecten

Op basis van de huidige voorwaardelijk toegelaten interventies en benodigde aantallen patiënten voor het effectiviteitsonderzoek is de inschatting dat door uitvoering van deze maatregel 80% minder patiënten dan nu worden behandeld met voorwaardelijk toegelaten zorg. Het aantal patiënten dat deelneemt aan het effectiviteitsonderzoek blijft stabiel. Omdat er nog geen extramurale geneesmiddelen voorwaardelijk zijn toegelaten is het nog onzeker of hiervoor eenzelfde percentage geldt.

Een reductie van het aantal behandelingen in het kader van voorwaardelijk toegelaten zorg met 80% leidt tot een verlaging van het huidige budget van 100 miljoen euro naar 20 miljoen euro. De besparing wordt niet in een keer behaald omdat de bestaande trajecten doorlopen onder de oude voorwaarden.

Uitgaande van verbreding van de voorwaardelijke toelating naar de extramurale hulpmiddelen kan de intensivering op 2 miljoen euro worden bepaald.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Aanpassen voorwaardelijke toelating:					
a. Voorwaardelijke toelating als subsidie	0	-20	-40	-60	-80
b. Verbreden voorwaardelijke toelating	0	+1	+1	+2	+2

014 Gepast gebruik

De maatregel bestaat uit drie onderdelen:

a) De Rijksoverheid verplicht het Zorginstituut Nederland patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars actief te betrekken bij de vaststelling van kwaliteitstandaarden. Het kosteneffectiviteitscriterium wordt daarbij uitdrukkelijk meegenomen. Het indicatiegebied wordt toegevoegd (voor welke patiëntencategorieën is er meerwaarde). Op basis daarvan stelt het Zorginstituut een overzicht op met 'redelijke' volumes voor specifieke patiëntencategorieën, waar mogelijk wetenschappelijk onderbouwd.
b) Bewezen effectiviteit gaat gelden als pakketcriterium, met toetsing aan de voorkant. Wetenschappelijk bewezen effectiviteit wordt een toelatingscriterium voor het Zvw-basispakket. Daarnaast wordt alle zorg die op dit moment in het pakket zit binnen vier jaar onderzocht op effectiviteit. Wanneer binnen vier jaar niet wetenschappelijk kan worden aangetoond dat de geleverde zorg effectief is wordt deze uit het basispakket gehaald en niet langer vergoed.
c) De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt een regel op voor verplichte registratie van nevendiagnosen (naast de hoofddiagnosen) van intramurale zorgproducten conform de internationale registratieregels van ICD-10. Hiermee komt er beter inzicht in zorgzwaarte en uitkomsten van de zorg. Tevens wordt vergelijking met andere zorgaanbieders eenvoudiger, onder meer omdat er een betere aansluiting komt op het Europese en internationale gebruik van de ICD-classificatie.

Achtergrond

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is opgenomen dat er recht op zorg is indien de verzekerde redelijkerwijs op die zorg is aangewezen. Daarmee wordt de begrenzing van gepaste zorg in de praktijk bepaald en dus niet in expliciete regels. Er is geen directe stok achter de deur om uitvoering van gepaste zorg in de praktijk af te dwingen.

Het Zorginstituut voert het pakketbeheer risicogericht uit en toetst elk jaar een deel van het pakket rondom een of meerdere specifieke aandoeningen aan de pakketcriteria. Daarbij wordt zowel het pakket- als kwaliteitsinstrumentarium ingezet om te bepalen of er wel of geen aanspraak bestaat op zorg en of er sprake is van gepast gebruik. Hiervoor gelden de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Zorgverzekeraars mogen alleen premiegeld besteden aan verzekerde zorg, waardoor duidingen van het Zorginstituut gezaghebbend zijn. Om de implementatie daarvan in de praktijk beter te handhaven, kan het toezicht door de NZa worden geïntensiveerd en kunnen vooraf afspraken worden gemaakt met de zorgverzekeraars over intensivering van de materiële controles op de declaraties.

Het Zorginstituut heeft verschillende instrumenten om gepast gebruik te bevorderen, zoals het samen met partijen inzetten van kwaliteitstandaarden, het aanscherpen van de indicaties en het monitoren en evalueren van de effecten. Het uitgangspunt voor de instrumenten is dat de verschillende partijen in het stelsel hun rol oppakken. Indien dit niet gebeurt, kan het

Zorginstituut het opstellen van kwaliteitsstandaarden afdwingen met de wettelijke doorzettingsmacht.

De NZa heeft voor het DBC-informatiesysteem verplicht dat er conform de ICD-10 moet worden geregistreerd. Waar in andere landen zowel hoofd- als nevendiagnosen worden geregistreerd, geldt dat in Nederland alleen voor de hoofddiagnosen. Begin 2015 wordt een voorstel uitgewerkt om de hoofddiagnose verplicht op een declaratie te vermelden. Dit voorstel is echter voorlopig opgeschort in afwachting van de toestemming van het College Bescherming Persoonsgegevens. Zorgverzekeraars krijgen tot die opschorting geen gegevens over de hoofddiagnose ICD-10. Een alternatief is dat zorgverzekeraars geen individuele gegevens krijgen maar informatie op geaggregeerd niveau. Hiervoor zijn meerdere mogelijkheden denkbaar. Zo is in de kamerbrief over het verbeteren van de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg van februari 2015 aangekondigd dat kwaliteitsinformatie over 30 aandoeningen versneld beschikbaar komt en zorgverzekeraars hiervoor alleen zorg zullen inkopen op basis van de afgesproken kwaliteitsindicatoren.[18]

In de medische kwaliteitsstandaarden wordt nog onvoldoende rekening gehouden met het kosteneffectiviteitscriterium. Dit komt onder andere omdat de benodigde informatie voor de berekeningen niet beschikbaar is. Het belang van kosteneffectiviteitsanalyses neemt echter toe omdat het aantal dure interventies met een gering effect op de gewonnen levensjaren in goede kwaliteit (QALY) blijft stijgen.

Van de huidige zorg in het basispakket ontbreekt voor 30 tot 50% van de behandelingen wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit van de behandeling, zo geeft onder andere het Kennisinstituut van Medisch Specialisten aan.[19] In rapport Toekomst voor de zorg van het Centraal Planbureau (CPB) zijn voorbeelden opgenomen uit de Verenigde staten dat bij pijn op de borst er meer dan 7000 verschillende cardiologische kwaliteitsstandaarden zijn voor individuele beslissingen tijdens een behandeling.[20] Hiervan is slechts 11% gebaseerd op klinische trials. De rest is gebaseerd op *expert opinion*, case studies of verouderde zorgstandaarden. Voor bijvoorbeeld hoesten zijn er meer dan 4000 kwaliteitsstandaarden, waarvan slechts 14% is gebaseerd op klinische trials.

Uit verschillende studies blijkt dat praktijkvariatie veel voorkomt. Het betreft over- of onderproductie door onverklaarbare verschillen in behandeling bij vergelijkbare patiënten met vergelijkbare aandoeningen. Bovendien is het moeilijk aan te geven waar sprake is van overproductie en waar van onderproductie, omdat een overzicht van 'redelijke volumes' ontbreekt. In de hoofdlijnenakkoorden zijn afspraken gemaakt om de praktijkvariatie terug te dringen. De Orde van Medisch Specialisten is in dit kader gestart met de campagne 'Verstandig Kiezen'. Daarnaast gaan zeven medisch wetenschappelijke verenigingen evalueren welke behandelingen op hun terrein het meest effectief zijn voor bepaalde

---

18 De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015). Verbetering van de kwaliteit van de zorg en duurzame betaalbaarheid van de zorg. Kamerstuk 31 765 nr. 116.

19 Zie bijvoorbeeld ZonMw (2014). Mediator - Special. 'We plukken eerst het laaghangend fruit'.

20 Douven, R., Ewijk, C. (2013). Curatieve zorg. In: Ewijk, C. van., A. van der Horst, P. Besseling (red). Toekomst voor de zorg – §4.3. Den Haag: Centraal Planbureau.

aandoeningen. Zorgverzekeraars Nederland heeft in het kader van het programma 'Kwaliteit' verschillende rapporten opgesteld over praktijkvariatie, bijvoorbeeld voor rughernia. Zorgverzekeraars zijn in gesprek met de wetenschappelijke verenigingen, zorgaanbieders en patiëntenverenigingen over de verklaring van de spreiding in behandelingen tussen instellingen.

Zorgverzekeraars werken bij hun zorginkoop onder meer met benchmarking van de zorgaanbieders. Deze is echter nog te algemeen om onverklaarbare praktijkvariatie effectief uit te sluiten. Ook kunnen zorgverzekeraars niet standaard op individueel niveau beoordelen of de meest doelmatige zorg wordt geleverd, omdat de verzekeraar vanwege privacy-gevoeligheid de individuele zorgzwaarte niet kent. Een verbeterde registratie geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om gepast gebruik mee te nemen in de zorginkoop en bij de vergoeding van de gedeclareerde zorg.

Uitvoering

De onderdelen a en c zijn uitvoerbaar en worden hieronder gecombineerd uitgewerkt. Het opstellen en aanscherpen van de kwaliteitsstandaarden en het op orde krijgen van de registratie van nevendiagnosen zal een aantal jaren duren.

Onderdeel b om het pakket strikt te beperken tot alleen bewezen wetenschappelijke zorg is niet uitvoerbaar omdat op dit moment er beperkt wetenschappelijk bewijs beschikbaar is. Dit zou in de praktijk neerkomen op het vrijwel sluiten van het basispakket. Het in vier jaar onderzoeken van het basispakket op bewezen effectieve zorg betekent een forse toename van de uitvoeringskosten, waarbij het exact operationaliseren van bewezen effectieve zorg bovendien problematisch is. Onderdeel b wordt om die reden niet verder uitgewerkt. Nader onderzoek naar de uitvoeringsmogelijkheden kan inzichten geven hoe dit onderdeel in de toekomst wel (gedeeltelijk) in de praktijk gebracht kan worden.

Gedrags- en neveneffecten

Zorgverzekeraars zullen mogelijk in toenemende mate zorgaanbieders contracteren die richtlijnconform werken. Door de beschikbaarheid van overzichten van 'redelijke volumes' van zorg kunnen zorgverzekeraars gerichter inkopen voor specifieke patiëntencategorieën. Zorgaanbieders zullen meer rekening houden met de kosteneffectiviteit en de indicatiegebieden bij het al dan niet aanbieden van behandelingen in lijn met de aangescherpte kwaliteitsstandaarden. Zorgaanbieders kunnen de maatregel zien als aantasting van hun autonome afweging in de behandelkamer en zich er in de praktijk niet altijd aan conformeren.

Budgettaire effecten

De maatregel leidt tot meer afstemming van en inzicht in de kwaliteit en redelijke volumes van de zorg op een gedetailleerder niveau waardoor een gepaster gebruik van zorg kan worden gerealiseerd. In aanvulling op het lopende beleid voor gepaste zorg maakt de invoering van de onderdelen a en c van deze maatregel een budgettair effect haalbaar van 75 miljoen euro structureel, deels omdat de instroom wordt beperkt en deels omdat niet gepaste zorg niet meer wordt vergoed of ingekocht. Realisatie is mogelijk doordat het

Zorginstituut en de NZa met het veld aan de voorkant meer richting kunnen geven aan de gepastheid van de zorg, waarbij de wettelijke doorzettingsmacht geldt als stok achter de deur.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Gepast gebruik (onderdelen a en c gecombineerd)	0	-25	-50	-75	-75

Interactie met andere maatregelen

Als de beleidsopties 011 (lage ziektelast) en 012 (Qaly als norm) samen met deze maatregel gekozen worden, zijn de opbrengsten niet volledig optelbaar.

015 Beperken pakket voor ouderdomsgerelateerde zorg

Betaalbare aanspraken die samenhangen met ouderdom gaan uit het basispakket. Deze zorg kwalificeert niet meer als noodzakelijk te verzekeren zorg. Dit is uitgewerkt voor twee pakketonderdelen: incontinentiemateriaal voor ouderen en auditieve hulpmiddelen bij leeftijdsgerelateerde slechthorendheid. De maatregel geldt voor verzekerden vanaf 67 jaar.

Achtergrond

Momenteel worden geen hulpmiddelen of interventies uitgesloten van het pakket enkel op grond van de leeftijd van de verzekerde of op grond van voorzienbare ouderdomsgerelateerde klachten en beperkingen. Het Zorginstituut Nederland voert het pakketbeheer uit aan de hand van vier criteria. Een eerste criterium om te bepalen of zorg tot het collectief gefinancierde pakket zou moeten behoren is dat van 'noodzakelijkheid'. Dit criterium heeft twee dimensies: ziektelast en 'noodzakelijk te verzekeren'. De drie andere pakketcriteria zijn effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Ze worden in onderlinge samenhang toegepast en niet na elkaar. Dit betekent dat de criteria gezamenlijk een antwoord geven op de principiële vraag of de zorg een plaats verdient in de basisverzekering. Alleen wanneer bewezen is dat een interventie niet effectief is, werkt dit criterium als een *knock out* criterium.

Toenemende zorgkosten door de vergrijzing raken aan het houdbaarheidsvraagstuk van de zorguitgaven. Het noodzakelijkheidscriterium komt hierdoor meer op de voorgrond te staan. Een mogelijke keuze is om voorzienbare en betaalbare zorg voor ouderdomsgerelateerde aandoeningen niet meer als noodzakelijk te verzekeren zorg te beschouwen.

Uitvoering

Het hanteren van een leeftijdsgrens raakt door de uitgesloten aanspraken uitsluitend personen van 67 jaar of ouder die incontinent of slechthorend zijn. Dat vraagt voor een juridische toets een gedegen motivering, maar er zijn geen internationale of Europese verdragen met een direct verbod op dit onderscheid naar leeftijd. Ook de Nederlandse wetgeving bevat geen algemeen discriminatieverbod op grond van leeftijd. De gekozen afbakening kan zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor uitvoeringsproblemen stellen. Welke stoornissen in de categorie ouderdomsgerelateerd vallen en of het bij iemand van 67 jaar of ouder uitsluitend om een dergelijke stoornis gaat, zal eenduidig geoperationaliseerd moeten worden om te voorkomen dat de maatregel gaat leiden tot een groot aantal verstrekkingengeschillen. De twee pakketmaatregelen kunnen binnen een jaar worden doorgevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Verzekerden die worden getroffen door de maatregel zullen proberen hun aandoening als niet-ouderdomsgerelateerd te laten kwalificeren om toch vergoeding voor het hulpmiddel te krijgen. Dat dit hulpmiddelen betreft die zij veelal permanent nodig zullen hebben, vormt hiertoe een extra prikkel. Ook hebben verzekerden een prikkel om kort voordat zij de leeftijd van 67 jaar bereiken een zo groot mogelijke voorraad (incontinentiemateriaal) of een nieuw hulpmiddel (hoortoestel) aan te schaffen ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Oudere verzekerden die op deze middelen zijn aangewezen en niet in staat zijn deze zelf te bekostigen, zullen zich minder goed in de maatschappij kunnen bewegen en daardoor een groter risico op isolement hebben. Mogelijk gaan zorgverzekeraars in hun aanvullende verzekeringen een vergoeding voor deze hulpmiddelen aanbieden.

Budgettaire effecten

De Zvw-uitgaven voor verzekerden van 67 jaar en ouder voor incontinentiemateriaal bedragen circa 125 miljoen euro en voor hoortoestellen circa 95 miljoen euro. In verband met verwachte anticipatie-effecten en beperkte weglek door een lagere opbrengst van het eigen risico, neemt de netto opbrengst af met 5 miljoen euro naar 215 miljoen euro (in de tabel afgerond op 220 miljoen euro). Er zal weglek zijn naar de bijzondere bijstand van de gemeenten, maar de omvang daarvan is ex ante niet goed in te schatten.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Beperken pakket voor ouderdomsgerelateerde zorg	0	-220	-220	-220	-220

Het effect op private uitgaven aan zorg is volledig geconcentreerd bij de groep 67+. In 2013 bedroegen de uitgaven ten laste van de Zvw voor de auditieve hulpmiddelen circa 800 euro per gebruiker en voor de incontinentiematerialen circa 300 euro per gebruiker. Er is mee gerekend dat 75% van de budgettaire besparing door consumenten uit eigen zak wordt betaald. Dit is minder dan 100% door zowel een lager gebruik, als lagere prijzen omdat producenten naar verwachting de prijzen van deze producten zullen verlagen door de toegenomen marktprikkel. De stijging van de private uitgaven komt dan uit op 60 euro per gebruiker voor de auditieve hulpmiddelen en 225 euro per gebruiker voor de incontinentiematerialen.

Interactie met andere maatregelen

Er is een interactie met beleidsoptie 030 (invoeren eigen risico voor hulpmiddelen). De opbrengsten van beide beleidsopties kunnen niet bij elkaar worden opgeteld.

016 Beperken recht op kraamzorg en invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage

Er komt een recht op kraamzorg van 3 x 2 uur voor alle pas bevallenen, met een eigen bijdrage van 4,15 euro per uur (prijspeil 2015, te indexeren). Als op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg een verhoogd risico op problematiek wordt vastgesteld, is er recht op vervolgkraamzorg. Ook hiervoor geldt een eigen bijdrage van 4,15 euro per uur, behalve voor verzekerden met een inkomen boven modaal: zij betalen een inkomensafhankelijke eigen bijdrage van 75% van de kosten.

Achtergrond

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is vastgelegd dat de zorg waaraan de verzekerde behoefte heeft wordt bepaald aan de hand van zorginhoudelijke criteria (art. 14, eerste lid). Door middel van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) kan worden bepaald dat een deel van de kosten voor eigen rekening blijft (art. 11, derde en vierde lid). De eigen bijdragen voor zorg in de Zvw zijn momenteel niet inkomensafhankelijk.

In het Besluit Zorgverzekering is alleen het aantal dagen kraamzorg gemaximeerd (10 dagen). Het aantal uren kraamzorg is niet in regelgeving vastgelegd. Op basis van het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg kunnen alle pas bevallenen minimaal 24 uur kraamzorg krijgen. Het standaard aantal uur kraamzorg is 49 uur en het maximum 80 uur. Tijdens het intakegesprek wordt het aantal uren kraamzorg vastgesteld. Uitbreiding van uren is aan de orde in geval van complicaties. Het aantal uren wordt ingekort wanneer een moeder een aantal dagen in het ziekenhuis heeft verbleven. De eigen bijdrage voor kraamzorg is voor alle verzekerden 4,15 euro per uur (2015). Deze wordt jaarlijks geïndexeerd. De eigen bijdrage komt niet ten laste van het eigen risico. Het maximumtarief dat door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de kraamzorg is vastgesteld bedraagt ruim 45 euro per uur (2015). Gepubliceerde tarieven van kraamzorgbureaus voor het particulier afnemen van extra uren kraamzorg kunnen 5 tot 12 euro per uur lager liggen dan het NZa-tarief.

Uitvoering

Het Landelijk Indicatieprotocol moet worden aangepast aan het nieuwe minimum van 3 x 2 uur. Ten aanzien van de eigen bijdrage zal in het Besluit Zorgverzekering een bepaling opgenomen moeten worden dat de hoogte daarvan bij ministeriële regeling wordt bepaald op basis van het inkomen. Nagegaan moet worden of het inkomen kan worden bepaald op het niveau van het huishoudinkomen of dat dit alleen kan op basis van het individuele inkomen van de verzekerde. Ook moet worden bepaald wie de eigen bijdrage int aan de hand van de inkomensgegevens. Als zorgverzekeraars vanwege hun privaatrechtelijke status geen beschikking kunnen krijgen over inkomensgegevens zal een andere instantie de taak moeten uitvoeren om vast stellen of er een eigen bijdrage betaald moet worden (bijvoorbeeld het CAK). Voor de invoering van de maatregel is twee jaar nodig, waarbij geldt dat met name het inkomensafhankelijke deel van de maatregel de invoering complex maakt.

Gedrags- en neveneffecten

Het gebruik van kraamzorg zal dalen, omdat er standaard minder uren worden geïndiceerd en door de 75% eigen bijdrage voor de hogere inkomens voor de vervolgkraamzorguren. Mogelijk gaan zorgverzekeraars de aanvullende verzekering uitbreiden door extra uren te vergoeden en/of een vergoeding op te nemen van de eigen bijdrage van 75%.

Budgettaire effecten

De uitgaven aan kraamzorg bedroegen in 2014 ruim 300 miljoen euro voor ca. 160.000 verzekerden. Het is niet bekend hoeveel verzekerden in aanmerking kunnen komen voor vervolgkraamzorg en wat de inkomensverdeling van deze groep is. Voor de berekening wordt ingeschat dat er voor 50% van de gezinnen niets verandert. Aangenomen wordt dat 30% van de gezinnen teruggaat van gemiddeld 49 uren kraamzorg naar 6 uren omdat er geen vergroot risico is op problematiek. De overige 20% van de gezinnen, zou wel een hoger risico hebben op problematiek, maar voor de vervolgkraamzorguren de inkomensafhankelijke eigen bijdrage van 75% moeten betalen. De bruto besparing bedraagt dan 120 miljoen euro. In het geschatte tarief is de eigen bijdrage verrekend en is uitgegaan van een lager gecontracteerd tarief (38 euro) dan het maximumtarief. De opbrengst wordt met 10% verlaagd voor uitvoeringskosten en mogelijke substitutie-effecten, waardoor de netto besparing uitkomt op afgerond 110 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Beperken recht op kraamzorg en invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage	0	0	-110	-110	-110

De private uitgaven aan zorg nemen toe door de hogere eigen bijdrage of doordat gezinnen de gewenste zorg privaat inkopen.

017 Verhogen vermogensinkomensbijtelling

Het percentage van de vermogensinkomensbijtelling (VIB) wordt verhoogd van 8% naar 12% voor zowel de eigen bijdrage Wet langdurige zorg (Wlz) als de eigen bijdrage Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De geschatte opbrengst wordt in mindering gebracht op het gemeentefonds. Overigens blijft de maximale eigen bijdrage gelijk aan de huidige maximale eigen bijdrage.

Achtergrond

Voor de berekening van de eigen bijdrage geldt een inkomenstoets. Daarvoor wordt zowel gekeken naar het inkomen uit arbeid, uitkering, pensioen en eigen woning (box 1) als naar het toegerekende inkomen uit vermogen van forfaitair 4% (box 3). Samen is dat het verzamelinkomen. Aan het verzamelinkomen wordt forfaitair 8% van de grondslag sparen en beleggen uit box 3 toegevoegd: dit is de VIB.[21] De maximale eigen bijdrage is 2249 euro per maand (hoge bijdrage) of 819 euro per maand (lage bijdrage). De maximale eigen bijdrage kan echter niet hoger zijn dan de daadwerkelijke kosten.

Uitvoering

De beleidsoptie kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Door deze maatregel gaan vooral vermogende ouderen meer bijdragen. Men zal proberen vermogen te verschuiven naar derden of andere manieren zoeken om de eigen bijdrage laag te houden. Ze kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om hun huis niet te verkopen zolang deze nog in box 1 belast is (dit mag maximaal twee jaar). De maatregel ontmoedigt bovendien sparen, omdat men het geld ‘toch kwijt raakt’.

Sommigen zullen mogelijk afzien van verblijf in de Wlz. Ze proberen (langer) thuis te blijven en gebruik te maken van vervangende zorg: bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget (pgb), modulair pakket thuis (MPT) of een volledig pakket thuis (VPT). Hiervoor geldt een lagere eigen bijdrage. Anderen zullen juist informele zorg of private zorg aanwenden. Vanuit de collectieve zorguitgaven kosten zowel een VPT, MPT als intramurale zorg ongeveer 60.000 euro per jaar. Een vergelijkbaar pgb is ongeveer 10.000 euro goedkoper.

Budgettaire effecten

Het CBS berekende de opbrengst van een VIB van 4% en 8% op respectievelijk 121 miljoen en 190 miljoen euro.[22] De meeropbrengsten nemen af naar mate het percentage wordt verhoogd. Bij een verhoging van de VIB van 8% naar 12% zijn de meeropbrengsten naar verwachting 45 miljoen euro. Er is verondersteld dat de genoemde gedragseffecten budgettair grosso modo tegen elkaar wegvallen.

---

[21] De grondslag sparen en beleggen is het vermogen na aftrek van het heffingsvrije vermogen.

[22] Meuwissen, P. (2012). Vermogensinkomensbijtelling en eigen bijdragen Zorg met verblijf 2009, Zorg zonder verblijf en Wmo 2010. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verhogen vermogensinkomensbijtelling	0	-45	-45	-45	-45

De gemiddelde eigen bijdrage voor de cliënten die te maken krijgen met de maatregel, stijgt met 300 euro per jaar.

Interactie met andere maatregelen

Er is sprake van interactie met beleidsoptie 018 (vermogenstoets voor de eigen bijdrage in Wlz en Wmo). De beleidsopties kunnen niet beide worden ingevoerd.

018 Invoeren vermogenstoets voor eigen bijdrage in Wet langdurige zorg en Wet maatschappelijke ondersteuning

Cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gaan direct uit hun vermogen bijdragen. Alle vermogen boven het heffingsvrije vermogen (vanaf 21.139 euro in box 3) wordt meegerekend bij het bepalen van de grondslag waarover de eigen bijdrage wordt berekend. Cliënten komen daardoor eerder aan een maximale eigen bijdrage. Gemeenten hebben niet meer de bevoegdheid om zelf te bepalen of en in hoeverre vermogen in aanmerking wordt genomen bij de Wmo; dat wordt wettelijk geregeld.

Achtergrond

Voor de berekening van de huidige eigen bijdrage geldt een inkomenstoets. Daarvoor wordt zowel gekeken naar het inkomen uit arbeid, uitkering, pensioen en eigen woning (box 1) als naar het toegerekende inkomen uit vermogen van forfaitair 4% (box 3). Samen is dat het verzamelinkomen. Aan het verzamelinkomen wordt de vermogensinkomensbijtelling ('VIB') van forfaitair 8% van de grondslag sparen en beleggen uit box 3 toegevoegd.[23] Het peiljaar is t-2. De maximale eigen bijdrage is 2249 euro per maand (hoge bijdrage) of 819 euro per maand (lage bijdrage). De maximale eigen bijdrage kan echter niet hoger zijn dan de daadwerkelijke kosten.

Uitvoering

De beleidsoptie kan binnen een jaar worden ingevoerd. Een aandachtspunt is de groep die een jaar de maximale eigen bijdrage hebben betaald en vervolgens onder de vermogensgrens zakken. Door het peiljaar t-2 krijgen zij onterecht de maximale eigen bijdrage toegerekend. Het systeem moet zo worden ingericht dat dit voorkomen of beperkt wordt.

Gedrags- en neveneffecten

Men zal proberen vermogen te verschuiven naar derden of andere manieren zoeken om de eigen bijdrage laag te houden. Ze zullen er bijvoorbeeld voor kiezen om hun huis niet te verkopen zolang deze nog in box 1 belast is (dit mag maximaal twee jaar). Als het vermogen zodanig afneemt dat de grondslag sparen en beleggen kleiner is dan nul, zal ook de macro-opbrengst van eigen bijdragen afnemen. Echter, door de structurele instroom van nieuwe cliënten in de Wlz en Wmo zal dit effect beperkt blijven. De maatregel ontmoedigt bovendien sparen, omdat men het geld 'toch kwijt raakt'.

Door deze maatregel gaan vooral vermogende ouderen meer bijdragen aan zorg. Sommigen zullen mogelijk af zien van verblijf op grond van de Wlz en proberen (langer) thuis te blijven en gebruik te maken van vervangende zorg: bijvoorbeeld informele zorg, een persoonsgebonden budget (pgb), modulair pakket thuis (MPT) of een volledig pakket thuis (VPT). Hiervoor geldt een lagere eigen bijdrage. Anderen zullen juist informele zorg of private zorg aanwenden.

[23] De grondslag sparen en belegen is het vermogen na aftrek van het heffingsvrije vermogen.

Budgettaire effecten

De vermogenstoets is feitelijk een verhoging van de VIB van 8% naar 100%. De meeropbrengsten hiervan zijn berekend op 130 miljoen euro per jaar. Door het verschuiven van vermogen kan de opbrengst iets lager uitvallen. Voor zover cliënten uitwijken naar het goedkopere pgb is de besparing op collectieve uitgaven weer iets hoger. Aangenomen is dat beide effecten elkaar compenseren. Door de afname van het vermogen als gevolg van de hoge eigen bijdrage komt het structurele effect lager uit, op 90 miljoen euro na drie jaar.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Invoeren vermogenstoets voor eigen bijdrage in Wet langdurige zorg en Wet maatschappelijke ondersteuning	0	-130	-130	-90	-90

De gemiddelde eigen bijdrage stijgt voor de cliënten die te maken krijgen met de maatregel met ongeveer 800 euro per cliënt per jaar.

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met beleidsopties 017 (verhogen vermogensinkomensbijtelling). De maatregelen kunnen niet beide worden ingevoerd.

019 Vermogen eigen woning gelijk behandelen in vermogensinkomenbijtelling

Vermogen in de eigen woning en vermogen in box 3 worden op dezelfde wijze meegenomen in de berekening van de eigen bijdrage voor de Wet langdurige zorg (Wlz): over het opgebouwde vermogen in de eigen woning wordt een vermogensbijtelling van 8% gerekend. De maximale eigen bijdrage blijft ongewijzigd. Als een cliënt in de Wlz niet voldoende liquide middelen heeft om de eigen bijdrage direct te kunnen betalen, omdat het vermogen vastzit in stenen, dan biedt de overheid uitgestelde betaling aan voor de additionele eigen bijdrage, waarbij de eigen woning als onderpand dient.

Achtergrond

Bij de eigen bijdrage in de Wlz wordt rekening gehouden met zowel het inkomen uit arbeid, uitkering, pensioen, eigen woning (box 1), aandelen en dividenden (box 2), als met het toegerekende (forfaitaire) inkomen uit vermogen (box 3). Sinds 2013 wordt over het vermogen in box 3 ook een vermogensbijtelling gerekend. Dit gebeurt door 8% van het box 3-vermogen op te tellen bij het inkomen. Hierover wordt de eigen bijdrage berekend. De vermogensbijtelling geldt dus niet voor vermogen dat zit in de eigen woning, aangezien deze onder box 1 valt.

Bij intramurale opname verhuist in het huidige beleid de eigen woning na twee jaar naar box 3 (tenzij een fiscaal partner in de eigen woning blijft wonen). Daarbij geldt dat de eigen bijdrage uitgaat van het inkomen in jaar t-2. De facto telt het vermogen in de eigen woning pas vier tot vijf jaar na intramurale opname mee. Dat is laat, aangezien de gemiddelde verblijfsduur in een intramurale instelling een kleine drie jaar is. Bij verkoop van de eigen woning binnen 2 jaar na intramurale opname verhuist het bijbehorende vermogen uiteraard eerder naar box 3. Waarschijnlijk zullen niet veel Wlz-cliënten hun woning echter ver voor die tijd verkopen. De impliciete belasting op vroegtijdige woningverkoop is door de vermogensbijtelling erg hoog.

Er zijn verschillende producten (omkeerhypotheken, *sell and rent back* constructies) die het mogelijk maken om het vermogen in de eigen woning te gelde te maken. De private markt hiervoor is (nog) erg klein, wellicht ook omdat er onder de huidige omstandigheden nog weinig behoefte is aan deze producten. Het te gelde maken van de eigen woning is ook relatief duur. Bovendien kan er sprake zijn van inwonende kinderen en/of partner. Er zal dus flankerend overheidsbeleid nodig zijn. In dit voorstel wordt van het ‘Ierse model’ uitgegaan, waarbij de overheid de eigen bijdrage desgewenst voor kan schieten, met het huis als onderpand. Het voordeel hiervan is dat problemen met het liquide maken van de eigen woning worden voorkomen. Gedwongen verkoop van de woning vanwege de eigen bijdrage kan hiermee worden voorkomen.

Uitvoering

Het aanpassen van de berekening van de eigen bijdrage heeft geen directe juridische implicaties omdat de huidige systematiek van de vermogensbijtelling wordt gevolgd. Het uitgesteld betalen van de eigen bijdrage - gebaseerd op het Ierse model - moet nader juridisch worden uitgewerkt en onderzocht. Ook moet worden voorzien in wetgeving die de verstrekking van gegevens aan het CAK mogelijk maakt. Naar verwachting kan de maatregel binnen drie jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Naar verwachting is er minder uitstel van verkoop van de eigen woning, omdat de hoge impliciete belasting bij verkoop verdwijnt. Het beroep op de Wlz zal afnemen als gevolg van de hogere eigen bijdrage. Ouderen zullen kritischer worden op de kwaliteit van geboden zorg, omdat ze meer zelf bijdragen. Binnen de Wlz vindt bovendien een verschuiving plaats van intramurale zorg naar zorg thuis (bijvoorbeeld in de vorm van een volledig pakket thuis of een persoonsgebonden budget (pgb)), omdat voor deze laatste genoemde zorgproducten een lagere eigen bijdrage geldt. Een risico is dat woningbezitters de eigen woning al te gelde maken voordat zij zorg nodig hebben en dit vermogen proberen over te dragen aan hun kinderen of te consumeren. Bij deze maatregel is dat risico overigens kleiner zijn dan bij box 3 vermogen (dat meer liquide is).

Budgettaire effecten

De maatregel gaat uit van de volgende parameters:

- Een vermogensbijtelling van 8% op vermogen (overwaarde) in de eigen woning.
- Een extra vrijstelling op de overwaarde van 25.000 euro per persoon (om te corrigeren voor mogelijke onnauwkeurige overwaardebepaling).
- Het gemiddelde woningbezit is berekend op basis van het gemiddelde woningbezit van 75-plussers naar inkomenscategorie en deze te koppelen aan de inkomenscategorieën van Wlz'ers. Verondersteld is dat de overige doelgroepen (bijvoorbeeld jonggehandicapten) in de Wlz niet tot nauwelijks over vermogen in een eigen woning beschikken.
- Er is in de berekening een onderscheid gemaakt tussen hoge en lage eigen bijdragen.
- Er is gecorrigeerd voor overschrijding van de maximale eigen bijdrage.
- Er is gecorrigeerd voor het feit dat er wordt ingeteerd op het vermogen in de eigen woning gedurende een periode van drie jaar.

Er is niet gecorrigeerd voor:

- Het feit dat 75-plussers met lage inkomens waarschijnlijk gemiddeld minder vermogen in de eigen woning hebben zitten.
- Het feit dat vier tot vijf jaar na verhuizing naar een verpleeghuis, de eigen woning automatisch in box 3 terecht komt.
- Ex-ante moral hazard; toekomstige cliënten zullen mogelijk in anticipatie op de vermogensbijtelling vroegtijdig interen op het vermogen in hun eigen woning.

- Het feit dat de meeste bewoners van verpleeghuizen weduwen zijn en daarom het hele vermogen van de eigen woning bezitten.
- Gedragseffecten; de hogere eigen bijdrage zal mogelijk tot een lager gebruik van intramurale Wlz-zorg leiden.

Het niet corrigeren voor de eerste drie factoren leidt ertoe dat de besparingen hoger worden ingeschat dan ze in werkelijkheid zullen zijn. Het niet corrigeren voor de laatste twee factoren leidt tot een onderschatting. Per saldo wordt de uitkomst met 30% verlaagd, van 455 miljoen naar 320 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Vermogen eigen woning gelijk behandelen in vermogensinkomensbijtelling*	0	0	+25	-300	-300
w.v. vermogen eigen woning gelijk behandelen	0	0	0	-320	-320
w.v. uitvoeringskosten	0	0	+25	+25	+25

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Interactie met andere maatregelen

Er is een interactie-effect met het verhogen van de eigen bijdrage in de langdurige zorg (beleidsopties 017 en 018). De gezamenlijke opbrengst van deze beleidsopties neemt toe wanneer ze gecombineerd worden ingevoerd.

020 Invoeren eigen bijdrage voor wijkverpleging

Er wordt een eigen bijdrage voor wijkverpleging ingevoerd. Er zijn twee varianten:

a. een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De parameters van de regeling worden zo gekozen dat de eigen bijdrage gemiddeld 5 euro per uur zorg bedraagt.
b. een eigen bijdrage van 5 euro per uur, ongeacht de hoogte van het inkomen.

In beide varianten wordt het verplichte eigen risico generiek verlaagd. Het eerste segment (overkoepelende collectieve zorgtaken) van wijkverpleegkundige zorg wordt uitgezonderd van de eigen bijdrage omdat deze zorg niet individueel toewijsbaar is.

Achtergrond

Persoonlijke verzorging en verpleging vallen sinds 2015 onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) in de vorm van een aanspraak op wijkverpleegkundige zorg. De wijkverpleging is uitgezonderd van het eigen risico. Tot 2015 was de wijkverpleging onderdeel van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en gold een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Er is voor deze groep zorggebruikers een financiële prikkel verdwenen om zuinig met het gebruik van deze zorg om te gaan. Met deze maatregel wordt deze prikkel opnieuw ingevoerd.

Uitvoering

Uitvoering van een inkomensafhankelijke bijdrage is complex. Zorgverzekeraars moeten inkomens- en vermogensgegevens van de Belastingdienst ontvangen en zorggegevens van de zorgaanbieders. Afhankelijk van welk toetsingsinkomen[24] wordt gekozen, zijn mogelijk veel correcties achteraf nodig. Het overdragen van inkomens- en vermogensgegevens aan de zorgverzekeraars kan in strijd zijn met de bescherming van de privacy. Een uitvoering die minder belastend is voor de privacy kan via een derde partij (zoals het CAK). Deze partij meldt de zorgverzekeraar welke eigen bijdrage voor een verzekerde van toepassing is. De maatregel kan met uitvoering door CAK binnen twee jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Er zal sprake zijn van een remeffect op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg. Waarschijnlijk is dit effect bij persoonlijke verzorging groter dan bij verpleging omdat deze zorg relatief gemakkelijk te substitueren is naar de private sector of naar informele zorg. Variant a raakt personen met een hoog inkomen. Variant b raakt vooral degenen met een laag inkomen; zij zullen mogelijk moeite hebben om de nominale eigen bijdrage te betalen.

Budgettaire effecten

In de berekening is de aanname verwerkt dat op basis van een anticumulatiebepaling de eigen bijdrage onder de Wmo voorrang krijgt op die onder de Zvw. Daarom wordt de opbrengst van de nominale eigen bijdrage alleen berekend voor hen die uitsluitend

[24] Actueel dan wel vastgesteld inkomen (t-2).

persoonlijke verzorging, verpleging of persoonlijke verzorging en verpleging ontvangen.[25] Onderstaande berekening is gebaseerd op cijfers uit 2010.

Gegevens Wlz en Wmo (2010)	Aantal cliënten (x1000)	% naar Zvw	Aantal cliënten in Zvw (x1000)	Gemiddeld aantal uren	Gemiddelde eigen bijdrage per jaar (in euro)	Opbrengst eigen bijdrage (x mln euro)
Alleen verpleging	37	100	37	17	85	3
Alleen persoonlijke verzorging (PV)	95	95	90	83	415	37
Verpleging en PV	67	95	63	133	665	42
Totaal			191			83

Bij een eigen bijdrage van 5 euro per uur voor de wijkverpleging bedraagt de budgettaire opbrengst 83 miljoen euro per jaar.[26] Deze opbrengst wordt gebruikt om het eigen risico te verlagen met 11 euro per verzekerde per jaar.

De introductie van een eigen bijdrage zal de vraag naar wijkverpleegkundige zorg afremmen. Daar staat tegenover dat het remeffect van het generieke eigen risico iets afzwakt door de verlaging met 11 euro per verzekerde per jaar. Het remeffect van de maatregel wordt gesteld op 30% van de budgettaire opbrengst van de eigen bijdragen, dit is 25 miljoen euro. In variant a wordt het CAK belast met de uitvoering van de regeling. De uitvoeringskosten bedragen 20 miljoen euro. In variant b wordt gerekend met 5 miljoen euro uitvoeringskosten, dit is gelijk aan 5% van de bruto besparing. Deze kosten vallen echter buiten het budgettair kader zorg (BKZ).

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
a. Inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor wijkverpleging	0	0	-5	-5	-5
w.v. uitvoeringskosten (CAK)	0	0	+20	+20	+20
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	0	-25	-25	-25
b. Eigen bijdrage per uur	0	0	-25	-25	-25
w.v. bruto zorguitgaven (remeffect)	0	0	-25	-25	-25

De maatregel is zo vormgegeven dat op macroniveau de verhoging van de eigen bijdrage voor de wijkverpleegkundige zorg gelijk is aan de verlaging van het generieke eigen risico.

Interactie met andere maatregelen

Er is sprake van interactie met beleidsopties 101 (langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in het basispakket Zvw), 102 (wijkverpleging naar de Wlz) en 104 (ouderenzorg naar de Zvw). De beleidsoptie kan niet samen met beleidsoptie 102 worden ingevoerd. Bij gecombineerde invoering met de beleidsopties 101 en 104 kunnen de opbrengsten niet worden opgeteld.

[25] Mensen die daarnaast begeleiding ontvangen zijn al een eigen betaling Wmo verschuldigd.

[26] Indien er in 2017 sprake is van zorgzwaartebekostiging, sluit een eigen bijdrage per uur (variant b) niet meer aan. De eigen bijdrage wordt dan zodanig vorm gegeven dat de opbrengst van eigen bijdragen gelijk blijft. Uitgaande van 191.000 cliënten zou de eigen bijdrage dan 450 euro per persoon per jaar bedragen.

021 Verhogen of verlagen van het eigen risico

Het verplicht eigen risico wordt gewijzigd. Er zijn vier varianten:

a. een verhoging met 100 euro
b. een verlaging met 100 euro
c. een verlaging naar 220 euro
d. het schrappen van het verplicht eigen risico

De eerste drie varianten betreffen 'incidentele' aanpassingen. In de laatste variant wordt het verplicht eigen risico verlaagd met 405 euro. Hiermee wordt het eigen risico de facto afgeschaft.

Achtergrond

Het verplicht eigen risico staat geraamd op 405 euro in 2017. Boven dit bedrag worden de zorgkosten vanuit de basisverzekering vergoed. Het huidige eigen risico geldt voor alle zorg in het basispakket, behalve voor huisartsenzorg, verloskundige zorg, wijkverpleegkundige zorg en kraamzorg, bevolkingsonderzoeken en de griepprik voor bepaalde risicogroepen. Kinderen tot 18 jaar zijn uitgesloten van het eigen risico.

De verplichte basisverzekering beschermt tegen hoge en onzekere zorgkosten. Een hoge verzekeringsgraad in combinatie met lage eigen betalingen houdt de zorg voor iedereen toegankelijk.[27] Dit leidt echter ook tot *moral hazard* (moreel risico). De verzekerde vraagt en consumeert dan meer zorg, omdat hij niet direct ervaart dat hij er zelf voor betaalt. Als de verzekerde de echte prijs van zorg zou betalen, of een hogere prijs door middel van eigen betalingen, zou hij een kritischer afweging maken over het nut van de zorg. Eigen betalingen kunnen zo de *moral hazard* verminderen en de zorgvraag van verzekerden doen afnemen (het remeffect). Een laag eigen risico remt verzekerden weinig: met een of twee dure behandelingen is het eigen risico vol gemaakt. Het eigen risico heeft ook weinig effect op het gebruik van zorg door chronische patiënten, omdat zij weten dat hun zorgkosten ver boven het eigen risico uit zullen komen en zij daardoor geen moeite zullen doen binnen het eigen risico te blijven. Een hoog verplicht eigen risico kan zorg ontoegankelijk maken (met name voor lage inkomensgroepen) en te weinig bescherming bieden tegen het risico van hoge zorgkosten.

Variant a vergroot de financiële bijdrage en maakt daarmee verzekerden langer prijsgevoelig. Bij een hoger eigen risico is het eigen risico minder snel vol gemaakt en wordt het remgeldeffect verhoogd. De overige varianten hebben als doel de zorg toegankelijker te maken door het verplicht eigen risico te verlagen dan wel volledig af te schaffen, maar hebben als consequentie dat de zorgpremie stijgt.

[27] Douven, R., Ewijk, C. (2013). Curatieve zorg. In: Ewijk, C. van., A. van der Horst, P. Besseling (red) Gezondheid loont : tussen keuze en solidariteit: toekomst voor de zorg. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB).

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Onnodige zorgconsumptie is een mogelijk gevolg van het verlagen of afschaffen van het eigen risico. Bij een verhoging van het eigen risico geldt juist dat verzekerden kritischer zullen worden over hun zorgconsumptie. Een verhoging van het eigen risico zou er voor kunnen zorgen dat mensen noodzakelijke zorg vermijden waardoor hun gezondheid kan verslechteren. Voor zover dat kosten met zich mee brengt, wordt het effect afgezwakt.

Budgettaire effecten

De berekening van de effecten van de maatregel worden uitgebreid besproken in bijlage 4 'Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg'. De effecten van de vier varianten worden in de tabel hieronder weergegeven.
Variant d leidt tot een besparing op de uitvoeringskosten omdat het eigen risico vervalt. De uitvoering van het huidige eigen risico kost circa 40 miljoen euro per jaar.[28]

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
a. Verhogen eigen risico met 100 euro	0	-870	-870	-870	-870
w.v. verandering eigen betalingen	0	-670	-670	-670	-670
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-200	-200	-200	-200
b. Verlagen eigen risico met 100 euro	0	+940	+940	+940	+940
w.v. verandering eigen betalingen	0	+730	+730	+730	+730
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	+210	+210	+210	+210
c. Verlagen eigen risico naar 220 euro*	0	+1800	+1800	+1800	+1800
w.v. verandering eigen betalingen	0	+1400	+1400	+1400	+1400
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	+360	+360	+360	+360
d. Afschaffen verplicht eigen risico*	0	+3700	+3700	+3700	+3700
w.v. verandering eigen betalingen	0	+3100	+3100	+3100	+3100
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	+630	+630	+630	+630
w.v. verandering uitvoeringskosten	0	-40	-40	-40	-40

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

De gemiddelde eigen betaling per persoon neemt bij een eigen risico van 505 euro (variant a) toe met 50 euro. In de varianten b, c en d daalt de gemiddelde eigen betaling met respectievelijk 55, 105 en 232 euro per persoon.

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met de beleidsopties 023 (invoeren procentueel eigen risico, 024 (invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting), 025 (herintroduceren no-claim), 026 (invoeren inkomensafhankelijk eigen risico), 027 (invoeren two-tier systeem), 028 (verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico) en 034 (invoeren verschoven eigen risico). Deze beleidsopties kunnen niet gelijktijdig met deze maatregel (021) ingevoerd worden.

[28] Oortwijn, W., Adamini, S., Wilkens, M., Thio, V., De Bekker, P., Boendemaker, A., Canoy, M. (2011). Evaluatie naar het verplicht eigen risico. Ecorys en Berenschot.

022 Huisartsenzorg onder het eigen risico

De aanspraak op huisartsenzorg wordt onder het eigen risico geplaatst. Dit geldt zowel voor algemene huisartsenzorg als huisartsenposten. Het inschrijftarief voor een huisarts wordt niet onder het eigen risico geplaatst.

Achtergrond

Het huidige beleid is er op gericht om zorg zoveel mogelijk dicht bij huis te organiseren. Daarom wordt zorg verschoven van de tweede lijn naar de eerste lijn. Belemmeringen voor deze verschuiving zijn waar mogelijk weggehaald, onder meer door huisartsenzorg uit te sluiten van het eigen risico. Het onder het eigen risico plaatsen van de kosten voor de huisarts kan echter bijdragen aan beheersing van de zorguitgaven, als mensen daardoor minder snel en vaak naar de huisarts gaan.

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

De verwachting is dat mensen minder vaak naar de huisarts gaan, of langer wachten voordat ze gaan. Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn vervolgens neemt ook af. Volgens Van Vliet is de prijselasticiteit van huisartsenzorg ongeveer drie keer zo groot als de gemiddelde prijselasticiteit voor alle zorg onder het eigen risico (-0,4 versus -0,14).[29] Het remeffect is dus relatief groot. Dit effect treedt (bijna) niet op bij verzekerden die vooraf weten dat ze hun eigen risico op maken. Een neveneffect van de maatregel is dat e-health en zelfdiagnostiek door de maatregel wordt gestimuleerd, omdat dit goedkope alternatieven zijn.

Budgettaire effecten

In 2014 bedroegen de uitgaven aan huisartsconsulten circa 600 miljoen euro en de uitgaven aan avond-, nacht- en weekenddiensten van huisartsen ongeveer 300 miljoen euro. Indien deze uitgaven onder het eigen risico worden geplaatst, leidt dat volgens de gebruikte elasticiteiten tot een verhoogd remeffect van 150 miljoen euro. Dit komt zowel door een verlaging van het aantal huisartsenconsulten als minder doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg. De opbrengst van het eigen risico neemt toe met 190 miljoen euro per jaar. De gemiddelde eigen betaling neemt toe met 14 euro per verzekerde per jaar.

De gebruikte elasticiteiten geven het effect weer van een eigen bijdrage op de totale zorguitgaven. Als er door uitstel van zorg later hogere zorguitgaven ontstaan, is dat in de elasticiteit meegenomen.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Huisartsenzorg onder het eigen risico	0	-340	-340	-340	-340
w.v. verandering eigen betalingen	0	-190	-190	-190	-190
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-150	-150	-150	-150

[29] Van Vliet, R.C.J.A. (2004). Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity on administrative data. International Journal of Health Care Finance and Economics 4 (4): 81-94.

In *Keuzes in Kaart 2013-2017* werd voor deze maatregel gerekend met een besparing van 260 miljoen euro. Dat is minder dan de nu berekende 340 miljoen euro, onder andere omdat destijds nog geen rekening werd gehouden met een verhoogd remeffect als gevolg van de afname van verwijzingen naar de tweede lijn.

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met beleidsoptie 033 (invoeren eigen bijdrage voor bezoek aan huisartsenpost). Als de beleidsoptie samen met deze maatregel gekozen wordt, kunnen de opbrengsten niet bij elkaar opgeteld worden.

023 Invoeren procentueel eigen risico

Het verplichte eigen risico wordt vervangen door een procentueel eigen risico. De verzekerde betaalt een percentage van zijn zorgkosten tot een maximumbedrag. Er zijn twee varianten:

a. het maximumbedrag blijft gelijk aan het huidige eigen risico van 405 euro. Er zijn drie percentages: 75%, 50% en 25%.
b. het maximumbedrag wordt hoger, namelijk 440 euro bij 75%, 495 euro bij 50% en 725 euro bij 25%. Bij deze variant blijft de macro-opbrengst van de eigen betalingen gelijk.

Achtergrond

Het verplicht eigen risico staat geraamd op 405 euro in 2017. Boven dit bedrag worden de zorgkosten vanuit de basisverzekering vergoed. Het huidige eigen risico geldt voor alle zorg in het basispakket, behalve voor huisartsenzorg, verloskundige zorg, wijkverpleegkundige zorg en kraamzorg, bevolkingsonderzoeken en de griepprik voor bepaalde risicogroepen. Kinderen tot 18 jaar zijn uitgesloten van het eigen risico.

Het eigen risico heeft als doel de zorgvraag te remmen (het remeffect) en verzekerden hun zorg te laten meefinancieren. Het eigen risico remt verzekerden echter slechts voor een korte duur (en heeft dus een korte remweg) omdat met een of twee dure behandelingen het eigen risico al vol is. Het eigen risico heeft bovendien weinig effect op chronisch patiënten, omdat zij weten dat hun zorgkosten boven het eigen risico uit zullen komen en zij daardoor geen rem op hun zorggebruik zullen ervaren.

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Het remeffect wordt bepaald door de lengte van de remweg en de hoogte van de zorgkosten die voor eigen rekening komen. In variant a neemt de remweg iets toe waardoor meer verzekerden een financiële prikkel ervaren om minder zorg te consumeren. De financiële prikkel zelf neemt af, omdat verzekerden niet 100%, maar een lager percentage (75%, 50% of 25%) van de zorgkosten betalen. Per saldo neemt het remeffect af.[30, 31, 32] In variant b neemt de remweg sterker toe omdat het maximumbedrag wordt verhoogd. Dit heeft tot gevolg dat het remeffect per saldo toeneemt.

---

30 Dit volgt uit het RAND-experiment (Newhouse, 1993) (zie de paragraaf 'How Total Expenditures and other measures vary with different coinsurance and MDE limits). Er is geen Nederlands wetenschappelijk onderzoek bekend naar het verschil in effect tussen een procentueel eigen risico en een 'regulier' eigen risico. Tussen 1997 tot 1999 gold er een procentuele eigen bijdrage in Nederland: de 'Algemene Eigen Bijdrageregeling' (AEB). Linssen (1999) kon geen significant effect op zorggebruik en -kosten door de procentuele bijdrage aantonen. Dit had onder meer mee te maken dat het potentiële effect van de AEB in verhouding tot de kosten in deze sectoren te klein was om op macro-economisch niveau gemeten te kunnen worden.

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

32 Linssen, R.J.L. (1998). Evaluatie macro-economische effecten Algemene Eigen Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in opdracht van NIVEL.

Per euro eigen betaling remt een procentueel eigen risico iets sterker dan een generiek eigen risico. Om een bepaald remeffect te bereiken moet een verzekerde bij een generiek eigen risico meer uit eigen zak betalen dan bij een procentueel eigen risico.

Budgettaire effecten

De berekening van de effecten van de maatregel wordt uitgebreid besproken in bijlage 4 'Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg'. Onderstaande tabel geeft de effecten weer van een procentueel eigen risico (variant a en b, voor verschillende percentages) op het remeffect, opbrengsten eigen betalingen en collectieve zorguitgaven. In variant a neemt het remeffect bij alle percentages af. In variant b neemt het remeffect juist toe.

De gemiddelde eigen betaling neemt in variant a af: verzekerden betalen per saldo minder uit eigen zak voor zorg. Dit geldt met name voor degenen met lage zorgkosten. De gemiddelde eigen betaling in variant b blijft gelijk, maar per verzekerde kan dit oplopen tot maximaal 725 euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Variant a:					
Invoeren procentueel eigen risico van 75% tot 405 euro	0	+210	+210	+210	+210
w.v. verandering eigen betalingen	0	+190	+190	+190	+190
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	+20	+20	+20	+20
Invoeren procentueel eigen risico van 50% tot 405 euro	0	+530	+530	+530	+530
w.v. verandering eigen betalingen	0	+490	+490	+490	+490
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	+40	+40	+40	+40
Invoeren procentueel eigen risico van 25% tot 405 euro*	0	+1100	+1100	+1100	+1100
w.v. verandering eigen betalingen	0	+1000	+1000	+1000	+1000
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	+85	+85	+85	+85
Variant b:					
Invoeren procentueel eigen risico van 75% tot 440 euro	0	-30	-30	-30	-30
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	0	0	0
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-30	-30	-30	-30
Invoeren procentueel eigen risico van 50% tot 495 euro	0	-95	-95	-95	-95
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	0	0	0
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-95	-95	-95	-95
Invoeren procentueel eigen risico van 25% tot 725 euro	0	-510	-510	-510	-510
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	0	0	0
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-510	-510	-510	-510

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met de beleidsopties 021 (verhogen of verlagen van het eigen risico), 024 (invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting), 025 (herintroduceren no-claim), 026 (invoeren inkomensafhankelijk eigen risico), 027 (invoeren two-tier systeem), 028 (verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico) en 034 (invoeren verschoven eigen risico). Ze kunnen niet gelijktijdig ingevoerd worden met het procentueel eigen risico.

024 Invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting

Het huidige eigen risico wordt vervangen door een systeem met een vaste eigen bijdrage per verrichting tot een maximumbedrag. De vaste eigen bijdragen worden zo gekozen dat ze gemiddeld 25% van de feitelijke kosten dekken.[33] Er zijn twee varianten:

a. het maximumbedrag blijft gelijk aan het huidige eigen risico;
b. het maximum wordt verhoogd naar 725 euro, zodat de maatregel budgettair neutraal is.

De huidige uitzonderingen op het eigen risico blijven gehandhaafd bij deze maatregel. Bestaande eigen bijdragen komen te vervallen.

Achtergrond

Het verplicht eigen risico staat geraamd op 405 euro in 2017. Boven dit bedrag worden de zorgkosten vanuit de basisverzekering vergoed. Het huidige eigen risico geldt voor alle zorg in het basispakket, behalve voor huisartsenzorg, verloskundige zorg, wijkverpleegkundige zorg en kraamzorg, bevolkingsonderzoeken en de griepprik voor bepaalde risicogroepen. Kinderen tot 18 jaar zijn uitgesloten van het eigen risico.

Gebruikers van zorg weten vaak pas na een bezoek in de zorg hoeveel eigen risico ze moeten betalen. Bovendien is de remweg tamelijk kort: doordat men 100% van elke behandeling moet betalen, is het maximumbedrag snel bereikt.

Uitvoering

Het afschaffen van het eigen risico en invoeren van een vaste eigen bijdrage per verrichting vergt een wetswijziging. Ook moet een uitputtende lijst van bedragen voor alle relevante zorgproducten worden opgesteld en de administratieve systemen worden aangepast. De invoeringstermijn is twee jaar.

Gedrags- en neveneffecten

De vaste bedragen zijn zo gekozen worden dat ze gemiddeld 25% van de feitelijke kosten dekken. Daarom treden dezelfde effecten op als bij een procentueel eigen risico van 25% (zie beleidsoptie 023). Doordat de gemiddelde eigen betaling slechts 25% van de feitelijke kosten bedraagt in plaats van 100%, wordt de remweg langer. De onzekerheid rondom de eigen betalingen wordt teruggedrongen door grotere transparantie van de eigen betalingen. De verzekerden weten vooraf al precies hoeveel zij moeten bijbetalen bij een bepaalde behandeling. Uit een gedragsexperiment uitgevoerd door de universiteit van Tilburg (zie bijlage 6 ‘Eigen betalingssystemen en de vraag naar zorg: Inzichten van een laboratoriumexperiment’) blijkt dat het remeffect afzwakt doordat een verzekerde vooraf

[33] Men kan daarbij denken aan de volgende bedragen (ter illustratie, niet gebruikt voor berekening opbrengsten):
- 100 euro voor het bezoek aan een polikliniek
- 200 euro per verpleegdag in het ziekenhuis
- 5 euro per receptregel voor geneesmiddelen
- 100 euro per hulpmiddel
- enzovoorts

weet hoeveel hij moet bijdragen.[34] Onzekerheid over de hoogte van de eigen betaling lijkt het gebruik van zorg te remmen. De resultaten van dit labexperiment kunnen nog niet worden gebruikt omdat een dergelijk experiment vaker uitgevoerd moet zijn om robuuste en valide uitkomsten te verkrijgen.

Budgettaire effecten

De berekening van de effecten van de maatregel wordt uitgebreid besproken in bijlage 4 'Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg'. De effecten komen overeen met de effecten van een procentueel eigen risico van 25% zoals beschreven in maatregel 023. In variant a neemt het remeffect af en in variant b juist toe. De gemiddelde eigen betaling neemt in variant a af: verzekerden betalen per saldo minder uit eigen zak voor zorg; dit geldt met name voor degenen met lage zorgkosten. In variant b blijft de gemiddelde eigen betaling gelijk, maar per verzekerde kan dit oplopen tot maximaal 725 euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
a. Invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting van 25% tot 405 euro*	0	0	+1100	+1100	+1100
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	+1000	+1000	+1000
wv. Verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	0	+85	+85	+85
b. Invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting van 25% tot 725 euro	0	0	-510	-510	-510
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	0	0	0
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	0	-510	-510	-510

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Interactie met andere maatregelen

Deze maatregel kan niet gelijktijdig worden ingevoerd met beleidsopties 021 (verhogen of verlagen van het eigen risico), 023 (invoeren procentueel eigen risico), 025 (herintroduceren no-claim), 026 (invoeren inkomensafhankelijk eigen risico), 027 (invoeren two-tier systeem) 034 (invoeren verschoven eigen risico). Daarnaast is er interactie met beleidsopties 028 (verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico), 029 (invoeren eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen), 030 (invoeren eigen risico voor hulpmiddelen in de Zvw), 031 (invoeren eigen bijdrage voor tankheelkundige zorg in de Zvw), 032 (invoeren eigen bijdrage voor verblijf in het ziekenhuis) en 033 (invoeren eigen bijdrage voor bezoek aan huisartsenpost). Wanneer de beleidsopties gelijktijdig worden ingevoerd moet de opbrengst opnieuw berekend worden.

[34] Van Soest, D., Van der Heijden, E., Schaumans, C. (2015). Eigenbetalingssystemen en de vraag naar zorg: Inzichten van een laboratoriumexperiment.

025 Herintroduceren verplichte no-claimkorting

Het huidige eigen risico wordt afgeschat en een no-claimkorting geïntroduceerd (is de facto een no-claim van 405 euro). De nominale premie wordt verhoogd en het vrijwillig eigen risico blijft bestaan.

Achtergrond

Het verplicht eigen risico staat geraamd op 405 euro in 2017. Boven dit bedrag worden de zorgkosten vanuit de basisverzekering vergoed. Het huidige eigen risico geldt voor alle zorg in het basispakket, behalve voor huisartsenzorg, verloskundige zorg, wijkverpleegkundige zorg en kraamzorg, bevolkingsonderzoeken en de griepprik voor bepaalde risicogroepen. Kinderen tot 18 jaar zijn uitgesloten van het eigen risico.

Het eigen risico heeft als doel de zorgvraag te remmen (het remeffect). Het eigen risico remt verzekerden echter slechts voor een korte duur omdat met een of twee dure behandelingen het eigen risico vol is.

Uitvoering

Het herintroduceren van een verplichte no-claimkorting vergt een wetswijziging. Ook moet het systeem van zorgverzekeraars worden aangepast: de premie wordt verhoogd en verzekerden met lage zorgkosten krijgen in jaar t+1 een no-claim terug. Er is twee jaar nodig om de maatregel in te voeren.

Gedrags- en neveneffecten

Het remeffect van een no-claim is waarschijnlijk lager dan van een verplicht eigen risico.[35] Ten eerste werkt een financiële prikkel, zoals een eigen bijdrage, beter indien deze in de tijd samenvalt met het moment dat iemand een bepaalde keuze maakt. Een no-claimkorting voldoet hier niet aan omdat de financiële beloning pas in het eerste kwartaal van het jaar t+1 wordt uitgekeerd. Bij het eigen risico zit de financiële prikkel gemiddeld dichter op het moment van zorgconsumptie en daarom voelt de patiënt dit directer in de portemonnee. Een tweede gedragseconomisch inzicht stelt dat mensen een verlies erger vinden dan winst. Een eigen risico kan ervaren worden als een ‘straf’ terwijl een no-claim meer het karakter van een ‘beloning’ heeft. Ten derde heeft APE aangetoond dat de effecten van een no-claim gering waren; de no-claim heeft een licht remeffect op zorgconsumptie. Vooral jonge en gezonde verzekerden gebruiken minder zorg.[36]

Budgettaire effecten

De patiënt zal minder gedreven worden om zorgconsumptie te verlagen door een no-claimkorting dan door het eigen risico. Er is echter weinig empirisch onderzoek beschikbaar. De gehanteerde veronderstelling is dat het remeffect bij de invoering van een no-claim met 25% afneemt. Bij een eigen risico van 405 euro is het remeffect 625 miljoen euro. De afname van het remeffect door de invoering van de no-claim bedraagt dus 160 miljoen euro. De gemiddelde eigen betaling per verzekerde neemt met 2 euro toe. Per saldo gaat het om een

[35] Schut, E.F. (2004). Bezuinigingen en hervormingen in de zorg. Economische Statische Berichten.
[36] APE (2007). Eindevaluatie van de noclaimteruggaveregeling. Den Haag.

bedrag van 20 miljoen euro. De collectieve zorguitgaven nemen als gevolg van deze maatregel toe met 140 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Herintroduceren verplichte no-claimkorting	0	0	+140	+140	+140
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	-20	-20	-20
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	0	+160	+160	+160

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met de beleidsopties 021 (verhogen of verlagen van het eigen risico), 023 (invoeren procentueel eigen risico), 024 (invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting), 025 (herintroduceren no-claim), 026 (invoeren inkomensafhankelijk eigen risico), 027 (invoeren two-tier systeem), 028 (verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico) en 034 (invoeren verschoven eigen risico). Deze maatregelen kunnen niet samen met de no-claimkorting ingevoerd worden.

026 Invoeren inkomensafhankelijk eigen risico

Er wordt een inkomensafhankelijk eigen risico ingevoerd op basis van drie niveaus die afhankelijk zijn van het individuele inkomen (variant a en b) of het huishoudinkomen (c). In variant b zijn de inkomensgrenzen zo gekozen dat elke inkomensklasse een derde deel van de verzekerden omvat. Het eigen risico bedraagt:

a. 250 euro (tot 20.000 euro), 405 euro (tussen 20.000[37] en 35.000 euro[38]) en 900 euro (vanaf 35.000 euro);
b. 200 euro (tot 14.000 euro), 405 euro (tussen 14.000 en 28.000 euro) en 700 euro (vanaf 28.000 euro);
c. 300 euro (tot 28.000 euro), 600 euro (tussen 28.000 en 51.000 euro) en 1200 euro (vanaf 51.000 euro huishoudinkomen).[39]

Alle varianten zijn budgettair neutraal ten opzichte van het basispad (exclusief transitiekosten en administratieve lasten).

Achtergrond

Het verplicht eigen risico in de Zvw staat geraamd op 405 euro in 2017. Mensen met een laag inkomen ontvangen via de zorgtoeslag (gedeeltelijk) een inkomensafhankelijke compensatie voor het eigen risico. Ze zullen, ondanks de compensatie via de zorgtoeslag, zich eerder geremd voelen om zorg te consumeren dan degenen met hoge inkomens; die worden nu relatief weinig geremd. Deze maatregel stond samen met een inkomensafhankelijke premie in het Regeerakkoord Rutte II. De inkomensafhankelijke premie is nagenoeg gelijk ingetrokken. Het inkomensafhankelijk eigen risico is later, vanwege bezwaren rondom de privacy en de naar verhouding hoge uitvoeringskosten, ook niet uitgevoerd.

Uitvoering

De uitvoering van de maatregel is complex. Zorgverzekeraars moeten inkomens- en vermogensgegevens van de Belastingdienst ontvangen en zorggegevens van de zorgaanbieders. Afhankelijk van welk toetsingsinkomen wordt gekozen[40], zijn mogelijk veel correcties achteraf nodig. Het overdragen van inkomens- en vermogensgegevens aan de zorgverzekeraars kan in strijd zijn met de bescherming van de privacy. Een uitvoering die minder belastend is voor de privacy kan via een derde partij (het CAK). Deze partij meldt de zorgverzekeraar tot welke van de drie inkomenscategorieën een verzekerde voor de toepassing van het eigen risico moet worden gerekend. De maatregel kan met uitvoering door CAK binnen twee jaar worden ingevoerd.

---

37 Dit is het wettelijk minimumloon.
38 Dit is het modaal inkomen.
39 Het eigen risico is in deze variant hoger dan in variant b, omdat het aantal huishoudens kleiner is dan het aantal individuele verzekerden. Er zijn per huishouden ongeveer 1,8 verzekerden. Dit is gebaseerd op het aantal volwassenen per adres. Het aantal volwassenen per huishouden ligt iets lager dan 1.8, maar deze precieze cijfers zijn niet bekend.
40 Actueel dan wel vastgesteld inkomen (t-2), in dat geval is echter waarschijnlijk een vangnet noodzakelijk dat ook de uitvoering belast.

Gedrags- en neveneffecten

De zorgconsumptie van lage inkomensgroepen zal door het lagere eigen risico toenemen. Mensen met een midden of hoog inkomen zullen door het hogere eigen risico een kritischer afweging maken en juist minder zorg consumeren. Er is verondersteld dat zij minder prijsgevoelig zijn dan mensen met een laag inkomen (ze hebben een lage prijselasticiteit).[41, 42, 43, 44] Naar verwachting zal iemand met een hoog inkomen dus minder sterk reageren op een verhoging van zijn eigen risico dan iemand met een laag inkomen op een verlaging van zijn eigen risico. Hierdoor zwakt het remeffect van het eigen risico af. Echter er zijn méér mensen met een midden tot hoog inkomen dan mensen met een laag inkomen. Daarom neemt het remeffect weer toe. Bij de kwantificering van de varianten is verondersteld dat het remeffect gemiddeld genomen niet verandert.

Verondersteld is dat de uitvoeringskosten van het inkomensafhankelijk eigen risico toenemen met circa 30 miljoen euro bij de Belastingdienst en het CAK en 10 miljoen euro bij de zorgverzekeraars. De uitvoeringskosten van de zorgverzekeraars vallen echter buiten het budgettair kader zorg (BKZ). Er is voor twee jaar 60 miljoen euro extra uitvoeringskosten gerekend om het inkomensafhankelijk eigen risico in te voeren en het systeem aan te passen. Daarnaast zijn definitieve inkomensgegevens met vertraging van enkele jaren beschikbaar. Bij mensen met een (sterk) wisselend inkomen vergroot dit de kans op een te hoog of te laag eigen risico. Mogelijk kiezen minder mensen voor een vrijwillig eigen risico.

Budgettaire effecten

De effecten van de drie varianten worden in de tabel hieronder weergegeven.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Invoeren inkomensafhankelijk eigen risico	0	0	+60	+60	+30
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	0	0	0
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	0	0	0	0
w.v. verandering uitvoeringskosten	0	0	+60	+60	+30

[41] Onderzoek geeft geen eenduidig beeld over het effect van eigen betalingen op mensen met hoge en mensen met lage inkomens. Het RAND-experiment (Newhouse, 1993) vindt een hogere elasticiteit bij lage inkomens voor ambulante zorg en een lagere elasticiteit voor ziekenhuiszorg vergeleken met hoge inkomens. Gemiddeld is er geen verschil tussen beide groepen. Volgens Lohr et al. (1986) en Kim et al. (2005) hebben mensen met een laag inkomen een hogere elasticiteit dan mensen met een hoog inkomen, maar de grootte van het verschil is niet bekend.

[42] Newhouse, J.P. (1993). Free for All? Lessons from the RAND Health insurance experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press.

[43] Lohr, K.N., et al. (1986). Use of medical care in the RAND health insurance experiment. Med. Care 24(9 Suppl), S1–S87 (1986)

[44] Kim,J. et al. (2005). The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. Health Policy 72: 293–300

De gemiddelde eigen betaling per verzekerde bij een eigen risico van 405 euro is 258 euro. Per huishouden is dit 258 euro * 1.8 = 464 euro. Gemiddeld nemen de eigen betaling voor de lage inkomens af en voor hogere inkomens toe. Onderstaande tabel geeft de verandering in de gemiddelde eigen betaling per verzekerde weer voor de verschillende varianten.

Variant	Verandering in gemiddelde eigen betaling per verzekerde in euro
Variant a:	-78
Laag	-3
Midden	172
Hoog	
Variant b:	-106
Laag	-3
Midden	103
Hoog	
Variant c:	-218
Laag	-9
Midden	370
Hoog	-78

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met de beleidsopties 021 (verhogen of verlagen van het eigen risico), 023 (invoeren procentueel eigen risico), 024 (invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting), 025 (herintroduceren no-claim), 027 (invoeren two-tier systeem) en 034 (invoeren verschoven eigen risico). Ze kunnen niet gelijktijdig gekozen worden met het inkomensafhankelijk eigen risico.

027 Invoeren two-tier systeem (het Zwitserse systeem)

Het eigen risico wordt (procentueel) gerelateerd aan de hoogte van de zorguitgaven van een verzekerde. Er gelden drie ‘stappen’:

1. Verzekerden betalen de eerste zorgkosten tot grens X volledig uit eigen zak (100%).
2. Daarna betalen ze tot grens Y 25% van de gemaakte zorgkosten.
3. Boven grens Y worden vervolgens de zorgkosten volledig vergoed (0%).

Er zijn twee varianten met verschillende grenzen van X en Y:

a. Grens X is 320 euro en grens Y is 640 euro: de verzekerde betaalt de zorg tot 320 euro uit eigen zak, daarna betaalt hij 25% mee voor de zorgkosten tussen 320 euro en 640 euro. Zorgkosten hoger dan 640 euro worden volledig vergoed. Het maximumbedrag is 320 euro + 25% * 320 euro = 400 euro, nagenoeg gelijk aan het geraamde eigen risico in 2017.
b. Grens X is 300 euro en grens Y is 800 euro. De macro-opbrengst van de eigen betalingen blijft hierbij gelijk; de maatregel is budgettair neutraal. Het maximumbedrag is 300 euro + 25% * 500 euro = 425 euro.

Achtergrond

Het verplicht eigen risico staat geraamd op 405 euro in 2017. Boven dit bedrag worden de zorgkosten vanuit de basisverzekering vergoed. Het huidige eigen risico geldt voor alle zorg in het basispakket, behalve voor huisartsenzorg, verloskundige zorg, wijkverpleegkundige zorg en kraamzorg, bevolkingsonderzoeken en de griepprik voor bepaalde risicogroepen. Kinderen tot 18 jaar zijn uitgesloten van het eigen risico.

Het huidige systeem houdt geen rekening met de waarde van het verzekeren van verschillende typen en kosten van zorg. Verzekerden betalen de eerste 405 euro (stand 2017) van hun zorgkosten volledig zelf. Daarna worden hun zorgkosten volledig vergoed. Bij lage zorgkosten heeft een verzekering echter weinig waarde: de risico’s zijn klein. De waarde van een verzekering is het grootst voor dure zorg die iemand niet zo maar kan betalen. Bij zorgkosten boven de eerste grens heeft een verzekering enige waarde, omdat mensen de kosten misschien niet zomaar kunnen dragen. Bij hoge zorgkosten (stap drie) zijn de kosten zo hoog dat de zorgverzekering veel waarde heeft.

Het huidige eigen risico remt verzekerden echter slechts voor een korte duur (en heeft dus een korte remweg) omdat met een of twee dure behandelingen het eigen risico al vol is. Invoering van een two-tier systeem vergroot de remweg. Verzekerden worden hierdoor gestimuleerd minder onnodige zorg te consumeren.
In variant a gaan verzekerden over 640 euro zorgkosten een eigen risico betalen. De remweg neemt dus met ruim de helft toe ten opzichte van het eigen risico in 2017. In variant b is sprake van een verdubbeling van de remweg.

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Het remeffect wordt bepaald door de lengte van de remweg en de hoogte van de zorgkosten die voor eigen rekening komen. Door deze maatregel neemt de remweg iets toe waardoor meer verzekerden een financiële prikkel ervaren om minder zorg te consumeren. Per saldo blijft het remeffect gelijk in variant a en neemt het remeffect in variant b toe.[45]

De gemiddelde eigen betaling neemt echter wel af in variant a. In variant b zijn grenzen X en Y zo gekozen dat de gemiddelde eigen betaling gelijk blijft. Het maximale bedrag dat een verzekerde uit eigen zak betaalt kan oplopen tot maximaal 425 euro.

Budgettaire effecten

De effecten van de maatregel zijn op dezelfde wijze berekend als beleidsoptie 023 (zie ook bijlage 4 'Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg '). Bovendien is verondersteld dat het remeffect van een two-tiersysteem gelijk is aan het remeffect van een eigen risico zolang het maximumbedrag gelijk is.[17] In variant a blijft het remeffect gelijk, maar de macro-opbrengst van eigen betaling neemt af met 80 miljoen euro. De gemiddelde eigen betaling per verzekerde neemt af met zes euro. Bij variant b neemt het remeffect toe met 55 miljoen euro. De gemiddelde eigen betaling blijft gelijk. De uitvoeringskosten blijven naar verwachting gelijk.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
a. Invoeren two-tiersysteem waarbij grens X is 320 euro en grens Y is 640 euro	0	0	+80	+80	+80
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	+80	+80	+80
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	0	0	0	0
b. Invoeren two-tiersysteem waarbij grens X is 300 euro en grens Y is 800 euro	0	0	-55	-55	-55
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	0	0	0
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	0	-55	-55	-55

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met de beleidsopties 021 (verhogen of verlagen van het eigen risico), 023 (invoeren procentueel eigen risico), 024 (invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting), 025 (herintroduceren no-claim), 027 (invoeren two-tier systeem) en 034 (invoeren verschoven eigen risico). Ze kunnen niet gelijktijdig gekozen worden met het inkomensafhankelijk eigen risico.

[45] Newhouse, J.P. (1993). Free for All? Lessons from the RAND Health insurance experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press.

028 Verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico

Het maximale vrijwillige eigen risico wordt opgehoogd. Er zijn twee varianten:

a. het maximale vrijwillige eigen risico wordt verhoogd naar 1000 euro.
b. het maximale vrijwillige eigen risico wordt verhoogd naar 2500 euro.

Een verzekerde die hiervoor kiest, krijgt een premieverlaging.

Achtergrond

Het verplicht eigen risico staat geraamd op 405 euro in 2017. Boven dit bedrag worden de zorgkosten vanuit de basisverzekering vergoed. Het huidige eigen risico geldt voor alle zorg in het basispakket, behalve voor huisartsenzorg, verloskundige zorg, wijkverpleegkundige zorg en kraamzorg, bevolkingsonderzoeken en de griepprik voor bepaalde risicogroepen. Kinderen tot 18 jaar zijn uitgesloten van het eigen risico.

Het verplicht eigen risico mag vrijwillig worden opgehoogd met 100, 200, 300, 400 of 500 euro. De verzekerde krijgt dan een korting op de nominale premie. Een laag eigen risico remt verzekerden bovendien weinig: met een of twee dure behandelingen is het eigen risico vol gemaakt. Door een vrijwillig eigen risico aan te bieden, kunnen verzekerden sterker geremd worden. Ook kan beter worden ingespeeld op voorkeuren van verzekerden, die vinden dat het eigen risico te laag is.

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

De groep verzekerden die kiest voor het vrijwillig eigen risico is klein. Volgens Van Winssen zou het huidige vrijwillig eigen risico profijtelijk zijn geweest voor 46% van alle verzekerden.[46] Echter, slechts 8 procent kiest voor een vrijwillig eigen risico. De verzekerden die op dit moment al een vrijwillig eigen risico kiezen, ervaren door de maatregel geen extra prikkel om zorg te remmen aangezien zij al een lage zorgconsumptie hebben. De extra verzekerden die het nieuwe maximum vrijwillig eigen risico kiezen, ervaren deze prikkel wél. Zij hebben er baat bij om hun zorgkosten laag te houden.

Het vrijwillig eigen risico is voor zorgverzekeraars een instrument om verzekerden met goede risico's te werven. 'Dit is voor zorgverzekeraars profijtelijk, omdat binnen dezelfde premiegroep de zorgkosten van verzekerden met goede risico's lager zijn dan van de verzekerden met minder goede risico's. De zorgverzekeraar ontvangt zo een hoger bedrag uit de risicoverevening dan hij kwijt is aan kosten aan de verzekerde met het goede risico.[47] De maatregel geeft zorgverzekeraars meer mogelijkheden om verzekerden met goede

[46] Van Winssen et al. (2014). Vrijwillig eigen risico profijtelijker dan gedacht. Economisch Statistische Berichten 99 (4696).
[47] Kleef, R.C. van, Ven, W.P.M.M. van de, Vliet, R.C.J.A. van (2006). Premiekorting bij een eigen risico: solidariteit versus doelmatigheid. ESB, 91 (4487), 253–255.

risico's te trekken (risicoselectie), omdat zij voor het hogere vrijwillig eigen risico een hogere premiekorting kunnen geven.

De relatief gezonde verzekerdenpopulatie zal vaker kiezen voor een hoger vrijwillig eigen risico met bijbehorende premiekorting. Zorgverzekeraars bieden deze verzekerden polissen aan met lage premies. De gemiddelde premie van verzekerden zonder vrijwillig eigen risico zal toenemen om de premiekorting te compenseren. De solidariteit in de zorg verschuift derhalve ten gunste van de relatief gezonde verzekerdenpopulatie.

Een probleem kan optreden wanneer (lage) inkomens kiezen voor een hoog vrijwillig eigen risico om te besparen op hun nominale premie. Wanneer 'onverwacht' toch hoge zorgkosten optreden kunnen ze noodzakelijke zorg gaan mijden.

Budgettaire effecten

De premiekorting zal bij een verdere verhoging van het vrijwillig eigen risico niet in dezelfde mate stijgen. Gerekend is met een gemiddelde premiekorting van 375 euro bij een vrijwillig eigen risico van 1000 euro en een korting van 650 euro bij 2500 euro.

Vrijwillig eigen risico (in euro)	Gemiddelde jaarlijkse premiekorting voor de jaren 2010-2014 (in euro)
100	45
200	87
300	129
400	172
500	225
1000	375 (schatting)
2500	650 (schatting

De volgende veronderstellingen worden gehanteerd:

- Het percentage verzekerden dat kiest voor een maximaal vrijwillig eigen risico neemt toe van 7,2 naar 8.
- Van de verzekerden die al een vrijwillig eigen risico hadden, kiest de helft een vrijwillig eigen risico van 500 euro. De rest kiest het nieuwe maximale vrijwillige eigen risico.
- Verzekerden die al een vrijwillig eigen risico hadden krijgen een extra premiekorting. Deze premiekorting moet volledig worden gecompenseerd door een premieverhoging voor de overige verzekerden die niet een vrijwillig eigen risico kiezen.
- Voor verzekerden die door de maatregel wél een vrijwillig eigen risico kiezen, neemt de gemiddelde eigen betaling toe (in combinatie met een premieverlaging). Verondersteld is dat de eigen betaling twee derde van de extra premiekorting bedraagt. Daarnaast zullen zij minder zorg consumeren (remeffect). Hier is een klein extra remgeldeffect verondersteld ten hoogte van 25% van het niveau van de gemiddelde eigen betaling.
- Er zijn geen extra uitvoeringskosten voorzien.

Op basis van deze veronderstellingen nemen eigen betalingen van de nieuwe verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico bij variant a toe met 10 miljoen euro. Het remeffect bedraagt 5 miljoen euro.

Bij een vrijwillig eigen risico van 2500 euro (variant b) nemen de eigen betalingen toe met 30 miljoen euro. Het remgeldeffect is 10 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
a. Verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico naar 1000 euro	0	-5	-5	-5	-5
b. Verruimen mogelijkheden vrijwillig eigen risico naar 2500 euro	0	-10	-10	-10	-10

In variant a maken de zorgverzekeraars een verlies op het verhoogde vrijwillige eigen risico van 80 miljoen euro. In variant b is dat 220 miljoen euro. De premie zal in variant a gemiddeld met 6 euro per verzekerde per jaar toenemen. In variant b zal de premie gemiddeld met 16 euro per verzekerde per jaar toenemen.

029 Invoeren eigen bijdrage extramurale geneesmiddelen

Er zijn twee varianten:

a. De invoering van een eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen van maximaal 3, 4 of 5 euro per receptregel met een maximum van 200 euro per jaar. Als een patiënt geneesmiddelen gebruikt met een lagere prijs dan de eigen bijdrage, dan betaalt de patiënt slechts de (lagere) prijs van de geneesmiddelen.
b. De invoering van een eigen bijdrage van 25% per receptregel voor medicijnen tot een maximale eigen bijdrage per jaar van 200 euro.

Beide varianten gelden niet voor verzekerden onder de 18 jaar. Over extramurale geneesmiddelen wordt geen eigen risico meer geheven.

Achtergrond

Farmaceutische zorg valt momenteel onder het eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Alle geneesmiddelen zijn binnen het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS) geclusterd. Per cluster wordt een vergoedingslimiet vastgesteld. Alles boven de limiet is voor eigen rekening van de patiënt. Verder betalen verzekerden voor de 'terhandstelling' van geneesmiddelen in de apotheek. De maatregel gaat ervan uit dat deze systematiek blijft bestaan.

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

De maatregel draagt bij aan kostenbewustzijn van zorg en stimuleert daarmee doelmatig gebruik van geneesmiddelen en vermindering van verspilling. Verzekerden zullen minder geneesmiddelen gaan gebruiken, vooral verzekerden met een hoog medicijngebruik. Van Vliet heeft een prijselasticiteit berekend van -0.08.[48] Dat is vergeleken met andere typen zorg relatief weinig elastisch. Echter, toen de invoering 'medicijnknaak' in 1983 werd ingevoerd, daalde het aantal voorgeschreven recepten met een vijfde.[49] Maar per recept nam het aantal voorgeschreven geneesmiddelen toe, waardoor 60% van het remeffect weglekte. Verder neemt het aandeel preferente geneesmiddelen mogelijk toe, omdat ze goedkoper zijn. Dit leidt tot minder belasting van het eigen risico en een lagere eigen betaling uit eigen zak per verzekerde.

Budgettaire effecten

Vanwege de huidige prescriptievoorschriften zal de weglek zoals die bij de medicijnknaak te zien was, kleiner zijn en wordt een weglek van een derde verondersteld. Het overgebleven remeffect van de maatregel is dan 14%.

---

[48] 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 4 (4): 81-94.

[49] Andel. P.O. van, (1988). Evaluatie van formularium en eigen bijdrage wetgeving in Nederland, West-Duitsland en Engeland, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Verder neemt de opbrengst van het eigen risico met 340 miljoen euro af omdat door de maatregel geen eigen risico meer geldt voor de medicijnen. Echter, omdat de eigen bijdrage moet worden betaald, nemen de eigen betalingen weer toe. Vooral chronisch zieken en/of ouderen met een hoog medicijngebruik zullen het maximumbedrag van 200 euro gaan betalen. De gemiddelde eigen betaling per verzekerde blijft in variant a gelijk bij een eigen bijdrage van 3 euro per receptregel. Bij de eigen bijdrage van 4 respectievelijk 5 euro per receptregel neemt de eigen betaling gemiddeld toe met 3 euro en 8 euro. Bij variant b is dit ook 8 euro per verzekerde. De uitvoeringskosten bedragen 5 miljoen euro voor zorgverzekeraars, maar deze komen niet ten laste van het budgettair kader zorg (BKZ).

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Variant a:					
Invoeren eigen bijdrage extramurale geneesmiddelen van 3 euro per receptregel	0	-45	-45	-45	-45
w.v. verandering eigen betalingen	0	-340	-340	-340	-340
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-45	-45	-45	-45
w.v. verval opbrengst eigen risico	0	+340	+340	+340	+340
Invoeren eigen bijdrage extramurale geneesmiddelen van 4 euro per receptregel*	0	-130	-130	-130	-130
w.v. verandering eigen betalingen	0	-400	-400	-400	-400
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-65	-65	-65	-65
w.v. verval opbrengst eigen risico	0	+340	+340	+340	+340
Invoeren eigen bijdrage extramurale geneesmiddelen van 5 euro per receptregel*	0	-190	-190	-190	-190
w.v. verandering eigen betalingen	0	-450	-450	-450	-450
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-75	-75	-75	-75
w.v. verval opbrengst eigen risico	0	+340	+340	+340	+340
Variant b:					
Invoeren eigen bijdrage extramurale geneesmiddelen van 25% euro per receptregel	0	-160	-160	-160	-160
w.v. verandering eigen betalingen	0	-440	-440	-440	-440
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-60	-60	-60	-60
w.v. verval opbrengst eigen risico	0	+340	+340	+340	+340

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met de beleidsopties 065 (aanpassen Wet Geneesmiddelenprijzen) en 066 (herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem). De opbrengsten van deze beleidsopties kunnen niet bij elkaar worden opgeteld.

030 Invoeren eigen risico voor hulpmiddelen in Zorgverzekeringswet

Er wordt een eigen risico voor hulpmiddelen ingevoerd: alle extramurale hulpmiddelen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden uit eigen zak betaald tot een jaarlijks maximum van 200 euro per persoon. Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt naar type hulpmiddel. Het reguliere eigen risico geldt niet meer voor hulpmiddelen. Ook de huidige eigen betalingen voor specifieke hulpmiddelen komen te vervallen. De maatregel geldt niet voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Achtergrond

Hulpmiddelen vallen onder het regulier eigen risico. Daarnaast gelden nog enkele specifieke eigen betalingen of maximale vergoedingen.[50] In 2013 hebben circa 2,1 miljoen burgers één of meerdere extramurale hulpmiddel(en) in de Zvw ontvangen. De uitgaven voor hulpmiddelen bedragen circa 1,5 miljard euro.

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Burgers zullen minder hulpmiddelen gaan gebruiken als gevolg van het nieuwe eigen risico. Volgens Van Vliet is de prijselasticiteit voor gebruik van hulpmiddelen gemiddeld even groot in vergelijking met andere typen zorg: -0,2.[51] De maatregel behelst echter ook het afschaffen van enkele eigen bijdragen voor specifieke hulpmiddelen. Zulke eigen bijdragen zijn gericht op specifieke zorg (zoals hoortoestellen) en hebben een sterker remeffect dan een generiek eigen risico dat voor alle hulpmiddelen geldt. Het afschaffen van de eigen bijdrage voor specifieke hulpmiddelen zwakt het remeffect van deze maatregel dus af. In 2013 werd het vaste vergoedingsbedrag voor hoortoestellen vervangen door de eigen bijdrage van 25%. Daardoor daalde de prijs van hoortoestellen gemiddeld met ongeveer een derde. Mensen met een hoortoestel betalen nu gemiddeld 200 euro uit eigen zak per hoortoestel. In de nieuwe maatregel blijft deze eigen betaling dus gelijk, tenzij ze ook andere hulpmiddelen of een tweede hoortoestel aanschaffen. Deze zullen dan ‘gratis’ zijn waardoor het remeffect verder afzwakt.

Het is mogelijk dat sommige patiënten afzien van het gebruik van hulpmiddelen, waardoor hun gezondheid kan afnemen. Daarnaast kan sprake zijn van strategisch gedrag waarbij men het gebruik van hulpmiddelen opspaart tot een en hetzelfde jaar. Dit laatste zou het remeffect van de maatregel kunnen afzwakken. Dit effect is waarschijnlijk beperkt omdat zorgverzekeraars maar maximale hoeveelheden hulpmiddelen verstrekken in een bepaalde periode. De maatregel stimuleert patiënten ook om goedkope alternatieven te kiezen.

---

[50] Er geldt bijvoorbeeld sinds 2014 een eigen bijdrage van 25% bij de aanschaf van een hoortoestel, voor aangepaste schoenen geldt een vaste eigen bijdrage van 125 euro en er geldt voor pruiken een maximale vergoeding van 375 euro.

[51] 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 4 (4): 81-94.

Budgettaire effecten

Bij de berekening is uitgegaan van 1,9 miljoen (unieke) gebruikers van hulpmiddelen ouder dan 18 jaar op basis van gegevens van de GIP-databank.[52] De meeste gebruikers (verondersteld wordt drie kwart) zijn chronisch zieken die zowel hun verplicht eigen risico volmaken als het eigen risico voor hulpmiddelen.

De macro-opbrengst van de maatregel bedraagt 290 miljoen euro. Daarnaast is er een remeffect van 25%. Omdat enkele eigen bijdragen voor specifieke hulpmiddelen komen te vervallen is de opbrengst 60 miljoen euro lager en zwakt bovendien het remeffect af tot 55 miljoen euro. De opbrengst van de maatregel komt daarmee uit op circa 280 miljoen euro. Gebruikers van hulpmiddelen zullen gemiddeld 155 euro per jaar extra uit eigen zak betalen als gevolg van de maatregel. Chronisch zieken maken doorgaans zowel het generieke eigen risico als het eigen risico voor hulpmiddelen vol en zullen daarmee maximaal 200 euro per jaar extra uit eigen zak betalen.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Invoeren eigen risico voor hulpmiddelen in Zorgverzekeringswet*	0	-290	-290	-290	-290
w.v. verandering eigen betalingen	0	-290	-290	-290	-290
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-55	-55	-55	-55
w.v. verval opbrengst eigen risico	0	+60	+60	+60	+60

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met beleidsoptie 015 (beperken pakket voor ouderdomsgerelateerde zorg). De opbrengsten van deze beleidsopties kunnen niet bij elkaar worden opgeteld.

[52] Ongeveer 200.000 verzekerden die hulpmiddelen gebruiken zijn jonger dan 18 jaar.

031 Invoeren eigen bijdrage voor tandheelkundige zorg in Zorgverzekeringswet

Er wordt een eigen bijdrage voor tandheelkundige zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd ter hoogte van 15% van de kosten. Verzekerden onder de 18 jaar zijn hiervan uitgezonderd. De eigen bijdrage van 25% voor gebitsprothesen blijft bestaan. Er wordt geen eigen risico meer geheven over tandheelkundige zorg in de Zvw.

Achtergrond

Bijzondere tandheelkundige zorg, kaakchirurgie, volledige prothesen (uitneembare kunstgebitten) en tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar behoren tot het verzekerde pakket. Voor deze zorg geldt het eigen risico (behalve voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Voor volledige prothesen geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. Alle overige tandheelkundige zorg is particulier. Ongeveer twee derde van de Nederlandse bevolking heeft hiervoor een aanvullende verzekering.

Het beleid richt zich op het stimuleren van verzekerden om tandheelkundige zorg in de eerstelijnszorg te consumeren in plaats van de tweedelijnszorg. Ongecompliceerde extracties zijn recent uit het pakket gehaald, omdat patiënten regelmatig voor het trekken van verstandskiezen naar de kaakchirurg werden verwezen omdat het daar ‘gratis’ was. In 2015 zijn de tarieven van tandartsen verlaagd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Uitvoering

De maatregel kan binnen jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Bij zowel kaakchirurgische zorg als bijzondere tandheelkundige zorg treft de maatregel verzekerden met ernstige aandoeningen voor wie zorg noodzakelijk is. De prijsgevoeligheid van verzekerden voor dit type zorg is dus laag. Daarom wordt geen noemenswaardig remeffect verondersteld.

Omdat er geen maximum aan de eigen bijdrage wordt gesteld, kunnen sommige verzekerden plotseling met hoge kosten te maken krijgen. Voor patiënten die (meerdere) kaakchirurgische ingrepen ondergaan kan de gemiddelde eigen betaling sterk oplopen. Als zorgverzekeraars vergoedingen vanuit de aanvullende verzekering aanbieden, kunnen hoge uitschieters aan eigen betalingen beperkt blijven.

Budgettaire effecten

De uitgaven aan bijzondere tandheelkunde en kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder waren 310 miljoen euro in 2014 op basis van gegevens van CBS Statline en de Zorgcijfersdatabank. Doordat het eigen risico niet meer geldt voor tandheelkundige zorg neemt de opbrengst van het eigen risico af met 15 miljoen euro. Een eigen bijdrage van 15% kent een macro-opbrengst van 45 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Invoeren eigen bijdrage voor tandheelkundige zorg in Zorgverzekeringswet	0	-30	-30	-30	-30
w.v. verandering eigen betalingen	0	-45	-45	-45	-45
w.v. verval opbrengst eigen risico	0	+15	+15	+15	+15

032 Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in ziekenhuis

Een eigen bijdrage van 10 euro per ligdag wordt ingevoerd bij verblijf in het ziekenhuis, met een maximum van 100 euro per patiënt per jaar. De maatregel geldt niet voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Achtergrond

Afgezien van het eigen risico gelden er momenteel geen eigen betalingen voor verblijf in het ziekenhuis. Bij verblijf in het ziekenhuis zijn er naast medische kosten ook andere kosten, zoals voor voeding, een kamer en verzorging ('hotelkosten'). Deze kosten zouden in de thuissituatie ook voor eigen rekening komen.

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Het aantal ligdagen zou mogelijk iets kunnen afnemen (het remeffect) vanwege de eigen bijdrage. Schattingen wijzen uit dat de prijselasticiteit van verblijf in het ziekenhuis laag is.[53] Ziekenhuispatiënten met een laag inkomen en hoog zorggebruik zullen relatief sterk geraakt worden door deze maatregel.

Budgettaire effecten

Uitgaande van 10 miljoen verpleegdagen is de opbrengst van de maatregel 100 miljoen euro. Ongeveer 16% van de verzekerden is echter jonger dan 18 jaar. We rekenen daarom met 8,4 miljoen verpleegdagen * 10 euro = 84 miljoen euro. Vanwege het maximum van 100 euro per verzekerde per jaar zal de opbrengst iets lager uitvallen. Volgens CBS Statline heeft ongeveer 15% van de opnames een verblijfsduur van meer dan 8 dagen. Op grond daarvan is aannemelijk dat het aantal verzekerden met meer dan tien verpleegdagen klein is. De opbrengst aan eigen bijdragen daalt daardoor tot circa 75 miljoen euro. Het remeffect wordt als verwaarloosbaar ingeschat. Doordat het eigen risico niet meer geldt voor hotelmatige kosten in het ziekenhuis neemt de opbrengst van het eigen risico af met 5 miljoen euro. De gemiddelde eigen betaling per verzekerde neemt toe met ongeveer 5 euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in ziekenhuis	0	-70	-70	-70	-70
w.v. verandering eigen betalingen	0	-75	-75	-75	-75
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	0	0	0	0
w.v. verval opbrengst eigen risico	0	+5	+5	+5	+5

[53] 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 4 (4): 81-94.

033 Invoeren eigen bijdrage voor bezoek huisartsenpost

Invoering van een eigen bijdrage per bezoek aan de huisartsenpost (HAP). Er zijn twee varianten:

a een eigen bijdrage van 25% van de kosten per bezoek aan de huisartsenpost;
b. alleen zelfverwijzers betalen een eigen bijdrage van 25% van de kosten per bezoek aan de huisartsenpost.

Beide varianten gelden niet voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Achtergrond

Het huidige stelsel is er op gericht zorg zo dicht mogelijk bij de burger te verlenen met de huisarts als poortwachter. Om de toegankelijkheid te waarborgen valt huisartsenzorg daarom nu niet onder het eigen risico en gelden er geen eigen bijdragen. Verder is het huidige beleid gericht op het bevorderen van substitutie van acute zorg van de SEH naar HAP om het gebruik van dure medisch-specialistische zorg te vermijden.
Een bezoek aan de HAP is duurder dan een bezoek aan de eigen huisarts. Sommige mensen gaan om praktische redenen in de avond-, nacht en weekenduren zonder verwijzing naar de huisartsenpost voor niet-acute zorg in plaats van naar de huisarts overdag. Om de urgentie van de zorgvraag te bepalen vindt voorafgaand aan het bezoek aan de HAP een telefonische triage plaats. Er zijn echter altijd zelfverwijzers. De maatregel beoogt kostenbewustzijn te creëren bij bezoekers van een HAP en onnodig bezoek van zelfverwijzers aan de huisartsenpost te voorkomen en te stimuleren dat zij hun eigen huisarts overdag consulteren. Onderzoek uit 2010 laat zien dat vooral ouders met jonge kinderen, chronisch zieken of mensen met een belaste voorgeschiedenis relatief vaak gebruik maken van de HAP.[54]

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

De verwachting is dat mensen met een niet-acute zorgvraag minder gebruik maken van de HAP om in plaats daarvan overdag naar de eigen huisarts te gaan. Men zou kunnen uitwijken naar andere zorgaanbieders zoals ziekenhuizen en ambulancediensten, die duurder zijn, maar wel onder het eigen risico vallen. Zelfverwijzers die om praktische redenen de HAP bezoeken zouden de eigen bijdrage kunnen zien als een afkoopsom en daardoor weinig geremd worden. Er kunnen gezondheidsrisico's ontstaan indien men bij een terechte acute zorgvraag de HAP gaat mijden vanwege de eigen bijdrage. Dit effect is waarschijnlijk beperkt, uitgaande van een goed systeem van doorverwijzing en triage en omdat mensen waarschijnlijk bereid zijn de (relatief lage) bijdrage te betalen als het om urgente zorg gaat.

[54] Giesen, P.H.J., Stam, D., Wensing, M. (2010). Je wilt de zekerheid dat het goed zit. Frequente bezoekers huisartsenpost vertellen over hun motieven. Medisch Contact, 65 (37):1863-1865.

Budgettaire effecten

Gegevens uit Benchmarkbulletin 2013	2013
Aantal huisartsenposten	121
Kosten huisartsenposten (in miljoenen euro)	284
Aantal verrichtingen in huisartsenposten (in miljoenen, per jaar)	4
waarvan telefonische consulten	1,5
waarvan consulten	2
waarvan visites	0,5
Gemiddelde prijs per consult (in euro, voor 2014)[55]	100

Ongeveer 30% van de bezoekers aan de huisartsenpost is jonger dan 18 jaar. Er is gerekend met circa 1,6 miljoen bezoeken en consulten van gebruikers van 18 jaar en ouder. Variant a geeft een maximale opbrengst van 40 miljoen euro. Verondersteld wordt dat een kwart van de bezoekers in plaats van de HAP naar de (goedkopere) huisarts overdag gaan en naar de (duurdere) spoedeisende hulp (SEH) gaan. De opbrengsten van de eigen bijdrage nemen hierdoor af tot 30 miljoen euro (1,2 miljoen consulten). Voorts wordt een remeffect van 5 miljoen verondersteld.[56, 57]

Op basis van het Benchmarkbulletin wordt verondersteld dat er bij 10% van de consulten sprake is van zelfverwijzing. De opbrengst van de maatregel neemt af tot 3 miljoen euro in variant b. Voor zelfverwijzers wordt geen substitutie of remeffect verondersteld.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
a. Invoeren eigen bijdrage voor bezoek huisartsenpost van 25%	0	-35	-35	-35	-35
w.v. verandering eigen betalingen	0	-30	-30	-30	-30
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-5	-5	-5	-5
b. Invoeren eigen bijdrage voor bezoek huisartsenpost voor alleen zelfverwijzers	0	-3	-3	-3	-3
w.v. verandering eigen betalingen	0	-3	-3	-3	-3
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	0	0	0	0

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met maatregel 022 (huisartsenzorg onder het eigen risico). De gezamenlijke opbrengst van de maatregelen neemt af wanneer beide maatregelen gelijktijdig worden ingevoerd.

[55] Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). Huisartsenstructuren tarieven.

[56] Voorde, C. van de., Doorslaer, E. van, Schokkaert E. (2001). Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. Health Economics 10: 457-71.

[57] Van de Voorde et al. (2001) vinden voor een eigen bijdrage van 35% in huisartsenzorg in België een elasticiteit van -0.12 tot -0,16.

034 Invoeren verschoven eigen risico (‘donut hole’)

Het verplicht eigen risico begint niet meer aan de voet, maar vanaf een bepaald bedrag aan gemaakte zorgkosten. Tot dat bedrag worden de zorgkosten volledig vergoed, daarna betaalt de patiënt de kosten zelf tot een jaarlijks maximumbedrag. De kosten boven dit maximum worden weer volledig vergoed. Er zijn twee varianten:

a. een generiek verschoven eigen risico voor alle verzekerden dat bijvoorbeeld op 300 euro begint en op 705 euro eindigt. De eigen betaling blijft maximaal 405 euro.
b. een gedifferentieerd verschoven eigen risico. Het startpunt van het eigen risico is afhankelijk van het individuele zorggebruik van een verzekerde. Bij verzekerden met structureel hoge zorgkosten start het eigen risico op een hoger bedrag dan bij verzekerden met structureel lage zorgkosten. Het eigen risico start net onder de verwachte zorgkosten en eindigt net daarboven. Het eigen betaling blijft maximaal 405 euro.

Achtergrond

Het verplicht eigen risico staat geraamd op 405 euro in 2017. Boven dit bedrag worden de zorgkosten vanuit de basisverzekering vergoed. Het huidige eigen risico geldt voor alle zorg in het basispakket, behalve voor huisartsenzorg, verloskundige zorg, wijkverpleegkundige zorg en kraamzorg, bevolkingsonderzoeken en de griepprik voor bepaalde risicogroepen. Kinderen tot 18 jaar zijn uitgesloten van het eigen risico. Mensen met hoge zorgkosten worden door het huidige eigen risico nagenoeg niet geremd. De maatregel beoogt het remeffect van het eigen risico te vergroten door het startpunt van het eigen risico op die waarde te stellen waar mensen het meest prijsgevoelig zijn. Het gedifferentieerd eigen risico houdt daarbij rekening met verschillen in zorggebruik van mensen en de daarbij horende prijsgevoeligheid.

Uitvoering

Variant a kan binnen een jaar worden ingevoerd. Variant b is technisch lastig uitvoerbaar omdat per individu een schatting gemaakt moet worden van het zorggebruik. Variant b gaat daarom met aanzienlijke uitvoeringskosten gepaard. Bij variant b ontstaan daarnaast mogelijk problemen met het gelijkheidsbeginsel omdat het startpunt voor het eigen risico per persoon verschilt. Door het verbod op premiedifferentiatie dragen gezonde mensen al substantieel bij aan betaalbare premies voor ouderen en mensen met een zwakke gezondheid. Variant b vergroot deze overdracht van middelen van gezond naar ziek. Mogelijk past deze inmenging door de overheid in de verzekering niet meer binnen de Europese schaderichtlijnen.
Variant b kan daarom waarschijnlijk niet in één kabinetsperiode ingevoerd worden.

Gedrags- en neveneffecten

Door een generiek verschoven eigen risico (variant a) wordt de drempel om zorg te consumeren kleiner, omdat voor de eerste 300 euro geen eigen risico geldt. Het remeffect neemt echter toe omdat mensen met hogere zorgkosten prijsgevoeliger worden. Wanneer zij

door het verschoven eigen risico iets minder zorg consumeren, kan dat een groot effect hebben op de zorguitgaven om dat dit relatief dure zorg is.
Het gedifferentieerd verschoven eigen risico (variant b) houdt rekening met verschillen van marginale prijsgevoeligheid van verzekerden. Ook chronisch zieken of andere mensen met hoge zorguitgaven maken een kritischere afweging of bepaalde zorg waardevol is. Het remeffect kan daardoor toenemen. Neveneffecten kunnen vooral optreden bij variant b. Het is een ingewikkeld systeem dat voor veel verwarring zal zorgen er kan bovendien sprake zijn van een averechts gedragseffect indien mensen bewust meer zorg consumeren in het ene jaar om zo een hoger startpunt van het eigen risico te bewerkstelligen in het volgende jaar (ratchet-effect).

Budgettaire effecten

De effecten van de maatregel zijn op dezelfde wijze berekend als maatregel 021. In variant a neemt het remeffect met 190 miljoen euro toe. De opbrengsten van het verschoven eigen risico nemen af met 560 miljoen euro. De gemiddelde eigen betaling is 42 euro per verzekerde. De maatregel is echter niet budgetneutraal en de premies zullen moeten worden verhoogd om het verlies in opbrengst van eigen betalingen te compenseren. De uitvoeringskosten blijven naar verwachting gelijk. Variant b is niet gekwantificeerd omdat het niet in één kabinetsperiode geïmplementeerd kan worden. Er geldt voor deze transitie een ingroeipad van vijf jaar (zie paragraaf 6.1 ‘Analysekader transitiekosten’).

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
a. invoeren generiek verschoven eigen risico	0	+370	+370	+370	+370
w.v. Verandering eigen betalingen	0	+560	+560	+560	+560
w.v. Verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-190	-190	-190	-190
b. invoeren gedifferentieerd verschoven eigen risico	x				

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met de maatregelen 021 (verhogen of verlagen van het eigen risico), 023 (invoeren procentueel eigen risico), 024 (invoeren vaste eigen bijdrage per verrichting), 025 (herintroduceren no-claim), 026 (invoeren inkomensafhankelijk eigen risico) en 027 (invoeren two-tier systeem). Ze kunnen niet gelijktijdig gekozen worden met het verschoven eigen risico.

035 Hoge eigen bijdrage voor eerste zes maanden intramurale zorg in Wet langdurige zorg

Nieuwe cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz) betalen een hoge eigen bijdrage voor de eerste zes maanden intramurale zorg.[58] Er geldt een overgangssituatie: alleen nieuwe cliënten krijgen te maken met de maatregel.

Achtergrond

Er geldt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor intramurale zorg in de Wlz. Er bestaat een hoge (maximaal 2249 euro per maand) en een lage (tussen 156 en 819 euro per maand) inkomensafhankelijke eigen bijdrage. In een beperkt aantal situaties wordt de lage eigen bijdrage in rekening gebracht. Een van de uitzonderingen betreft de eerste zes maanden dat iemand in zorg is. Op dit moment zijn er circa 25.500 personen die de lage eigen bijdrage betalen op basis van het criterium dat in deze maatregel geschrapt wordt. De maatregel beoogt te stimuleren dat mensen langer thuis blijven en andere mogelijkheden voor zorg in bijvoorbeeld de sociale omgeving gebruiken.

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

De hogere eigen bijdrage kan mensen ontmoedigen te kiezen voor verblijf in de Wlz. Ze zullen langer thuis blijven wonen en gebruik maken van vervangende zorg: bijvoorbeeld informele zorg, een persoonsgebonden budget (pgb), een modulair pakket thuis (MPT) of een volledig pakket thuis (VPT).

Budgettaire effecten

Verondersteld wordt dat het aantal mensen dat aanspraak maakt op intramurale zorg in de Wlz na invoering van de maatregel gelijk blijft. De maximale opbrengst van de maatregel is 146 miljoen euro. Bij de berekening is verondersteld is dat 10% van deze groep voor een pgb, MPT of VPT kiest, waarvoor een lage eigen bijdrage geldt. De opbrengst van de maatregel neemt daardoor iets af tot 130 miljoen euro. Een pgb kost voor de overheid circa 10.000 euro minder. Dit levert een aanvullende besparing van circa 5 miljoen euro op (verondersteld is de helft van de 10% weglek naar pgb, MPT en VPT). Per saldo bedraagt de totaalopbrengst van de maatregel circa 140 miljoen.

[58] De maatregel schrapt een voorwaarde voor een lage eigen bijdrage voor intramurale zorg in de Wlz, namelijk: de eerste 6 maanden dat een persoon intramurale zorg gebruikt in de Wlz. Voortaan geldt een hoge eigen bijdrage. De andere voorwaarden voor een lage bijdrage blijven bestaan. Deze zijn: 1) Er is een indicatie voor tijdelijk verblijf langer dan zes maanden of er is een verklaring Terugkeer Naar de Maatschappij (TNM). 2) De cliënt is verantwoordelijk voor levensonderhoud van kinderen. 3) De cliënt is gehuwd en de partner woont nog thuis. 4) De cliënt ontvangt een Volledig Pakket Thuis (VPT).

Er worden geen transitiekosten of hogere uitvoeringskosten voorzien omdat de uitvoering gelijk blijft. De doelgroep kan te maken krijgen met dubbele lasten. Per saldo zullen nieuwe intramurale zorggebruikers over een periode van zes maanden gemiddeld bijna 3000 euro extra eigen bijdrage moeten betalen.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Hoge eigen bijdrage voor eerste zes maanden intramurale zorg in Wet langdurige zorg	0	-140	-140	-140	-140

Interactie met andere maatregelen

Deze maatregel kan worden genomen in combinatie met de maatregelen 017 (verhogen vermogensinkomensbijtelling) of 018 (invoeren vermogenstoets voor eigen bijdrage in Wet langdurige zorg en Wet maatschappelijke ondersteuning). De opbrengsten van de maatregelen kunnen worden opgeteld.

036 Oprichten preventiefonds

Er komt een gezamenlijk door gemeenten en zorgverzekeraars beheerd preventiefonds gelijk aan 1% van de premieopbrengsten Zorgverzekeringswet (Zvw) (315 miljoen euro op basis van een financieringsschuif) plus een bijdrage van gemeenten en andere belanghebbenden vanuit het brede zorgwelzijnsveld van gezamenlijk 150 miljoen euro. Uit het preventiefonds worden gezamenlijke actieplannen uitgevoerd, bij voorkeur op lokale/regionale schaal. Randvoorwaardelijk is dat interventies 'kosteneffectief' en *evidence based* zijn. Uit het preventiefonds worden in ieder geval drie zaken bekostigd:

- preventieve activiteiten om echtscheiding te voorkomen, zoals mediation;
- tienermoederopvang;
- verdere ontwikkeling van e-health en domotica.

Achtergrond

Er bestaat momenteel geen fonds gericht op preventieve activiteiten. De gemeente heeft vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wettelijke taken op het terrein van preventie. Er loopt verder een Nationaal Programma Preventie (NPP) dat samenwerking op het gebied van preventie tussen verschillende partijen (ook buiten de zorg) beoogt te bevorderen. Bevolkingsonderzoeken en het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) worden programmatisch aangeboden. De rest van het aanbod van preventie in de zorg is vaak erg versnipperd.

Zorgverzekeraars, rijksoverheid en gemeenten hebben momenteel weinig prikkels om te investeren in effectieve preventieve interventies. Dit komt deels door de schotten in de (financierings)stelsels, maar ook doordat de relatie tussen de investering in preventie en de opbrengsten op langere termijn niet voor iedere partij hetzelfde is. Investeringen in preventie binnen de Zvw kunnen bijvoorbeeld baten opleveren in de Wet langdurige zorg (Wlz). Het fonds biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid te investeren in preventie.

Relatieondersteunend hulpaanbod wordt binnen gemeenten aangeboden door Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Gemeenten hebben een belangrijke rol bij lichtere vormen van hulpverlening. Ze voeren (in toenemende mate) de algemene regie op een integraal pakket van beschikbare hulpverlening. Dit geldt ook voor hulpaanbod op het gebied van relatieondersteuning.

In 2012 stonden bij het CBS 519 kinderen van tienermoeders in eengezinshuishoudens geregistreerd. Er is sprake van een afnemende trend. Bij geweld kunnen tienermoeders terecht in de vrouwenopvang waarvoor centrumgemeenten een decentralisatie-uitkering krijgen. Daarnaast hebben sommige gemeenten een jonge-moeder-loket. Ook huisartsen spelen een belangrijke rol, want zij zijn vaak eerste aanspreekpunt bij een onbedoelde zwangerschap.

Innovaties in de zorg richten zich in toenemende mate op het via internet toegankelijk maken van interventies in de vorm van e-health. Met name op het gebied van preventie doen

zich veel ontwikkelingen voor. Veel e-health-initiatieven die gericht zijn op onderzoek, ontwikkeling, test, pilot of implementatie worden gefinancierd met tijdelijke middelen zoals subsidies, innovatiebudgetten of -regelingen.

Uitvoering

Er is minimaal een jaar nodig voor de implementatie van de maatregel.

Gedrags- en neveneffecten

In de uitwerking van dit voorstel is uitgegaan van een door Rijksoverheid en gemeenten gevuld fonds waaruit preventieve activiteiten worden gestimuleerd. Op termijn kunnen daardoor mogelijk zorgkosten worden bespaard (inverdieneffecten). Geadviseerd wordt om in 2015-2016 een Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) uit te voeren naar de wijze waarop onderzoekprogramma's voor preventiebeleid en gezonde leefstijlmaatregelen moeten worden ingericht.

Budgettaire effecten

De maatregel is uitgewerkt als een intensivering van 315 miljoen euro door het Rijk, plus 150 miljoen euro door gemeenten.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Oprichten preventiefonds	0	+470	+470	+470	+470

Interactie met andere maatregelen

Het treffen van maatregel 037 (preventie in het zorgbudget) maakt bovenstaande maatregel overbodig.

037 Preventie in zorgbudget

Een geoormerkt deel van het zorgbudget wordt gereserveerd voor preventieve activiteiten in de zorg zoals het treffen van maatregelen gericht op vroegtijdige opsporing en voorkomen van ziekten. In totaal wordt 250 miljoen euro (0,8% van de Zorgverzekeringswet-middelen in 2017) geoormerkt voor preventie. Burgers kunnen bij de keuze van hun polis een afweging maken tussen preventieve en curatieve interventies. Dit geldt ook voor zorgverzekeraars bij de ontwikkeling van hun polissen en de inkoop, en voor zorgverleners bij de ontwikkeling van hun zorgaanbod. In de bekostiging zal meer dan nu al het geval is rekening worden gehouden met voorspelbare kosten die zorgverzekeraars maken voor preventieve activiteiten. Daartoe dient:

- te worden vastgelegd (in pakket-aanspraken of in de duiding van verzekerde zorg) welke preventieve activiteiten onderdeel uitmaken van de Zvw-verzekerde zorg;
- een inschatting te worden gemaakt van de voorspelbare kosten van die activiteiten, rekening houdend met verschillende verzekerdenkenmerken.

Achtergrond

Op dit moment is de gezondheidszorg gericht op het behandelen van ziekten en minder op het realiseren van gezondheidswinst. Binnen de curatieve zorg hebben huisartsen een belangrijke taak op het gebied van voorlichting en preventie. Keten-dgb's (diagnose behandel combinaties) bieden huisartsen de mogelijkheid om preventieactiviteiten te integreren in het behandelplan.

De overheid heeft het programma 'Alles is gezondheid' gestart als onderdeel van het Nationaal Programma Preventie voor de periode 2014-2016. In dit programma worden opvoeding, onderwijs, wonen, werk, ondersteuning en zorg in samenhang uitgewerkt. Gemeenten hebben vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wettelijke taken op het terrein van preventie.

Uitvoering

De mogelijkheden om in het huidige zorgverzekeringsstelsel van overheidswege meer collectieve preventie (c.q. leefstijl) initiatieven aan te moedigen, lijken beperkt. Het is de rol van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders om daar onderling afspraken over te maken. Er is wel geopperd om de positieve gezondheidsresultaten van preventie te belonen via het systeem van de ex-ante risicoverevening. Hiervan kan een prikkel tot ongewenste risicoselectie uitgaan. Tevens kan het op Europeesrechtelijke bezwaren stuiten. Wel is het mogelijk om leefstijlinterventies aan het verzekerde pakket toe te voegen. En met het oog op brede maatschappelijke belangen zouden de leefstijlinterventies ook extra gesubsidieerd kunnen worden. Ter beantwoording van de motie Wolbert[59] worden de mogelijkheden en onmogelijkheden en de voor- en nadelen van een betaaltitel voor selectieve preventie in de Zvw nog onderzocht. De maatregel kan na een jaar worden ingevoerd.

[59] Motie van het lid Wolbert (2014, november 20). Motie over een betaaltitel voor preventie in de Zorgverzekeringswet. Kamerstuk 34 000-XVI nr. 65.

Gedrags- en neveneffecten

Bij de uitwerking is uitgegaan van een door de Rijksoverheid gevuld fonds waaruit preventieve activiteiten worden gestimuleerd. Op termijn kunnen daardoor mogelijk zorgkosten worden bespaard (inverdieneffecten). Geadviseerd wordt om in 2015-2016 een Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) uit te voeren naar de wijze waarop onderzoekprogramma's voor preventiebeleid en gezonde leefstijlmaatregelen moeten worden ingericht.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Preventie in zorgbudget	0	+250	+250	+250	+250

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met de maatregelen 036 (oprichten preventiefonds) en 038 (preventieve health check). Als deze beleidsopties samen met de maatregel gekozen worden, kunnen de investeringen niet bij elkaar opgeteld worden.

038 Preventieve health check

Het preventieconsult (preventieve health check) wordt door de huisarts actief aangeboden aan mensen tussen de 45 en 70 jaar oud, conform de standaard van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG). Deze groep wordt eens in de vijf jaar benaderd voor het consult.

Achtergrond

Sinds 2011 bestaat het preventieconsult gericht op het vroegtijdig opsporen van een cardiometabool risico (CMR), wat kan leiden tot hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade. Het is een tweedelig consult waarin een vragenlijst wordt afgenomen, meting plaatsvindt van lengte, gewicht, buikomvang en bloeddruk, en daarna de leefstijl en eventuele behandeling wordt besproken. Indien daar aanwijzingen voor zijn wordt dit aangevuld met bloedonderzoek ten aanzien van diabetes en cholesterol. Het preventieconsult valt momenteel onder de verzekerde zorg op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) omdat het een individuele zorgvraag op verzoek van de patiënt betreft.

Door het actief aanbieden van het preventieconsult bereiken huisartsen mogelijk beter de doelgroep waarbij dit zinvol is; de groep met een lagere sociaaleconomische status. Deze groep heeft vaak een hoger risico op leefstijlgerelateerde aandoeningen en komt relatief veel bij de huisarts en de specialist.

Uitvoering

Dit type zorg behoort alleen tot het basispakket in de Zvw als het een individuele zorgvraag van een patiënt betreft. Het actief aanbieden van dit type preventieve zorg valt niet onder het te verzekeren risico zoals geformuleerd in de Zvw. De maatregel is wel uitvoerbaar als bevolkingsonderzoek en kan dan kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Cliënten met een minder goede uitslag van het preventieconsult passen mogelijk hun leefstijl aan. De effectiviteit van het preventieconsult is echter nog niet aangetoond. De maatregel kan tot een kostentoename leiden doordat cliënten (eerder) vervolgbehandelingen krijgen.

Het Julius Centrum en NIVEL hebben een meerjarig, grootschalig (kosten)effectiviteitsonderzoek opgestart naar de inzet van het preventieconsult. Dit onderzoek wordt gefinancierd door ZonMw. De verwachte opleverdatum is eind 2017.

Budgettaire effecten

Op de kortere termijn is sprake van een budgettaire intensivering als er meer preventieconsulten plaatsvinden. De kosten voor de implementatie van het preventieconsult in een normpraktijk zijn berekend voor een periode van vijf jaar. De kosten zijn gemiddeld 2300 euro per jaar per normpraktijk.[60] In Nederland zijn ongeveer 6800 normpraktijken (16

[60] Vita Valley (2013). Maatschappelijke Businesscase PreventieConsult.

miljoen inwoners en 2350 patiënten per normpraktijk). De totale kosten per jaar zijn dan 6800*2300 euro is 15 miljoen euro. Aangenomen is dat het huidige aantal preventieconsulten verwaarloosbaar is. Eventuele kosten van medische vervolgtrajecten (zoals die zich bijvoorbeeld ook voordoen bij het bevolkingsonderzoek darmkanker), afgewogen tegen de baten van het voorkomen van vervolgtrajecten, staan nog op p.m. Hiervoor zijn de resultaten van het effectiviteitsonderzoek benodigd.

Het bevolkingsonderzoek komt, net als andere bevolkingsonderzoeken, ten laste van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en niet van het Budgettair Kader Zorg (BKZ).

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Preventieve health check	0	+15 +p.m.	+15 +p.m.	+15 +p.m.	+15 +p.m.

039 Introduceren bonus voor verminderen ondervoeding en uitdroging

Er komt een bonus voor zorginstellingen in de langdurige zorg die de mate van ondervoeding en uitdroging van hun bewoners onder de landelijke norm weten te houden. De bonus wordt door zorgkantoren uitgekeerd, en komt bovenop het afgesproken tarief.

Achtergrond

Ondervoeding (bijvoorbeeld door onvoldoende eiwitinname) of uitdroging leidt tot een slechtere gezondheid. Er zijn geen landelijke afspraken over het terugdringen van ondervoeding/uitdroging; zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor het terugdringen van ondervoeding.

Uitvoering

De overheid stelt eerst landelijke normen vast voor ondervoeding en uitdroging. Daarna moet de gezondheidstoestand van bewoners door de zorginstelling gemonitord en vastgelegd worden, voor zover dit nu nog niet gebeurt. Mogelijk is een onafhankelijke partij nodig om dit steekproefsgewijs te controleren. Het is niet eenvoudig objectief vast te stellen of ondervoeding of uitdroging één-op-één zijn oorzaak vindt in de verzorging door zorginstellingen. Er spelen ook andere factoren, zoals ernst van de aandoening. Daarom zal worden gestart met een algemene norm, die vervolgens in overleg met het veld wordt verbeterd, waardoor rekening kan worden gehouden met achterliggende oorzaken en samenstelling van de cliëntenpopulatie. De implementatietermijn komt daarmee uit op twee jaar. Om zorginstellingen voldoende te kunnen blijven prikkelen met het beschikbare budget moeten de normen periodiek herzien worden.

Gedrags- en neveneffecten

Een bonus voor het tegengaan van ondervoeding leidt waarschijnlijk tot veel aandacht voor dit aspect. Dit kan ertoe leiden dat andere kwaliteitsaspecten minder aandacht krijgen.

Budgettaire effecten

Uitgegaan wordt van een beschikbaar bedrag van 15 miljoen euro voor bonussen, inclusief uitvoeringskosten. Aan de batenkant staat een verwachte verbetering van de kwaliteit, die zich niet direct budgettair vertaalt.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Introduceren bonus voor verminderen ondervoeding en uitdroging	0	0	+15	+15	+15

040 Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg

De Rijksoverheid rolt een programma uit - bestaande uit masterclasses voor zorginstellingen - dat voedselverspilling in de ouderenzorg tegengaat.

Achtergrond

Zowel in zorginstellingen als ziekenhuizen wordt een groot gedeelte van het bereide voedsel weggegooid. Onderzoek van de Universiteit Wageningen raamt de voedselverspilling in de intramurale ouderenzorg op 30%.[61] Er lopen momenteel verschillende losse initiatieven om voedselverspilling in de zorg terug te dringen. Zorginstellingen hebben zelf de verantwoordelijkheid om voedselverspilling en ondervoeding terug te dringen.

Uitvoering

Een landelijk programma kan binnen een jaar effectief zijn.

Gedrags- en neveneffecten

Door het programma slagen zorginstellingen er beter in om voedselverspilling tegen te gaan.

Budgettaire effecten

Er zijn in Nederland zo'n 700 instellingen met verblijf in de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging die elk gemiddeld 10.000 kilo voedsel verspillen. Diverzio en de Universiteit Wageningen hebben becijferd dat een kilo weggegooid voedsel ongeveer 6,50 euro kost.[62] Instellingen in de langdurige zorg verspillen op jaarbasis circa 7 miljoen kilo voedsel. Uitgaande van landelijke uitrol van een programma dat voedselverspilling in de ouderenzorg tegengaat, kan in potentie circa 50 miljoen euro bespaard worden. De kosten van het programma bestaan uit het organiseren van masterclasses voor instellingen. Die kosten liggen rond de 1 miljoen euro. Omdat er geen 'stok achter de deur' en daarmee geen garantie is dat de instellingen ook daadwerkelijk kosten zullen besparen, wordt geen besparing opgenomen.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg	0	+1	+1	+1	+1

[61] Zorgvisie (2014). Programma tegen voedselverspilling in de zorg.
[62] Wageningen Universiteit (2012). Weg met waste. Geld verdienen met het terugdringen van verspilling.

041 Capaciteitsregulering dure infrastructuur

Aanpassing van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) zodat deze ook ingezet kan worden voor capaciteitsregulering. Het uitvoeren van medisch-specialistische behandelingen met dure infrastructuur wordt vergunningsplichtig.

Achtergrond

Onder de Wbmv kan worden bepaald dat voor het uitvoeren van bepaalde verrichtingen een vergunning is vereist. Tachtig procent daarvan betreft hart-longtransplantatie, stamceltherapie, ritmechirurgie, AICD-implantatie, PTCA, CABG, openhartoperaties. De redenen voor het instellen van deze vergunningsplicht kunnen zeer uiteenlopen. Het wettelijk criterium luidt “indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven”. In de praktijk wordt het vergunningensysteem gerechtvaardigd door kwaliteitsoverwegingen en het waarborgen van ethische aspecten van zorg, zoals bij in-vitrofertilisatie (IVF). Het aanbod van nieuwe zorgvormen, waarvoor nog geen uitgewerkte kwaliteitskaders bestaan, kan met de Wbmv worden geconcentreerd bij een beperkt aantal zorgaanbieders om zo op een verantwoorde manier een kwaliteitskader te ontwikkelen. Uitgangspunt hierbij is een behoefteraming. Zodra de kwaliteitskaders zijn ontwikkeld, zou de betreffende zorg uit de Wbmv moeten uitstromen. De reguliere wetgeving biedt dan voldoende kwaliteitswaarborgen, waardoor het verlenen van vergunningen niet meer nodig is.

De ervaring heeft geleerd dat vergunningverlening een moeizaam proces is omdat het opstellen van eenduidige en transparante selectiecriteria lastig is en juridisch moeilijk houdbaar. De overheid is hier dan ook terughoudend mee. Daarnaast stroomt in de praktijk zorg die eenmaal onder de Wbmv valt niet meer uit. Financiële doelmatigheid (via kosteneffectiviteitscriteria) bij de keuze om verrichtingen al dan niet onder de werking van de Wbmv te brengen is op dit moment geen wettelijk criterium om het aanbod van dure zorgvoorzieningen te beperken.

Uitvoering

De uitvoerbaarheid hangt af van de afbakening van ‘dure infrastructuur’ oftewel de formulering van objectieve, transparante selectiecriteria. Dit is tot nu toe lastig gebleken. Het vergunningenstelsel van de Wbmv beperkt het vrij verkeer van diensten. Zo’n beperking moet Europeesrechtelijk kunnen worden gerechtvaardigd. Daarvoor moet een dwingende reden van algemeen belang zijn (betaalbaarheid van het ziektekostenstelsel). Bovendien mag het vergunningenstelsel niet discriminerend zijn (geen buitenlandse zorgaanbieders uitsluiten en een transparant gunningsysteem) en dient het noodzakelijk en proportioneel te zijn. De eis van noodzakelijkheid en proportionaliteit begrenst de mogelijkheden om de omvang van de markt te reguleren.

De veronderstelling is dat in de beginfase bij introductie van nieuwe medische technieken overheidsregulering noodzakelijk is om overcapaciteit, en daarmee overproductie, te voorkomen. Wanneer de bijzondere medische techniek na verloop van tijd regulier is geworden, zijn zorgverzekeraars goed in staat de capaciteit te reguleren door hun inkoop.

De maatregel vergt een wetswijziging. Vervolgens dient vergunningverlening te worden uitgevoerd. Rekening moet worden gehouden met in totaal drie jaar implementatietijd.

Gedrags- en neveneffecten

De rol van zorgverzekeraars bij dure behandelingen wordt kleiner omdat de overheid dit aanbod gaat regelen. De ziekenhuizen die een vergunning krijgen zullen zich naar verwachting voor langere tijd 'veilig' voelen en daardoor wellicht minder geprikkeld worden tot doelmatigheidsverbeteringen. De andere ziekenhuizen, die geen vergunning krijgen, kunnen dit aanvechten. Het is niet duidelijk wat een beperking van het aanbod van dure medische voorzieningen en functies zal betekenen voor de financiële weerbaarheid en continuïteit van ziekenhuizen.

Ziekenhuizen met een vergunning zullen zich gaan specialiseren of hebben zich gespecialiseerd in die zorg. Bij nieuwe vergunningverlening of uitstroom hebben zij dan een voordeel ten opzichte van instellingen die in eerste instantie geen vergunning hebben gekregen. Hierdoor kan de marktwerking afnemen. Indien dit leidt tot verdergaande concentratie van dure zorg dan nu dan zal dat betekenen dat patiënten verder moeten reizen voor hun behandeling. Verdergaande concentratie kan het ziekenhuislandschap veranderen wat op termijn kan leiden tot hogere prijzen.

Budgettaire effecten

Het budgettaire effect is berekend als een percentage van het totale bedrag aan zorg dat onder de Wbmv wordt gebracht; er is niet gekeken naar specifieke behandelingen die in aanmerking zouden komen voor de voorgestelde uitbreiding van de Wbmv. De huidige uitgaven aan Wbmv zijn 1,2 miljard euro. We veronderstellen dat door deze maatregel de Wbmv met 0,6 miljard euro extra toeneemt en dat op de extra zorguitgaven onder de Wbmv 5% wordt bespaard door het voorkomen van overbehandeling (medical arms race wordt verminderd). De structurele opbrengst bedraagt daarmee 30 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Capaciteitsregulering dure infrastructuur	0	0	0	-30	-30

042 Capaciteitsplan spoedeisende hulp

De overheid stelt een capaciteitsplan spoedeisende-hulpposten (SEH's) op.

Achtergrond

In de rustige avond- en nachturen zijn veel SEH's open. Dit is echter volgens een advies van de Gezondheidsraad uit 2012 niet doelmatig. Profielziekenhuizen of ziekenhuizen met een complete SEH kunnen, zonder overbelast te raken, op die rustigere momenten het gehele pakket aan acute zorg voor hun rekening nemen. Het is dan ook niet per se doelmatig om de basis-SEH's 24 uur per dag open te houden.

Een patiënt moet een SEH per ambulance binnen 45 minuten kunnen bereiken. De kosten om deze norm te halen zijn hoger in dunbevolkte regio's. Daarom is er een beschikbaarheidsbijdrage om de 45-minutennorm te garanderen. De overige SEH-zorg wordt door zorgverzekeraars op de reguliere wijze ingekocht (bijvoorbeeld net als ziekenhuis- en huisartsenzorg).

De zorgverzekeraar kan in het huidige stelsel via de zorginkoop sturen op de spreiding van zorgvoorzieningen en kan betrokken partijen vragen om tot inhoudelijke afstemming te komen. Het gezamenlijk inkopen door zorgverzekeraars van spoedeisende zorg stuit volgens de Autoriteit Consument & Markt (ACM)echter op mededingingsrechtelijke bezwaren; strikt genomen is acute zorg non-concurrentieel verklaard, maar de SEH heeft ook een uitstralingseffect op de electieve zorg van een ziekenhuis. Het kan er toe leiden dat een ziekenhuis door de sluiting van de SEH niet meer levensvatbaar is en moet sluiten.

Uitvoering

Het plannen van de capaciteit of aanbesteden van de SEH's door de overheid vergt aanpassing van de bestaande wetgeving door meer publieke elementen van aanbodsturing te introduceren. De voorbereiding vergt twee jaar, waarna een ingroeipad wordt verondersteld van een aantal jaren.

In het licht van het Europese recht is inperken van het vrij verkeer van goederen en diensten uitsluitend mogelijk bij dwingende redenen van algemeen belang. Om beperkingen in het zorgaanbod aan te brengen in verband met kwaliteit en kostenbeheersing zijn zwaarwegende argumenten vereist die non-discriminatoir, noodzakelijk en proportioneel zijn.

Budgettaire effecten

Gemiddeld genomen maken de kosten van een SEH 4,8% uit van de totale kosten van een ziekenhuis. Wanneer 's nachts tussen 23 en 7 uur een derde van de SEH's sluit, is de besparing maximaal een negende van de gemiddelde ziekenhuiskosten, oftewel 0,5% van het ziekenhuisbudget van 23 miljard euro in 2017. Maar omdat het aantal spoedgevallen 's nachts de helft is van overdag en de bemensing 's nachts al lager is, wordt de maximale opbrengst gehalveerd naar 0,25%. Daarmee komt de bruto-opbrengst uit op 60 miljoen euro. Om te waarborgen dat de 45-minuten norm wordt gehaald, zijn drie extra ambulances nodig.

Dit verhoogt de kosten voor ambulancezorg toe met drie miljoen euro, wat de netto opbrengst op 57 miljoen euro brengt.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Capaciteitsplan spoedeisende hulp	0	0	-15	-35	-55

043 Meldkamer ‘geen spoed, wel zorg’

Het inrichten van een extra meldkamer voor zorgvragen zonder spoedkarakter voor onder meer GGZ-crisisopvang, thuiszorg en de kindertelefoon. De meldkamer is vergelijkbaar met die van de politie: ‘Geen spoed, wel politie’ (0900-8844).

Achtergrond

Alle niet-spoedeisende hulpvragen in de avond-, nacht- en weekenduren of tijdens feestdagen komen nu gescheiden binnen bij de SEH, HAP, thuiszorg, andere zorginstellingen of 1-1-2. Bij 1-1-2 komen dus ook hulpvragen binnen die niet spoedeisend zijn. Deze vragen zouden beter in een apart meldkamer kunnen worden behandeld, zodat ze de spoedeisende lijnen niet nodeloos bezet houden. Momenteel wordt gewerkt aan één landelijke meldkamerorganisatie waarin de bestaande meldkamers opgaan.

Uitvoering

Geen-spoed meldkamers moeten in de wet worden verankerd. Dat vergt twee jaar.

Gedrags- en neveneffecten

Bekendheid met de nieuwe meldkamer/nieuw meldnummer kost tijd. In het begin zullen mensen 1-1-2 blijven bellen of naar de dokter gaan. Daarna (of tegelijkertijd) kan er een toename ontstaan, omdat mensen die eerder het weekend/nacht afwachtten nu naar de niet-spoedlijn bellen. Naar verwachting zal een deel van het publiek 1-1-2 (blijven) bellen voor niet spoedeisende zaken.

Budgettaire effecten

Het inrichten van een extra meldkamer vergt een eenmalige investering van 10 miljoen euro en daarna jaarlijks een budget van naar schatting 10 miljoen euro. Tegelijkertijd moet de huidige meldkamer te allen tijde bereikbaar blijven. Het kan zijn dat het aantal telefoontjes bij de spoedeisende meldkamers afneemt, met op den duur de mogelijkheid tot het afbouwen van meldkamercentralisten. De huidige uitgaven aan de meldkamer voor ambulancezorg zijn 50 miljoen euro. Deze zullen maar zeer beperkt afnemen. Per saldo leidt de maatregel tot een toename van de uitgaven met 10 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Meldkamer ‘geen spoed, wel zorg’	0	0	+20	+10	+10

044 Huisarts in dienst van de spoedeisende hulp

Spoedeisende-hulpposten van ziekenhuizen worden verplicht een huisarts in dienst te nemen als poortwachter die de triage doet tegen huisartsenposttarief.

Achtergrond

In veel gevallen zijn huisartsenposten (HAP) en spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen (SEH) op één locatie gevestigd en is sprake van geïntegreerde of seriële samenwerking: HAP vóór SEH. Deze ontwikkeling wordt bevorderd door de zorgverzekeraars via de zorginkoop. Officieel is het verplicht om een verwijzing te hebben voor de SEH. Voor de HAP geldt geen eigen risico, maar voor de SEH wel zodat mensen worden gestimuleerd om naar de HAP te gaan. Onderzoek van ZonMw, uitgevoerd tussen 2011 en 2013,huisartsenpost wijst uit dat het integreren van deze posten het beroep op spoedeisende hulp kan verminderen.

In het Regeerakkoord uit 2012 is een passage opgenomen over de integratie van HAP en SEH. Ook in het Convenant met Huisartsen in datzelfde jaar zijn over substitutie van SEH naar HAP specifieke afspraken gemaakt die de verdere implementatie en financiële verschuiving van tweede naar eerste lijn bevorderen. Zorgverzekeraars stimuleren dat toegang tot de SEH alleen mogelijk is na triage door de huisarts. Daarbij zal de patiënt zo mogelijk huisartsgeneeskundig worden behandeld. Mensen zouden zich eerst telefonisch moeten melden bij de huisartsenpost,maar dit blijkt in de praktijk niet altijd te gebeuren. Het is de verantwoordelijkheid van de SEH om patiënten met een minder acute zorgvraag eerst te verwijzen naar de HAP en deze niet zelf te behandelen.

Uitvoering

De maatregel is juridisch niet houdbaar, omdat een ziekenhuis een zelfstandige, private organisatie is. De Rijksoverheid kan in het huidige stelsel een ziekenhuis niet verplichten een huisarts in dienst te nemen. De maatregel is om die reden niet uitvoerbaar.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Huisarts in dienst van de spoedeisende hulp	x				

045 Mogelijk maken meerjarige polissen

Naast het aanbieden van de eenjarige polis, wordt het aanbieden door zorgverzekeraars van meerjarige polissen mogelijk waarbij voor die meerjarige polissen de jaarlijkse opzeggingstermijn wordt afgeschaft.

Achtergrond

Artikel 7, lid 1, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) geeft de verzekeringnemer het recht om jaarlijks zijn zorgverzekering op te zeggen en bij een andere verzekeraar zijn zorgverzekering af te sluiten. Zorgverzekeraars kunnen momenteel al meerjarige polissen aanbieden, maar de verzekerde heeft altijd het recht om jaarlijks over te stappen. Dit werkt beperkend voor de bereidheid om meerjarige polissen aan te bieden. Collectieve contracten worden veelal voor drie jaar afgesloten, maar de verzekerde kan ook dan jaarlijks overstappen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft onlangs de voor- en nadelen van meerjarige polissen onderzocht.[63] De NZa concludeerde dat er, al dan niet in combinatie met het schrappen van artikel 7 lid 1 Zvw, geen zwaarwegende voordelen zijn van het mogelijk maken van meerjarige polissen ten opzichte van de huidige situatie.

Uitvoerbaarheid

Een aandachtspunt bij de uitvoerbaarheid is de verwerking van wijzigingen in de premie, vergoedingen en het gecontracteerde aanbod binnen de meerjarige periode. In principe heeft de consument het recht om de verzekering op te zeggen als de wijziging ten nadele is van de verzekeringnemer of verzekerde (behoudens de uitzondering genoemd in artikel 7 lid 3 Zvw). Maar aangezien dergelijke wijzigingen bij zorgverzekeringen jaarlijks plaatsvinden, kan dit een obstakel vormen voor het tot stand komen van meerjarige polissen. De maatregel vergt een wetswijziging om premiedifferentiatie mogelijk te maken op basis van de contractduur. De invoertermijn is twee jaar.

Gedragseffecten en neveneffecten

De diversiteit aan polissen op de markt zal toenemen. Het is onzeker wat de prijs zal zijn van deze polissen. Omdat verzekerden zich contractueel langer vastleggen bij meerjarige polissen, zou de prijs lager moeten zijn. Anderzijds, indien de premie meerjarig vaststaat, neemt het risico voor zorgverzekeraars toe, waardoor de premie juist hoger kan worden. Indien meerjarige contracten populair worden kan dit de dynamiek en de concurrentiedruk in de markt doen afnemen. Omdat het verzekerd pakket jaarlijks wordt vastgesteld is niet van te voren vast te stellen waarvoor iemand verzekerd is. Een verzekerde kan hierdoor *locked in* raken bij een verzekeraar.

[63] De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014). Reactie op het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de Acceptatieplicht. Vergaderstuk 29 689 nr. 517.

Budgettaire effecten

Het is onduidelijk of de premie van een meerjarige polis lager gaat uitvallen. Daarom staat het budgettair effect vooralsnog op p.m.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Mogelijk maken meerjarige polissen	0	0	p.m.	p.m.	p.m.

046 Verplicht aanbesteden zorginkoop door zorgverzekeraars

De overheid verplicht zorgverzekeraars om Zvw-zorg in te kopen via aanbesteding. Bij deze aanbesteding zijn zowel prijs als kwaliteit een criterium.

Achtergrond

De overheid laat zorgverzekeraars voor het grootste deel vrij in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en geeft zorgverzekeraars de ruimte om het zorginkoopbeleid zo in te richten dat daarmee de belangen van de verzekerden het beste worden gediend. Daarbij is aanbesteding een van de mogelijkheden. Randvoorwaarden zijn dat de verzekeraar een zorgplicht heeft richting de verzekerden en dat er geen prestaties mogen worden afgesproken die niet zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het huidige beleid is dus niet specifiek gericht op het openbaar aanbesteden door zorgverzekeraars. Door aanbesteding worden minder zorgaanbieders gecontracteerd, waardoor ze een sterkere prikkel krijgen voor onderlinge concurrentie. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars scherper sturen op zowel prijs als kwaliteit van de geleverde zorg.

Uitvoering

Een verplichting tot aanbesteding is juridisch niet houdbaar binnen het huidige stelsel van privaatrechtelijke zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Alleen publiekrechtelijke instellingen zijn op basis van de Aanbestedingswet 2012 aanbestedingsplichtig. Zorgverzekeraars zijn niet aangemerkt als publiekrechtelijke instellingen in de wet. Op grond van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen zijn zorgverzekeraars vrij in de wijze waarop zij hun onderneming drijven. Voor inbreuken op dit uitgangspunt moet het algemeen belang van de maatregel hard gemaakt kunnen worden en moet deze proportioneel zijn. Indien het stelsel wordt omgevormd tot een publiekrechtelijk stelsel is de maatregel wel juridisch houdbaar.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verplicht aanbesteden zorginkoop door zorgverzekeraars	x				

047 Uitkomstbekostiging in de Zorgverzekeringswet

Er wordt een product 'kwaliteitstoeslag' toegevoegd aan de DBC-productstructuur. Deze toeslag kan na afloop van de behandeling worden uitbetaald op basis van toegevoegde waarde (gedefinieerd als kwaliteit/kosten) op populatieniveau. Als een ziekenhuispopulatie voor een bepaalde behandeling voldoet aan de kwaliteitsindicatoren, mag deze toeslag bij de diagnose behandel combinatie (DBC) worden opgeteld. Jaarlijks worden de uitkomsten gemeten. Bij de op te stellen kwaliteitsindicatoren kunnen reeds bekende indicatoren, zoals patiënttevredenheid en andere uitkomstmetingen, worden betrokken. Op die manier worden niet langer alleen de zorgactiviteiten binnen de behandeling zelf vergoed, maar ook het bereikte resultaat, zowel in termen van kwaliteit van leven voor patiënten als in termen van kosten.

Achtergrond

Zorgverzekeraars kunnen nu al (financiële) afspraken maken met zorgaanbieders over kwaliteit, maar het ontbreekt aan voldoende kwaliteitsinformatie. Gebrek aan transparantie over uitkomsten van zorg maakt het voor zorgverzekeraars erg lastig om deze informatie te betrekken bij de zorginkoop. Een inspanningsverplichting voor zorgaanbieders om versneld kwaliteitscriteria te ontwikkelen en uitkomsten te publiceren, stelt zorgverzekeraars in staat om daar hun contracteerbeleid op af te stemmen. Voor bepaalde complexe behandelingen, zoals slokdarmkanker, contracteren zorgverzekeraars al wel op basis van volumenormen, ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVVH). Ook bij Parkinsonzorg (Parkinsonnet) zijn de eerste stappen gezet op weg naar uitkomstbekostiging.
Beoogd effect van de maatregel is hogere kwaliteit van zorg en meer zorgverlening door betere samenwerking tussen zorgaanbieders (van verschillende van disciplines) en snellere verspreiding van *evidence based* behandelingen.[64]

Uitvoering

De maatregel is op korte termijn technisch niet uitvoerbaar omdat de randvoorwaarden voor een goede invoering nog niet aanwezig zijn:

- De noodzakelijke indicatoren ontbreken veelal. Voorwaarden voor uitkomstbekostiging zijn transparantie en voldoende beschikbaarheid van betrouwbare en uniforme kwaliteitsgegevens waarmee de kwaliteit van de ingekochte zorg verantwoord kan worden. Er moet inzicht komen in de *case mix* en populatie-uitkomsten. Indicatoren dienen inzage te geven in de kwaliteit van individuele behandelingen, en niet in de processen om daartoe te komen.
- De beoogde uitkomsten moeten ambitieus zijn. Het vereist afslagen voor slecht presterende instellingen zodat overdekking ontstaat voor bonussen voor goed presterende instellingen.
- Zorgverzekeraars moeten voor de groep behandelingen waarvoor afspraken over uitkomsten mogelijk zijn, gaan inkopen op product- of ketenniveau.

[64] Motie van het lid Smilde (2011, november 11). Motie over de introductie van uitkomstfinanciering. Kamerstuk 33000 XVI nr. 45.

De toeslag zal door de zorgaanbieders in rekening worden gebracht op de tarieven van jaar t+1, dus als de kwaliteit in jaar t goed is bevonden, wordt dit in jaar t+1 verrekend.

Gedrags- en neveneffecten

Het kan voor zorgaanbieders aantrekkelijk zijn om zich vooral te richten op de gekozen indicatoren ten kosten van andere belangrijke zaken die niet gemeten worden (*gaming the system*). De basistarieven worden mogelijk hoger uitonderhandeld omdat de toeslag niet zeker is. Om goed te kunnen scoren op kwaliteitsindicatoren kan het zijn dat er meer concentratie en specialisatie van zorgaanbieders optreedt. Meer patiënten zullen na behandeling moeten terugkomen in het ziekenhuis om de kwaliteitsindicatoren te kunnen controleren om de toeslag vergoed te krijgen. De prikkel richting hoge uitkomstpercentages kan betekenen dat ziekenhuizen complexere patiënten gaan weren om goed te scoren. Ook worden innovatieve behandelingen mogelijk niet meer uitgevoerd omdat daar het risico op niet slagen groter is. Daarom moet kwaliteitsinformatie altijd gebaseerd zijn op een goede *case mix*.

Toetreden tot de markt wordt lastig als de toeslag een groot deel van de kosten behelst, omdat er eerst een jaar van 'bewijzen' overheen gaat voordat de zorgaanbieder de toeslag in rekening kan brengen. Betalen voor kwaliteit (*pay for performance*) vergt bovendien onderhoud omdat er plateau-effecten optreden bij het bereiken van de criteria.

Budgettaire effecten

Het effect op de zorguitgaven is onzeker. Het volume kan toenemen door hogere vraag naar betere zorg, maar ook afnemen door minder overbehandeling en complicaties. De prijs kan dalen door de hogere kwaliteit van de zorg, maar dat hoeft niet zo te zijn, bijvoorbeeld omdat duurdere technologie wordt gebruikt. De tarieven inclusief toeslag zullen de huidige tarieven evenaren als in ziekenhuizen zonder toeslag voor bepaalde behandelingen deze zorg niet meer wordt geleverd.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Uitkomstbekostiging in de Zorgverzekeringwet	0	0	0	0	p.m.

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met maatregelen 014 (gepast gebruik), 059 (belonen infectiepreventie in ziekenhuizen) en 060 (verminderen vermijdbare heropnames). Bij combinatie van deze maatregelen zal de vormgeving nog op elkaar afgestemd moeten worden.

048 Shared savings model in de Zorgverzekeringswet

De overheid past de huidige tarief- en prestatieregulering in de Zorgverzekeringswet (Zvw) aan, zodat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om zelf regiobudgetten vast te stellen. Deze regiobudgetten omvatten zowel de eerstelijns- als tweedelijnszorg. Hierdoor wordt het *shared savings model* mogelijk gemaakt dat een betere gezondheid per geïnvesteerde euro moet stimuleren. De uitwerking hieronder lijkt op het zogenoemde *shared savings model* uit Massachusetts, Verenigde Staten (VS).

In het *shared savings model* leggen zorgverzekeraars het risico van de zorgverlening neer bij een groep zorgaanbieders, die zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg verzorgen. De groep zorgaanbieders is gezamenlijk volledig financieel verantwoordelijk voor een groep aan hen toegewezen zorgvragers. De zorgverzekeraar selecteert deze groep zorgvragers uit zijn eigen verzekerdenbestand. De zorgverzekeraar spreekt met de groep zorgaanbieders een budget af voor de hele groep zorgvragers. Vervolgens houdt de verzekeraar de zorguitgaven bij en beoordeelt de kwaliteit van het zorgaanbod aan de hand van kwaliteitsindicatoren die jaarlijks worden vastgesteld.

De groep zorgaanbieders heeft baat bij lagere zorguitgaven dan het afgesproken budget. Ze krijgen namelijk een percentage van het verschil tussen budget en gerealiseerde zorguitgaven als beloning. De geleverde kwaliteit van zorg bepaalt mede het percentage. De beloning wordt vervolgens onderling verdeeld in de groep. Het omgekeerde geldt wanneer de zorguitgaven hoger zijn dan het afgesproken budget. Er moet dan een percentage van het verschil worden teruggegeven aan de verzekeraar.

Wanneer het *shared savings model* wordt toegepast door zorgverzekeraars, stimuleert dit doelmatige zorginkoop door de groep zorgaanbieders. Verzekerden in het *shared savings model* moeten een huisarts hebben die bij de groep zorgaanbieders hoort. Om binnen het budget te blijven zal deze huisarts zoveel mogelijk patiënten doorsturen naar doelmatige zorgaanbieders. Patiënten blijven echter vrij om zelf een zorgaanbieder te kiezen, zowel binnen als buiten de groep zorgaanbieders. Desalniettemin blijft de groep zorgaanbieders die het contract is aangegaan met de verzekeraar volledig verantwoordelijk voor alle kosten.

Achtergrond

Voor bijna alle zorgprestaties in de Zvw geldt een tarief en prestatiebeschrijving die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vastgesteld. De prestatiebeschrijving moet op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) gevolgd te worden en afwijking is een economisch delict. Aan de bekostigingsmethodiek zijn verschillende informatieverplichtingen verbonden, die worden gebruikt voor onder andere de risicoverevening. Bovendien biedt de prestatiebeschrijving een ‘gemeenschappelijke taal’ voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Zorgaanbieders uit de eerste en tweede lijn gaan samenwerken en de zorg op elkaar afstemmen. De zorgverzekeraar spreekt met de groep samenwerkende zorgaanbieders af voor welke verzekerdenpopulatie ze verantwoordelijk zijn en welk budget daarbij hoort.

Productomschrijvingen en tarieven blijven nodig om te kunnen bepalen of het budget is over- of onderschreden (*shared savings*).

Samenwerking tussen zorgaanbieders uit de eerste en tweede lijn komt in het huidige stelsel onvoldoende van de grond. Door de maatregel kan die samenwerking mogelijk bevorderd worden. De groepen zorgaanbieders die een *shared savings* contract met een verzekeraar afsluiten, concurreren onderling door hun populatie zo veel mogelijk naar doelmatige zorgaanbieders te sturen.

Uitvoering

Er is nog weinig ervaring met *shared savings models* in de zorg. Zorgverzekeraars zullen dit model zelf moeten oppakken en groepen zorgaanbieders overtuigen mee te doen. Er geldt waarschijnlijk een lange implementatietermijn van minimaal vier jaar en de Wmg moet worden aangepast.

Gedrags- en neveneffecten

Wanneer het shared *savings model* wordt doorgevoerd, gaan zorgaanbieders uit de eerste en tweede lijn beter samenwerken en de zorg op elkaar afstemmen. Deregulering van de tarief- en prestatiebeschrijving leidt tot meer vrijheid in de onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een risico van de maatregel is dat de beoogde coördinatie tussen zorgaanbieders niet van de grond komt of dat zorgverzekeraars het concept niet oppakken en/of zorgaanbieders er weinig voordelen zien. Hoewel de eerste resultaten uit de VS veelbelovend zijn is het ook zo dat het voor zorgverzekeraars moeilijk is om groepen zorgaanbieders te vinden. Daarom werden in de VS zorgaanbieders gelokt met aantrekkelijke financiële voorwaarden.

Budgettaire effecten

Op voorhand kan niet worden bepaald of er per saldo een structurele besparing is, omdat het niet duidelijk is of het *shared savings model* daadwerkelijk van de grond komt.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Shared savings model in de Zorgverzekeringswet	0	0	0	0	p.m.

049 Verplichte verwijzing door huisarts voor eerstelijns paramedische zorg

Een verwijzing van de huisarts wordt verplicht om recht op vergoeding te krijgen van de kosten van paramedische zorg in de eerste lijn (zoals door fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten) ten laste van de zorgverzekering.

Achtergrond

Paramedische zorg in de eerste lijn is direct toegankelijk zonder een verwijzing van de huisarts. Deze zorg valt deels in het basispakket en deels niet. In het basispakket zit fysiotherapie voor verzekerden tot 18 jaar, oefentherapie en fysiotherapie vanaf de 21ste zitting bij chronische aandoeningen, bekkenfysiotherapie, logopedie, ergotherapie en maximaal drie behandeluren dieetadvies. Zorg die niet in het basispakket zit komt voor eigen rekening en daar kan men een aanvullende verzekering voor afsluiten.

Door de vrije toegang tot paramedische zorg is de drempel om van deze zorg gebruik te maken laag. Als voorbeeld dient de directe toegang tot de fysiotherapie die in 2006 is ingevoerd. Sindsdien is het gebruik hiervan gegroeid.

Uitvoering

Het Zorginstituut Nederland moet vaststellen voor welke behandelingen de maatregel gaat gelden en dit moet vervolgens in de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden vastgelegd. Naar verwachting neemt dit zo'n twee jaar in beslag.

Gedrags- en neveneffecten

Een verplichte verwijzing van de huisarts kan het onnodige zorggebruik remmen omdat diagnose en behandeling worden losgekoppeld. Ook kan het een extra drempel voor zorggebruik opwerpen. Patiënten die op dit moment paramedische zorg al zelf moeten betalen, zullen echter bij een verplichte verwijzing nauwelijks minder zorg consumeren. De meerderheid van de overige patiënten wordt al doorverwezen door de huisarts. De maatregel biedt hen geen extra prikkel om van hun paramedische zorg af te zien. De rest zal vaker de huisarts bezoeken voor een verwijzing. Dit kan de huisartsenpraktijken meer belasten. Bovendien is de vraag is of huisartsen niet standaard een verwijzing zullen geven voor zorg, waarvoor zij nu niet geconsulteerd worden. Dit geldt zeker patiënten met een chronische aandoening, die in dat kader de huisarts al regelmatig zien.

Budgettaire effecten

De uitgaven aan huisartsenzorg nemen marginaal toe. Hiervoor is geen bedrag geraamd.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verplichte verwijzing door huisarts voor eerstelijns paramedische zorg	0	0	0	0	0

050 Verplichte groepsbeslissing bij dure behandelingen en betrokkenheid geriater

Bepaalde dure behandelingen worden alleen vergoed na een groepsbeslissing van medisch specialisten, waarbij in het geval van oudere patiënten in ieder geval een geriater betrokken is.

Achtergrond

In de besluitvorming over de behandeling is sprake van een informatieasymmetrie tussen patiënt en behandelaar. Daarnaast draagt de behandelend arts veel verantwoordelijkheid. Een patiënt besluit in overleg met de medisch specialist over de gekozen behandeling. Bij een deel van de behandelingen vindt reeds multidisciplinair overleg plaats. Het beleid richt zich op *shared decision making*, waarbij de patiënt wordt ondersteund met keuzehulpen.

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Het verplichtstellen van groepsbeslissingen kan leiden tot een betere besluitvorming over de behandeling van een patiënt en onverklaarbare praktijkvariatie verminderen. In feite wordt een second opinion geïntegreerd in de besluitvorming. Door het betrekken van een geriater komt er meer aandacht voor de toegevoegde (gezondheids)waarde van een behandeling op hoge leeftijd. Zowel artsen als patiënten zullen mogelijk meer weloverwogen keuzes maken over dure behandelingen, met name bij behandelingen waarbij veel onduidelijkheid is over de (kosten)effectiviteit. Wel wordt extra beslag gelegd op de schaarse tijd van de geriater en andere medisch specialisten.

Budgettaire effecten

De uitgaven stijgen enerzijds doordat meer behandelaren bij de besluitvorming betrokken moeten zijn en door extra administratieve kosten. Anderzijds kunnen de uitgaven dalen als gevolg van de afname van overbehandeling. Per saldo wordt geen budgettair effect voorzien.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verplichte groepsbeslissingen bij dure behandelingen en betrokkenheid geriater	0	0	0	0	0

051 Substitutie eenvoudige tweedelijnszorg

DBC-zorgproducten voor eenvoudige zorg, die ook in de eerste lijn kan worden geleverd, worden in het A-segment ondergebracht. De (maximum-)tarieven voor deze producten worden door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op eerstelijnsniveau vastgesteld.

Achtergrond

Huisartsen en ziekenhuizen hebben gescheiden bekostigingssystemen, maar zijn voor een deel van de zorg bevoegd en bekwaam om dezelfde behandelingen uit te voeren. Vanaf 2015 wordt er uit hoofde van de hoofdlijnakkoorden meer groei toegekend aan de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg (hierna: huisartsenzorg) dan aan ziekenhuiszorg (2,5% voor huisartsenzorg en 1% voor ziekenhuiszorg) met daarbovenop groeimogelijkheden in de huisartsenzorg bij aantoonbare substitutie.

Het huidige beleid is erop gericht om substitutie van de tweede naar de eerste lijn te stimuleren. Het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg voorziet in een meekijkconsult en biedt ruimte aan partijen om te belonen op uitkomsten van zorg en zorgvernieuwing (segment drie in de huisartsenbekostiging). Zorgverzekeraars kunnen er op dit moment al voor kiezen om dezelfde tarieven af te spreken in de eerste en tweede lijn omdat deze beide vrij zijn. Substitutie van zorg is veelal regioafhankelijk; in de ene regio worden over andere producten afspraken gemaakt dan in de andere regio.

Een substitutiemonitor moet inzicht geven in de contractuele afspraken die zorgverzekeraars met zorgaanbieders maken over substitutie. Hieruit zal de financiële omvang van substitutie, bovenop de toegekende groei, blijken. Wanneer aantoonbare substitutie leidt tot daadwerkelijke verschuiving van productie naar de eerste lijn, kan aanpassing van de financiële kaders plaatsvinden.

Uitvoerbaarheid

De implementatietermijn bedraagt circa twee jaar. Het belangrijkste onderdeel van de voorbereiding, naast aanpassing van de regelgeving, betreft heldere definiëring van de substitueerbare zorg en een kostenonderzoek.

Gedrags- en neveneffecten

Patiënten worden in de nieuwe situatie vaker door de huisarts geholpen dan voorheen. Ziekenhuizen zullen zich mogelijk gaan richten op de moeilijkere vormen van zorg en zich minder richten op de eenvoudige zorg die ook in de eerste lijn kan worden geleverd. Ook bestaat er een risico dat ziekenhuizen proberen zorg toch in een zwaardere DBC te laten vallen, bijvoorbeeld door upcoding of overbehandeling, waardoor een hoger tarief gevraagd kan worden. Patiënten zullen mogelijk - ondanks dat de huisarts aangeeft het zelf te kunnen - een doorverwijzing willen naar het ziekenhuis. Budgettair maakt dat niet uit wanneer de prijzen van vergelijkbaar niveau zijn.

Het kan zijn dat zorgverzekeraars geen huisartsen en alleen ziekenhuizen contracteren voor de substitueerbare zorg als onderdeel van hun aanneemsommen. Het kan echter ook zijn dat

ziekenhuizen de substitueerbare behandelingen niet meer willen uitvoeren als de prijzen lager worden gesteld.

Mogelijk is sprake van verdringing van andere zorgtaken in de eerste lijn of een verminderde toegankelijkheid; de vraag is in hoeverre alle zorgaanbieders van huisartsenzorg in staat zijn een aanzienlijk breder aanbod van behandelingen uit te voeren dan zij tot nog toe doen.

Budgettaire effecten

Er wordt uitgegaan van een daling van de tarieven voor de te reguleren producten met 15%. Uit het kostenonderzoek zal moeten blijken hoe sterk de prijzen werkelijk kunnen dalen. De budgettaire omvang van de DBC-producten die ook declareerbaar kan worden gemaakt voor huisartsen is onduidelijk. Op een tentatieve grondslag van 100 miljoen euro is de besparing dan 15%, oftewel 15 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Substitutie eenvoudige tweedelijnszorg	0	0	-15	-15	-15

052 Afschaffen eigen bijdrage bevalling in instelling zonder medische noodzaak

Afschaffen eigen bijdrage voor een bevalling in een instelling zonder medische noodzaak.

Achtergrond

Momenteel geldt een eigen bijdrage voor een bevalling zonder medische indicatie die plaatsvindt in een instelling. Deze bedraagt 336 euro per opnamedag voor moeder en kind samen (2015).

Vrouwen zien vaak af van een bevalling in het ziekenhuis of geboortecentrum als er geen medische indicatie is, omdat ze dan de eigen bijdrage moeten betalen, of er wordt aangestuurd op een ruggenprik of andere medische indicatie, zodat de eigen bijdrage komt te vervallen.

Budgettaire effecten

Uit een enquête van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat voor bijna 10% van de respondenten de eigen bijdrage invloed had op de keuze voor de plaats van de bevalling.[65] Indien de 10% van de thuisbevallingen overgaat naar bevallen in een instelling kost dit 3 miljoen euro. Het uitbreiden van het basispakket voor bevallen in een instelling zonder medische noodzaak, zal de zorguitgaven met circa 9 miljoen euro verhogen omdat de eigen bijdrage vervalt, uitgaande van dat 16% van de bevalling poliklinisch zonder medische indicatie plaatsvindt. Per saldo een verhoging van de zorguitgaven van 12,5 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Afschaffen eigen bijdrage bevalling in instelling zonder medische noodzaak	0	+10	+10	+10	+10

[65] Nederlandse Zorgautoriteit (2012). Markscan: Zorg rondom zwangerschap en geboorte.

053 Integraal tarief geboortezorg

Invoeren integrale bekostiging (integrale prestatie en tarief) voor zwangerschap en geboorte. Alle zorgaanbieders ontvangen samen voor alle zorgactiviteiten een tarief per zwangere vrouw. De zorgaanbieders spreken samen af hoe het integrale tarief wordt verdeeld.

Achtergrond

Er bestaan momenteel afzonderlijke prestaties voor de verschillende onderdelen van de geboortezorg (verloskundige zorg, ziekenhuiszorg, kraamzorg). Samenwerking binnen de keten geboortezorg wordt belemmerd doordat gezamenlijk overleg of andere samenwerkingsvormen niet worden bekostigd. Door de wijze van bekostiging wordt taakherschikking niet ondersteund. Het beleid wordt wel meer gericht op het mogelijk maken van integrale bekostiging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden gestimuleerd om pilots uit te voeren waarin kan worden geëxperimenteerd met integrale bekostiging. Ook krijgen zorgverzekeraars meer ruimte om te investeren in de samenwerking tussen zorgaanbieders. De module 'Integrale geboortezorg' biedt aanvullende tariefruimte ter verbetering van de kwaliteit van verloskundige zorg inclusief de bevordering van de samenwerking en professionalisering binnen de verloskundige keten. Verloskundigen kunnen hiervoor een tarieftoeslag ontvangen van de verzekeraar van maximaal 10%.

Uitvoerbaarheid

De maatregel kan binnen twee jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Er is, evenals bij de bekostiging van keten-DBC's, een risico dat een aanbieder het budget ontvangt voor de gehele keten en niet transparant is over de verdeling. Er bestaat ook een risico op afwenteling: zorgaanbieders kunnen geld ontvangen vanuit de ketenbekostiging zonder dat daar een evenredige hoeveelheid werk tegenover staat. Ten slotte lost integrale bekostiging niet de cultuurverschillen tussen de verschillende beroepsgroepen op. Het kan dus zijn dat de samenwerking nog steeds niet goed op gang komt.

Budgettaire effecten

Gezien de onzekerheid omtrent de maatregel (er hebben nog geen gedegen evaluaties plaatsgevonden) en onduidelijkheid over verschuiving van zorg naar de eerste lijn wordt de opbrengst op 30 miljoen euro ingeschat. Dit staat gelijk aan een besparing van 5% op de tweedelijns geboortezorg.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Integraal tarief geboortezorg	0	0	-30	-30	-30

054 Convenant terugdringen no show

De overheid sluit een convenant met ziekenhuizen gericht op het terugdringen van het aantal patiënten dat niet komt opdagen bij een afspraak (*no show*). Indien ziekenhuizen onvoldoende werk maken van het terugdringen van *no show* zou de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) boetes kunnen uitdelen aan de betreffende ziekenhuizen.

Achtergrond

In de bestuurlijke akkoorden tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de brancheorganisaties in de ziekenhuiszorg zijn afspraken gemaakt over beheerste kostenontwikkeling. Het tegengaan van *no show* is daar een onderdeel van. In 2013 werd op basis van een enquête in ziekenhuizen een *no show*percentage van 3,2% gemeten en in academische centra 3,9%. Eerste cijfers laten zien dat in 2014 het *no show* percentage in ziekenhuizen al is gedaald tot 3,1%. In zelfstandige behandelcentra lijkt *no show* maar beperkt te spelen. Het terugdringen van *no show* heeft volop de aandacht van de betrokken instellingen en de brancheorganisaties ondersteunen hun leden hierbij. Zo heeft de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) op haar website een pagina ingericht met informatie over oorzaken van *no show* en mogelijke maatregelen en best practices. Het terugdringen van *no show* is profijtelijk voor de ziekenhuizen omdat ze dan doelmatiger hun zorg kunnen inplannen. Het bestrijden van *no show* kost echter tijd en geld. Ziekenhuizen zullen zelf de nodige maatregelen nemen om de *no show* terug te dringen tot het punt waarop de baten opwegen tegen de kosten.

Uitvoering

Het maken van afspraken met het veld inzake *no show* is lopend beleid. De 'boetebevoegdheid' van de IGZ is nieuw. Een 'stok achter de deur' door de IGZ is echter lastig vorm te geven. Een inspanningsverplichting vergt harde criteria voor ziekenhuizen. Die zijn echter moeilijk op te stellen en te handhaven. Voor het opleggen van boetes aan ziekenhuizen door de IGZ uit hoofde van doelmatigheidsoverwegingen bestaat geen wettelijke basis. De IGZ ziet toe op het leveren van kwalitatief goede en veilige zorg, niet op de doelmatigheid. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft geen wettelijke bevoegdheden voor dergelijke boetes aan zorgaanbieders. Doelmatigheid van zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) dient namelijk binnen het huidige stelsel geborgd te worden bij de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ter illustratie: in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is vastgelegd dat NZa wel toezicht houdt op een rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, maar is expliciet benoemd dat de NZa niet toeziet op een doelmatige uitvoering. Dat is 'aan de markt'. Een boetebevoegdheid inzake ondoelmatig gedrag van zorgaanbieders vergt derhalve wettelijke verankering. Wetswijziging ten behoeve van de boetebevoegdheid vergt minimaal twee jaar.

Budgettaire effecten

De maatregel is reeds onderdeel van het basispad (afspraken beheerste kostenontwikkeling in hoofdlijnenakkoorden). Uit onderzoek blijkt dat een aanpak gericht op het terugdringen van *no show* leidt tot 5 à 10 procent minder *no show*. Concreet zou dat betekenen dat het percentage *no show* bij ziekenhuizen zou kunnen dalen tot ongeveer 3%. De verwachting is dat de onder het huidige hoofdlijnenakkoord ingezette acties al het maximaal te verwachten effect zullen genereren. Aangezien ziekenhuizen zelf ook direct belang hebben bij een lage *no show* mag worden aangenomen dat dit effect structureel van aard is en dat nieuwe afspraken na 2017 geen extra budgettaire opbrengst genereren.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Convenant terugdringen no show	0	0	0	0	0

055 Palliatieve zorg van ziekenhuis naar thuissetting

Er wordt ingezet op het verminderen (van de duur van) ziekenhuisopnamen door meer palliatieve zorg in een thuissetting te verlenen. De maatregel bestaat uit twee onderdelen. Allereerst worden de diagnosebehandelcombinaties (DBC's) met palliatieve zorg die ook in een thuissetting kunnen worden geleverd gedurende vijf jaar onder het A-segment gebracht; de andere DBC's worden hiervoor geschoond. De tarieven hiervan worden gemaximeerd op de tarieven van extramurale palliatieve zorg. Daarnaast wordt een tijdelijke impuls gegeven van 50 miljoen euro aan de subsidieregeling 'palliatief terminale zorg' voor de versterking van hospices en ondersteuning van zorgnetwerken.

Achtergrond

Er is een onderscheid tussen palliatieve zorg en palliatief terminale zorg. Wanneer de geschatte levensverwachting minder is dan drie maanden spreekt men over palliatief terminale zorg. Palliatieve zorg valt voor een belangrijk deel onder de Zvw. In de ziekenhuiszorg zijn er aparte DBC's voor palliatieve zorg. Ook kan palliatieve zorg onderdeel zijn van een regulier DBC.

Naast ziekenhuizen leveren ook huisartsen zorg aan palliatief terminale patiënten en vanaf 2015 is ook de extramurale palliatief terminale zorg (bijvoorbeeld in hospices of 'bijna thuis' huizen) onderdeel van de Zvw onder de aanspraak wijkverpleging. De zorg in *high care hospices* zal vanaf 2016 onderdeel uitmaken van de aanspraak eerstelijnsverblijf van de Zvw.

Er loopt tot 2020 een Nationaal Programma Palliatieve Zorg dat zich richt op het organiseren van palliatieve zorg dicht bij huis en het ondersteunen van mantelzorgers. Hiervoor is jaarlijks 8,5 miljoen euro beschikbaar. Ook loopt er een subsidieregeling palliatief terminale zorg van 15 miljoen euro voor het versterken van hospices, de coördinatie van vrijwilligers thuis en de versterking van zorgnetwerken. Dit heeft de afgelopen jaren onder andere geleid tot toename van het aantal hospices. Deze regeling wordt in 2015 geëvalueerd.

Uitvoering

Het is niet eenvoudig om palliatieve zorg te onderscheiden die substitueerbaar is naar de thuissetting. Daarvoor is overleg nodig met veldpartijen over welke palliatieve DBC's kunnen worden ondergebracht in het A-segment en welke DBC's geschoond kunnen worden van palliatieve zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt voor dit segment de maximumtarieven vast. Er wordt uitgegaan van een implementatietermijn van twee jaar.

Gedrags- en neveneffecten

De tarieven voor palliatieve zorg in ziekenhuizen liggen normaliter hoger dan in een thuissetting. Als de tarieven voor de palliatieve zorg die ook extramuraal kan worden geleverd gedurende vijf jaar onder het A-segment worden gebracht en op het niveau van extramurale palliatieve zorg komen te liggen, is palliatieve zorg voor de ziekenhuizen niet langer financieel aantrekkelijk. In dat geval zal palliatieve zorg waarschijnlijk elders worden verleend en wordt daarmee de gewenste substitutie bereikt.

Een mogelijk gedragseffect is dat ziekenhuizen patiënten met palliatieve zorg om gaan labelen naar andere, duurdere DBC's om zo nog palliatieve zorg te kunnen blijven verlenen. Mogelijk ontstaat er tijdelijk een te grote vraag naar bijvoorbeeld hospices die, ondanks de extra investering van 50 miljoen euro, tot wachtlijsten leidt.

Budgettaire effecten

Het Lindeboominstituut en KPMG hebben berekend dat substitutie van palliatieve zorg naar de (bijna) thuissetting een potentiële besparing van circa 65 miljoen euro op jaarbasis kan opleveren.[66] Na de genoemde periode van vijf jaar wordt verwacht dat de zorgverzekeraars hun rol oppakken en de besparing structureel maken.
Daarnaast wordt een tijdelijke impuls gegeven van 50 miljoen euro aan de subsidieregeling 'palliatief terminale zorg. Verondersteld wordt dat de opstartinvesteringen in hospices en zorgnetwerken niet meer nodig zijn na vijf jaar.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Palliatieve zorg van ziekenhuis naar thuissetting	+50	+50	-15	-15	-65
w.v. DBC palliatieve zorg in A-segment	0	0	-65	-65	-65
w.v. intensivering subsidieregeling palliatieve zorg	+50	+50	+50	+50	0

[66] Tanke et al. (2012). Palliatieve Zorg op de juiste plek – Een maatschappelijke business case, Nederlands-Vlaams Tijdschrift voor Palliatieve Zorg.

056 Versoberen zorg in het basispakket voor vreemdelingen en asielzoekers

De zorg in het basispakket wordt versoberd voor mensen zonder verblijfsrecht (die verblijven in een opvang- of onderdaklocatie) of asielzoekers gedurende hun asielprocedure in Nederland. De volgende alternatieven zijn verkend:

a. Gelijktrekken van de tarieven van zorgverleners voor asielzoekers met die voor Zvw-verzekerden, ongeacht de nationaliteit, religie, achtergrond, cultuur van de patiënt.
b. Voor vreemdelingen die geen recht meer hebben op opvang, maar wel verblijven in een opvang- of onderdaklocatie wordt alleen acute en medisch noodzakelijke zorg vergoed.
c. Betalen van eigen risico en eigen bijdragen bij het gebruik maken van zorg door asielzoekers en illegalen die verblijven in een zogenoemde onderdaklocatie.

Achtergrond

De groep mensen die niet legaal in Nederland verblijft, bestaat uit vreemdelingen van wie de verblijfsvergunning is verlopen, mensen van wie de reguliere aanvraag (inclusief bezwaar en beroepsprocedures) is afgewezen en uitgeprocedeerden die geen recht op opvang of onderdak meer hebben. Wanneer de zorgvrager in zo'n situatie niet tot betaling in staat is, bestaat enkel op medisch-ethische gronden het 'recht' op acute zorg.

In Nederland beslist de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) over de verblijfsaanvraag (asiel of regulier) van de vreemdeling. Tijdens de looptijd van de asielaanvraag hebben asielzoekers recht op opvang. Voor toegang tot de Nederlandse gezondheidzorg heeft het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) een contract afgesloten met een zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar koopt de zorg in tegen gelijke tarieven als voor Zvw-verzekerden, behalve voor huisartsenzorg waar een all-in tarief is afgesproken. Wanneer een asielzoeker in een asielzoekerscentrum van het COA verblijft, worden de zorgkosten vergoed via de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA). Dit geldt ook voor de eigen bijdragen en het eigen risico als onderdeel van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het verzekerde pakket is op een aantal punten soberder dan het basispakket.

Uitvoering

De hierboven geschetste huidige situatie komt overeen met de onder varianten a en b gestelde maatregelen.

Een besparing conform variant c is technisch mogelijk wanneer asielzoekers (in procedure) zelf het eigen risico en de eigen bijdragen betalen. De meeste asielzoekers hebben echter geen eigen inkomsten of vermogen (naast het leefgeld dat zij van het COA ontvangen, gebaseerd op NIBUD-normen). Wanneer een asielzoeker beschikt over eigen inkomsten of vermogen wordt op dit moment reeds een bijdrage gevraagd in de kosten van de opvang. Deze variant vereist wetswijziging en kan in twee jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Het doorvoeren van de variant c raakt zowel de vreemdeling met een aanvraag tot asiel als het COA en de verzekeraar. Qua gedragseffecten is voorstelbaar dat een deel van de asielzoekers afziet van noodzakelijke zorg, omdat zij geconfronteerd worden met openstaande rekeningen die zij niet kunnen betalen. Hierdoor worden zij, gezien het ontbreken van eigen inkomsten, automatisch niet-betaler. Het innen van deze gelden en verwachte oplopende aantal niet-betalers betekenen extra uitvoeringskosten voor de verzekeraar als ook het Zorginstituut Nederland. Tevens wordt verwacht dat een intensiever beroep wordt gedaan op artikel 1. g. van de Regeling verstrekkingen asielzoekers (RVA) voorbetaling van buitengewone kosten.

Budgettaire effecten

Het all-in tarief voor de huisartsenzorg leidt tot een totaal aan uitgaven dat per saldo gelijk of lager is dan wanneer de gedifferentieerde tarieven voor huisartsenzorg waren toegepast. De totale uitgaven van het COA zijn geraamd op circa 400 miljoen euro.[67] Het aandeel gezondheidszorg in die uitgaven is 28%, wat neerkomt op circa 100 miljoen euro. Bij de veronderstelling dat het aandeel eigen betalingen in de totale zorgkosten bij asielzoekers gelijk is aan het aandeel eigen betalingen in de totale zorgkosten (7,5%), komt het bedrag aan op te leggen eigen betalingen uit op 7,5 miljoen euro. Omdat asielzoekers geen vaste inkomsten hebben, is de inschatting dat slechts een beperkt deel in staat zal zijn een eigen bijdrage te betalen. Samen met een verwachte stijging van de uitvoeringskosten betekent dit dat het budgettaire effect beperkt is.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Versoberen zorg in het basispakket voor vreemdelingen en asielzoekers	0	0	-1	-1	-1

[67] De minister van Veiligheid en justitie (2014). Rijksbegroting 2015 vi Veiligheid en Justitie.

057 Reclameverbod zorgverzekeraars

Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt het zorgverzekeraars verboden om reclame te maken.

Achtergrond

Zorgverzekeraars zijn private partijen die opereren in een concurrerende markt. Ze zijn vrij om reclame te maken. In 2013 werd aan reclame 59 miljoen euro uitgegeven.[68]

Uitvoering

Het verbieden van het maken van reclame is in het huidige stelsel met private zorgverzekeraars juridisch niet haalbaar. Het is onwaarschijnlijk dat een reclameverbod de Europese toets zou kunnen doorstaan omdat het zorgverzekeraars ontmoedigt zich te laten voorstaan op goede prestaties om zich te onderscheiden en verzekerden te trekken. Om reclame te kunnen verbieden moet een reclameverbod in het algemeen belang zijn, en dit belang zwaarder wegen dan de ondernemingsvrijheid. Het argument dat reclamegelden niet aan zorg worden besteed, en dat de zorg 'dus' duurder is dan nodig, vergt onderbouwing. Een verbod op reclame leidt niet automatisch tot premieverlaging. Bij de vaststelling van de risicovereveningsbijdrage die zorgverzekeraars uit het zorgverzekeringsfonds krijgen wordt geen rekening gehouden met reclame-uitgaven. Zorgverzekeraars betalen deze dus uit andere inkomsten dan de middelen die via het overheidsbeleid bij hen terechtkomen, dat kan bijvoorbeeld via de premiestelling of inkomsten uit de aanvullende verzekering of beleggingen.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Reclameverbod zorgverzekeraars	x				

Interactie met andere maatregelen

Deze beleidsoptie gaat niet samen met beleidsoptie 098 (publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen) omdat reclame dan overbodig is vanwege het ontbreken van concurrentie tussen zorgverzekeraars; verzekerden kunnen zich maar bij een (regionaal) ziekenfonds inschrijven.

[68] BS Health Consultancy (2014). Zorgverzekerde kiest voor keuzevrijheid èn prijs.

058 Afromen winsten/vermogens zorgverzekeraars

Winsten/vermogens van zorgverzekeraars worden afgeroomd. Er wordt een maximumsolvabiliteitseis gesteld aan het eigen vermogen/de reserves van zorgverzekeraars. Het overige eigen vermogen wordt afgeroomd en vloeit terug naar alle premiebetalers.

Achtergrond

Het ministerie van Financiën stelt jaarlijks op basis van advies van De Nederlandsche Bank (DNB) de minimumsolvabiliteit van zorgverzekeraars vast. Over 2014 bedroeg deze 11%. Bij een te lage solvabiliteit kan DNB de vergunning van een zorgverzekeraar intrekken. Zorgverzekeraars houden in de praktijk hoger dan wettelijk vereiste buffers aan om tegenvallers op te kunnen vangen, en bij overnames niet meteen door de minimale buffereis te zakken. Vanaf 1 januari 2016 treedt *Solvency II* in werking, de nieuwe Europees geharmoniseerde wet- en regelgeving ten aanzien van solvabiliteit. Ook in dit toezichtraamwerk voor zorgverzekeraars is geen maximumsolvabiliteitseis opgenomen.

Uitvoering

In het huidige stelsel is de maatregel niet juridisch uitvoerbaar. Zorgverzekeraars zijn gehouden aan de Wet op het financieel toezicht (Wft) en daarmee aan de Europese richtlijnen voor (schade)verzekeringen. Daarnaast zijn sommige Europese verordeningen rechtstreeks van toepassing. Invoering van een winstafromingsgrens door een nationale wetgever staat haaks op een privaatrechtelijk systeem en is strijdig met de genoemde Europese regels. Ook zijn maximumsolvabiliteitseisen geen onderdeel van het huidige stelsel en kunnen eveneens gezien worden als een belemmerende regeling voor niet-Nederlandse zorgverzekeraars die de Nederlandse (zorg-) verzekeringsmarkt willen betreden. Verder vloeit uit een maximumsolvabiliteitsgrens nog niet voort welke bestemming vermogen moet krijgen dat die grens overschrijdt. Als dit de vorm heeft van een verplichte verlaging van de premie is dat een ingreep op de bedrijfsvoering van een verzekeraar en is dat Europeesrechtelijk niet toegestaan.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Afromen winsten/vermogens zorgverzekeraars	x				

Interactie met andere maatregelen

Naar verwachting is de maatregel in huidig zorgverzekeringsstelsel niet mogelijk, maar wel in een publiek stelsel, zoals bij de beleidsopties 097 (landelijk opererende ziekenfondsen), 098 (regionaal opererende ziekenfondsen), 099 (centrale aansturing en regionale uitvoerders).

059 Belonen infectiepreventie in ziekenhuizen

De overheid voert een bonusregeling in die infectiepreventie in ziekenhuizen beloont. In het eerste jaar wordt een nulmeting gedaan van het aantal ziekenhuisinfecties. Een prevalentie van minder dan 6% wordt beloond.

Achtergrond

Van alle patiënten die in een ziekenhuis zijn opgenomen, heeft gemiddeld 6,9% één of meerdere ziekenhuisinfecties. De circulatie van bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) wordt internationaal beschouwd als de grootste bedreiging voor de veiligheid van zorg. Daarom is het voorkomen van infecties belangrijk. Uit onderzoek dat door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is geïnventariseerd, blijkt dat ruim 25% van de ziekenhuisinfecties voorkomen kan worden en recente studies hebben het zelfs over 50%.

Het PREZIES-project uit 2000 richtte zich op invoering en onderhoud van een landelijke surveillance van ziekenhuisinfecties. De verantwoordelijkheid voor de preventie van zorginfecties ligt op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen bij de zorginstellingen. Sinds 2013 is er het programma Veiligheidsagenda, een voorzetting van het Veiligheidsmanagementsysteem Veiligheidsprogramma (2008-2012) waartoe veldpartijen het initiatief hadden genomen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft echter geconstateerd dat ziekenhuizen nog te weinig werken aan het voorkomen van infecties en richtlijnen voor infectiepreventie onvoldoende naleven. Ook heeft de IGZ waargenomen dat Nederlandse ziekenhuizen niet goed zijn voorbereid op de toename van bijzonder resistente micro-organismen.

Uitvoering

De invoeringstermijn bedraagt een jaar. Het zal enkele jaren duren voordat de maatregel tot zichtbare resultaten zal leiden.

Gedrags- en neveneffecten

De maatregel is fraudegevoelig. Als een bonus volgt bij minder infecties kan dat een prikkel zijn om infecties niet te registreren. De registratie wordt daardoor minder betrouwbaar. Dat is voor de IGZ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) niet goed controleerbaar. Een deel van de bonussen zal dus mogelijk onterecht worden uitgekeerd. In de gevallen waarbij het ziekenhuis correct heeft geregistreerd, zal ook de bonus terecht zijn verstrekt of terecht niet zijn verstrekt.

De monitoring van PREZIES kan stagneren omdat ziekenhuizen niet meer mee willen werken. Wanneer een bonus wordt uitgedeeld op basis van infectiepreventie, kunnen de cijfers worden gemanipuleerd.

Budgettaire effecten

De kosten van ziekenhuisinfecties bedragen tussen de 210 en 337 miljoen euro per jaar.[69] Onder de aanname dat er een evenredig verband is tussen de afname van het aantal ziekenhuisinfecties en de kosten, en gesteld dat alle ziekenhuizen hun infectiepreventie weten te reduceren zodat de gemiddelde prevalentie met 0,9 procentpunt naar 6% daalt, betekent dit een besparing van circa 27 miljoen euro per jaar. Daartegenover staan de kosten van de bonussen en van de extra capaciteit bij de IGZ en de NZa voor het uitkeren van bonussen en de checks op rechtmatigheid daarvan. Als wordt verondersteld dat dit bij elkaar 7 miljoen euro per jaar is dan is de totale besparing op termijn 20 miljoen euro per jaar. In het begin zijn er vooral kosten (bonussen en administratielasten voor IGZ en NZa), pas op termijn wegen de besparingen hier tegenop.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Belonen infectiepreventie in ziekenhuizen	0	+5	0	-5	-20

[69] Van Benthem, B.H.B., Van der Kooi, T.I.J., Hopmans, T.E.M. en Wille, J.C. (2010). Trend in prevalentie van ziekenhuisinfecties in Nederland 2007-2009. Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie, 6, 117-121.

060 Verminderen vermijdbare heropnames

Zorgaanbieders betalen de kosten van vermijdbare heropnames en heroperaties binnen de looptijd van de DBC.

Achtergrond

Heropnames en heroperaties worden momenteel volgens de gangbare regels vergoed. Bij ongeplande heropname binnen 42 dagen na ontslag worden de extra verrichtingen en ligdagen toegevoegd aan de openstaande diagnose behandel combinatie (DBC). Dit leidt uiteindelijk tot een zwaardere DBC. Bij heropname na 42 dagen na ontslag wordt een nieuwe DBC geopend. Zorgverzekeraars kunnen bij de prijsonderhandeling in het B-segment afspraken maken over vergoeding van heropnames, en deze bijvoorbeeld niet meer vergoeden of een lagere prijs betalen als het percentage heroperaties boven een bepaald percentage uitkomt.

Van alle in 2011-2012 opgenomen patiënten kreeg 7,1% te maken met zorggerelateerde schade; 1,6% heeft te maken gekregen met potentieel vermijdbare schade. Dit is 45% minder dan in 2008. Van alle in 2011-2012 in het ziekenhuis overleden patiënten was bij 2,6% het overlijden waarschijnlijk gerelateerd aan potentieel vermijdbare schade tijdens de opname. De potentieel vermijdbare sterfte daalde met 53% ten opzichte van de meting in 2008.
De IGZ houdt toezicht op de naleving van richtlijnen die vermijdbare heropnames moeten voorkomen. Daarnaast ontwikkelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) drie nieuwe indicatoren: vermijdbare sterfte, onverwachte heropnames en onverwacht lange ligduur. Het beleid van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is er op gericht spoedig heroperaties en heropname als kwaliteitsindicator verplicht te stellen en openbaar te maken.

Uitvoering

De NZa zal in de prestatiebeschrijving moeten opnemen dat vermijdbare heropnames en heroperaties in plaats van na 42 dagen binnen negentig dagen tot de oorspronkelijke zorgprestatie behoren. De *grouper* bij DBC-Onderhoud moet zodanig worden aangepast dat bij een tweede opname de extra verrichtingen en ligdagen niet meetellen bij de bepaling van de uiteindelijke DBC. Er is twee jaar nodig voor de implementatie van de maatregel.

Gedrags- en neveneffecten

Indien onvoldoende wordt gecorrigeerd voor zwaardere patiënten bestaat de kans dat ziekenhuizen complexe gevallen gaan vermijden.

Budgettaire effecten

In 2011-2012 waren de kosten van de extra opnameduur door potentieel vermijdbare schade circa 0,5% (110 miljoen euro) van de totale uitgaven voor ziekenhuiszorg. Een deel hiervan zal terugverdiend kunnen worden door het implementeren van verbeterinitiatieven. Een halvering over een periode van vier jaar betekent op termijn een vermindering van de vermijdbare schade van 55 miljoen euro. Aan de andere kant zullen verbeterinitiatieven leiden tot extra uitgaven, zoals het jaarlijks toetsen van de bekwaamheid van medewerkers tijdens simulatietrainingen. Rekeninghoudend met deze uitgaven is de besparing structureel 45 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verminderen vermijdbare heropnames	0	0	-10	-25	-45

061 Bestuurlijk akkoord mondzorg

De overheid sluit met de sector een bestuurlijk akkoord voor mondzorg. Hierin is optimale en effectieve zorg gedefinieerd, zijn *evidence based* richtlijnen en *best practices* uitgewerkt en is een taakstelling opgenomen.

Achtergrond

De mondzorg voor mensen tot 18 jaar, de bijzondere tandheelkunde en chirurgisch-specialistische mondzorg vallen onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). De reguliere mondzorg voor volwassenen valt volledig buiten de aanspraak. Wel valt deze onder de tariefregulering van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De Gezondheidsraad heeft in 2012 vastgesteld dat er te weinig *evidence based* richtlijnen zijn binnen de mondzorg. Dit kan leiden tot behandelvariatie en kwaliteitsachterstand. Ook is het lastig om nut en noodzaak van een behandeling te beoordelen en patiënten te informeren over te verwachten behandelresultaten. Het opstellen en hanteren van deze richtlijnen kan de doelmatigheid bevorderen.
Het veld heeft het initiatief genomen om het Kennisinstituut Mondzorg op te zetten dat de richtlijnen zal ontwikkelen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) draagt heeft een startsubsidie beschikbaar gesteld. Bij het ontwikkelen van richtlijnen en kwaliteitsindicatoren ligt de nadruk op kwetsbare ouderen, gehandicapten en jeugdigen. Per 1 juli 2015 zijn de maximum tarieven voor de mondzorg met 5% gekort.

Uitvoerbaarheid

Het ontwikkelen van een afdoende set richtlijnen om een budgettair effect te genereren duurt twee jaar en kent daarna een ingroeipad van meerdere jaren.

Gedragseffecten en neveneffecten

Wanneer richtlijnen leiden tot besparingen kan dat als effect hebben dat tandartsen dit verlies proberen te compenseren via de reguliere mondzorg die buiten de Zvw valt. Of zij zullen zich toeleggen op zorg waarvoor deze richtlijnen (nog) niet bestaan. Richtlijnen kunnen tot onbedoelde kostenstijging leiden, zoals is gebeurd met de invoering van het ‘paroprotocol’ in de jaren negentig en met de richtlijn over infectiepreventie. Beide richtlijnen hebben geleid tot een forse ophoging van het kader. Daarom is een beheersinstrument noodzakelijk om een opbrengst te genereren bij het sluiten van een akkoord mondzorg.

Budgettaire effecten

De budgettaire opbrengst hangt af van de onderhandelingen. Een verhoging van de doelmatigheid met 5% leidt tot een daling van de Zvw-uitgaven met circa 35 miljoen euro. De budgettaire opbrengst bij het sluiten van een akkoord is alleen hard als er een instrument kan worden ingezet om deze opbrengst te garanderen indien de doelstellingen uit het akkoord toch niet worden gehaald. Bij de mondzorg kan dit bijvoorbeeld worden bereikt door de tarieven te verlagen.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Bestuurlijk akkoord mondzorg	0	0	-10	-25	-35

062 Continueren macrobeheersinstrument en afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden

Het macrobeheersinstrument (MBI) wordt gehandhaafd om eventuele overschrijdingen van het macrokader zorg terug te halen met een generieke korting op de zorgaanbieders. Tevens wordt een vervolg gegeven aan de verschillende hoofdlijnenakkoorden voor de periode na 2017. In de akkoorden wordt door de Rijksoverheid ingezet op concrete maatregelen ter verhoging van de doelmatigheid en kwaliteit.

Achtergrond

Met de partijen in de eerste lijn (huisartsen en wijkverpleging), GGZ en medisch-specialistische zorg, de zorgverzekeraars heeft de minister van VWS akkoorden gesloten over inhoudelijke en financiële aspecten van de zorgverlening in de periode 2014-2017. Tegen de achtergrond van het basispad (MLT 2013-2017), dat uitgaat van een reële groei van 3,2%, is de belangrijkste financiële afspraak dat de groei van de zorguitgaven op macroniveau, afhankelijk van de sector maximaal tussen de 1% (ziekenhuizen) en 2,5% (huisartsen) mag zijn. Door inzet van het MBI kan een eventuele overschrijding (deels) worden teruggehaald bij de zorgaanbieders naar rato van hun omzet. De juridische basis is artikel 50, tweede lid, van de Wmg. De minister besluit over het inzetten van het MBI.
In de huidige hoofdlijnenakkoorden is afgesproken de groei te verminderen en de doelmatigheid en kwaliteit te verbeteren. Zonder akkoorden bestaat het risico dat de zorguitgaven na 2017 terugkeren naar oude, hogere groeipaden. Tot op heden is het MBI niet ingezet. Complete realisatiecijfers over de afgelopen jaren zijn nog niet beschikbaar.

Uitvoering

De maatregel is technisch uitvoerbaar onder de voorwaarde dat de huidige partijen weer deelnemen aan nieuwe hoofdlijnenakkoorden. Het opstellen van de akkoorden vergt ongeveer een half jaar, afhankelijk van de medewerking van alle partijen. Als de akkoorden gereed zijn voor 1 september, kunnen budgettaire afspraken verwerkt worden in jaar t+1.

Gedragseffecten en neveneffecten

Partijen zullen zich verzetten tegen een lager groeipad voor de uitgaven. Zij zullen in ruil voor deze beperking van de groei iets terug willen ontvangen. Mogelijk maakt het voor een tweede keer hanteren van deze akkoorden het instrument minder krachtig.

Budgettaire effecten

De budgettaire omvang van de betreffende sectoren is in totaal 31,4 miljard euro in 2017. Een akkoord dat een groeipad hanteert dat lager is dan het basispad van de zorguitgaven levert een besparing op. Om deze besparing te kunnen realiseren zal het akkoord samen moeten gaan met doelmatigheidsmaatregelen. Deze doelmatigheidsmaatregelen kunnen in akkoorden worden vastgelegd met partijen in het veld. Door de akkoorden is er commitment om de maatregelen door te voeren.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Continueren macrobeheersinstrument en afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

In *Keuzes in Kaart* 2013-2017 is bij inzet van het MBI zonder ondersteunende maatregelen gerekend met een jaarlijkse extra volumereductie van maximaal een half procent per jaar ten opzichte van het basispad. Dat leverde over de gehele kabinetsperiode 2013-2017 voor de ziekenhuiszorg een besparing op van 0,5 miljard euro en voor de geestelijke gezondheidszorg van 0,2 miljard euro. Verondersteld werd dat zonder ondersteunende maatregelen een grotere MBI korting dan een half procent per jaar tot een oploop van wachtlijsten zou leiden, hetgeen in strijd zou zijn met het wettelijk recht op zorg. Sindsdien heeft het zorgverzekeringsstelsel zich verder ontwikkeld waardoor de prikkels voor zorgverzekeraars zijn vergroot en er minder ruimte is voor generieke kortingen. Er wordt daarom in deze rapportage geen groeivertraging toegekend bij een MBI-korting zonder ondersteunende maatregelen.

Interactie met andere maatregelen

Om het lagere groeipercentage te realiseren moeten nadere maatregelen in het akkoord worden afgesproken. Afhankelijk van de gekozen maatregelen kunnen er interactie-effecten optreden met diverse andere beleidsopties, zoals 004 (boete voor zorgverzekeraars bij onvoldoende fraudeopsporing), 014 (gepast gebruik), 051 (substitutie eenvoudige tweedelijnszorg), 059 (belonen infectiepreventie in ziekenhuizen) en 060 (verminderen vermijdbare heropnames). De omvang van deze interactie-effecten is op voorhand moeilijk te bepalen omdat deze kan verschillen per combinatie van maatregelen.

063 Gedifferentieerd macrobeheersinstrument

De overheid redresseert een bepaalde macrobudgettaire overschrijding met het macrobeheersinstrument (MBI) en kort zorgaanbieders op gedifferentieerde wijze in plaats van generiek naar rato van de omzet.[70]

In variant a worden MBI-kortingen gedifferentieerd op basis van de relatieve prestaties van zorgaanbieders op bepaalde indicatoren voor kwaliteit en doelmatigheid ('maatstaf-MBI') die door de overheid worden vastgesteld. De overheid neemt in feite een stukje sturing van zorgverzekeraars over door via het MBI te gaan sturen op specifieke aspecten van kwaliteit en doelmatigheid.

In variant b worden MBI-kortingen voor zorgaanbieders gedifferentieerd per zorgverzekeraar. De overheid bepaalt voor iedere zorgverzekeraar een eigen budgettair verzekeraarskader. Daarbij wordt rekening gehouden met het risicoprofiel van de populatie van de verzekeraar, zoals in het risicovereveningsmodel. Het totaal van alle zorgverzekeraarskaders telt op tot het macrokader. Bij een macrobudgettaire overschrijding wordt het MBI per verzekeraarskader toegepast op alle zorgaanbieders die zorg leveren aan verzekerden bij de betreffende verzekeraar (naar rato van het marktaandeel van de zorgaanbieder bij die verzekeraar). Zorgaanbieders kunnen voor het deel van hun omzet dat hoort bij een andere zorgverzekeraar een andere MBI-korting krijgen.

Achtergrond

In de medisch-specialistische zorg, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de geriatrische revalidatiezorg, de wijkverpleging en delen van de huisartsenzorg geldt momenteel een generiek MBI. Bij inzet van het MBI wordt een macrobudgettaire overschrijding teruggevorderd bij alle zorgaanbieders naar rato van hun marktaandeel (generiek kortingspercentage). Zorgaanbieders moeten het bedrag dat bij hen wordt teruggevorderd in het Zorgverzekeringsfonds storten. Het maakt daarbij niet uit of ze binnen de gemaakte productieafspraken met de verzekeraar zijn gebleven of dat de overschrijding is veroorzaakt door een te hoge prijs of volume.

Het MBI is bedoeld als ultimum remedium. Primair wordt kostenbeheersing afgedwongen via zorginkoop, sturing door risicodragende zorgverzekeraars en via de uitvoering van bestuurlijke akkoorden. Als zich toch nog een macrobudgettaire overschrijding voordoet, kan deze in een uiterst geval (geheel of gedeeltelijk) door de minister van VWS worden geredresseerd door inzet van het MBI.

Hoewel geen empirisch onderzoek is uitgevoerd, zijn de eerste aanwijzingen dat het groeipercentage behorend bij het hoofdlijnenakkoord (met het MBI als onderdeel) kan werken als een richtlijn bij onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.[71]

---

[70] Deze twee voorstellen staan los van het voorstel uit de beleidsbrief 'Kwaliteit loont' van 6 februari 2015, om het MBI gerichter in te zetten op niet-gecontracteerde zorg teneinde contractering van zorg te bevorderen.

[71] Ruwaard, S., R. Douven, J. Struijs en J. Polder (2014). Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen, TPEdigitaal 8(2), 98-117.

In dat opzicht gaat er dus mogelijk wel een 'beheersende' werking uit van het (generieke) MBI.

Uitvoering

De juridische houdbaarheid van variant a en b wordt mede bepaald door de technische uitvoerbaarheid. Een gedifferentieerde toepassing van het MBI is uitvoeringstechnisch complex. Nader onderzoek is dus nodig voordat de maatregel eventueel ingevoerd kan worden.

De grondslag voor het MBI ligt in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Voor variant a zal de Wmg uitgebreid moeten worden met kwaliteitshandhaving. Het vergt ook de ontwikkeling van toetsbare kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren. Het hanteren van kwaliteitsindicatoren voor de hoogte van MBI-heffing is juridisch kwetsbaar.

Variant b vereist dat het verzekeraarskader wordt aangepast aan verzekerdenmutaties. Een verzekeraar heeft immers geen stabiele verzekerdenpopulatie; verzekerden kunnen tot en met 31 december wisselen van zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft op grond van de Zvw zorgplicht jegens zijn verzekerden. Dreigende uitputting van zijn verzekeraarskader vormt geen argument om daar niet aan te voldoen. Het kader van een zorgverzekeraar ziet op zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg. Het MBI geldt uiteraard niet voor zorgaanbieders die buiten Nederland zijn gevestigd.

Gedrags- en neveneffecten

Het effect van het gedifferentieerd MBI hangt af van de gekozen vormgeving en het antwoord op de vraag of er op dit moment sprake is van marktverstoring als gevolg van het generieke MBI. Indien dit laatste het geval is, kan de invoering van een gedifferentieerd MBI effect hebben op de kwaliteit van zorg en de omvang van wachtlijsten. Dit heeft dan in principe effect op alle zorggebruikers.

Ad variant a:

- De (gedrags)effecten van variant a hangen af van de precieze invulling. Een goed ontworpen 'maatstaf-MBI' kan de prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid vergroten. Er is wel een afruil tussen enerzijds de kwaliteit van het ontwerp en de bijbehorende prikkels en anderzijds de complexiteit van de uitvoering en dus de uitvoerbaarheid. Maatstaven die rekening houden met allerlei kwaliteitsaspecten worden navenant complexer in de uitvoering. De maatregel kan een stimulans zijn om alleen in de gekozen MBI-indicatoren te investeren ('*teaching to the test*'), wat ten koste kan gaan van de kwaliteit van aspecten die niet in het MBI zijn meegenomen.
- De kwaliteit en doelmatigheid van zorg zijn moeilijk vast te stellen en daarmee moeilijk te contracteren. Het is niet altijd duidelijk hoe individuele kwaliteitsindicatoren uitwerken op doelmatigheid. Dit maakt het lastig om te bepalen op welke indicatoren gestuurd moet worden.

Ad variant b:

- Ook in variant b hangen de (gedrags)effecten af van de precieze invulling. In deze variant ('verzekeraars gedifferentieerd MBI') worden vooral zorgaanbieders die een groot marktaandeel hebben bij een specifieke verzekeraar geprikkeld om zorg tegen lage prijzen aan te bieden (door verhoging van de doelmatigheid maar eventueel ook door minder kwaliteit te leveren). Bij overschrijding van het kader moeten zij immers zelf een groot gedeelte terugbetalen. Normaal gesproken zouden ze bij een groot marktaandeel bij een specifieke verzekeraar hogere prijzen kunnen bedingen (meer marktmacht).
- Zorgverzekeraars die zich willen onderscheiden door een hogere kwaliteit te leveren tegen iets hogere kosten worden daarin belemmerd vanwege de grotere nadruk op kostenbeheersing.
- Zorgverzekeraars zouden via private contracten de verplichting aan kunnen gaan om (bepaalde) zorgaanbieders financieel te compenseren voor een MBI-korting ('privaat gedifferentieerd MBI'). Wanneer een MBI-korting dan aan de zorgaanbieder wordt opgelegd, komt deze via de aanbieder bij de verzekeraar terecht. In ruil daarvoor kan de verzekeraar lagere DBC-prijzen vragen en een omzetbegrenzing. Dit is economisch interessant voor een verzekeraar, als het generieke MBI bij een bepaalde zorgaanbieder een prijsopdrijvende werking heeft. De verzekeraar moet wel in staat zijn het risico van een overschrijding van zijn eigen kader goed te beheersen.
- Wanneer zorgverzekeraars hun eigen kader goed beheersen en zich daar geloofwaardig aan committeren door daadwerkelijk via (private) contracten het risico op een MBI-korting van zorgaanbieders over te nemen, verdwijnen de marktverstorende effecten van het MBI. Zorgaanbieders ervaren vanuit het MBI-regime dan namelijk geen prikkel meer om hun marges te verhogen. Ook verdwijnt voor hen de onzekerheid die samenhangt met het MBI.
- Voor zover het hiervoor genoemde proces leidt tot meer contracten met omzetbegrenzing kan de kans op wachtlijsten toenemen.
- Het kan zijn dat zorgverzekeraars in de praktijk alleen bereid zullen zijn om het MBI-risico over te nemen van zorgaanbieders met veel marktmacht. Als dat het geval is, blijft er een element van ongelijkheid bestaan. Voor zorgaanbieders met weinig marktmacht blijft bovendien de prikkel bestaan om hun marges te verhogen om zich in te dekken tegen het MBI-risico. Door hun gebrek aan marktmacht zullen ze daarvoor waarschijnlijk hun kosten moeten verlagen wat mogelijk ten koste gaat van moeilijk observeerbare/contracteerbare kwaliteitsaspecten.

De uitvoeringslasten voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nemen toe. Bij variant a nemen de registratielasten voor zorginstellingen toe. Bij variant b moeten zorgaanbieders bijhouden welke kosten ze bij welke verzekeraar declareren. Dit is voor sommige zorgaanbieders nu ook al het geval als ze door verschillende zorgverzekeraars gecontracteerd zijn.

Budgettaire effecten

De macrobudgettaire opbrengst van een gedifferentieerd MBI is even groot als van een generiek MBI. Deze is daarmee gelijk aan de opbrengst van maatregel 062 over het continueren van het MBI. Daarbij kunnen de voordelen van het wegvallen van de marktverstorende effecten van het generiek MBI vooralsnog niet worden ingeschat.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Gedifferentieerd macrobeheersinstrument	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

064 Verlagen nominale premie

De nominale premie wordt verlaagd en de zorgtoeslag verdwijnt. In plaats daarvan komt een inkomensafhankelijke premie. Er zijn twee varianten, een lagere nominale premie en een nulpremie. Bij een nulpremie is de opbrengst van de inkomensafhankelijke premie gelijk aan de door de overheid geraamde schadelast van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars bepalen zelf of ze een nominale premie (in Duitsland *Zusatzbeitrag* genoemd) vragen en hoe hoog die is; dat kan ook een negatieve premie zijn (Duitse model). Een nulpremie maakt de premieverschillen heel goed zichtbaar. Bij een keuze voor een nul-premie hoeft de verzekerde helemaal geen premie te betalen. Vanwege de vergroting van de relatieve premieverschillen kan er meer concurrentie tussen zorgverzekeraars ontstaan. Nota bene: De nadruk bij de verdere uitwerking ligt op de concurrentie op de verzekeringsmarkt en niet op de financiering van de premie.

Achtergrond

Momenteel is de nominale premie 1162 euro per jaar voor volwassenen. 18-minners betalen geen premie. De werkgever of uitkeringsinstantie betaalt een werkgeversheffing van 6,95% van het inkomen van maximaal 51.976 euro. Inkomenssolidariteit in de zorg krijgt verder vorm via de zorgtoeslag. Over het pensioen betaalt de ontvanger een inkomensafhankelijke bijdrage van 5,4%.

In Duitsland bedroeg de nominale bijdrage die *Krankenkassen* in rekening brengen bij hun verzekerden in 2014 nul euro. Voor private zorgverzekeraars geldt dit niet. Sinds 2009 is de systematiek in Duitsland geregeld gewijzigd. De reguliere inkomensafhankelijke premie bedraagt er 14,6% van het inkomen.

Uitvoering

De juridische houdbaarheid loopt sterk terug naarmate het nominale deel van de premie terugloopt, vanwege mogelijke strijd met de schadeverzekeringsrichtlijnen en *Solvency II*. De vraag is of redenen van algemeen belang de indirecte beperking van beleidsvrijheid van zorgverzekeraars omtrent de vaststelling en hoogte van de nominale premie, rechtvaardigen. Mogelijk dat het verdelen van de geïnde inkomensafhankelijke premies via de risicovereveningsbijdrage over de zorgverzekeraars leidt tot ongeoorloofde staatssteun. Substantiële verlaging dan wel vervanging van de nominale premie door een inkomensafhankelijke premie past in algemene zin niet goed binnen het huidige privaatrechtelijk stelsel. De maatregel is wel goed mogelijk binnen een publiekrechtelijk stelsel met ziekenfondsen. De maatregel kan binnen anderhalf jaar worden ingevoerd, exclusief de tijd die het Europese traject zal vergen.

Gedrags- en neveneffecten

Verzekerden:

- Verzekerden reageren sterker op absolute prijsverschillen naarmate de premieverschillen relatief groter zijn. Bij een lagere nominale premie zijn verzekerden meer kostenbewust, de prijsgevoeligheid is dan hoger.[72] Dit heeft een positief effect op het aantal overstappers en de concurrentie tussen zorgverzekeraars.
- Daar staat tegenover dat wanneer de hoogte van de nominale premie daalt, het relatieve belang van de zorgpremie in het huishoudbudget daalt. Hierdoor zullen mensen minder geneigd zijn om een bewuste keuze te maken voor hun zorgverzekering. Dit heeft een negatief effect op het aantal overstappers en de concurrentie tussen zorgverzekeraars.
- Het is onduidelijk hoe groot beide effecten zijn, en wat dus het effect van een lagere nominale premie op overstapgedrag en concurrentie zal zijn. Dit kan tevens afhangen van de mate waarin de nominale premie wordt verlaagd.
- De absolute hoogte van de premie als zodanig is niet onbelangrijk. Bij een lage nominale premie kan het lijken alsof de zorg niets kost. Dit kan leiden tot maatschappelijke druk om meer geld aan zorg uit te geven. Een hoge premie kan ook leiden tot een gevoel dat men 'er voor betaald heeft' en dus alle recht heeft op veel zorg.
- Verzekerden zijn extra gevoelig voor premieverhogingen wanneer de premie aanvankelijk nul was.[73] De prijsgevoeligheid blijkt samen te hangen met leeftijd, gezondheid en verzekeringshistorie.[74]
- Bij een nulpremie kunnen premies ook negatief worden. Verzekerden blijken gevoeliger te zijn voor positieve dan negatieve premies. Negatieve premies kunnen leiden tot een vermindering van de concurrentie.
- Wanneer de verzekerde kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico dan wordt bij een lage nominale (of nul-) premie de totale premie (nominale premie plus de korting vrijwillig eigen risico) negatief.

Zorgverzekeraars:

- Bij een nulpremie is de drempel voor een verzekeraar groot om toch een positieve (of negatieve) nominale premie te heffen.[75] Zorgverzekeraars zullen proberen door scherpe zorginkoop hun premie op nul te houden om te voorkomen dat ze hun verzekerden een positieve premie moeten vragen.
- In Duitsland fungeert de door de overheid bepaalde gemiddelde nominale bijdrage als een anker voor het vaststellen van de premie. Om een nulpremie te handhaven moet de overheid wel de rekenpremie goed kunnen vaststellen.

---

[72] Zie onderzoek voor de Nederlandse situatie: Schut, F.T. & Laske-Aldershof, T. (2001, 9 november). Volledig nominale zorgpremies dienen geen doel, ESB 86(4333):860.

[73] Buchmueller, T.C. & Feldstein, P.J. (1997). The Effect of Price on Switching among Health Plans'. Journal of Health Economics, 16(2):231-47.

[74] Strombom, B.A., Buchmueller, T.C. & Feldstein, P.J (2002). 'Switching costs, price sensitivity and health plan choice. Journal of Health Economics', 21(1):89-116.

[75] Schut, F.T. & Van de Ven, W.P.M.M. (2010). 'Structuur Duitse zorgpremies efficiënter dan Nederlandse'. ESB 95(4596):662-665.

- In Duitsland zijn als gevolg van de nulpremie van de *Krankenkassen* de absolute premieverschillen kleiner geworden. Deze kleinere premieverschillen hebben geleid tot een lagere verzekerdenmobiliteit. De verkleining van de verschillen is goed te verklaren bij een normale verdeling van de schadelast. De premies tenderen dan naar nul, omdat zorgverzekeraars met een schadelast in de buurt van het gemiddelde, een nulpremie zullen vragen.
- Ook in algemene zin geldt dat de absolute premieverschillen tussen zorgverzekeraars kunnen dalen bij een lagere nominale premie. Ten eerste kunnen ook zorgverzekeraars gevoelig zijn voor de omvang van relatieve verschillen. Ten tweede zullen zorgverzekeraars, wanneer verzekerden gevoeliger worden voor prijsverschillen, hierop reageren door te pogen de verschillen te verkleinen.

Budgettaire effecten

De wetenschappelijke literatuur geeft een gemengd beeld van het effect van competitie op de zorgverzekeringsmarkt op de zorgkosten. Er zijn aanwijzingen dat meer competitie een drukkend effect heeft op de kosten, maar er zijn ook wetenschappelijke artikelen met significant negatieve effecten.[76] Op grond van de Duitse situatie is de verwachting dat de absolute premieverschillen kleiner zullen worden. Het budgettair effect van de maatregel is ongewis vanwege de onzekerheid over de omvang van de tegengestelde effecten op de concurrentie.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verlagen nominale premie	0	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

Interactie met andere maatregelen

De maatregel past bij beleidsoptie 097 (publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen).

[76] Gaynor, M. & Town, R.J. (2011). Competition in health care markets. National bureau of economic research. No. w17208.

065 Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen

Het aanpassen van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en van de Regeling aanwijzing referentieprijslijsten. In de variant a wordt het aantal referentielanden (nu: vier) uitgebreid met Denemarken, Finland, Ierland, Noorwegen, Oostenrijk en Zweden. De lijstprijs wordt in deze variant bepaald op basis van het rekenkundig gemiddelde van de drie referentielanden met de laagste prijs ('de Noorse systematiek'). In variant b wordt het aantal referentielanden uitgebreid naar alle 27 landen van de Europese Unie. De rekensystematiek blijft hetzelfde als nu het geval is, te weten het rekenkundig gemiddelde van de prijs van alle 27 referentielanden.

Achtergrond

De WGP is ingericht om apotheekinkoopprijzen in Nederland op een gemiddeld Europees niveau te brengen en ruimte te behouden voor prijsonderhandelingen. Door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars zijn de prijzen van generieke geneesmiddelen al met gemiddeld 80% gedaald. De WGP is daardoor vooral nog van betekenis voor de prijsstelling van de spécialités. In de Tweede Kamer is begin 2015 een initiatiefwetsvoorstel aanhangig om het aantal referentielanden uit te breiden naar tien en de maximumprijzen vast te stellen op het gemiddelde niveau van de laagste drie prijzen in tien referentielanden. Dit komt overeen met variant a.

Uitvoering

Voor de implementatie zal inclusief het wetgevingstraject minimaal twee à drie jaar nodig zijn, mede afhankelijk van het aantal nieuwe referentielanden en de beschikbaarheid van prijslijsten. In de Zuid- en Oost-Europese lidstaten zijn niet altijd officieel vastgestelde prijslijsten beschikbaar, wat variant twee technisch lastig uitvoerbaar maakt. Het verwerken van de benodigde informatie van 27 referentielanden vergt daardoor een aanzienlijk grotere inspanning ten opzichte van de huidige situatie.

Gedrags- en neveneffecten

Door aanpassing van de WGP zullen de nettoprijzen van geneesmiddelen onder druk komen te staan. Mogelijk neemt deze druk in de loop van de tijd af, omdat de geneesmiddelenprijzen in Europa al naar elkaar toegroeien.[77] Geneesmiddelenfabrikanten kunnen zich strategisch gedragen door lagere brutoprijzen te compenseren met lagere individuele kortingen voor afnemers, of hun apotheekinkoopprijzen die ook na aanpassing van de WGP nog onder de vergoedingslimiet liggen te laten stijgen tot aan de maximumprijzen. Dit kan een maximum brutoprijs minder effectief maken. Fabrikanten kunnen bovendien nieuwe geneesmiddelen niet of later op de Nederlandse markt introduceren of ze terughalen van de Nederlandse markt als er, Europees gezien, lage maximumprijzen worden vastgesteld.[78] Hier speelt mee dat Nederland zelf ook in twaalf andere landen referentieland is waardoor de prijsstelling niet alleen effect heeft in Nederland, maar via de referentiesystematiek eveneens in deze landen.

---

[77] CPB Notitie (2012, 3 juli). Aanvullende informatie voor de doorrekening van de verkiezingsprogramma's.
[78] Zie advies Raad van State bij initiatiefwetsvoorstel van het lid Kuzu tot wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen.

Budgettaire effecten

Alleen variant a (tien landen) kan worden berekend, want voor variant b (27 landen) zijn niet voldoende gegevens beschikbaar. Het budgettaire effect van de maatregel is niet gelijk aan de te realiseren verlaging van de bruto apotheekinkoopprijzen, omdat de gedeclareerde, door zorgverzekeraars uitonderhandelde, nettoprijzen veelal lager zijn. De opbrengst is afhankelijk van de apotheekinkoopprijzen in buitenlandse markten, die zelf ook weer tot stand komen onder invloed van prijs- en vergoedingsmaatregelen in de referentielanden. Deze prijzen zijn niet constant en kunnen ook veranderen door wisselkoersverschillen.

Voor de berekening is verondersteld dat er bij de generieke geneesmiddelen geen aanvullende besparingen te realiseren zijn gezien het lopende preferentiebeleid. De besparingen op de spécialités zijn afhankelijk van het prijsverschil van de laagste drie landen ten opzichte van Nederland. Uit onderzoek van Conquaestor met prijzen uit 2011 blijkt dat er veel variëteit zit in de brutoprijzen van spécialités. De drie landen waar de prijzen het laagst liggen ten opzichte van Nederland zijn Frankrijk (-12%,) Noorwegen (-7%) en België (-2%). Gemiddeld zou op basis van deze cijfers de brutoprijs kunnen dalen met 7%. Voor de berekening van de opbrengst is het noodzakelijk om te weten wat het verschil is tussen de brutoprijs en de nettoprijs. Uit het feit dat zorgverzekeraars in 2013 nog steeds een marge inhielden bij de apothekers van 6,82% (voorheen de claw-back) kan worden afgeleid dat de netto inkoopprijzen minstens 7% lager liggen dan de brutoprijzen. Een daling van de brutoprijzen met 7% levert dan niet direct een daling van de nettoprijzen op.

Daarmee zijn de gedragseffecten van de betrokken partijen (fabrikanten, apothekers en zorgverzekeraars) bepalend voor de mate waarin de maatregel leidt tot opbrengsten. Gezien de ervaringen met de WGP tot nog toe valt te verwachten dat ook op de nettoprijzen druk ontstaat. De omvang van de gedragseffecten is ex ante moeilijk te bepalen. Op basis van de uitgaven voor spécialités (2013) levert 1% verlaging van de nettoprijzen een opbrengst van 35 miljoen euro op. Verondersteld is dat de brutoreductie van 7% zich uiteindelijk voor een kwart doorvertaalt in de nettoprijzen, wat leidt tot een structurele opbrengst van 50 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
a. Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen op basis van tien landen	0	0	0	-50	-50
b. Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen op basis van 27 landen	0	0	0	p.m.	p.m.

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met de beleidsopties 066 (herberekening GVS) en 067 (overhevelen specialistische geneesmiddelen). Bij gecombineerde invoering kunnen de opbrengsten niet volledig bij elkaar worden opgeteld.

066 Herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedings-systeem

De overheid berekent nieuwe vergoedingslimieten voor de geneesmiddelen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Achtergrond

De overheid bepaalt welke geneesmiddelen via de basisverzekering (gedeeltelijk) worden vergoed en hanteert hierbij vergoedingslimieten middels het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Per cluster van therapeutisch vergelijkbare geneesmiddelen is een vergoedingslimiet vastgesteld op basis van de apotheekinkoopprijzen. Voor geneesmiddelen met een hogere prijs dan de vergoedingslimiet van het betreffende cluster, moet de patiënt de meerkosten zelf betalen.

De vergoedingslimieten zijn sinds 1999 niet meer opnieuw berekend. Het gevolg hiervan is dat de actuele prijzen veelal onder de vergoedingslimieten liggen. Dit maakt het GVS ineffectief in het drukken van medicijnprijzen. De functie van het GVS wordt echter steeds meer overgenomen door prijsonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en apothekers. Daarnaast hebben ook de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en het individuele preferentiebeleid dat zorgverzekeraars sinds 2008 zijn gaan voeren, een prijsverlagend effect. Wanneer zorgverzekeraars generieke geneesmiddelen onder het preferentiebeleid laten vallen, kunnen de prijsdalingen oplopen tot 80%. De apotheekinkoopprijs per dagelijkse dosis is voor de generieke geneesmiddelen gedaald van gemiddeld 26 cent in 2007 naar 8 cent in 2013.[79]

Uitvoering

De maatregel kan binnen een jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Fabrikanten kunnen, om marktaandeel te behouden, de prijs verlagen naar de vergoedingslimiet waarmee bijbetalingen voorkomen worden. Het kan ook zijn dat ze hun prijzen niet verlagen, omdat dit kan betekenen dat de prijzen dan elders in Europa mee omlaaggaan als in die landen een maximum prijsstelling geldt vergelijkbaar met de WGP in Nederland. Dit kan er vervolgens toe leiden dat voor ruim 6 miljoen patiënten de eigen betalingen toenemen of dat miljoenen patiënten moeten overstappen naar een ander geneesmiddel om extra bijbetalingen te voorkomen. Bij rationeel gedrag zou een patiënt die te maken krijgt met (hogere) eigen betalingen overstappen naar een goedkoper geneesmiddel binnen hetzelfde cluster, of indien mogelijk helemaal stoppen met het gebruik. Dan moet er wel een geschikt alternatief geneesmiddel zijn. Bovendien is deze overstap afhankelijk van de keuzes die de voorschrijvende arts maakt en de voorkeuren van de patiënt. Overstapgedrag van 10-20% lijkt realistischer dan de in de proefberekeningen van Ape gehanteerde percentages van 50, 80 en 100, die volgens de Stichting Farmaceutische

[79] Zorginstituut Nederland (2014). GIPeilingen 2013, p.20.

Kengetallen in de praktijk nooit zijn vertoond.[80] Indien er geen maximering aan de bijbetalingen wordt gesteld zullen er patiënten zijn die te maken krijgen met hoge bijbetalingen. Maximering geeft een lagere besparing.

Budgettaire effecten

Voor de generieke middelen wordt een beperkt prijseffect verwacht (mede afhankelijk van het gekozen scenario), omdat hier de prijzen al scherp zijn uitonderhandeld. De vergoedingslimieten hebben dus ook na herberekening in de meeste gevallen geen effect meer op de prijzen van deze middelen. Voor de spécialités kan de maatregel leiden tot een prijsverlaging (fabrikant betaalt de besparing) en/of meer private bijbetalingen van patiënten (patiënt betaalt de besparing).

De opbrengst is afhankelijk van de gekozen variant voor de herberekening.[81] Uitgaande van de laagste variant (geijkte limieten zonder overstapgedrag) bedraagt de budgettaire opbrengst 182 miljoen euro en nemen de eigen betalingen met 216 miljoen euro toe, indien de prijzen ongewijzigd zouden blijven. Omdat in deze variant niet wordt overgestapt zijn er geen transitiekosten in de vorm van extra uitgaven voor consulten en eerste uitgiftegesprekken.

Naarmate er meer overstapgedrag naar het goedkoopste middel wordt verondersteld neemt de budgettaire opbrengst toe. Bij 50% overstapgedrag naar het goedkoopste middel binnen een cluster is in de variant met geijkte limieten de opbrengst 460 miljoen euro. De eigen betalingen stijgen in deze variant met 108 miljoen euro, bij ongewijzigde prijzen. De transitiekosten bedragen maximaal 45 miljoen euro (3 miljoen overstappers met een consult à 9 euro en een eerste uitgiftegesprek à 6 euro). Voor zover het om eerste uitgiftegesprekken gaat komen deze uitgaven ten laste van het eigen risico voor zover dat nog niet vol is.

In de berekening wordt uitgegaan van de aanname van de Stichting Farmaceutische kengetallen dat een realistisch overstapgedrag tussen de 10 en 20% ligt. Bij een gemiddeld overstapgedrag van 15% komt de bruto-opbrengst uit op 265 miljoen euro. Na aftrek van transitiekosten resteert een netto effect van 250 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem	0	-250	-250	-250	-250

In *Keuzes in Kaart* 2013-2017 werd de opbrengst berekend op 28 miljoen euro op basis van een onderzoek naar het GVS uit 2010. Uitgaande van het nieuwe onderzoek is de opbrengst bijgesteld.

De maatregel heeft bij 15% overstapgedrag voor ruim vijf miljoen patiënten hogere bijbetalingen tot gevolg van in totaal circa 185 miljoen euro, indien er geen prijsaanpassingen plaatsvinden.

---

[80] Ape (2014). Proefberekeningen Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Rapport nr. 05-1197, p. 67.
[81] Ape (2014). Proefberekeningen Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Rapport nr. 05-1197.

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met de beleidsopties 065 (aanpassen van de WGP). Bij gecombineerde invoering kunnen de opbrengsten niet volledig bij elkaar worden opgeteld.

067 Overhevelen specialistische geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget

Specialistische (dure) geneesmiddelen worden overgeheveld van de aanspraak farmaceutische zorg naar de aanspraak geneeskundige zorg (‘naar het ziekenhuisbudget’).

Achtergrond

Geneesmiddelen die intramuraal worden voorgeschreven door de medisch specialist, maar deel uitmaken van het extramurale farmaceutische kader, veroorzaken soms financierings- en verstrekkingengeschillen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Overheveling van deze geneesmiddelen naar het intramurale kader leidt tot een eenduidige aanspraak en bekostiging van (dure) medisch-specialistische geneesmiddelen. De afgelopen jaren zijn de TNF Alfaremmers, (dure) oncolytica, groeihormonen en fertiliteitshormonen reeds overgeheveld.[82] Omdat in de ziekenhuizen vraag en inkoop samenkomen, hebben zij voor deze middelen meer inkoopmacht dan extramurale apothekers. Daardoor hebben ziekenhuizen meer mogelijkheid om kortingen te bedingen en een preferentiebeleid te voeren bij vergelijkbare (dure) geneesmiddelen. In 2015 wordt het beleid omtrent overhevelingen geëvalueerd.

Uitvoering

Een gedegen voorbereiding van een overheveling kost een jaar. De middelen zullen niet allemaal in een keer worden overgeheveld.

Gedrags- en neveneffecten

Ziekenhuizen zullen zich meer inspannen om specialistische geneesmiddelen doelmatig in te kopen tegen lagere prijzen, bijvoorbeeld door het vormen van inkoopcombinaties met andere ziekenhuizen of zorgverzekeraars. De maatregel kan er wel het voorschrijfgedrag wijzigen omdat om financiële redenen wordt uitgeweken naar een ander geneesmiddel, wat tot ontevredenheid onder patiënten kan leiden. Als zich bij de overgehevelde middelen een hoger dan gemiddelde volumegroei voordoet door factoren die niet door de ziekenhuizen te beïnvloeden zijn, kan dit leiden tot verdringing binnen het ziekenhuisbudget.

Budgettaire effecten

Voor de overheveling van TNF-alfaremmers zijn voor 2012 cijfers bekend. Om de financiële effecten van de overhevelingen goed te kunnen bepalen, zijn declaratiedata over een langere periode nodig. De voorgenomen evaluatie in 2015 zal bijdragen aan een betere inschatting van de effecten (kwaliteit, eenduidigheid, financieel) van de afgelopen jaren.

De volgende groepen specialistische middelen komen mogelijk in aanmerking voor overheveling: Immunoglobulinen, Hematopoietische groeifactoren (waaronder Epoëtines), Multiple Sclerose-middelen, Weesgeneesmiddelen, Pulmonale Arteriële Hypertensie (PAH)-middelen, Hepatitis C middelen, HIV-remmers, Intraveneuze antibiotica, IJzerchelerende

[82] De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010-2012). Brieven over de overheveling van medisch-specialistische geneesmiddelen. Kamerstukken 29 248 nr. 208, 29 248 nr. 250.

middelen, Immunosuppresiva bij orgaantransplantatie, en middelen bij osteoperose/ hyperparathyroide. De financiële omvang van deze geneesmiddelen bedraagt 400 miljoen euro per jaar. Omdat nog nader moet worden geanalyseerd welke van deze middelen daadwerkelijk geschikt zijn om over te hevelen, is de berekening gebaseerd op de helft van dit bedrag (200 miljoen euro).

In de berekening wordt uitgegaan van een inkoopvoordeel van 5%; dit levert een structurele opbrengst op van 10 miljoen euro. De uitgaven medisch-specialistische zorg zullen met dit bedrag worden verlaagd.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Overhevelen specialistische geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget	0	-5	-10	-10	-10

Interactie met andere maatregelen

Bij combinatie van de beleidsopties 065 (aanpassen WGP) en 071 (centraliseren van de inkoop door de overheid), kunnen de opbrengsten niet bij elkaar opgeteld worden.

068 Invoeren preferentiebeleid intramurale geneesmiddelen

Het voeren van preferentiebeleid door zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij intramurale geneesmiddelen wordt wettelijk mogelijk gemaakt.

Achtergrond

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen onderling en met leveranciers over de prijzen van geneesmiddelen. Intramurale geneesmiddelen zijn onderdeel van de DBC-systematiek. Voor DBC's (diagnosebehandelcombinaties) gelden veelal vrije prijzen. Voor bepaalde (dure) intramurale geneesmiddelen wordt een *add on* (op de DBC) met een maximumtarief vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De financiële omvang van de geneesmiddelen onder de *add on* bekostiging bedraagt 1,4 miljard euro. De omvang van de geneesmiddelen binnen de DBC's is (veel) lager, maar niet goed kwantificeerbaar omdat ze niet apart geregistreerd worden binnen de DBC.

Voor extramurale geneesmiddelen geldt een preferentiebeleid. Dit houdt in dat wettelijk is geregeld dat de zorgverzekeraars van alle werkzame stoffen, die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen, per werkzame stof ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar moeten stellen. Een vergelijkbare inperking voor intramurale geneesmiddelen hoeft niet in de wet geregeld te worden omdat de aanspraak, in tegenstelling tot de extramurale geneesmiddelen, niet expliciet via een besluit is omschreven. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen onder de huidige regelgeving al een voorkeursbeleid voeren voor de intramurale geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof.

Budgettaire effecten

Het voeren van preferentiebeleid voor intramurale geneesmiddelen door zorgverzekeraars en zorgaanbieders is reeds mogelijk. Het wettelijk verankeren van de mogelijkheid levert geen extra besparing op.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Invoeren preferentiebeleid intramurale geneesmiddelen	0	0	0	0	0

069 Invoeren preferentiebeleid medische hulpmiddelen

Het voeren van preferentiebeleid door zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor medische hulpmiddelen wordt wettelijk mogelijk gemaakt.

Achtergrond

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen onderling en met leveranciers over de prijzen van hulpmiddelen. Voor extramurale hulpmiddelen gelden vrije prijzen. Er is voor deze hulpmiddelen een functiegerichte aanspraak. Voorheen gold hiervoor een gesloten lijst. Intramurale hulpmiddelen zijn onderdeel van de DBC-systematiek. Hiervoor gelden veelal vrije prijzen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben onder de huidige regelgeving al beleidsvrijheid om het goedkoopste adequate hulpmiddel te kiezen dat voor (de klachten van) de patiënten geschikt is. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij de hoorzorg, verbandmateriaal en incontinentiemateriaal.

Budgettaire effecten

Het voeren van preferentiebeleid voor medische hulpmiddelen door zorgverzekeraars en zorgaanbieders is reeds mogelijk. Het wettelijk verankeren van de mogelijkheid levert geen extra besparing op.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Invoeren preferentiebeleid medische hulpmiddelen	0	0	0	0	0

070 Verplichte centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door ziekenhuizen

Ziekenhuizen worden verplicht de inkoop van genees- en hulpmiddelen centraal te organiseren. De overheid maakt in samenwerking met de ziekenhuizen een lijst van genees- en hulpmiddelen die centraal worden ingekocht. De aanspraak in de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt beperkt tot de centraal ingekochte genees- en hulpmiddelen.

Achtergrond

Op dit moment zijn zorgverzekeraars en ziekenhuizen autonoom met betrekking tot de inkoop van genees- en hulpmiddelen. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen onderhandelen onderling en met leveranciers over de prijzen. Via het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2014-2017 ligt er ook een financiële prikkel om doelmatig in te kopen. Voor inkoop van geneesmiddelen bestaan vrijwillige samenwerkingsverbanden (inkoopcombinaties van ziekenhuizen al dan niet samen met zorgverzekeraars). Voor hulpmiddelen gelden veelal vrije prijzen. Aangenomen wordt dat de inkoopmacht van zorgaanbieders te versnipperd en vrijblijvend is waardoor er een te hoge prijs voor genees- en hulpmiddelen wordt betaald.

Uitvoering

De maatregel is juridisch niet uitvoerbaar in het huidige zorgstelsel. De vrijheid van ziekenhuizen om hun onderneming te drijven zoals zij willen vloeit voort uit het Europeesrechtelijk geregelde vrij verkeer van vestiging, kapitaal en diensten. Die vrijheid kan alleen worden ingeperkt als dat noodzakelijk en proportioneel is. De probleemanalyse van een versnipperde inkoopmacht biedt daartoe onvoldoende grond.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verplichte centrale inkoop van genees- en hulpmiddelen door ziekenhuizen	x				

071 Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de Rijksoverheid

In variant a neemt de Rijksoverheid de inkoop van alle genees- en hulpmiddelen over (eigenaarschap bij Rijksoverheid) om lagere prijzen en een doelmatiger inzet van financiële middelen te bewerkstelligen. Het gaat zowel om intramurale middelen die door het ziekenhuis worden verstrekt, als extramurale middelen die via de apotheker bij de patiënt terechtkomen. Andere partijen dan de Rijksoverheid hebben niet meer de bevoegdheid om deze middelen zelf in te kopen, althans niet in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Genees- en hulpmiddelen die de patiënt niet via het centrale inkoopkanaal bereiken, vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering.

Een minder vergaande variant (b) is dat het bestaande beleid van prijsonderhandelingen tussen overheid en geneesmiddelleveranciers bij pakketbesluiten[83] wordt geïntensiveerd naar alle nieuwe dure geneesmiddelen, waarvan de jaarlijkse uitgaven boven de 10 miljoen euro per middel uitkomen en waar sprake is van een situatie van marktfalen. De toepassing van prijsonderhandelingen door de Rijksoverheid wordt voorts uitgebreid naar alle bestaande dure geneesmiddelen (met een cumulatief budgettair beslag van 100 miljoen euro per middel vanaf de introductie). Het niet opnemen in het pakket of verwijderen uit het bestaande pakket is daarbij een onderhandelingsmiddel.

Achtergrond

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn autonoom met betrekking tot de inkoop van genees- en hulpmiddelen en onderhandelen onderling en met leveranciers over de prijzen. Voor de geneesmiddelen gelden de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP)en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Voor hulpmiddelen gelden vrije prijzen. Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om preferentiebeleid te voeren. Apothekers kopen vaak in via samenwerkingsverbanden. Ook bestaan er enkele inkoopcombinaties van ziekenhuizen, al dan niet samen met zorgverzekeraars.

Bij een deel van de geneesmiddelen is sprake van een monopoliepositie van de leveranciers. Ondanks de hoge monopolieprijs kunnen zij nog flinke volumes behalen, doordat geneesmiddelen meestal volledig binnen de Zvw worden vergoed (inelastische vraag). Voor geneesmiddelen is de inkoopmacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars dan vaak niet sterk genoeg om een prijs uit te onderhandelen die aanzienlijk onder de maximumprijs van de WGP ligt, waardoor er een te hoge prijs wordt betaald. De overheid heeft als monopsonist meer macht in onderhandelingen, waarbij de onderhandelingspositie sterker wordt als deze gekoppeld wordt aan de pakketbeslissing. In bijzondere gevallen worden in de huidige situatie daarom financiële arrangementen afgesproken door de minister van minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bij een vergoedingsbesluit. De inkoop tussen zorgaanbieders en leveranciers wordt in deze gevallen niet rechtstreeks beïnvloed. De uitonderhandelde korting wordt via een derde partij uitgekeerd aan de zorgverzekeraars.

[83] De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014). Financiële arrangementen voor geneesmiddelen. Kamerstuk 29 477 nr. 289.

Uitvoering

Variant a is juridisch niet uitvoerbaar in het huidige zorgstelsel en wordt daarom niet verder uitgewerkt. Het volledig overnemen van de inkoop door de Rijksoverheid past alleen in een publiek stelsel of in een aparte publieke regeling waardoor genees- en medische hulpmiddelen niet meer onder de aanspraken in de Zvw vallen. Daarnaast is Europeesrechtelijk het vrij verkeer van vestiging, kapitaal en diensten van belang. Dat houdt in dat ziekenhuizen en apothekers de vrijheid hebben om hun onderneming te drijven zoals zij willen. Die vrijheid kan alleen worden ingeperkt als ten aanzien van het probleem en de omvang ervan overtuigend wordt aangetoond dat de maatregel proportioneel en noodzakelijk is.

Variant b is wel uitvoerbaar. Invoering van deze variant vergt twee jaar. Een intensievere toepassing van het prijsonderhandelingsinstrument vereist mogelijk een nadere wettelijke verankering. Verder zal de ambtelijke capaciteit voor het voeren van de prijsonderhandelingen moeten worden uitgebreid en is een onderbouwde aanpak voor een effectieve onderhandelingsstrategie benodigd.

Gedrags- en neveneffecten

De verwachting is dat leveranciers akkoord gaan met prijskortingen, mede onder druk van het pakketbesluit door de minister van VWS over opname of verwijdering. Gedurende de looptijd van een afgesloten financieel arrangement tussen de leveranciers en de overheid vervalt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars de prikkel om over de prijs te onderhandelen De intrinsieke prikkel om te onderhandelen (ten behoeve van patiënten en de overheidsuitgaven) kan bij de overheid overigens lager zijn dan bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders (marktpartijen).

In anticipatie op verplichte onderhandelingen bij een bepaald kostenbeslag kunnen leveranciers hun producten bij voorbaat al met een hogere prijs in de markt zetten. Wellicht introduceren leveranciers bij een te grote prijsdruk geneesmiddelen niet of later op de Nederlandse markt.

Budgettaire effecten

Uitgaande van prijsonderhandelingen over zowel nieuwe als bestaande middelen wordt de potentiële opbrengst geschat op 130 miljoen euro structureel. De opbrengst is voorzichtig ingeschat omdat onder meer bij onderhandelingen over middelen die al (lange tijd) in het pakket zitten de stok achter de deur van uitstroom uit het pakket moeilijker in te zetten kan zijn. De werkelijke opbrengst kan substantieel lager of hoger uitvallen, omdat de inschatting van de kosten van nieuwe middelen, zeker op de langere termijn, onzeker is en ex ante geen nauwkeurige inschattingen gemaakt kunnen worden van de onderhandelingsresultaten. De lasten voor de zorgverzekeraars en zorgaanbieders nemen af omdat zij over deze middelen niet meer hoeven te onderhandelen.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de Rijksoverheid:					
a. Eigenaarschap bij de Rijksoverheid	x				
b. Financiële arrangementen geneesmiddelen	0	0	-30	-70	-130

Interactie met andere maatregelen

Bij combinatie met de beleidsopties 065 (aanpassing WGP) en 071 (centraliseren van de inkoop door de overheid) kunnen de opbrengsten niet bij elkaar opgeteld worden.

072 Toelaten geneesmiddelen in lijn met Duits model

In Nederland wordt eenzelfde proces ingericht voor de toelating van nieuwe geneesmiddelen als sinds 2010 in Duitsland bestaat op grond van het *Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz* (AMNOG). Een nieuw geneesmiddel wordt direct toegelaten op de markt, waarna de fabrikant een jaar de tijd heeft om de (meer)waarde van het geneesmiddel aan te tonen en een prijsarrangement met de zorgverzekeraars (in Duitsland het verbond van ziekenfondsen) te sluiten. In dit jaar wordt een generieke korting van 7% op de door de fabrikant gestelde prijs geëist. In het jaar nadat een geneesmiddel is toegelaten, onderhandelen de zorgverzekeraars gezamenlijk over de prijs van het geneesmiddelen met de fabrikant.

Achtergrond

De toelating van geneesmiddelen is in Nederland momenteel even restrictief als in Duitsland. Voor extramurale geneesmiddelen geldt een 'gesloten systeem'. Als een fabrikant een nieuw geneesmiddel op de markt wil brengen wordt dit eerst getoetst door het Zorginstituut Nederland op basis van informatie van de fabrikant. Alleen een middel dat gelijke- of meerwaarde heeft, wordt opgenomen in pakket en geclusterd binnen het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Voor intramurale geneesmiddelen vraagt het Zorginstituut bij een kostenbeslag van 2,5 miljoen euro per jaar of hoger een vergoedingsdossier aan de fabrikant, waarna het Zorginstituut een duiding uitbrengt aan zorgverzekeraars over de waarde van een product ten opzichte van de huidige behandeling. Op basis van dit advies passen zorgverzekeraars indien nodig de vergoeding van een product aan.

De officiële maximumprijs van geneesmiddelen (bruto apotheek inkoopprijs) wordt bepaald op basis van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP). Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen (na pakkettoelating) onderhandelen over de nettoprijs van geneesmiddelen. Onderhandelingen over de prijs worden door iedere verzekeraar apart gevoerd, dat geeft minder onderhandelingsmacht dan bij het Duitse verbond van ziekenfondsen. Daar staat tegenover dat in Nederland al vanaf introductie op de markt afspraken gemaakt kunnen worden over prijs en volume.

Voor een beperkt deel van de geneesmiddelen voert de Rijksoverheid prijsonderhandelingen. Dit geldt voor geneesmiddelen waarvan algemeen mag worden verondersteld dat er door zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet over de prijs valt te onderhandelen omdat er geen marktwerking mogelijk is.

Uitvoering

De maatregel is niet uitvoerbaar op het onderdeel van het gezamenlijk onderhandelen over de prijs door de zorgverzekeraars. Dit past niet binnen het huidige zorgstelsel waarin zij onderling concurreren. Voor het onderdeel toelating komt de maatregel in grote mate overeen met het huidige beleid; waar het de prijsstelling betreft is dit niet uitvoerbaar in het huidige stelsel. De maatregel wordt om die reden niet verder uitgewerkt.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Toelating geneesmiddelen in lijn met Duits model	x				

073 Verplichten uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen

Het wettelijk verplicht stellen van unieke identificatie (uniforme barcodering) voor genees- en hulpmiddelen.

Achtergrond

Door unieke identificatie kunnen genees- en hulpmiddelen beter worden getraceerd waardoor de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg toeneemt. Het is immers makkelijker vast te stellen welke geneesmiddelen zijn toegediend bij een patiënt en welke medische hulpmiddelen zijn gebruikt. De maatregel kan daarnaast verspilling tegengaan. Betrokken organisaties pleiten al enige tijd voor het gebruik van uniforme barcodes voor genees- en hulpmiddelen in de gehele zorgsector. De meeste geneesmiddelen zijn al voorzien van een barcode. Bij een klein deel ontbreekt de barcode of is de barcode niet goed leesbaar. Ziekenhuisapothekers zien vanwege de patiëntveiligheid graag dat de barcode door de fabrikant op de kleinste afleververpakking wordt aangebracht. Nu doen zij dit zelf.

De Europese Commissie heeft een voorstel gepubliceerd voor de verordeningen voor de markttoelating van medische hulpmiddelen, waarin uniforme barcodering op Europees niveau geregeld wordt. Het onderhandelingsproces rond de nieuwe verordeningen verloopt moeizaam, wat het lastig maakt om een inschatting te maken van eventuele inwerkingtreding. Vanuit oogpunt van doelmatigheid wil Nederland graag aansluiten bij de invoering van het Europese systeem.

Uitvoering

Als Nederland de Europese besluitvorming over de barcodering niet afwacht maar op nationaal niveau een verplichting instelt, vergt dit notificatie in Brussel. Die notificatie biedt andere lidstaten de mogelijkheid om te zien of deze eisen niet handelsbelemmerend zijn. Aanpassing van de wetgeving duurt twee jaar. Zorgpartijen hebben daarna tijd nodig voor de integratie van de uniforme barcodering in hun logistieke en administratieve processen (van productie, naar magazijn tot aan patiënt).

Budgettaire effecten

Door een beter voorraadbeheer en snellere verwerking zouden ziekenhuizen in totaal jaarlijks tussen de 106 miljoen euro en 168 miljoen euro kunnen besparen volgens een onderzoek van GS1, dat internationale uniforme standaarden voor identificatie, vastleggen en delen van gegevens ontwikkelt.[84] De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft de uitkomsten van dit onderzoek niet onderschreven maar heeft ook geen andere gegevens beschikbaar om de besparingen te kwantificeren. Hiervoor is nader onderzoek vereist. De berekening van de budgettaire effecten van de maatregel is daarom gebaseerd op 50% van de laagst geraamde opbrengsten uit het onderzoek van GS1. De jaarlijkse kosten bedragen 10 miljoen euro. Aangenomen wordt dat de maatregel een lange implementatietermijn kent en pas vanaf jaar 4 netto opbrengsten gerealiseerd kunnen

[84] GS1 (2011). Patiëntveiligheid en efficiency in de OK. §6.1 Kosten en baten voor het ziekenhuis.

worden. De besparing kan worden ingeboekt middels een verlaging van het uitgavenkader medisch-specialistische zorg. Er is geen rekening gehouden met de mogelijke extra kosten van aanpassingen indien de voorgenomen Europese regelgeving over barcodering zou leiden tot een ander systeem. De opbrengst van een verhoogde veiligheid is moeilijk te ramen en is niet in deze berekening meegenomen.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verplichten uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen	0	0	0	-20	-40

074 Verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek

Instellen van een verbod op geneesmiddelenreclame en artsenbezoek vanuit farmaceutische bedrijven.

Achtergrond

Geneesmiddelenreclame en artsenbezoek wordt momenteel beperkt toegestaan binnen de Geneesmiddelenwet. De regels uit de Europese richtlijn zijn hierin naar de letter geïmplementeerd. Reclame gericht op artsen en artsenbezoek is toegestaan maar wel aan eisen onderworpen; reclame voor receptgeneesmiddelen gericht op het publiek is verboden. Deze regels zijn ontworpen om oneigenlijke beïnvloeding van artsen en patiënten middels reclame tegen te gaan. Het veld heeft zelf een Gedragscode Geneesmiddelenreclame opgesteld als een vorm van zelfregulering. De Stichting CGR ziet toe op deze gedragscode. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de Geneesmiddelenwet.

Uitvoering

Geneesmiddelenreclame en artsenbezoek zijn middels Europese regelgeving (richtlijn 2001/83/EC) aan normen onderworpen. Een voorgenomen totaalverbod van geneesmiddelenreclame en artsenbezoek is in strijd met de bepalingen van deze richtlijn. De maatregel is dan ook niet uitvoerbaar zonder een aanpassing van de Europese richtlijn.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek	x				

075 Verminderen verspilling genees- en verbandmiddelen

In variant a sluit de overheid een convenant met de farmaceutische industrie, producenten van verbandmiddelen en apothekers om genees- en verbandmiddelen te produceren en leveren in kleinere verpakkingen. Er komt bovendien regelgeving die belemmeringen wegneemt voor verpleegkundigen om grote verpakkingen met medicijnen en verbandmiddelen voor meer dan één patiënt te gebruiken. In variant b wordt heruitgifte van ongebruikte geneesmiddelen juridisch mogelijk gemaakt, mits het geneesmiddel voldoet aan bepaalde kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden.

Achtergrond

Er is verspilling van genees- en verbandmiddelen doordat de verpakkingsgrootte niet altijd is afgestemd op de duur van de behandeling. Er blijven daardoor soms verbandmiddelen of medicatie over, die niet meer voor een andere patiënt kunnen worden gebruikt. Met name bij dure geneesmiddelen is deze verspilling kostbaar. Als de gebruiker of de leverancier van de geneesmiddelen een financiële prikkel heeft om onnodige aanschaf te voorkomen, mag verwacht worden dat de meest efficiënte afweging wordt gemaakt.

Op dit moment worden ongebruikte geneesmiddelen ingeleverd bij de apotheek, waarna ze worden vernietigd. De apotheek kan immers niet beoordelen of de kwaliteit van het geneesmiddel nog voldoet aan de vereisten. Wanneer door technische aanpassingen, zoals bijvoorbeeld een temperatuurchip in een gesealde verpakking, de apotheker deze beoordeling wel kan doen, zou het geneesmiddel opnieuw kunnen worden uitgegeven. Sinds 2013 bestaat het landelijk Meldpunt Verspilling in de zorg. Hier zijn inmiddels ruim 20.000 meldingen binnengekomen. Op basis van de meldingen wordt actie ondernomen door middel van pilots en actieplannen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bekijkt of heruitgifte van ongebruikte geneesmiddelen mogelijk en wenselijk is door daarvoor criteria op te stellen. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) komt bijvoorbeeld in 2015 met een onderzoek naar het break-even-punt waarop het loont om heruitgifte te doen. Het zal hierbij waarschijnlijk gaan om een lijst van dure geneesmiddelen. De Universiteit Utrecht (UU) doet onderzoek waarin de professionele en maatschappelijke acceptatie van de heruitgifte van geneesmiddelen wordt getoetst. De onderzoeksresultaten worden in de loop van 2015 verwacht.

Uitvoering

De Geneesmiddelenwet verbiedt het opnieuw uitgeven van een ongebruikt geneesmiddel niet. De techniek voor een veilige heruitgifte is nog in ontwikkeling. Ook moet de aansprakelijkheid voor het heruitgegeven product juridisch nog worden vastgelegd. De beroepsgroep zal een richtlijn voor het hergebruik moeten opstellen. Benodigde tijd voor implementatie is twee jaar.

Gedrags- en neveneffecten

Mogelijk leidt de maatregel tot een groter kosten- en verspillingsbewustzijn bij apothekers en patiënten. Patiënten moeten vaker naar de apotheek voor medicijnen en verbandmiddelen bij kleinere verpakkingen. Bij grote effecten op volumes van bepaalde geneesmiddelen zouden producenten hogere prijzen kunnen gaan vragen.

Budgettaire effecten

Kleinere verpakkingen en/of gebruik van grotere verpakkingen voor meer dan één patiënt zal verspilling voorkomen. De vraag is of de besparing op verspilling opweegt tegen de kosten van het innemen en heruitgeven en de kosten van het kleiner verpakken van medicijnen. Het budgettaire effect kan nader worden bepaald als de resultaten van het onderzoek van het RIVM bekend zijn.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verminderen verspilling genees- en verbandmiddelen	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

076 Verplichte jaarlijkse medicatiebeoordeling

Zorgverzekeraars worden verplicht om jaarlijks een medicatiebeoordeling aan te bieden aan ouderen en 'hoog risico'-patiënten, die vijf of meer geneesmiddelen gebruiken, met minimaal één risicofactor (zoals een lage nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico).

Achtergrond

De jaarlijkse medicatiebeoordeling door apotheker en huisarts maakt deel uit van de verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De medicatiebeoordeling is gericht op het verminderen van onjuist of ondoelmatig gebruik van geneesmiddelen. Dit om onnodige ziekenhuisopname of overlijden te voorkomen. Daarnaast dient de beoordeling een bijdrage te leveren om te komen tot een optimale afstemming van medicatiegebruik voor de individuele patiënt en dus ook de kwaliteit van leven. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een prestatie voor de medicatiebeoordeling van chronisch geneesmiddelengebruik vastgesteld. Het is een gezamenlijke prestatie die wordt uitgevoerd door zowel de apothekers als de arts, met betrokkenheid van de patiënt (en/of mantelzorger of andere verzorgenden). Het betreft een functionele prestatie die zowel door de apothekers als de arts kan worden gedeclareerd. Er geldt een vrij tarief, vast te stellen in de onderhandelingen met de verzekeraar.

De medicatiebeoordeling is nog niet goed van de grond gekomen doordat zorgverzekeraars deze zorg nog beperkt contracteren. Artsen en apothekers vinden de vergoeding die de zorgverzekeraars bieden te laag en geven aan dat zij te weinig capaciteit hebben voor alle noodzakelijke beoordelingen. Voor patiënten is een belemmerende factor dat de medicatiebeoordeling onder het eigen risico valt.

Per 2015 geldt landelijk een gestandaardiseerde werkwijze op basis van de Richtlijn Medicatiebeoordeling. Er wordt een ingroeimodel gehanteerd om uiteindelijk alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen een medicatiebeoordeling te geven, te beginnen met de meest risicovolle groepen patiënten. De apothekers zijn opgeleid om een medicatiebeoordeling juist te kunnen uitvoeren conform de bovengenoemde richtlijn. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) handhaaft conform deze richtlijn en voert het toezicht uit op basis van de afspraken die de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de KNMP hebben gemaakt over de samenwerking tussen huisarts en apotheker.

Uitvoering

De medicatiebeoordeling maakt al deel uit van de verzekerde zorg op grond van de Zvw. De maatregel is, voor zover het gaat om het opleggen van een verplichting aan de zorgverzekeraars, juridisch niet uitvoerbaar in het huidige stelsel. De maatregel wordt om die reden niet verder uitgewerkt.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verplichte jaarlijkse medicatiebeoordeling	x				

077 Volledig scheiden van wonen en zorg in de Wet langdurige zorg

Wonen en zorg in de Wet langdurige zorg (Wlz) worden gescheiden. Er zijn twee varianten.

a. De financieringsstroom zorg en wonen/verblijf wordt uit elkaar getrokken. De instelling krijgt alleen de zorg nog rechtstreeks vergoed van het zorgkantoor. De cliënt betaalt het wonen en verblijf zelf en zal hiervoor uit de vrijkomende publieke middelen op macroniveau volledig worden gecompenseerd.
b. Deze variant is gelijk aan variant a, alleen beperkt de compensatie zich tot cliënten die hun woon- en verblijfslasten niet kunnen dragen.

Voor beide varianten zal het extramurale eigenbijdrageregime gaan gelden. De zorgvormen intramuraal en Volledige Pakket Thuis (VPT) komen te vervallen. Het scheiden van wonen en zorg wordt geleidelijk ingevoerd door alleen voor de nieuwe instroom wonen en zorg te scheiden. Het zorgkantoor blijft met zorgaanbieders omzetafspraken maken over te leveren zorg.

Achtergrond

Door het beleid van de afgelopen jaren (extramuraliseren lage zorgzwaartes) komen minder mensen in aanmerking voor verblijf in een instelling en worden in de toekomst minder kapitaallasten vanuit de Wlz vergoed. Bij intramurale instellingen is er een gekoppeld aanbod van wonen en zorg; de cliënt kan niet kiezen voor een andere aanbieder in dezelfde woonruimte.

In de Wlz bestaan al diverse opties om alleen de zorg of alleen zorg en verblijf af te nemen voor degenen die thuis willen blijven wonen. Naast de opname in een instelling kent de Wlz de mogelijkheid om zorg te “verzilveren” in de vorm van een volledig pakket thuis (VPT) of in de vorm van een modulair pakket thuis (MPT). VPT en MPT worden slechts toegestaan wanneer dit doelmatig en verantwoord geleverd kan worden.

Uitvoering

De wetgeving kan in twee jaar worden gerealiseerd. Aangezien het een fundamentele wijziging van het intramurale zorgsysteem is, zal de volledige implementatieperiode minstens vier jaar duren. Er zijn in de Wlz soms voorzieningen voor de zorgverlening nodig die zich vertalen in een relatief hoge “huurprijs”. Denk bijvoorbeeld aan extra dikke wanden in verband met geluidsoverlast, afzonderingsruimten of speciale behandelruimtes. Cliënten die de woonlasten of eventuele aanvullende woon- en verblijfsvoorzieningen zoals gas en elektra, servicekosten (bijvoorbeeld de receptie), voeding en linnenverzorging niet kunnen dragen moeten worden gecompenseerd via bijvoorbeeld de huurtoeslag, een maatwerkvoorziening, de bijzondere bijstand of een andere inkomenscompensatie. De huurtoeslag is onvoldoende om alle extra kosten (ook van verblijf) te dekken. Om te voldoen aan de criteria van de huurtoeslag moeten woningen voldoen aan verschillende eisen (eigen voordeur en dergelijke), waar de meeste instellingen nog niet aan voldoen.

Gedrags- en neveneffecten

Doordat cliënten zelf voor hun verblijf moeten betalen, kijken zij kritischer naar het woonaanbod. Ook kunnen cliënten makkelijker wisselen van zorgaanbieder omdat zij alleen de zorg afnemen. Dit prikkelt zorg en woningaanbieders om een goed zorg- en woningaanbod te creëren. Ook biedt dit meer ruimte voor differentiatie van woonwensen binnen een instelling; mensen kunnen een woning kiezen passend bij hun budget. Bovendien komt er meer transparantie over woon- en verblijfskosten wanneer deze niet langer integraal via zorgbudgetten gefinancierd worden.

'Ouderwetse' instellingen zullen langzaam leegstromen. Deze moeten worden verbouwd om ze geschikt te maken voor het scheiden van wonen en zorg, of (versneld) worden afgeschreven.

Het beroep op de huurtoeslag en mogelijk ook de bijzondere bijstand neemt toe. In variant a worden alle cliënten macro gecompenseerd voor de kosten van wonen en verblijf, het zal echter technisch niet mogelijk zijn om op individueel niveau exact te compenseren; de herverdelingseffecten op microniveau kunnen groot zijn.

Een meer divers en innovatief woonaanbod heeft daarnaast een aanzuigende werking. Momenteel vermijden sommige mensen intramurale zorg vanwege de daaraan gekoppelde sobere woonomgeving; dit selectiemechanisme vervalt bij het scheiden van wonen en zorg. De prijs voor de zorgcomponent zou iets kunnen toenemen omdat de zorg naar verwachting op meer locaties (aan huis) geleverd moet worden.

Budgettaire effecten

In variant a blijven de private uitgaven gelijk. De woon- en verblijfslasten zullen in gelijke mate als nu het geval is collectief worden gefinancierd. Er moet rekening worden gehouden met transitiekosten omdat er financieringsstromen gaan verschuiven en capaciteit moet worden afgebouwd. Voor de aanzuigende werking is gerekend met 5% meer Wlz-cliënten. Dat zijn ongeveer 15.000 cliënten met gemiddeld 15.000 euro meerkosten; per saldo 230 miljoen euro.

De woon- en verblijfslasten komen in variant b volledig voor eigen rekening. De besparing op de Wlz-uitgaven is, na correctie voor derving van eigen bijdrage 2250 miljoen euro. Er zal een weglek zijn naar inkomensondersteuning omdat niet alle cliënten zelf in hun woon- en verblijfslasten kunnen voorzien. 72% van de alleenstaanden die een hoge intramurale eigen bijdrage betalen heeft een inkomen tot 20.000 euro. Aangenomen wordt dat de private uitgaven (inclusief eigen bijdrage) maximaal 400 miljoen euro kunnen stijgen. Dat is een stijging van ongeveer 25%, wat per persoon gemiddeld neerkomt op bijna 2000 euro per jaar. Totaal komt dan gemiddeld bijna 11.000 euro per jaar voor eigen rekening. Het restant (2,3 miljard euro – 0,4 miljard euro = 1,9 miljard euro) zal weglekken als inkomensondersteuning.

Een maximale stijging van private uitgaven van 400 miljoen euro is een zeer ruwe schatting. Er moet rekening worden gehouden met transitiekosten omdat financieringsstromen gaan verschuiven en capaciteit moet worden afgebouwd. Voor de aanzuigende werking van een meer divers en innovatiever woonaanbod is gerekend met 5% meer Wlz-cliënten. Dat zijn ongeveer 15.000 cliënten met gemiddeld 15.000 meerkosten; totaal 230 miljoen euro. Naar verwachting zal vanaf jaar vijf voor de nieuwe instroom wonen en zorg worden gescheiden. Na tien jaar is de structurele besparing bereikt.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Volledig scheiden van wonen en zorg in de Wet langdurige zorg:					
a. Macro volledige compensatie voor kosten wonen en verblijf*	+55	+55	+80	+80	+260
w.v. aanzuigende werking	0	0	0	0	+230
w.v. transitiekosten	+55	+55	+55	+55	0
w.v. uitvoeringkosten	0	0	+25	+25	+25
b. Alleen compensatie voor financieel minder draagkrachtigen*	+55	+55	+80	+80	-150
w.v. vervallen vergoeding verblijf	0	0	0	0	-1550
w.v. vervallen vergoeding huisvesting (NHC)	0	0	0	0	-2200
w.v. derving eigen bijdrage	0	0	0	0	+1500
w.v. weglek compensatieregelingen	0	0	0	0	+1850
w.v. transitiekosten	+55	+55	+55	+55	0
w.v. aanzuigende werking	0	0	0	0	+230
w.v. uitvoeringskosten	0	0	+25	+25	+25

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

In *Keuzes in Kaart 2013-2017* werd bij deze maatregel een besparing van 800 miljoen euro opgenomen. De besparing is was zo groot omdat ook een versobering van de zorgcomponent werd meegenomen, naast het scheiden van wonen en zorg zelf.

Interactie met andere maatregelen

Deze maatregel maakt onderdeel uit van beleidsoptie 104 (ouderenzorg naar de Zvw). In 081 (invoeren vouchers voor individuele inkoop) is verondersteld dat deze maatregel al is geïmplementeerd.

078 Bevorderen kleinschalige zorg in de Wet langdurige zorg

Kleinschaligheid in de langdurige zorg wordt gestimuleerd door tariefdifferentiatie toe te passen. Instellingen die kleinschalige zorg leveren krijgen een hoger tarief van het zorgkantoor. Zorgkantoren stellen bij de contractering vast of er wordt gewerkt volgens de principes van kleinschalige zorg. Het hogere tarief wordt gefinancierd door extra middelen (250 miljoen euro) voor de Wet langdurige Zorg (Wlz) beschikbaar te stellen.

Achtergrond

Kleinschalig wonen is op dit ogenblik geen beleidsdoel. De kosten van kleinschalige zorg en de benodigde hoeveelheid personeel lijken sterk samen te hangen met de manier waarop deze kleinschalige zorg wordt georganiseerd.[85, 86] Er kan in het algemeen niet worden geconcludeerd dat kleinschalige zorg goedkoper, dan wel duurder is. Bij een hele kleine schaal treden schaalnadelen op. Bij de hervorming langdurige zorg zijn meer zorgtaken overgedragen aan de gemeenten en zorgverzekeraars om zorg dicht bij de mensen in de wijk of gemeente te organiseren. Bij deze overheveling van verantwoordelijkheden is de regeling zorginfrastructuur uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vervangen door de tijdelijke regeling Subsidieregeling voortzetting zorginfrastructuur 2015-2017. Er zijn momenteel kleinschalige woonvormen waar extramurale Wlz-zorg wordt geleverd, kleinschalige intramurale instellingen, kleinschalige intramurale zorgverlening binnen een groter geheel (bijvoorbeeld een aantal kleinschalige woongroepen binnen een groter gebouw) en daarnaast grootschalige intramurale instellingen.

Uitvoering

Er is twee jaar benodigd om de maatregel in te voeren. Het is belangrijk dat kleinschaligheid duidelijk wordt gedefinieerd.

Gedrags- en neveneffecten

Wanneer er een voldoende hoog tarief beschikbaar wordt gesteld voor kleinschalige instellingen zullen de grotere instellingen zich, naar verwachting, gaan organiseren volgens de principes van kleinschalige zorgverlening om ook in aanmerking te komen voor het hogere tarief. Omdat wordt verwacht dat veel instellingen in aanmerking willen komen voor het hogere tarief, moet dit zodanig worden vastgesteld, dat wanneer een groot aantal instellingen er gebruik van maakt, de contracteerruimte niet wordt overschreden. Het tarief moet om die reden periodiek worden herzien.

---

[85] Trimbos instituut (2010). Monitor Woonvormen Dementie. Bij ideaaltypische kleinschalige zorg voor mensen met dementie (maximaal 24 bewoners) neemt de vraag naar verzorgend personeel in de toekomst sterker toe; dit geldt niet als kleinschalige zorg wordt geboden in woonvoorzieningen met ten minste 48 bewoners.

[86] Berenschot (2012). Schaalgrootte kleinschalige zorg: 32 cliënten is optimaal, Zorgvisie Executive. Bij kleinschalige zorg voor gehandicapten met een intensieve zorgvraag zou de balans tussen kosten en kwaliteit het beste zijn bij 32 bewoners. Bij 24 bewoners zou verlies worden geleden en bij 48 bewoners zou de kwaliteit te lijden hebben.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Bevorderen kleinschalige zorg in de Wet langdurige zorg	0	0	+250	+250	+250

Het is ook mogelijk deze maatregel budgetneutraal uit te werken. Dit impliceert een verlaagd tarief voor instellingen die grootschalige zorg verlenen.

079 De Wet langdurige zorg als voorziening

Het verzekerde recht op zorg in de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt omgezet in een voorziening, waarbij de cliënt zorg op maat krijgt en rekening wordt gehouden met het sociale netwerk en mantelzorg. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt opgeheven, en de uitvoering komt voor een groter gedeelte bij het zorgkantoor te liggen. De zorgkantoren worden omgevormd naar publiekrechtelijke zelfstandige bestuursorganen (ZBO's), omdat dit beter past bij het karakter van een voorziening. Naast de inkoop beslist het zorgkantoor ook over de toegang tot de Wlz en welke zorg een cliënt krijgt. Het budget voor de Wlz wordt tegelijkertijd gekort waardoor het budget per zorgkantoorregio afneemt.

Achtergrond

De Wlz is een verzekerd recht. Cliënten met een Wlz-indicatie kunnen aanspraak maken op de geïndiceerde zorg welke juridisch afdwingbaar is. Het CIZ is verantwoordelijk voor de landelijk uniforme, objectieve indicatiestelling. Bij de toelatingscriteria worden de individuele omstandigheden van de cliënt buiten beschouwing gelaten. Het criterium 'gebruikelijke zorg' dat in de AWBZ werd gebruikt om te bepalen welke zorg redelijkerwijs van partners of inwonende kinderen kon worden verwacht, is in de Wlz vervallen.

Uitvoering

De maatregel kan binnen twee jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Zorgkantoren zullen door het beperkte budget gaan prioriteren, en meer zorg toewijzen aan de cliënten die, gezien hun persoonlijke omstandigheden, de zorg het hardst nodig hebben. Tegelijkertijd zullen andere cliënten met gunstiger individuele omstandigheden minder Wlz-zorg krijgen. Zorgkantoren hebben geen prikkel om minder uit te geven dan het beschikbare budget, naar verwachting zal daarom het volledige beschikbare budget worden besteed. Door de budgetkorting en het vervallen van het recht op zorg kunnen wachtlijsten voor de Wlz ontstaan. Zorgvragers die op de wachtlijst staan, zullen tijdelijk een groter beroep doen op de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De uitgaven voor Zvw en Wmo kunnen daardoor enigszins toenemen. Bovendien kunnen mantelzorgers zwaarder worden belast of kunnen hun vergoeding via het persoonsgebonden budget (pgb) verliezen. Zij kunnen verklaren niet voor de cliënt te kunnen zorgen om zodoende toegang tot de Wlz te waarborgen.

Budgettaire effecten

De uitvoeringskosten van het CIZ zijn circa 100 miljoen euro. Bij het opheffen van het CIZ moet rekening worden gehouden met transitiekosten zoals het afvloeien van personeel. Daarom heeft de besparing een ingroeiperiode van drie jaar. De zorgkantoren nemen de indicatiestelling van het CIZ over. Zij moeten daarbij ook de individuele omstandigheden van de cliënt meenemen. Dit is een aanvullende taak ten opzichte van het CIZ. De uitvoeringskosten van de zorgkantoren zijn daarom naar schatting 50% hoger dan de kosten bij het CIZ. Het omvormen van de zorgkantoren van privaatrechtelijke naar publiekrechtelijke ZBO's gaat tevens met kosten gepaard, bijvoorbeeld voor het omzetten

van de contracten van het personeel naar contracten met een ambtenarenstatus. Er wordt gerekend met 15 miljoen euro gedurende twee jaar.

Het budget voor de Wlz wordt met 1% gekort. Andere kortingspercentages zijn ook mogelijk. Afhankelijk van de maatschappelijke bereidheid om wachtlijsten te laten ontstaan. Bij hogere percentages wordt dit wel steeds moeilijker; ook met een voorziening kunnen er bijvoorbeeld rechtszaken ontstaan. Daarbij moet worden aangetekend dat in het regeerakkoord Rutte II een korting van 500 miljoen euro in 2017 op het totale Wlz-budget is opgenomen. Naar verwachting zal het meenemen van de persoonlijke omstandigheden van de cliënt vooral effect hebben bij zorgvormen die thuis worden ingezet. In de Wlz zijn dit het Volledig Pakket Thuis (VPT) en het Modulair Pakket Thuis (MPT) (al dan niet in de vorm van een pgb). Er kan enige weglek optreden naar Zvw en Wmo door mensen die op de wachtlijst staan voor de Wlz (er is gerekend met zo'n 10% van de besparing).

Een korting van 1% op het totale Wlz-budget van ongeveer 17 miljard komt neer op 170 miljoen. Deze besparing kent een ingroeipad van 2 jaar, omdat de situatie van veel personen opnieuw moet worden beoordeeld.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
De Wet langdurige zorg als voorziening:	0	0	+40	-60	-100
w.v. opheffen CIZ	0	0	-50	-75	-100
w.v. extra uitvoeringslasten zorgkantoren	0	0	+150	+150	+150
w.v. omvormen zorgkantoren tot publieke ZBO's	0	0	+15	+15	0
w.v. Wlz van recht naar voorziening	0	0	-85	-170	-170
w.v. Weglek naar Zvw en Wmo	0	0	+10	+20	+20

Interactie met andere maatregelen

Er is interactie met beleidsoptie 103 (ouderenzorg naar de Wmo), waarin de zorg ook een voorziening wordt. De beleidsopties kunnen niet beide worden ingevoerd.

080 Meer persoonsvolgende bekostiging in de Wet langdurige zorg

Zorgkantoren maken geen productieafspraken meer met zorgaanbieders. Zij vergoeden landelijk uniforme tarieven per geïndiceerde zorgzwaarte, gelijk aan het gemiddelde van de huidige tarieven. Ook stellen ze in hun regio een lijst op van zorgaanbieders die aan de minimum kwaliteitseisen voldoen.

Mensen met een indicatie voor de Wet langdurige Zorg (Wlz) kunnen kiezen van welke zorgaanbieders op deze lijst zij zorg in natura willen ontvangen. De cliënt maakt zelf afspraken over het zorgplan met de zorgaanbieder. Er zijn twee varianten:

a. Bijbetalen voor extra kwaliteit (*topping up*) is niet toegestaan.
b. Bijbetalen voor extra kwaliteit (*topping up*) is wel toegestaan.

Regionale budgetten verdwijnen. Het persoonsgebonden budget (pgb) blijft ongewijzigd en blijft hier buiten beschouwing.

Achtergrond

In de huidige situatie is er keuzevrijheid qua zorgaanbieders, begrensd door productieafspraken. Het zorgkantoor maakt vooraf productieafspraken met zorgaanbieders, die gedurende het jaar opwaarts kunnen worden bijgesteld als de maandelijkse realisatiecijfers hiertoe aanleiding geven en er nog ruimte is binnen de contracteerruimte. Een aanbieder is ervoor verantwoordelijk om binnen de productieafspraken te blijven en krijgt bij overschrijding geen vergoeding voor teveel geleverde zorg. Om deze reden ontstaan bij sommige instellingen wachtlijsten. Een cliënt in een instelling heeft geen herleidbaar recht op ‘zijn’ budget (indicatie). In het huidige systeem volgt het geld de cliënt niet volledig.

Uitvoering

Implementatie vergt minimaal twee jaar vanwege de benodigde wetswijziging. Daarnaast kan worden gekozen voor een ingroeipad van enkele jaren vanwege de voorziene herverdeeleffecten. Bij de berekening van de budgettaire effecten is geen ingroeipad gehanteerd.

Gedrags- en neveneffecten

Zorgaanbieders gaan sterker met elkaar concurreren op kwaliteit. Daardoor stijgt de gemiddelde kwaliteit en wordt het aanbod gevarieerder. In dunbevolkte regio’s, en dan vooral in de gehandicaptenzorg zal de concurrentie minder sterk toenemen.

In variant a is er geen *topping up*. Omdat het pgb nu ook al bestaat, zal de Wlz niet veel aantrekkelijker worden. Zorgvragers kiezen wel sneller voor zorg-in-natura ten koste van het pgb, omdat de keuzevrijheid toeneemt. Cliënten zullen vanwege de iets grotere

aantrekkelijkheid van het aanbod zich sneller aanmelden voor een indicatie[87] en als ze al een indicatie hebben, die sneller gaan verzilveren. Cliënten die al wel Wlz-zorg afnemen maar hun indicatie onvolledig gebruiken (bijvoorbeeld met extramurale zorg) zullen die in de nieuwe situatie mogelijk uitbreiden.

Ten opzichte van variant a wordt de aantrekkelijkheid van de Wlz in variant b groter. Dit geldt vooral voor cliënten met veel inkomen en/of vermogen die nu zelf zorg inkopen buiten de Wlz om. Met dit systeem kunnen zij een deel van de kosten vergoed krijgen uit de Wlz, en tegelijkertijd bijbetalen om de zorg op het door hen gewenste niveau te krijgen.

Voor beide varianten geldt dat de kosten gedurende het jaar minder beheersbaar zijn omdat er geen productieafspraken meer worden gemaakt met zorgaanbieders. Instellingen hebben niet langer zekerheid over hun omzet voor volgend jaar. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat zij meer flexibel personeel inhuren ten koste van vast personeel. De bezettingsgraad van de instellingen kan dalen door de sterkere jaarlijkse schommelingen in de omzet en de grotere keuzevrijheid, de gemiddelde kostprijs stijgt hierdoor mogelijk.

Budgettaire effecten

De besparing op de uitvoeringskosten bij het zorgkantoor is ongeveer 50% (75 miljoen euro).

In variant a is gerekend met een toename van het aantal cliënten dat een Wlz-indicatie aanvraagt van 2%, dat zijn ongeveer 6.000 cliënten * 15.000 euro meerkosten = 90 miljoen euro. De meerkosten zijn berekend ten opzichte van de kosten in de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Op dit moment wordt zo'n 15% van de indicaties helemaal niet, of extramuraal verzilverd. Stel dat 5% van de mensen zijn indicatie gaat verzilveren of het gebruik uitbreidt, dan leidt dit naar verwachting bij gemiddelde meerkosten van 15.000 euro tot 225 miljoen euro extra kosten. De aanzuigende werking in variant b is groter vanwege de mogelijkheid van *topping up*. In dit scenario is gerekend met een toename van het aantal Wlz-indicatie aanvragen met 5%, dat zijn 15.000 cliënten * 15.000 euro meerkosten = 225 miljoen euro. Stel dat 7,5% van de mensen zijn indicatie verzilvert of het gebruik uitbreidt, dan leidt dit bij gemiddelde meerkosten van 15.000 euro naar verwachting tot 340 miljoen euro extra kosten.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Meer persoonsvolgende bekostiging in de Wet langdurige zorg:					
a. Bijbetalen niet toegestaan	0	0	+240	+240	+240
w.v. besparing op uitvoeringskosten zorgkantoor	0	0	-75	-75	-75
w.v. aanzuigende werking Wlz (toename gebruik)	0	0	+90	+90	+90
w.v. effect verzilveren/uitbreiden bestaande indicaties	0	0	+225	+225	+225
b. Bijbetalen wel toegestaan	0	0	+490	+490	+490
w.v. besparing op uitvoeringskosten zorgkantoor	0	0	-75	-75	-75
w.v. aanzuigende werking Wlz (toename gebruik)	0	0	+225	+225	+225
w.v. effect verzilveren/uitbreiden bestaande indicaties	0	0	+340	+340	+340

[87] Het CIZ maakt een beoordeling van de zorgbehoefte, maar deze is niet 100% objectief vast te stellen. Zie: Centraal Planbureau (2014). Indicatiestelling binnen de collectieve zorgverzekering.

Interactie met andere maatregelen

Deze maatregel is te combineren met het maximeren van het aantal indicaties (088). In deze situatie kan de aanzuigende werking worden tegengegaan en is de intensivering dus kleiner. De maatregel gaat niet samen met 085 (meerjarige contracten in de Wlz). De beleidsopties 080 (persoonsvolgende bekostiging), 081 (vouchers voor individuele inkoop) en 082 (vouchers en mantelzorgvergoeding) sluiten elkaar uit.

081 Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg

Naar Zweeds voorbeeld worden in de langdurige ouderenzorg (verpleging en verzorging) vouchers geïntroduceerd. Hierbij horen twee onderdelen die als aparte beleidsopties zijn geanalyseerd (zie beleidsoptie 077 en 103): scheiden wonen en zorg, en overheveling van de langdurige verpleging en verzorging (wijkverpleging[88] en de ouderenzorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz)) naar gemeenten. In deze beleidsoptie voor de vouchers is verondersteld dat de beleidsopties 077 en 103 al zijn getroffen, waardoor ze hier geen additioneel budgettair effect hebben.

In een systeem met vouchers voor individuele inkoop komen de huidige leveringsvormen in de Wlz (o.a. zorg-in-natura en persoonsgebonden budget (pgb)) te vervallen. In plaats daarvan komen er vouchers ter waarde van 80% van de kosten van de geïndiceerde zorg. De overige kosten komen voor eigen rekening, in de vorm van een eigen bijdrage. Op een openbare marktplaats kopen cliënten zelf zorg in van zorgaanbieders die aan de minimumkwaliteitseisen voldoen. Mantelzorgers kunnen niet meer worden ingehuurd, tenzij zij zich laten scholen tot zorgprofessional. Er blijven maximumtarieven bestaan, om te voorkomen dat zorgaanbieders met veel marktmacht (bijvoorbeeld in dunbevolkte regio's) te hoge prijzen kunnen vragen.

Achtergrond

In het huidige systeem is een bepaalde mate van keuzevrijheid. Echter, door productieafspraken tussen zorgkantoren en zorgaanbieders ontstaan bij sommige instellingen wachtlijsten. Binnen een intramurale instelling heeft een cliënt geen herleidbaar recht op 'zijn' budget. De eigen bijdrage in de Wlz is inkomensafhankelijk en er is een vermogensinkomensbijtelling. In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de wijkverpleging buiten het eigen risico gehouden, hiervoor is dus geen eigen betaling. In het huidige pgb-systeem kan ook niet-professionele zorg worden ingehuurd. Sinds 2014 geldt hiervoor wel een lager uurtarief.

Uitvoering

De wetgeving kan in twee jaar worden gerealiseerd. Vanwege de aard van de maatregel (grote stelselwijziging) zal de gehele implementatieperiode ten minste vier jaar duren.

Gedrags- en neveneffecten

Door het vouchersysteem verbetert de eigen regie voor cliënten en worden cliënten meer geprikkeld om kritisch te kijken naar de hoeveelheid zorg die ze geleverd krijgen. De zorginkoopmarkt wordt dynamischer omdat de cliënten zelf inkopen in plaats van het zorgkantoor of de verzekeraar. Hierdoor zal nieuwe toetreding (ook van zzp'ers) plaatsvinden. Door toenemende concurrentie kunnen de prijzen dalen. Zorgaanbieders gaan sterker met elkaar concurreren op prijs en kwaliteit. Daardoor stijgt de gemiddelde prijs-

[88] Bij de beoordeling van deze maatregel is vooralsnog verondersteld dat deze overheveling op zichzelf geen budgettair effect heeft.

kwaliteitverhouding en wordt het aanbod gevarieerder. In dunbevolkte regio's zal de concurrentie minder sterk toenemen.

Niet alle cliënten zijn in staat om zelf hun zorg in te kopen, of hebben iemand die hun belangen goed kan behartigen. Cliënten hebben minder expertise en inkoopmacht dan zorgkantoren of zorgverzekeraars. Wel zouden er inkoopcombinaties van cliënten kunnen ontstaan.

De maatregel leidt tot inkomenseffecten omdat er een eigen bijdrage van maximaal 20% wordt geïntroduceerd. Naar verwachting geeft dit een sterk remeffect op de hoeveelheid afgenomen formele zorg. Omdat cliënten hierin verschillende keuzes maken – afhankelijk van bijvoorbeeld hun inkomen en aanwezigheid van mantelzorg – neemt de ongelijkheid in het zorggebruik toe.

De eigen betaling kan op de korte termijn worden gedempt als de prijzen dalen door toenemende concurrentie. Maar uiteindelijk zal deze prijsdaling weer in de waarde van de vouchers worden verrekend. Zorgaanbieders hebben minder zekerheid over hun omzet voor volgend jaar.

Budgettaire effecten

De overheidsuitgaven aan verpleging en verzorging dalen naar 80% van de oorspronkelijke uitgaven. Na correctie voor het bedrag dat de overheid anders aan eigen bijdrage zou ontvangen[89] levert dit een besparing op van ongeveer 2 miljard euro.

Deze besparing zal niet volledig worden gerealiseerd vanwege weglek als gevolg van inkomensondersteuning door gemeenten. Deze weglek is het hoogst bij de huidige Wlz-zorg, omdat daar de maximale 'eigen bijdrage' al is verhoogd vanwege het scheiden van wonen en zorg. De veronderstelling is dat 90% van de besparing weglekt als inkomensondersteuning. Bij de huidige wijkverpleging wordt een kleinere weglek verondersteld van 25%. De totale weglek bedraagt dan ongeveer 1,4 miljard euro. Aanvullend onderzoek is nodig om de benodigde inkomensondersteuning beter te kunnen inschatten.

De grotere keuzevrijheid heeft een aanzuigende werking. Indicaties die nu niet worden verzilverd, worden dat straks gedeeltelijk wel. Op dit moment wordt zo'n 15% van de indicaties verpleging en verzorging ZZP 4-10 niet in de Wlz gebruikt, blijkt uit data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Wanneer de helft van deze groep dat straks wel gaat doen vanwege de grotere keuzevrijheid, dan kost dat zo'n 150 miljoen euro, uitgaande van gemiddeld 15.000 euro (meer)kosten per cliënt. Het is straks niet meer mogelijk om mantelzorgers in te huren. De aanzuigende werking die in het verleden van het pgb uit is gegaan verdwijnt. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) laat in een (steekproef)onderzoek onder gebruikers van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging zien dat voor iets minder dan de helft (43%) van de cliënten geldt dat ze zich zonder de aanwezigheid

[89] Als gevolg van de aanname dat scheiden wonen en zorg al is doorgevoerd, resulteert een relatief laag bedrag.

van het pgb niet tot publiek gefinancierde zorg hadden gewend[90]. Verondersteld wordt dat dit percentage ook van toepassing is op de wijkverpleging. De helft van dit percentage (22%) wordt toegepast op de Wlz-zorg, omdat dit laatste type zorg intensiever is. Dit levert een besparing op van 170 miljoen euro. De beleidsoptie wordt gezien als een grote transitie; de transitiekosten bedragen 1,5% gedurende acht jaar.

De budgettaire effecten uit de tabel betreffen een mutatie ten opzichte van de situatie waarin de beleidsopties 077 en 103 zijn doorgevoerd (scheiden wonen en zorg en overheveling van de langdurige verzorging en verpleging naar gemeenten) en de wijkverpleging ook is overgeheveld naar de gemeenten.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg	+160	+160	+160	+160	-620
w.v. totale uitgaven naar 80%	0	0	0	0	-2100
w.v. derving eigen bijdrage	0	0	0	0	+100
w.v. weglek inkomensondersteuning	0	0	0	0	+1400
w.v. toegenomen keuzevrijheid	0	0	0	0	+150
w.v. remeffect geen mantelzorg	0	0	0	0	-170
w.v. transitiekosten	+160	+160	+160	+160	0

In *Keuzes in Kaart (KiK)* 2013-2017 stond een maatregel die sterk overeenkomt met deze, namelijk het introduceren van vouchers met een waarde van 80% van de gemiddelde kosten van zorg in natura. Gerekend werd met een structurele besparing van 380 miljoen euro. Dat is minder dan de nu berekende besparing van 620 miljoen euro. Het grootste verschil is dat de KiK maatregel alleen betrekking had op de zwaardere intramurale zorg. Een ander verschil is dat in KiK voor de transitiejaren nog niet werd gerekend met transitiekosten.

Interactie met andere maatregelen

In de uitwerking van deze beleidsoptie is verondersteld dat beleidsopties 077 (scheiden wonen en zorg) en 103 (ouderenzorg naar de Wmo) al zijn uitgevoerd. De beleidsoptie gaat niet samen met 085 (meerjarige contracten in de Wlz).

[90] Sadiraj, S., Oudijk, D., Kempen, H. van, J. Stevens (2011). De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP).

082 Introduceren vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wet langdurige zorg

In de Wet langdurige zorg (Wlz) worden het Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) en het persoonsgebonden budget (pgb) omgevormd aan de hand van enkele kenmerken uit het Duitse pgb-systeem in de *Pflegeversicherung*.[91] Er komen twee opties om zorg vergoed te krijgen. De eerste is een voucher van 75% van de waarde van intramurale zorg. De voucher kan alleen worden besteed bij gecertificeerde zorgaanbieders die zijn gecontracteerd door het zorgkantoor. De tweede optie is een Mantelzorgforfait (MZF) van 50% van het vouchertarief, oftewel 37,5% van de waarde van intramurale zorg. Het MZF is vrij besteedbaar en er hoeft geen verantwoording over te worden afgelegd. De huidige mogelijkheid om zorg-in-natura in een instelling te ontvangen blijft in stand.

Achtergrond

Voor cliënten met een Wlz-indicatie die thuis wonen, bestaat de mogelijkheid om een VPT of MPT (in natura) te ontvangen. Met een pgb kan zorg ook worden ingekocht bij niet-gecertificeerde zorgaanbieders, dan geldt een lager maximumtarief. Pgb-houders moeten hun declaraties bij de Sociale Verzekeringsbank indienen en krijgen die vervolgens vergoed (trekkingsrecht).

De ruime bestedingsmogelijkheden van het pgb en de mogelijkheid die het systeem biedt om het geld ook aan zorgverleners die niet zijn gecontracteerd door zorgkantoren te besteden, hebben in het verleden een aanzuigende werking gehad.[92] Hierdoor zijn de Wlz-uitgaven toegenomen.

Uitvoering

De maatregel kan binnen drie jaar worden ingevoerd. Het vergt een wetswijziging en forse aanpassingen in de bekostiging en verantwoording van de langdurige zorg.

Gedrags- en neveneffecten

De gedragseffecten zijn sterk afhankelijk van de situatie van de cliënt. Cliënten met vooral informele zorgverleners zullen voor het vrij besteedbare MZF kiezen indien ze veel waarde aan de eigen regie hechten, maar kunnen daarmee minder uren zorg inkopen. Een ander deel van deze cliënten zal overstappen naar vouchers, om een groter deel van de uren te kunnen behouden. Cliënten met vooral formele zorgverleners kiezen waarschijnlijk ook voor de voucher.

In alle gevallen is er de mogelijkheid dat cliënten voor intramurale zorg kiezen.
Cliënten met lagere kosten dan 37,5% van het naturatarief zullen voor het MZF kiezen. Naar verwachting gaat het om een zeer kleine groep.

---

[91] Het Duitse systeem wijkt in het algemeen sterk af van het Nederlandse systeem, met name in de sfeer van aanspraken, indicatiestelling en eigen bijdragen. Daarbij is dit systeem gericht op ouderen terwijl extramurale zorg in de Wlz veelal wordt toegekend aan gehandicapten.

[92] Sadiraj, S., Oudijk, D., Kempen, H. van, J. Stevens (2011). De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP).

Bij het MZF is, in tegenstelling tot het huidige pgb, geen verantwoordingsplicht meer. Dit leidt waarschijnlijk tot bekostiging van niet-zorggerelateerde producten/diensten. In Duitsland is de indicatiestelling strikt en wordt weinig zorg vergoed, zodat dit weinig problemen geeft. In Nederland is de toegankelijkheid van de Wlz relatief groot en worden ook zorgvormen als begeleiding vergoed. Door het uitkeren van geld zonder verantwoordingsplicht is er een aanzuigende werking. Wlz-gerechtigden die hun indicaties op dit moment niet volledig gebruiken zullen geld laten uitkeren. Ook zullen cliënten die op de grens van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)/Zorgverzekeringswet (Zvw)/(Wlz) zitten, naar verwachting sneller een indicatie aanvragen.

Budgettaire effecten

Omdat empirische informatie ontbreekt, is eerst een inschatting gemaakt voor welke leveringsvorm mensen die nu extramurale zorg afnemen zouden kiezen, onder meer op basis van cijfers van Regioplan[93] en de Sociale Verzekeringsbank (SVB) over het type contracten bij pgb's. Hieruit volgt dat het huidig aandeel mantelzorgers binnen de pgb's ruwweg 40% is. Daarna is het budgettair effect bepaald. De kosten van door het zorgkantoor ingekochte zorg dalen van 82,5% (hoogte huidig pgb ten opzichte van de totale kosten intramurale zorg) naar 75%. Voor mantelzorgers die al voor 2014 uit een pgb werden betaald, daalt de vergoeding van 82,5% naar 37,5%, de helft van de waarde van de vouchers. Voor nieuwe gevallen geldt vanaf 2014 al een lager tarief, namelijk de helft van het professioneel tarief, waarvoor op dit moment 25 miljoen euro is ingeboekt. Omdat in de toekomst sprake is van een versobering van de keuzevrijheid van de cliënt door inperking van gecertificeerde zorg tot gecontracteerde gecertificeerde zorg, kiezen relatief veel mensen alsnog voor het MZF, ondanks de forse daling in budget.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 10
15% zal kiezen voor duurdere intramurale zorg	+50
35% zal kiezen voor het mantelzorgforfait	-300
50% zal kiezen voor vouchers	-100
Al ingeboekt vanwege niet-professioneel tarief	+25
Saldo*	-330

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Vervolgens zijn er additionele gedragseffecten. Een deel van de cliënten vindt contant geld zo interessant dat zij afzien van zorg-in-natura, terwijl zij dit anders wel afgenomen hadden. Verondersteld wordt dat dit één procent van de cliënten betreft. Verder zal naar verwachting iedereen die nu nog een ongebruikt pgb heeft – gemiddeld is er een onderuitputting van tien procent bij de pgb's – een MZF aanvragen en verzilveren. Ook de helft van de Wlz-indicaties die wel zijn aangevraagd maar nooit zijn gebruikt, worden waarschijnlijk als MZF verzilverd. Verder zullen er vanwege de aantrekkelijkheid van het vrij besteedbare MZF meer Wlz-indicaties aangevraagd worden (veronderstelde stijging 5%).

[93] Regioplan (2011). Hoe regelt u uw zorg met PGB? Resultaten van een enquête onder budgethouders.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 10
Mensen prefereren contant geld boven zorg	-60
Verzilveren pgb's	+40
Ongebruikte indicaties verzilveren als MZF	+130
Extra Wlz-indicaties	+85
Saldo*	+200

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Tot slot zijn er transitiekosten van 1,5% van de extramurale uitgaven in de Wlz (1,7 miljard euro), oftewel 25 miljoen euro. Het totaal budgettair effect komt uit op een structurele besparing van 130 miljoen euro. Vanwege de omvangrijke wijzigingen en het overgangsrecht dat hierbij een rol speelt wordt een ingroeipad verondersteld.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Introduceren vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wet langdurige zorg	+25	+25	+25	-25	-130

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Interactie met andere maatregelen

De beleidsoptie gaat niet samen met 085 (meerjarige contracten in de Wlz).

083 Introduceren generieke prestatie wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet

Er komt een generieke omschrijving van de prestatie wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet (Zvw), zodat de zorgverleners zelf de zorgbehoefte vast kunnen stellen en vervolgens het werk naar eigen inzicht kunnen inrichten. Dit betekent dat er een gemiddeld uurtarief komt voor alle vormen van wijkverpleging. Dit faciliteert het Buurtzorgconcept waar de afgelopen jaren in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) al mee is gewerkt. Zorgaanbieders worden niet verplicht om hun interne bedrijfsvoering conform het Buurtzorgconcept te organiseren.

Achtergrond

In de Zvw zijn zeven prestaties behorend bij de aanspraak wijkverpleging gedefinieerd, onder andere verpleging, persoonlijke verzorging en medisch-specialistische verpleging. Zorgverzekeraars kopen niet-persoonsgebonden wijkverpleging (segment 1) en de persoonsgebonden wijkverpleging (segment 2) apart in. Hierdoor worden de indicatiestelling en de daadwerkelijke zorg door verschillende zorgaanbieders geleverd. De aanbieder die de zorg levert, kan niet vaststellen of wijzigen wat de zorgbehoefte is. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken zelf afspraken over de verantwoording van de geleverde zorg, met als voorwaarde dat er een aantoonbaar verband is tussen zorgplan en realisatie.

Er wordt momenteel gewerkt aan een nieuwe bekostiging van de wijkverpleging met een kleiner aantal (mogelijk vijf) prestaties, gebaseerd op de benodigde intensiteit van zorg. Ook krijgen uitkomsten van de zorgverlening, bijvoorbeeld behandelduur en de klanttevredenheid, waarschijnlijk een plek in de tariefsopbouw.

Een groot deel van de instellingen heeft de afgelopen jaren de werkwijze van Buurtzorg (in een bepaalde mate) al overgenomen. Een recent rapport[94] laat zien dat Buurtzorg een relatief hoog uurtarief kent, maar dit compenseert met een relatief laag aantal uren per cliënt per jaar. Per saldo liggen de kosten 3% lager dan het gemiddelde in de branche. Ongeveer 40% van de instellingen is goedkoper dan Buurtzorg.

Uitvoering

Het aanpassen van de prestatie kan binnen een jaar worden ingevoerd.

[94] KPMG Plexus (2015). De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg. Een kwantitatieve analyse van thuiszorg in Nederland anno 2013.

Gedrags- en neveneffecten

- Er is geen verplichting meer om per patiënt bij te houden hoeveel uren van welk type zorg geleverd is. Het invoeren van een prestatie is echter geen garantie dat instellingen ook gaan werken volgens het Buurtzorgconcept. Naar verwachting is de samenstelling van het werknemersbestand en de cultuur – wordt simpelweg geleverd wat er geïndiceerd is, of wordt meer aangesloten bij de behoefte van de cliënt – hierbij doorslaggevend. Deze twee factoren zijn moeilijk op korte termijn te veranderen.
- Als zorgaanbieders zelf gaan indiceren, is er een prikkel om de zorgbehoefte in aantal uren zo hoog mogelijk te indiceren. Zorgverzekeraars zullen dus met omzetplafonds moeten werken om hier tegenkracht aan te bieden.
- Door te werken met een prestatie is er een risico van *cherry picking*. Voor een uur intensieve verpleging wordt hetzelfde vergoed als een uur persoonlijke verzorging. Het is daardoor aantrekkelijk om patiënten met een lichtere zorgzwaarte aan te trekken omdat hiervoor eenzelfde uurtarief geldt als voor een hogere zorgzwaarte, bijvoorbeeld door alleen persoonlijke verzorging aan te bieden en geen verpleging. Wanneer veel instellingen dit gedragseffect vertonen, leidt dat tot verschraling van de zorg.
- Juist de zorgaanbieders met een werknemersbestand en cultuur die niet aansluit bij het Buurtzorgconcept zullen de eenvoudigere zorg gaan leveren. Daardoor blijven vooral de zwaardere cliënten over voor Buurtzorg-instellingen. Wanneer deze partijen hetzelfde tarief ontvangen, leidt dit tot financiële problemen voor Buurtzorg-instellingen en een opwaartse druk op het tarief (bij vrije tarieven).
- Er is een risico op omzetverschuivingen tussen zorgaanbieders. Zorgaanbieders met cliënten met een hoger dan gemiddelde zorgzwaarte zullen hier de effecten van voelen. Omzetverschuivingen tussen zorgaanbieders bemoeilijken de macrokostenbeheersing door zorgverzekeraars.
- Controle op de geleverde zorg wordt moeilijker door het ontbreken van een uitgesplitste verantwoording van de geleverde diensten.

Budgettaire effecten

De opwaartse druk op de tarieven als gevolg van *cherry picking* leidt in eerste instantie tot een stijging. Aangenomen is dat dit zo'n 0,5% per jaar is op een grondslag van 3,6 miljard euro, oftewel 20 miljoen euro per jaar.

Het zal enige tijd duren voordat zorgverzekeraars bemerken dat er een groeiend verschil optreedt in de *case mix* van zorgaanbieders, en dat dit leidt tot een opwaartse druk op de prijzen. Zorgverzekeraars beschikken niet over sterke mogelijkheden om *cherry picking* tegen te gaan door verzekerden alleen naar zorgaanbieders te sturen die zowel complexe als minder complexe zorg leveren. Wanneer zorgverzekeraars voldoende prikkel ervaren om de kosten te beheersen, zullen zij proberen om de tarieven te differentiëren naar aanbieder. Hiervoor is een onafhankelijke bepaling van zorgzwaarte nodig.

Zorgverzekeraars zullen pas ingrijpen wanneer zij de effecten van *cherry picking* bemerken. Wanneer zij dit na een jaar bemerken, kunnen zij bij de zorginkoop voor het derde jaar de tarieven differentiëren. De eerste twee jaar na invoering is dan sprake van een kostenstijging

met 0,5% per jaar. Daarna zal de prijsdaling enkele jaren in beslag nemen. De aanname is dat dit vijf jaar duurt.

Zorgverzekeraars hebben een prikkel om zorgaanbieders te contracteren die zorg leveren met een goede prijs-kwaliteitverhouding, bijvoorbeeld volgens het Buurtzorgconcept. Voor de berekening is de aanname dat door de vereenvoudiging van de prestaties, een additionele 10% van de instellingen op de lange termijn gaat werken volgens het Buurtzorgconcept. Hiermee dalen de totale kosten van wijkverpleegkunde met 0,3%. Op een grondslag van 3,6 miljard euro, betekent dat een kostendaling van 10 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Een generieke prestatie wijkverpleging introduceren in de Zorgverzekeringswet	0	+20	+35	+25	-10

In *Keuzes in Kaart 2013-2017* was sprake van de maatregel Buurtzorg c.q. regelarme zorg. Deze maatregel had echter betrekking op alle AWBZ-zorg. Voor het onderdeel extramurale zorg werd gerekend met een doelmatigheidswinst van 5%. Toegespitst op alleen de extramurale verpleging en persoonlijke verzorging, de huidige aanspraak wijkverpleging, betrof het dus een besparing van 225 miljoen euro. Inmiddels is de wijkverpleging overgeheveld naar de Zvw onder verdiscontering van een korting van 560 miljoen en zijn de beginselen van het werken conform het Buurtzorgconcept al tamelijk wijdverbreid. Daarom is de ruimte voor additionele structurele besparingen langs deze lijnen uitermate beperkt.

084 Vereenvoudigen zorginkoop in de Wet langdurige zorg

De zorginkoop voor de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt vereenvoudigd conform het experiment regelarme zorg. Hiervoor worden de relevante partijen zoals zorgaanbieders en zorgkantoren door de Rijksoverheid bij elkaar gebracht.

Achtergrond

Het inkoopproces brengt momenteel veel administratie met zich mee. Zorgaanbieders die in meerdere regio's inkoopcontracten sluiten moeten soms per zorgkantoor afwijkende informatie aanleveren. Uit de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen is gebleken dat de experimenten veel hebben opgeleverd, bijvoorbeeld een betere kwaliteit van leven voor de cliënt. De vermindering van de administratieve lasten ontstond in hoofdzaak bij zorgaanbieders zelf doordat zij interne regels ter discussie stelden en verminderden.

Vaak kwamen deze interne regels voort uit oude werkpatronen. Het betrof dus vaak geen regelgeving die vanuit overheidswege was opgelegd. Wel was inzet vanuit de Rijksoverheid noodzakelijk om partijen zoals zorgaanbieders, zorgkantoren en zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) bij elkaar te brengen en daarmee aanpassingen op het gebied van indicatiestelling, bekostiging, kwaliteitsverantwoording en declaratie te bewerkstelligen. De leerervaringen uit de experimenten zijn benut bij de hervorming van de langdurige zorg en worden inmiddels landelijk toegepast. Daarnaast worden enkele experimenten in het kader van het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) 'doorontwikkeld' in de proeftuinen binnen de Hervorming van de langdurige Zorg. De lessen van deze proeftuinen worden door 'In voor Zorg!' in beeld gebracht en verspreid. De maatregel betreft derhalve staand beleid.

Budgettaire effecten

De maatregel betreft staand beleid. Om die reden wordt er geen opbrengst opgenomen.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Vereenvoudigen zorginkoop in de Wet langdurige zorg	0	0	0	0	0

085 Verplichten meerjarige contracten in de Wet langdurige zorg

Er komt een verplichting in de Wet langdurige zorg (Wlz) voor zorgkantoren (Wlz-uitvoerders) om meerjarige contracten met budgetafspraken af te sluiten met zorgaanbieders. Dit wordt gecombineerd met een (deels) meerjarige contracteerruimte en meerjarige concessies voor zorgkantoren.

Achtergrond

Het is mogelijk om meerjarige contracten af te sluiten in de Wlz. Dit is echter niet verplicht. Momenteel sluit het overgrote deel van de zorgkantoren en zorgaanbieders jaarlijks contracten met elkaar af. Er is dus jaarlijks sprake van onzekerheid bij instellingen rondom de continuïteit van financiering. Daarnaast brengt het onderhandelingsproces ieder jaar administratieve lasten met zich mee.

Een belangrijke belemmering voor zorgkantoren voor het afsluiten van meerjarige contracten is het feit dat de contracteerruimte jaarlijks wordt vastgesteld. Bovendien krijgen de zorgkantoren maar voor een jaar een concessie. In 2015 is een pilot gestart met zorgverzekeraar en zorgkantoor DSW waarin onder andere de ontwikkeling van meerjarige overeenkomsten centraal staat.

Uitvoering

Er is minimaal twee jaar benodigd voor de invoering van de maatregel.

Gedrags- en neveneffecten

Wanneer zorgaanbieders voor een langere periode zeker zijn van contractering kunnen langetermijnplannen worden gemaakt en kan innovatie en kwaliteit binnen de instelling worden gestimuleerd. De effecten op de uiteindelijke contractering zijn waarschijnlijk niet heel groot omdat de contracten met zorgaanbieders normaal gesproken van jaar-op-jaar geen grote verschuivingen bevatten.

Mogelijk kunnen door de maatregel verschuivingen in de cliëntvoorkeuren minder worden gevolgd. Vanwege de maximum contracteerruimte betekent een (deels) langjarige omzetgarantie op middellange termijn marktmacht voor ‘oude’ zorgaanbieders omdat minder ruimte overblijft voor nieuwe, innovatieve zorgaanbieders. Na verloop van tijd zal het bedingen van kortingen door het zorgkantoor daarom moeilijker worden. Wanneer het contract niet jaarlijks vraagt om goed presteren en (teveel) financiële zekerheid biedt, zou het kunnen dat de prikkels tot goed presteren afnemen.

Een meerjarige contracteerruimte beperkt de politieke ruimte om nieuwe maatregelen te nemen. Een nieuw kabinet kan bijvoorbeeld met een hoog percentage aan juridisch verplichte Wlz-uitgaven geconfronteerd worden. De budgetflexibiliteit neemt af.

Budgettaire effecten

Zorgaanbieders zijn waarschijnlijk bereid een korting te accepteren in ruil voor zekerheid van financiering. Omdat zorgkantoren geen financiële prikkel hebben om kortingen te bedingen, wordt het budget vooraf gekort.

De korting die zorgaanbieders kunnen bieden in ruil voor zekerheid zal afhangen van de besparingen die zekerheid oplevert, zoals minder personeelskosten door minder uitzendkrachten. Volgens CBS Statline werd in 2013 in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg samen ongeveer 950 miljoen euro uitgegeven aan inhuur van uitzendkrachten en andere externen. In de Wlz zal dit zo'n 570 mln euro bedragen (de omvang van de Wlz is nog maar 60% van die van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ). Stel dat 50% door interne krachten kan worden vervangen en dat dit 30% op de kosten van die 50% bespaart, dan levert dit 85 miljoen euro op, een half procent van het totale Wlz budget van 17 miljard euro. Daarnaast kunnen de financieringskosten van instellingen dalen omdat de inkomsten op korte termijn minder onzeker zijn. Voor nieuwe toetreders is het aantrekkelijk wanneer ze al contracten kunnen afsluiten voordat ze de markt betreden; zij zullen bereid zijn voor deze zekerheid te betalen. In totaal lijkt een korting van 1% op het totale Wlz-budget mogelijk, wat neerkomt op 170 miljoen euro. De helft van deze besparing gaat verloren door afgenomen concurrentie (meer marktmacht voor zittende zorgaanbieders). Dit effect treedt niet gelijk op bij invoering omdat dan nog met alle zorgaanbieders onderhandeld wordt, maar op den duur wel.

De administratieve lasten zullen afnemen door minder frequent inkopen. In totaal kost de zorginkoop de zorgaanbieders ongeveer 40 miljoen euro in 2015.[95] Als de frequentie van inkoop gemiddeld een derde zo groot zou worden (naar eens per drie jaar) zou dit circa 25 miljoen euro per jaar besparen.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Verplichten meerjarige contracten in de Wet langdurige zorg*	0	0	-100	-200	-110
w.v. korting vanwege grotere zekerheid	0	0	-85	-170	-170
w.v. lagere administratieve lasten	0	0	-15	-25	-25
w.v. effect geringere concurrentie	0	0	0	0	+85

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Interactie met andere maatregelen

Deze beleidsoptie kan niet worden gecombineerd met maatregelen om de bekostiging meer persoonsvolgend te maken (beleidsopties 080, 081 en 082).

[95] Van Dooren et al. (2013). Op weg naar minder administratieve lasten, Wet langdurige zorg, Q-Consult.

086 Beschikbaar stellen standaard softwarepakket in de thuiszorg

De Rijksoverheid koopt een bestaand automatiseringspakket dat het werken met tablets en smartphones mogelijk maakt en stelt het gratis ter beschikking aan thuiszorgaanbieders. De overheid zorgt er bovendien voor dat de verantwoordingseisen die de gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars aan thuiszorgaanbieders opleggen verenigbaar zijn met dit automatiseringspakket. Waar nodig sluit de overheid hierover met deze partijen een bestuurlijk akkoord.

Achtergrond

Op dit moment gebeurt de kwaliteitsmeting en verantwoording nog veel door het invullen van papieren lijsten en werkt een ander deel van de zorgaanbieders met digitale formulieren middels tablets en apps. De kwaliteitsmeting en urenverantwoording door het invullen van papieren lijsten kost veel tijd. Er zijn meerdere softwarepakketten voor de zorg op de markt en zorgkantoren en zorgverzekeraars stellen geen uniforme eisen.

Het overheidsbeleid bestaat onder andere uit het uniformeren van formulieren en het zo veel mogelijk in een keer uitvragen van gegevens (door verschillende instanties). Er is nog geen beleid voor het (landelijk) meten van kwaliteit in de zorg door middel van apps.

Uitvoering

De maatregel kan binnen twee jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Thuiszorginstellingen zullen overstappen op het gratis pakket wanneer dat goed werkt en vanwege de zekerheid die het gebruik van een door de overheid geselecteerd registratiepakket biedt. De overheid zal zich waarschijnlijk regelmatig moeten buigen over de inhoud van de gebruikte software. Er is daarbij een groot risico op kostenoverschrijdingen.[96]

Doordat de overheid de facto een softwareaanbieder een monopoliepositie geeft, zullen andere zorgaanbieders zich van de markt terugtrekken. Er is dan niet langer druk vanuit de markt om te innoveren. Het ontbreken van concurrentiedruk zal de softwareaanbieder minder responsief maken op vragen van gebruikers, zelfs al worden hier vanuit de overheid eisen aan gesteld. Periodiek aanbesteden kan dit effect dempen, maar met een wisseling van softwarepakket zijn voor instellingen grote transitiekosten gemoeid. Instellingen hebben waarschijnlijk hun bedrijfsvoering geheel afgestemd op het gratis te gebruiken registratiesysteem en willen dit systeem dan ook graag blijven gebruiken. Het gekozen systeem bepaalt op deze manier in grote mate de werkwijze van thuiszorgorganisaties alsmede de toekomstige ontwikkeling van de registratie, waardoor grotere vernieuwingen minder gemakkelijk doorbreken. De nadelige effecten zijn mogelijk geringer wanneer de

[96] Vergelijk de conclusies van de Commissie Elias (2014). Parlementair onderzoek naar ICT-projecten bij de overheid. Kamerstuk 33 326 nr. 5.

overheid niet het hele automatiseringspakket tot standaard verklaard, maar slechts de functionaliteitseisen standaardiseert.

Gemeenten en zorgverzekeraars hebben baat bij de gestandaardiseerde informatie die zij ontvangen van de verschillende thuisorganisaties die binnen het verzorgingsgebied actief zijn. Dit levert efficiencywinst op bij gemeenten en zorgverzekeraars.

Een ander neveneffect is dat de rijksoverheid op termijn kan beschikken over uitgebreide, gestandaardiseerde informatie over de geleverde thuiszorg in Nederland. Dit kan bijdragen aan het effectief vormgeven van toekomstig beleid.

Budgettaire effecten

De kosten voor de Rijksoverheid zijn de (jaarlijkse) afkoop van de licentiekosten. Vanwege schaalvoordelen daalt de prijs van de software. Standaardisatie van registratie leidt tot meer efficiency in de registratieketen. De vermindering van de administratieve lasten leidt bij instellingen tot besparing op personeelskosten of tot kwaliteitsverbetering. Daar staan kosten tegenover zoals de aanschaf en onderhoud van tablets en bijbehorende infrastructuur en opleidingen. Initieel zijn er wellicht efficiencyvoordelen, maar op termijn zijn er nadelen van verminderde innovatie. Het effect kan niet goed worden gekwantificeerd.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Beschikbaar stellen standaard softwarepakket in de thuiszorg	0	0	p.m.	p.m.	p.m.

087 Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg

Zorgaanbieders stellen in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënt vast. Dit komt in plaats van de onafhankelijke indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De eigen verantwoordelijkheid van aanbieders gaat ook gelden voor herindicaties bij een verzwaring van de zorgvraag. Tevens bepalen zij de geldigheidsduur van de indicatie. Het CIZ voert steekproefsgewijs controles uit op de door de zorgaanbieders afgegeven indicaties.

Achtergrond

Met ingang van de Wlz zijn alle bevoegdheden van zorgaanbieders qua (gemandateerde) indicatiestelling vervallen. Het CIZ is verplicht de indicatiestelling te baseren op persoonlijk contact met degene voor wie het besluit is bedoeld. Deze vormgeving is gekozen om *upcoding* (hogere indicaties geven dan nodig is) door zorgaanbieders te voorkomen.

Uitvoering

De maatregel kan binnen twee jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Zorgaanbieders kunnen meer aandacht hebben voor de zorgbehoefte van de cliënt, en kunnen deze ook meteen zorg verlenen indien zij dit wenselijk achten. Tegelijkertijd heeft de aanbieder een prikkel om bij het bepalen van de indicaties ook de financiële en andere belangen van zijn organisatie mee te wegen, waardoor het risico op oneigenlijk gebruik toeneemt. Dit kan leiden tot hogere indicaties van bestaande cliënten en een lagere toegangsdrempel voor nieuwe cliënten, zodat de omzet van de eigen zorgorganisatie toeneemt. Dit moet wel passen binnen de (budget)afspraken met het zorgkantoor. In welke mate deze effecten optreden hangt af van de intensiteit van de steekproefsgewijze controles door het CIZ, en van de hoogte van de boetes bij overtreding van de indicatieregels.
Cliënten met een gelijke zorgvraag kunnen uiteenlopende hoeveelheden zorg ontvangen door het ontbreken van een centraal indicatieorgaan. Dit kan leiden tot discussies over ongelijke behandeling.

Daarnaast kan het zijn dat zorgaanbieders niet voldoende expertise hebben voor een juiste indicatiestelling. Er is dan geen sprake van opzettelijke *upcoding* maar van onbedoelde foute indicatiestelling.

Budgettaire effecten

De uitvoeringskosten van het CIZ zijn circa 100 miljoen euro. Een deel van deze kosten zal komen te vervallen. Onder de aanname dat de structurele besparing 50% van de totale uitvoeringskosten bedraagt, kan 50 miljoen euro worden bespaard. Daarnaast nemen de kosten van zorgverlening in de Wlz toe, met meer dan de eventuele afname van de kosten in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze toename van de kosten wordt enerzijds veroorzaakt door een grotere instroom in de Wlz en anderzijds door *upcoding* van de huidige Wlz-cliënten. Naar schatting zal voor per saldo 19

procent van de herindicaties sprake zijn van *upcoding*.[97] Naar verwachting zullen ook de toegangscriteria voor de Wlz ruimer worden geïnterpreteerd. Hierbij is verondersteld dat 19 procent van de cliënten met een zorgzwaartepakket (ZZP) net onder de grens van de Wlz zullen instromen in de Wlz.

De omvang van de Wlz is ongeveer 14,5 miljard euro (exclusief kapitaallasten en vervoer). Wanneer in per saldo 19 procent van de zorgkosten de zorgzwaarte 16 procent[98] te hoog wordt vast gesteld komt dit neer op een stijging van structureel circa 440 miljoen euro.

De ruimere toegang tot de Wlz is gekwantificeerd als upcoding van 19 procent van de cliënten met een ZZP net onder de grens van de Wlz. De betreffende zorgzwaartepakketten zijn VV 3[99], VV 4, LG 3, ZG 1, VG 2 (alleen 18+), VG 3 (alleen 18+) en GGZ 2 (alleen 18+). Dit komt uit op ongeveer 69.000 cliënten. Wanneer 19 procent van deze cliënten toegang tot de Wlz krijgt tegen meerkosten van gemiddeld ongeveer 15.000 euro[100] per cliënt, komt dit neer op structureel ongeveer 200 miljoen euro.

Voor beide effecten, *upcoding* van bestaande Wlz cliënten en een grotere instroom in de Wlz, is een ingroeipad van drie jaar verondersteld.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Zorgaanbieder indiceren zelf in de Wet langdurige zorg	0	0	+170	+370	+590
w.v. 50% bespraken op uitvoeringskosten CIZ	0	0	-50	-50	-50
w.v. upcoding wegens indiceren door zorgaanbieders	0	0	+150	+290	+440
w.v. extra instroom Wlz	0	0	+70	+130	+200

Interactie met andere maatregelen

Deze beleidsoptie en beleidsoptie 088 (maximering indicaties Wlz) sluiten elkaar uit.

97 CIZ (2013). Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen.

98 16 procent staat gelijk aan de gemiddelde stijging van het zorgbudget wanneer een Wlz VV cliënt een ZZP hoger wordt geïndiceerd. Het is daarbij verondersteld dat de vergoeding voor vervoer en kapitaal gelijk blijft.

99 Voor de zorgzwaartepakketten (ZZP's) VV en VG zijn zowel het pakket gelijk onder de Wlz als het pakket dat voor de helft onderdeel uitmaakt van de Wlz meegenomen. Dit omdat verondersteld is dat men graag de zekerheid heeft volledig toegang te hebben tot de Wlz.

100 Dit zijn de gemiddelde meerkosten voor de betreffende ZZP's wanneer deze intramuraal een ZZP hoger zouden worden toegewezen.

088 Maximeren indicaties Wet langdurige zorg

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) krijgt een maximum (uitgedrukt in een geldelijke waarde) opgelegd aan de omvang van de indicaties die zij mag verstrekken. De Wet langdurige zorg (Wlz) wordt een voorziening. Op basis van objectieve criteria voor het gebruik van zorg wordt per regio bepaald wat de omvang van de indicaties voor de verschillende Wlz-doelgroepen zou moeten zijn. In plaats van budgettering van het aanbod komt er budgettering van de vraag. Er zijn twee aanpakken mogelijk voor het stellen van de norm:

- Het totale budget blijft gelijk (alleen herverdeling tussen regio's) (variant a).
- Het totale budget wordt vastgesteld op grond van de afwijking tussen realisaties en genormeerde uitgaven van bijvoorbeeld de op 25% of 50% na slechtst presterende regio (variant b en c).

Zorgkantoren maken geen productieafspraken meer met zorgaanbieders. Zij vergoeden landelijk uniforme tarieven per geïndiceerde zorgzwaarte, gelijk aan het gemiddelde van de huidige tarieven. Alle zorgaanbieders die voldoen aan de minimum kwaliteitseisen komen voor vergoeding in aanmerking.

Achtergrond

Op dit moment is het CIZ de onafhankelijke indicatiesteller voor de Wlz. Het aantal indicaties is een uitkomst van het indicatieproces, dat gebaseerd dient te zijn op landelijk uniforme, objectieve criteria. De zorg wordt ingekocht door het zorgkantoor. Het daadwerkelijk gebruik van zorg kan lager zijn dan de hoogte van de indicatie, deels omdat zorgvragers hun indicatie niet (volledig) verzilveren maar ook vanwege beperkende productieafspraken van zorgkantoren met zorgaanbieders. Het regeerakkoord Rutte II bevat een taakstelling van 0,5 miljard euro op de uitvoering van de langdurige zorg. De onderliggende maatregel heeft onder andere als doel het terugdringen van regionale verschillen. Instrumenten om dit te realiseren zijn strakkere aansturing en monitoring van zorgkantoren en een nieuw indicatiekader voor de Wlz. Op dit moment is het nog niet duidelijk in hoeverre regionale verschillen daadwerkelijk worden verkleind.

Op dit moment bestaan er grote regionale verschillen tussen aantal ouderen, gehandicapten en GGZ-cliënten met een intramurale indicatie en het gebruik. Verschillen in leeftijdsopbouw en andere objectieve kenmerken verklaren deze variatie niet of niet volledig.

Uitvoering

De maatregel kan na vier jaar worden ingevoerd. De Wlz moet worden gewijzigd en, indien voor deze variant gekozen wordt, een regionaal verdeelmodel moet worden ontwikkeld. Vervolgens is sprake van een ingroeipad.

Gedrags- en neveneffecten

Het CIZ gaat sturen op de totale omvang van de indicaties en daardoor in regio's met historisch veel indicaties en een hoog gebruik strenger indiceren om binnen de norm te blijven en geen cliënten te hoeven weigeren aan het eind van het jaar. In regio's met historisch relatief weinig indicaties zal het CIZ wellicht minder streng gaan indiceren als de norm ruimer wordt.

Omdat er geen productieafspraken meer met zorgkantoren worden gemaakt zullen zorgaanbieders sterker met elkaar concurreren op kwaliteit. Daardoor stijgt de gemiddelde kwaliteit iets en wordt het aanbod iets gevarieerder. In dunbevolkte regio's, en dan vooral in de gehandicaptenzorg (vanwege de beperkte omvang) zal de concurrentie minder sterk toenemen.

In bepaalde regio's zullen minder mensen in aanmerking komen voor de Wlz dan in de huidige situatie en elders wellicht meer mensen. Dit betekent dat er in de eerst genoemde regio's een grotere vraag naar gemeentelijke voorzieningen en Zorgverzekeringswet (Zvw) komt en in de andere regio's minder. De uitgaven binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zvw zullen naarmate de tijd vordert ook steeds meer op objectieve factoren worden gebaseerd via verdeelmodellen en ex-ante risicoverevening. Het beroep op mantelzorg kan toenemen in de regio's waar het historisch gebruik van Wlz-zorg hoog was.

Door het vervallen van productieafspraken neemt de onzekerheid voor zorgaanbieders niet substantieel toe. Instellingen sluiten nu immers maximumcontracten met zorgkantoren en hebben daarbij ook geen zekerheid over hun omzet voor volgend jaar. Wel kan er meer concurrentie ontstaan met nieuwe toetreders.

Budgettaire effecten

De indicaties worden genormeerd op grond van het gebruik van zorg dat op basis van objectieve kenmerken is te verwachten.

In variant a blijft het macrobudget voor de Wlz gelijk en treedt alleen herverdeling tussen regio's op; er is geen budgettair effect op de Wlz-uitgaven. In variant b en c vindt de aanpassing van het macrobudget op twee verschillende manieren plaats, uitgewerkt met behulp van de beschikbare verouderde data voor de ouderenzorg.[101]

In variant b mogen de acht slechtst presterende regio's oftewel het slechtst presterende kwartiel (in termen van overschrijding van het budget op basis van objectieve factoren) niet meer afwijken van het budget dan de regio die daar net boven zit. Dit levert een besparing op van ongeveer 0,8% van het macrobudget, op een grondslag van 9,2 miljard euro gaat het om circa 70 miljoen euro structureel.

[101] Cebeon (2010). Kwantificering regionale verschillen in zorggebruik in zorggebruik AWBZ - Betekenis aanbodfactoren, rekening houdend met verschillen aan de vraagzijde. Kanttekeningen bij deze berekening op grond van Cebeon zijn dat het om oudere gegevens gaat die betrekking hebben op de verpleging en verzorging binnen de AWBZ in plaats van de Wlz en dat de omvang van zorgkantoorregio's niet bekend is.

In variant c mogen de twee slechtst presterende kwartielen (in termen van overschrijding van het budget op basis van objectieve factoren) niet meer afwijken van het budget dan de regio die daar net boven zit. Dit levert een besparing op van ongeveer 2,3% van het macrobudget, per saldo gaat het om circa 210 miljoen euro structureel.
Het is ook denkbaar om de macrobesparing te baseren op het criterium dat geen enkele regio meer mag uitgeven dan de uitkomsten volgens het model van Cebeon. Dit levert een hogere besparing op dan bij variant c. Op het ogenblik dat zou worden besloten om daadwerkelijk een objectief verdeelmodel voor de Wlz in te voeren, moet de dan geldende praktijkvariatie in kaart worden gebracht.[102] Voor zover de bovengenoemde taakstelling van 0,5 miljard euro dezelfde uitwerking omvat, kunnen de effecten van het invoeren van een objectief verdeelmodel niet als een additionele besparing worden beschouwd.

Er zijn verschillende ingroeipaden mogelijk. Er wordt verondersteld dat de besparing vanaf jaar 4 in gelijke stappen naar het structurele effect in jaar 10 toeneemt.
Mogelijk zijn er gevolgen voor de uitgaven voor langdurige zorg buiten de Wlz. Uit het Cebeon onderzoek blijkt echter geen eenduidig verband tussen intramurale en extramurale uitgaven, dus hiervoor valt niet te corrigeren. De uitvoeringskosten worden geschat op 5 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Maximeren indicaties Wet langdurige zorg*:					
a. Totaal budget blijft gelijk	0	0	+5	+5	+5
b. Correctie slechtst presterende kwartiel – 0,8%	0	0	+5	+5	-70
c. Correctie slechtst presterende twee kwartielen – 2,3%	0	0	+5	+5	-210

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Interactie met andere maatregelen

Deze beleidsoptie kan niet tegelijk met beleidsopties waarbij het CIZ verdwijnt (079 en 087) worden ingevoerd.

[102] De Algemene Rekenkamer doet onderzoek naar regionale verschillen in het zorggebruik AWBZ en mogelijke verklaring daarvan. Publicatie van dat onderzoek wordt verwacht in juni 2015. (website geraadpleegd op 5 maart 2015).

089 Introduceren objectief verdeelmodel Wet langdurige zorg

De regionale contracteerruimte van de zorgkantoren binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt voortaan bepaald op basis van objectieve criteria. Er zijn twee aanpakken mogelijk voor het bepalen van het macrobudget:

- Het totale budget blijft gelijk (alleen herverdeling tussen regio's) (variant a).
- Er komt een korting op het macrobudget die is gebaseerd op de afwijking tussen de huidige en de door het nieuwe model toegestane uitgaven van bijvoorbeeld de op 25% en 50% slechtst presterende regio's (variant b en c).

In regio's met een afname van het budget moet de indicatiestelling zich aanpassen of wordt het verschil tussen de indicatiestelling en het gebudgetteerde zorggebruik groter. Op voorhand is niet duidelijk of dit een andere regulering van de indicatiestelling vergt (bijvoorbeeld het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) onderbrengen bij het zorgkantoor).

Achtergrond

De huidige verdeling van budgetten over de regio's wordt vooral door historisch zorggebruik bepaald. Op dit moment bestaan er grote regionale verschillen wat betreft aantal ouderen, gehandicapten, cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) naar intramurale indicatie en het gebruik. Objectieve criteria verklaren deze variatie niet of niet volledig.[103] Hier is dus sprake van praktijkvariatie om onbekende redenen. Het regeerakkoord Rutte II bevat een taakstelling van 0,5 miljard euro op de uitvoering van de langdurige zorg. Doel van de onderliggende maatregel is onder andere het terugdringen van regionale verschillen. Instrumenten om dit te realiseren zijn strakkere aansturing en monitoring van zorgkantoren en een nieuw indicatiekader voor de Wlz. Op dit moment is het nog onduidelijk in hoeverre regionale verschillen daadwerkelijk worden verkleind.

Uitvoering

Het ontwikkelen van een regionaal objectief verdeelmodel en mogelijk een wijziging van de Wlz kosten naar verwachting drie jaar. Vervolgens geldt een ingroeipad om de herverdelingseffecten tussen regio's te dempen.

Gedrags- en neveneffecten

De toegankelijkheid van de Wlz wordt als gevolg van het nieuwe verdeelmodel meer gelijk getrokken over de regio's. Zorgkantoren die in het verleden meer inkochten dan op grond van objectieve factoren is te verklaren, moeten hun totale zorginkoop beperken. Om te voorkomen dat dit voornamelijk leidt tot grotere wachtlijsten, zijn er mogelijk ook aanpassingen in de indicatiestelling nodig. Zorgkantoren die relatief weinig inkochten, gaan wellicht ruimer inkopen.

---

[103] Cebeon (2010). Kwantificering regionale verschillen in zorggebruik in zorggebruik AWBZ - Betekenis aanbodfactoren, rekening houdend met verschillen aan de vraagzijde. Cebeon laat zien dat voor de intramurale ouderenzorg in 2006 de afwijkingen van het verklaringsmodel per regio uiteenliepen van 58 euro per inwoner per jaar hogere uitgaven tot 78 euro per jaar lagere uitgaven (voor intramuraal en extramuraal samen waren de bedragen respectievelijk 79 en 73 euro per inwoner).

In bepaalde regio's zullen minder mensen in aanmerking komen voor de Wlz dan in de huidige situatie en elders wellicht meer mensen. Dit betekent dat er in de eerst genoemde regio's grotere vraag naar gemeentelijke voorzieningen en Zorgverzekeringswet (Zvw) komt en in de andere regio's minder. De uitgaven binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zvw zullen naarmate de tijd vordert ook steeds meer op objectieve factoren worden gebaseerd via verdeelmodellen en ex-ante risicoverevening. Het beroep op mantelzorg kan toenemen in de regio's waar het historisch gebruik van Wlz-zorg hoog was.

Budgettaire effecten

In variant a blijft het macrobudget voor de Wlz gelijk en er treedt alleen herverdeling tussen regio's op; er is geen budgettair effect op de Wlz-uitgaven. In variant b en c vindt aanpassing van het macrobudget plaats op twee verschillende manieren, uitgewerkt met behulp van de beschikbare verouderde data voor de ouderenzorg.[104]

In variant b mogen de acht slechtst presterende zorgkantoren oftewel het slechtst presterende kwartiel (in termen van overschrijding van het budget op basis van objectieve factoren) niet meer afwijken van het budget dan het zorgkantoor dat daar net boven zit. Dit levert een besparing op van ongeveer 0,8% van het macrobudget, op een grondslag van 9,2 miljard euro gaat het om circa 70 miljoen euro structureel.

In variant c mogen de twee slechtst presterende kwartielen (in termen van overschrijding van het budget op basis van objectieve factoren) niet meer afwijken van het budget dan het zorgkantoor dat daar net boven zit. Dit levert een besparing op van ongeveer 2,3% van het macrobudget, per saldo gaat het om circa 210 miljoen euro structureel. Het is ook denkbaar om de macrobesparing te baseren op het criterium dat geen enkele regio meer mag uitgeven dan de uitkomsten volgens het model van Cebeon. Dit levert een hogere besparing op dan bij variant c.

Op het ogenblik dat zou worden besloten om daadwerkelijk een objectief verdeelmodel voor de Wlz in te voeren, moet de dan geldende praktijkvariatie in kaart worden gebracht.[105] Voor zover de bovengenoemde taakstelling van 0,5 miljard dezelfde uitwerking omvat, kunnen de effecten van het invoeren van een objectief verdeelmodel niet als een additionele besparing worden beschouwd.

Voor de daaropvolgende daadwerkelijke verdeling van het macrobudget over de regio's zijn diverse scenario's met verschillende ingroeipaden (bijvoorbeeld vangnetregelingen) mogelijk. Die worden niet verder uitgewerkt. Er is verondersteld dat de besparing vanaf jaar 4 in gelijke stappen naar het structurele effect in jaar tien toeneemt.

---

[104] Kanttekeningen bij deze berekening op grond van Cebeon zijn dat het om oudere gegevens gaat die betrekking hebben op de verpleging en verzorging binnen de AWBZ in plaats van de Wlz en dat de omvang van zorgkantoorregio's niet bekend is.

[105] De Algemene Rekenkamer doet onderzoek naar regionale verschillen in het zorggebruik AWBZ en mogelijke verklaring daarvan. Publicatie van dat onderzoek wordt verwacht in juni 2015 (website geraadpleegd op 5 maart 2015).

Mogelijk zijn er gevolgen voor de uitgaven voor langdurige zorg buiten de Wlz. Uit Cebeon blijkt echter geen eenduidig verband tussen intramurale en extramurale uitgaven, dus hiervoor valt niet te corrigeren. De uitvoeringskosten worden geschat op 5 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Introduceren objectief verdeelmodel Wet langdurige zorg*:					
a. Totaal budget blijft gelijk	0	0	+5	+5	+5
b. Correctie slechtst presterende kwartiel – 0,8%	0	0	+5	-5	-70
c. Correctie slechtst presterende twee kwartielen – 2,3%	0	0	+5	-30	-210

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

090 Beperken toegang Wet langdurige zorg voor onverzekerbare vreemdelingen en zorg in niet-verdragslanden

De Wet langdurige zorg (Wlz) wordt versoberd. Er zijn twee varianten uitgewerkt. In variant a wordt de aanspraak op Wlz-zorg beperkt tot het vergoeden van Wlz-zorg in de landen waar Nederland een verdrag mee heeft gesloten (variant a). In variant b is verblijf in een Wlz-instelling door onverzekerbare vreemdelingen niet langer toegestaan.

Achtergrond

Gecontracteerde Wlz-zorg wordt voor verzekerden vergoed binnen Nederland en binnen de landen van de EU, EER, Zwitserland (Europa) mits vooraf toestemming is gevraagd door de verzekerde. Daarbuiten mag niet worden gecontracteerd. Buiten Europa kan Wlz-zorg alleen in uitzonderingssituaties worden ingeroepen. Dat geldt ook voor Wlz-zorg in verdragslanden. Materieel is er dus geen verschil tussen verdragslanden en overige landen buiten Europa. De uitzonderingssituaties zijn: wachtlijsten (zorgplicht Wlz uitvoerder), spoedeisende zorg, zorg tijdens de vakantie (mits deze al is geïndiceerd: maximaal drie maanden, maar maximaal een jaar als de verzekerde een indicatie heeft voor palliatief terminale zorg). De qua omvang grootste uitzondering betreft Wlz-verzekerden die in verband met hun werk of studie in het buitenland wonen.

Voor variant b is relevant dat indien de Wlz-kosten niet kunnen worden verhaald op de zorgvrager omdat sprake is van onverzekerbare vreemdelingen (zoals bedoeld in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet), kunnen gecontracteerde Wlz-instellingen een beroep doen op de ZiNL-regeling ‘Oninbare kosten van AWBZ-zorg verleend aan onverzekerbare vreemdelingen’. Voor gebruik van Wlz-zorg dienen vreemdelingen met een lopende asielaanvraag gebruik te maken van gecontracteerde zorgaanbieders. De kosten maken onderdeel uit van de begroting van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

Uitvoering

Variant a kan binnen twee jaar worden ingevoerd.

Variant b is juridisch niet uitvoerbaar. Nalatigheid, in casu het niet geven van noodzakelijke medische zorg aan een illegaal/onverzekerde vreemdeling, is straf- of tuchtrechtelijk verwijtbaar. Ook conflicteert de variant met internationale verdragen. Variant b wordt om die reden niet verder uitgewerkt.

Gedrags- en neveneffecten

Het aantal vakanties buiten Europa van mensen met een Wlz-indicatie neemt af. Ook zullen minder mensen met een indicatie voor palliatief terminale zorg naar landen buiten Europa gaan om te sterven. Mensen die voorheen Wlz zorg afnamen in niet-verdragslanden zullen dat in Nederland of in verdragslanden gaan doen.

Het uitzenden naar een niet-verdragsland van personeel dat gebruik maakt van Wlz-zorg (bijvoorbeeld een gehandicapt kind) wordt ontmoedigd, tenzij de werkgever deze zorgkosten voor eigen rekening neemt of verzekert.

Budgettaire effecten

Voor de opbrengst van de maatregel is gerekend met een bedrag van 18 miljoen euro Wlz-uitgaven in het buitenland. Hiervan heeft een derde betrekking op Wlz-zorg buiten Europa, oftewel 6 miljoen euro. Er is niet bekend welk deel betrekking heeft op niet-verdragslanden. Aangenomen wordt dat de meerderheid van de verzekerden de zorg, omdat het noodzakelijke, geïndiceerde zorg betreft, alsnog in Nederland zal inroepen (4 miljoen euro). Van het restant is de veronderstelling dat daarvan de helft spoedeisende zorg betreft. Deze zorg blijft gewoon vergoed. Dan resteert een besparing van circa een miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Beperken toegang Wet langdurige zorg voor vreemdelingen en zorg in niet-verdragslanden:					
a. Geen vergoeding in niet-verdragslanden	0	0	-1	-1	-1
b. Verblijf onverzekerbare vreemdelingen in Wlz-instelling niet langer toegestaan	x				

091 Stimuleren integrale dementiezorg

Integrale dementiezorg wordt bevorderd volgens twee varianten:

a. Overheveling van alle dementiezorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).
b. Introductie van een landelijke subsidieregeling ter bekostiging van casemanagers dementiezorg.

Achtergrond

Er is een zorgstandaard dementie die breed in het veld wordt toegepast, maar de bekostiging is versnipperd over diverse domeinen. Vanaf 2016 zal de dementiezorg voor thuiswonenden met name onderdeel zijn van de aanspraak wijkverpleging in de Zvw. Zwaardere dementiezorg wordt bekostigd vanuit de Wlz. Ook in het Wmo-domein wordt enige zorg aan beginnend dementerenden geleverd (begeleiding). Bij de huidige versnipperde bekostiging worden zorgverzekeraars en gemeenten die intensieve zorg verlenen in de fase van beginnende dementie niet beloond, omdat de baten bij de Wlz neerslaan.

Met behulp van integrale bekostiging worden preventie-inspanningen beloond zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en zorgkosten worden bespaard. Uit een pilot van zorgverzekeraar VGZ in de regio Noord-Holland Noord blijkt inderdaad dat mensen met beginnende dementie dankzij intensieve begeleiding langer thuis kunnen blijven wonen waarmee tevens kan worden bespaard op de Wlz-uitgaven. De potentiële besparing is 200 miljoen euro.[106]

Uitvoering

Variant a is niet uitvoerbaar, want het impliceert dat ook delen van de Wlz risicodragend worden overgeheveld naar de Zvw. Vanwege comorbiditeit – het tegelijk aanwezig zijn van meerdere aandoeningen - is de zware dementiezorg niet goed af te bakenen ten opzichte van andere langdurige ouderenzorg. Overigens functioneert binnen de Zvw een systeem van ex-ante risicoverevening op basis van objectieve kenmerken, waaronder indicatoren voor zorgzwaarte. Als verevend gaat worden op basis van de mate van de behoefte (daadwerkelijke kosten) aan dementiezorg, dan is er geen prikkel voor zorgverzekeraars om verergering van de zorgbehoefte te voorkomen. Zou helemaal niet worden verevend op basis van de mate van behoefte aan dementiezorg, dan zou risicoselectie op kunnen treden.
Variant b kan binnen 2 jaar gerealiseerd worden.

Gedrags- en neveneffecten

Zorgverlenende instanties zullen op grotere schaal casemanagers dementie in zetten. Blijkens de pilot van VGZ kunnen de casemanagers de mantelzorgers beter inzicht geven in wat dementie met de mens doet, waardoor ze de dementerende beter kunnen helpen om langer thuis te blijven wonen.

---

[106] VGZ (2012). Rapportage onderzoek zorgkostenmonitor dementie.

Wel zal sprake zijn van een zekere mate van *deadweight loss*; een deel van de subsidie komt terecht bij mensen die het niet nodig hebben of waar het geen effect heeft.

Budgettaire effecten

De potentiële besparing is structureel 200 miljoen euro. De feitelijke besparing is kleiner vanwege meerdere redenen: de subsidiekosten voor de casemanagers, omdat ook zonder subsidieregeling de dementiezorg verbetert (lopend beleid) en omdat een zekere mate van *deadweight loss* op zal treden. Gerekend is met een totale besparing op dementiezorg, over alle domeinen heen, van structureel 50 miljoen euro, te realiseren in vijf jaar.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Stimuleren integrale dementiezorg:					
a. Overhevelen alle dementiezorg naar de Zvw	x				
b. Subsidieregeling casemanagers dementie	0	0	-10	-25	-50

092 Geen toegang Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes

De toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige Zorg (Wlz) vervalt voor nieuwe cliënten met de lichtere zorgzwaartes voor verpleging en verzorging en een verstandelijke handicap (ZZP VV4 en VG3). Zij blijven langer thuis wonen en krijgen in plaats van duurdere Wlz-zorg, ondersteuning en zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Zorgverzekeringswet (Zvw).

Achtergrond

De Wlz-doelgroep bestaat uit cliënten die langdurig intensieve zorg nodig hebben. Het is voorgenomen beleid om binnen de Wlz te gaan werken met zorgprofielen die grofmaziger zijn dan de huidige zorgzwaartepakketten. In deze nieuwe zorgprofielen zullen de cliënten met een zorgzwaarte die overeenkomt met de huidige ZZP VV 4 of VG 3 toegang houden tot de Wlz.

De maatregel is ook opgenomen in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte-Asscher. Bij twee achtereenvolgende begrotingsakkoorden is de maatregel echter verzacht. In het kader van de Hervorming van de langdurige zorg zijn ZZP VV 1-3 en VG 1-2 inmiddels al wel geëxtramuraliseerd, waarbij zittende cliënten overgangsrecht hebben.

Uitvoering

De maatregel kan binnen twee jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Cliënten die qua zorgzwaarte aan de bovengrens van de huidige VV 4 en VG 3 zitten en toegang tot de Wlz willen, zullen bij het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) proberen een hogere indicatie te krijgen. Dit effect wordt gedempt door de hogere eigen betalingen in de Wlz. Waarschijnlijk is het huidige zorg en ondersteuningsaanbod vanuit de Zvw en Wmo niet voldoende voor een deel van de doelgroep. Om dit toch mogelijk te maken zal voor een deel van de cliënten extra voorzieningen (zorginfrastructuur, huisvesting, woningaanpassingen) moeten worden geboden in de Wmo en Zvw. Intramurale instellingen krijgen te maken met een terugloop van cliënten. Dit betekent dat het aantal locaties moet worden afgebouwd, waardoor het voor kan komen dat cliënten moeten worden overgeplaatst naar andere locaties.

Budgettaire effecten

Er maakten eind 2013 ongeveer 25.000 mensen gebruik van een ZZP VV 4 en ongeveer 12.500 mensen van een VG 3. De netto uitgaven (met aftrek van de eigen bijdrage) zijn ongeveer 45.000 euro voor een ZZP VV 4 en voor een ZZP VG 3 inclusief dagbesteding 55.000 euro en exclusief dagbesteding 43.000 euro.

Wanneer de zorg geëxtramuraliseerd wordt komt dat voor een ZZP VV 4 cliënt neer op een besparing van ongeveer 9.200 euro. Een ZZP VG 3 cliënt zou een besparing van ongeveer 2.000 euro opleveren.

In het lopende beleid is er al vanuit gegaan dat 25 procent van de ZZP VV 4 plekken op den duur verdwijnt en extramuraal wordt ingevuld. Met het volledig extramuraliseren van ZZP VV 4 zullen er dus nog eens 18.000 plekken extramuraal worden ingevuld. De besparing komt hiermee op een bedrag van 175 miljoen euro. Voor ZZP VG 3 is er rekening mee gehouden dat ongeveer 50% van de plekken extramuraal worden ingevuld. Volledig extramuraliseren komt dan neer op aanvullend 6000 plekken. De besparing komt hiermee op een bedrag van 12,5 miljoen euro, afgerond komt de totale besparing daarmee op 190 miljoen euro.

De maatregel kent een ingroeipad, omdat de zittende gevallen worden ontzien. De aanname is dat ZZP VV4 binnen drie jaar is leeggestroomd en ZZP VG 3 binnen tien jaar. Daarnaast zal er voor een deel van de cliënten aanvullende voorzieningen moeten worden getroffen om het langer thuis wonen te faciliteren. Hiervoor is een structureel bedrag van 30 miljoen euro opgenomen dat naar rato ingroeit. Ook zal naar verwachting ongeveer 5% van deze cliënten naar de Wlz gaan na herindicatie (extra instroom). De meerkosten voor deze cliënten in de Wlz zijn gemiddeld ongeveer 15.000 euro.[107] Dit komt neer op totaal 20 miljoen euro. Per saldo levert de maatregel structureel 140 miljoen euro op.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Geen toegang Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes*	0	0	-10	-50	-140
w.v. besparing extramuralisering	0	0	-15	-70	-190
w.v. weglek aanvullende voorzieningen in Wmo/Zvw	0	0	+2	+10	+20
w.v. extra instroom Wlz	0	0	+1	+10	+20

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Interactie met andere maatregelen

Deze beleidsoptie verkleint de grondslag van de Wlz. De opbrengst van andere beleidsopties die betrekking hebben op de Wlz neemt daarmee af.

[107] Aangenomen is dat deze cliënten van extramuraal naar intramuraal verschuiven en daarbij 1 ZZP omhoog gaan om toegang te hebben tot de Wlz.

093 Introduceren belastingkorting voor mantelzorgers

In de fiscaliteit wordt een mantelzorgkorting geïntroduceerd voor personen die mantelzorg verrichten bij mensen die een indicatie hebben voor de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Hiervoor is 100 miljoen euro beschikbaar.

Achtergrond

Het huidige beleid is erop gericht ervoor te zorgen dat mensen langer thuis blijven wonen en de organisatie van de zorg en ondersteuning is hierop aangepast. Hierdoor wordt de rol van mantelzorgers bij de ondersteuning van mensen in hun eigen omgeving groter. Met ingang van 1 januari 2015 is de jaarlijkse waardering van mantelzorgers een gemeentelijke taak. Gemeenten bepalen zelf hoe zij dit vormgeven, een waardering in natura of in geld. De Rijksoverheid kent zelf geen financiële vergoeding aan mantelzorgers toe. Gemeenten bieden algemene voorzieningen aan mantelzorgers maar ook maatwerkvoorzieningen om cliënten en hun mantelzorgers passend te ondersteunen. Binnen de Wlz worden familie en mantelzorgers desgewenst nauw betrokken bij het opstellen van het zorgplan. De zorgprofessional zoals de wijkverpleegkundige heeft een signaalfunctie om te signaleren als een mantelzorger overbelast raakt.

Uitvoering

De maatregel is technisch niet uitvoerbaar omdat het onmogelijk is de groep mantelzorgers af te bakenen. Bovendien kan ook de omvang van de feitelijk verleende mantelzorg niet worden vastgesteld of gecontroleerd, omdat er geen landelijke registratie van mantelzorgers is. In 2007 is door de Belastingdienst naar aanleiding van een vergelijkbaar voorstel geconcludeerd dat de rechtmatigheid van de uitkering niet zou kunnen worden vastgesteld. De maatregel wordt vanwege de onuitvoerbaarheid niet verder uitgewerkt.

Budgettaire effecten

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Introduceren belastingkorting voor mantelzorgers	x				

094 Financiële prikkels voor informele zorgverlening

Er worden financiële prikkels in de Wet langdurige zorg (Wlz) geïntroduceerd met als doel om informele zorgverleners beter te betrekken bij de formele zorg. Er zijn twee varianten uitgewerkt. In variant a komt er een mogelijkheid voor mensen om de intramurale en extramurale eigen bijdragen in de Wlz gedeeltelijk terugverdienen als hun netwerk meer mantelzorg verricht en daarmee taken van de professionele zorg overneemt. Variant b is dat instellingen door zorgkantoren een malus krijgen opgelegd die afhankelijk is van de mate waarin zij mantelzorgers/vrijwilligers weten te betrekken bij de formele zorg.

Achtergrond

Het huidige beleid is erop gericht ervoor te zorgen dat mensen langer thuis blijven wonen en de organisatie van de zorg en ondersteuning is hierop aangepast. Hierdoor wordt de rol van mantelzorgers bij de ondersteuning van mensen in hun eigen omgeving groter. De jaarlijkse waardering van mantelzorgers is een gemeentelijke taak; de Rijksoverheid kent geen financiële vergoeding aan mantelzorgers toe. De (onkosten)vergoeding die vrijwilligers krijgen, is onder bepaalde voorwaarden onbelast.

Gemeenten kunnen mantelzorgers met algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen passend ondersteunen. Binnen de Wlz worden familie en mantelzorgers desgewenst nauw betrokken bij het opstellen van het zorgplan. De zorgprofessional zoals de wijkverpleegkundige heeft een signaalfunctie om te signaleren als een mantelzorger overbelast raakt.

Er bestaat momenteel geen relatie tussen de hoogte van de eigen bijdrage en de mate waarin het sociale netwerk van de cliënt, patiënt of verzekerde actief is. Ook worden instellingen niet financieel afgerekend op de mate waarin zij mantelzorgers of vrijwilligers weten te betrekken bij de zorgverlening. Wel zijn er zorginstellingen die op eigen initiatief experimenteren met het bevorderen van mantelzorg.

Uitvoering

Beide varianten zijn technisch niet eenvoudig uit te voeren. Voor variant a geldt dat mantelzorgers op dit moment op grond van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) slechts in privésituaties ‘voorbehouden handelingen’[108] van beroepsbeoefenaren kunnen overnemen. Uitbreiding van deze toegestane situaties vereist een wetswijziging. Daarnaast is het te vraag in hoeverre het overnemen van de voorbehouden handelingen leidt tot een verminderde inzet van beroepsbeoefenaren. De instelling draagt eindverantwoordelijkheid voor de zorg van een cliënt, ook als de informele zorgverlening onverwacht wegvalt.

Andere vormen van zorg, bijvoorbeeld het helpen met eten, of wassen van de kleding, kunnen wel door vrijwilligers of mantelzorgers worden overgenomen. Alleen de instelling kan vervolgens een inschatting maken van de hierdoor bespaarde kosten. Ze moeten

[108] Dit zijn handelingen die alleen door beroepsbeoefenaren mogen worden verricht.

vervolgens de kostenbesparing aan het CAK doorgeven, zodat het CAK dit (gedeeltelijk) in mindering kan brengen op de eigen bijdrage van de betreffende cliënt. De eigen bijdrage kan nooit negatief worden. Het CAK verstrekt deze informatie vervolgens aan de zorgkantoren. Om de besparing terug te laten vloeien naar de overheid, moet het zorgkantoor de kostenbesparing immers verrekenen in de contracten. Dit vraagt om extra administratieve handelingen. De instelling heeft een (financieel) belang om lage besparingen te rapporteren omdat de besparingen leiden tot lagere budgetten in het volgende jaar.

Een andere mogelijke uitvoeringsvariant is dat de overheid op macroniveau in jaar t+1 de regionale contracteerruimte inperkt naar rato van de verminderde opbrengsten van de eigen bijdrage in die regio. Dit leidt tot dan wel tot herverdelingseffecten tussen zorgaanbieders in die regio.

De uitvoering van variant b is lastig omdat de groep mantelzorgers en de omvang van de feitelijk verleende mantelzorg moeten worden gemonitord. Wanneer hier een malus aan wordt gekoppeld kunnen perverse prikkels ontstaan. Deze prikkel hangt af van de gekozen parameter (bijvoorbeeld aantal vrijwilligers of mantelzorgers of aantal uur geleverde zorg). Instellingen gaan mogelijk heel gericht op die parameters sturen, zonder dat dit leidt tot een kostenbesparing.

Gedrags- en neveneffecten

Naar verwachting zullen mantelzorgers in variant a meer zorg gaan leveren, omdat er een directe financiële prikkel is voor de cliënt. Er zit wel enige vertraging in deze prikkel. De kans van slagen hangt af van de onderhandelingspositie van de zorgvragers. Als de aanbieder een ander belang heeft dan de zorgvrager, bijvoorbeeld omdat deze personeel moet ontslaan, kan de zorgaanbieder voorkomen dat de zorgvrager de korting krijgt. Dit kan leiden tot frictie.

Het effect van variant b op de mantel- en vrijwilligerszorg is onduidelijk, omdat het afhangt van de monitoring en de inspanningen van de instelling. Hoe algemener de monitoring – er wordt bijvoorbeeld alleen geregistreerd hoeveel mensen binnen zijn geweest, niet hoe lang en wat zij precies gedaan hebben – hoe meer mogelijkheden voor instellingen om de uitkomsten te beïnvloeden. Een goede controle vereist veel inzet van een onafhankelijke partij.

Budgettaire effecten

De uitvoering van beide varianten is complex. Nadere uitwerking is nodig, waardoor het op dit moment niet mogelijk is om deze maatregelen te kwantificeren. Voor variant a geldt dat de besparing afhankelijk is van welk percentage van de besparing teruggegeven wordt in de vorm van lagere eigen bijdragen. Alleen zorginstellingen kunnen aangeven welke kostenbesparingen mogelijk zijn. De administratieve kosten van variant a zijn hoog. Bij variant b geldt bovendien dat de effecten afhangen van de monitoring op de gekozen parameters en de inspanningen van de instelling. Omdat de registratie van de hoeveelheid mantelzorg en vrijwilligerswerk door de instelling beïnvloedbaar is, wordt verwacht dat weinig zorgaanbieders het slechter zullen doen dan de norm.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Financiële prikkels voor betrekken informele zorgverleners:					
a. Lagere eigen bijdrage	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
b. Malus voor instellingen	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

095 Knelpuntenfonds decentralisaties plus uniformeren indicatie en inkoop

De beleidsoptie bestaat uit twee onderdelen. Ten eerste worden verplichtende landelijke regels opgesteld rondom de indicatiestelling en inkoop van maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg. Ten tweede wordt een knelpuntenfonds opgericht waarop gemeenten een beroep kunnen doen als zij (buiten hun eigen invloed om) tegen een tekort aanlopen.[109]

Het fonds is aanvullend op het Gemeentefonds en wordt jaarlijks gevuld met extra middelen ter hoogte van 1,2 miljard euro. Het budget wordt verdeeld op basis van daadwerkelijk gemaakte kosten en de tekorten die hierdoor zijn ontstaan op de begrotingen. Deze tekorten kunnen deels worden veroorzaakt door externe factoren waar in de nieuwe verdeelmodellen geen rekening mee is gehouden. De precieze criteria voor het in aanmerking komen voor het knelpuntenfonds worden te zijner tijd uitgewerkt en er zal hierop een onafhankelijke toets komen. Als er meer aanvragen zijn dan er budget is, worden de uitkeringen aan gemeenten naar rato gekort.

Achtergrond

Gemeenten bieden vanaf 1 januari 2015 ondersteuningstaken en jeugdhulp die met de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet zijn gedecentraliseerd. Iedere gemeente is verantwoordelijk voor de eigen inkoop van ondersteuning en het sluiten van contracten met zorgaanbieders. De inkoop van ondersteuning en jeugdhulp is gebaseerd op de ondersteuningsbehoefte van een persoon (ondersteuning op maat). Gemeenten krijgen in 2015 een integraal bedrag voor zorg en beheerskosten dat wordt verdeeld op basis van historische kosten. Vanaf 2016 vindt de verdeling plaats aan de hand van objectieve verdeelmodellen.

Uitvoering

De maatregel vergt wijzigingen van de Wmo en Jeugdwet, waardoor een implementatietermijn van minimaal twee jaar nodig is. Daarnaast moet ook het knelpuntenfonds worden opgericht. Op basis van artikel 2 van de Financiële-verhoudingswet moet het Rijk aan gemeenten aangeven wat de financiële gevolgen van de centrale inkoopregels zijn en hoe deze kunnen worden opgevangen met het knelpuntenfonds.

Gedrags- en neveneffecten

De prikkel voor gemeenten om zorg en ondersteuning zo efficiënt mogelijk te regelen wordt kleiner. Zij kunnen immers voor extra middelen op basis van daadwerkelijke tekorten aankloppen bij het knelpuntenfonds.

---

[109] De maatregel lijkt op het tijdelijke vangnet voor gemeenten voor de uitvoering van de bijstand in 2015 maar is structureel. Gemeenten dragen de financiële verantwoordelijkheid voor de uitgaven voor de bijstand, maar als het tekort oploopt tot meer dan 10% dan kunnen gemeenten een beroep doen op dit tijdelijke vangnet.

Centrale indicatie- en inkoopregels leiden daarnaast tot minder innovatie, waardoor minder mensen voor hetzelfde budget passende ondersteuning kunnen krijgen. Er kan minder maatwerk geleverd worden door gemeenten, waardoor de kosten kunnen stijgen.

Budgettaire effecten

De intensivering die samenhangt met het knelpuntenfonds is structureel 1,2 miljard euro. Dit Het budget wordt naar verwachting vanaf de introductie van het fonds volledig uitgeput. Met het fonds kunnen de hogere uitgaven als gevolg van het wegvallen van maatwerk door gemeenten worden opgevangen. Overigens is de intensivering van 1,2 miljard euro iets lager dan de eerder ingeboekte besparing op de Wmo en Jeugdzorg van 1585 miljoen euro in 2017 (hiervan was de besparing op jeugdzorg 450 miljoen en op de Wmo 1135 miljoen euro).

Het uitvoeringsbudget voor de jeugdzorg en Wmo bedraagt respectievelijk ongeveer 2% en 3,6% van het totaalbudget. De beheerskosten in de Wet langdurige zorg (Wlz) met uitvoering door zorgkantoren bedragen 1,4%. Naar verwachting kunnen de landelijke indicatie- en inkoopregels de totale beheerskosten met 0,3 procentpunt reduceren. Dit komt overeen met een besparing van 36 miljoen euro, wanneer wordt uitgegaan van een gemeentelijk totaalbudget voor Wmo en jeugdzorg van circa 12 miljard euro in 2017. Dit bedrag wordt uit het Gemeentefonds gehaald.

De budgettaire effecten van de twee onderdelen (verplichten van indicatie- en inkoopregels en het invoeren van knelpuntenfonds) hangen met elkaar samen. Enerzijds dalen de uitvoeringskosten, maar anderzijds gaat dit ten koste van de doelmatigheid. Dit wordt opgevangen door het knelpuntenfonds.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Knelpuntenfonds decentralisaties plus uniformeren indicatie en inkoop *	0	0	+1200	+1200	+1200
w.v. knelpuntenfonds	0	0	+1200	+1200	+1200
w.v. centrale inkoopregels	0	0	-35	-35	-35

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

096 Korten op huishoudelijke hulp

Het beschikbare budget huishoudelijke hulp van gemeenten wordt netto gekort met 150 miljoen euro. Voor het realiseren van deze taakstelling zijn twee varianten uitgewerkt. Allereerst het beperken van het budget voor huishoudelijke hulp (variant a). Daarnaast het verhogen van de maximale eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp (bij een maatwerkvoorziening) met 50% (variant b).

Achtergrond

De overheid stelt via het gemeentefonds een budget beschikbaar voor huishoudelijke hulp. Gemeenten kunnen zelf invulling geven aan de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo); de middelen zijn niet geoormerkt. Het uitgangspunt van de Wmo is dat een burger zich bij de gemeente kan melden voor ondersteuning. De gemeente onderzoekt vervolgens de ondersteuningsbehoefte van deze burger. Indien de burger niet zelf in deze ondersteuningsbehoefte kan voorzien of in aanmerking komt voor een algemene voorziening, dan is de gemeente verplicht (maatwerk)ondersteuning te bieden, zoals huishoudelijke hulp. Gemeenten mogen hiervoor een eigen bijdrage vragen. De maximumhoogte van de eigen bijdrage wordt door het Rijk vastgesteld en het CAK int de eigen bijdragen indien het een maatwerkvoorziening betreft.

In 2015 is sprake van een taakstelling op het budget voor huishoudelijke verzorging van 465 miljoen euro en vanaf 2016 structureel 610 miljoen euro. Daarnaast zijn er in 2015 en 2016 tijdelijk extra middelen beschikbaar via de huishoudelijke hulp toelage.

Uitvoering

Op basis van artikel 2 van de Financiële-verhoudingswet moet het Rijk bij een budgetkorting aan gemeenten aangeven hoe de gemeenten deze extra korting kunnen opvangen. Een volumekorting vergt een ingrijpende herziening van het wettelijk kader. In de huidige Wmo is huishoudelijke hulp – evenals andere voorzieningen - niet als aparte ‘aanspraak’ opgenomen en kan dus ook niet gedeeltelijk worden geschrapt. Om netto 150 miljoen euro op huishoudelijke hulp te kunnen korten moet eerst in de Wmo de huishoudelijke hulp als aparte voorziening worden gedefinieerd. Vervolgens moet het gemeentelijk instrumentarium worden uitgebreid zodat gemeenten de toegang tot huishoudelijke hulp kunnen inperken. De implementatietermijn van variant a is dus minimaal twee jaar. Voor bestaande cliënten moet bovendien sprake zijn van een redelijke overgangstermijn. Hiervoor is een jaar gangbaar. Ook moeten gemeenten voldoende voorbereidingstijd hebben om de maatregel door te voeren en beschikkingen te herzien of in te trekken.

Variant b vergt een Algemene Maatregel van Bestuur (AmvB) en aanpassing van het CAK systeem en kan na één jaar worden ingevoerd.

Gedrags- en neveneffecten

Meer burgers moeten huishoudelijke hulp zelf betalen of zelf organiseren in hun eigen omgeving. Mogelijk treedt een kleine weglek op binnen het sociaal domein of de Wet langdurige zorg (Wlz). Zorgaanbieders van huishoudelijk hulp zien hun volume dalen en moeten hun bedrijfsvoering hierop aanpassen.

Budgettaire effecten

Uitgangspunt bij de berekeningen van variant a is dat in totaal 30% van de huishoudelijke hulp via eigen bijdragen wordt gefinancierd. Omdat de omvang van de weglek naar het sociaal domein of de Wlz naar verwachting klein is, is deze niet gekwantificeerd.

In variant a wordt het budget voor huishoudelijke hulp taakstellend met 175 miljoen euro gekort. Dit is op een totaal van bijna 1 miljard euro. Met deze taakstelling kan een netto opbrengst van 150 miljoen euro worden gerealiseerd. De opbrengst van de eigen bijdragen neemt hierdoor af met 25 miljoen euro (hierbij is verondersteld dat de helft van de cliënten ook zonder huishoudelijke hulp de eigen bijdrage volmaakt). Het totale budgettaire effect is 150 miljoen euro per jaar. In het eerste jaar wordt in verband met het overgangsrecht voor bestaande cliënten de helft van dit bedrag gerealiseerd.

In variant b worden de eigen bijdragen op microniveau verhoogd met 50% om een netto opbrengst van 150 miljoen euro te realiseren. Hierdoor dalen de uitgaven voor huishoudelijke hulp met 50 miljoen euro. De opbrengsten van de eigen bijdragen stijgen met 100 miljoen euro. Het totale budgettaire effect is 150 miljoen euro per jaar.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Korten op huishoudelijke hulp:					
a. Beperken budget huishoudelijke hulp	0	0	-75	-150	-150
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	+15	+25	+25
w.v. verandering bruto zorguitgaven	0	0	-90	-180	-180
b. Verhogen eigen bijdrage huishoudelijke hulp	0	-150	-150	-150	-150
w.v. verandering eigen betalingen	0	-100	-100	-100	-100
w.v. verandering bruto zorguitgaven (remeffect)	0	-50	-50	-50	-50

	Huidig stelsel	097 Landelijke ziekenfondsen	098 Regionale ziekenfondsen	099 ‘NHS’ systeem
Type stelsel	Privaatrechtelijke verzekering	Publiekrechtelijke verzekering	Publiekrechtelijke verzekering	Publiekrechtelijke voorziening
Recht op zorg	Ja	Ja	Ja	Nee, voorziening
Keuze verzekeraar/uitvoerder	Vrije keuze verzekeraar	Vrije keuze ziekenfonds	Verplicht regionaal ziekenfonds	Verplicht regionaal instituut
Winst	Winstuitkering toegestaan	Geen winstuitkering	Geen winstuitkering	Geen winstuitkering
Risicodeling	Risicoverevening	Risicoverevening	Regionaal verdeelmodel	Verdeelmodel
Vaststelling pakket	Centrale overheid	Centrale overheid	Centrale overheid/Regio’s	Centrale overheid/Regio’s (voorzieningenniveau)
Aanvullende verzekering	Private aanvullende verzekeringen	Private aanvullende verzekeringen	Private aanvullende verzekeringen	Private complementaire verzekeringen
Zorginkoper	Concurrerende zorgverzekeraars	Concurrerende ziekenfondsen	Regionale ziekenfondsen	Regionale instituten
Keuze zorgaanbod	Vrije keuze of gecontracteerde aanbieders	Landelijk gecontracteerde zorgaanbieders	(Regionaal) gecontracteerde zorgaanbieders	In principe regionale zorgaanbieders
Regionale verschillen zorgniveau	Nee	Nee	Ja	Ja
Inkomensafhankelijke premie	50%	80%	100%	Belastingen
Verzekeringsmarkt	Gereguleerde concurrentie	Minder concurrentie	Regionale concurrentie	Geen concurrentie
Overheidssturing	Landelijke sturing op randvoorwaarden stelsel, meer vrijheden voor marktpartijen	Sterke landelijke sturing op randvoorwaarden stelsel, minder vrijheden voor marktpartijen	Sterke regionale sturing op randvoorwaarden stelsel	Regionale en lokale sturing
Budgettaire beheersing	Evt. hoofdlijnenakkoorden en macrobeheersinstrument	Verzekeraars- en aanbiedersbudgettering	Regiobudgettering	Budgettering en capaciteitsplanning
Afruilen	Concurrentie - kostenbeheersing	Solidariteit - doelmatigheid	Budgettering - wachtlijsten	Overheidssturing - keuzevrijheid

097 Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen (‘Krankenkassen’)

De maatregel behelst een transitie naar een publiekrechtelijk zorgstelsel in de curatieve zorg waarin concurrerende ziekenfondsen een leidende rol krijgen. Er komt een wettelijke basisverzekering (het huidige basispakket) waarvoor ingezetenen van rechtswege zijn verzekerd. Het recht op zorg blijft bestaan. Er is alleen een naturaverzekering en restitutie is niet mogelijk.

Deze publieke basisverzekering wordt uitgevoerd door meerdere landelijk opererende ziekenfondsen. Dit zijn in principe de huidige zorgverzekeraars. Mensen zijn vrij hun eigen ziekenfonds te kiezen. Deze ziekenfondsen concurreren met elkaar, maar hebben geen winstoogmerk. Het uitkeren van winst is niet toegestaan. De ziekenfondsen kopen zorg in bij onderling concurrerende zorgaanbieders. Verzekerden hebben de keuze uit door het ziekenfonds gecontracteerde zorgaanbieders.

Er komt naast de inkomensafhankelijke werkgeverspremie ook een inkomensafhankelijke premie voor werknemers en andere verzekerden. Tezamen dekken deze 80-90% van de kosten. Risicoverevening vindt plaats via het vereveningsfonds, dat gevuld wordt met de inkomensafhankelijke premies. Ziekenfondsen bepalen zelf de hoogte van de nominale premie, die 10-20% van de kosten dekt en daarmee fors lager is dan de huidige nominale premie. De zorgtoeslag verdwijnt daarmee. Het verplichte eigen risico blijft. Ziekenfondsen kunnen een privaatrechtelijke aanvullende verzekering aanbieden. Kostenbeheersing is binnen dit stelsel mogelijk via budgettering van zorgaanbieders of ziekenfondsen, of van beide (dubbele budgettering). Er is niet gerekend met ruimere dan wel krappere budgetten. Door het publiekrechtelijke karakter zijn de Europese Schaderichtlijnen zijn niet langer van toepassing. Het financieel toezicht op de ziekenfondsen gaat over van De Nederlandsche Bank (DNB) naar het Zorginstituut Nederland. Aangenomen is dat de nieuwe solvabiliteitseisen half zo hoog zijn als de huidige.

Achtergrond

In huidige situatie is er gereguleerde concurrentie en mogen privaatrechtelijke zorgverzekeraars winst maken. Dit biedt minder ruimte voor overheidssturing en regulering. Het beleid is gericht op verbetering van de werking van het bestaande stelsel. De risicodragendheid van zorgverzekeraars is bijvoorbeeld recentelijk vergroot en in het grootste gedeelte van de curatieve zorg gelden vrije prijzen. Hoofdlijnenakkoorden beperken de volumegroei in de curatieve zorg tot jaarlijks 1% (exclusief loon- en prijsbijstelling). Bij overschrijdingen wordt het macrobeheersinstrument (MBI) ingezet. Onder de noemer ‘gepast gebruik’ wordt de omvang van en toegang tot het verzekerd pakket beïnvloed. Het huidige beleid wordt gekenmerkt door twee sporen. Enerzijds wordt ingezet op concurrentie tussen risicodragende zorgverzekeraars opdat de kostenontwikkeling gematigd is, anderzijds dwingt de overheid kostenbeheersing af via hoofdlijnenakkoorden met een MBI.

Uitvoering

De maatregel is technisch uitvoerbaar; in 2006 heeft een omgekeerde transitie plaatsgevonden vanuit een ingewikkelder startsituatie met private ziektekostenverzekeraars en publieke ziekenfondsen. De transitie van privaat naar publiek is wel moeilijker dan van publiek naar privaat. De formele veranderingen nemen minstens drie jaar in beslag, maar mogelijk meer. Na de formele transitie duurt het nog enkele jaren voordat alle betrokkenen hun gedrag hebben ingesteld op de nieuwe verhoudingen.

Gedrags- en neveneffecten

In de transitieperiode bereiden zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich voor op intensivering van de overheidssturing en regulering. Na de transitieperiode concurreren ziekenfondsen naar verwachting aanmerkelijk minder scherp dan de huidige zorgverzekeraars omdat ze meer bloot staan aan overheidsregulering en geen winstmotief mogen hebben. In algemene zin zal dit leiden tot minder snelle innovaties, scherper toezicht op de hoeveelheid verleende zorg, gemiddeld genomen hogere prijzen van zorg en afname van de behoefte aan profilering ten opzichte van andere zorgverzekeraars. De focus op het bedrijfsresultaat zal afnemen. De intrinsieke motivatie om het algemeen belang te dienen wordt de belangrijkste drijfveer naast de overlevingsdrang van de organisatie. De lagere nominale premie kan gedragseffecten hebben. Deze worden besproken in maatregel 064. De huidige zorgverzekeraars zullen mogelijk schadeclaims indienen voor het verlies van hun markt/verdienmodel.

Een neveneffect is dat, omdat de overheid eenvoudiger voorschriften kan geven voor de bedrijfsvoering van publiekrechtelijke zorgverzekeraars, het bijvoorbeeld mogelijk is intensiever onderzoek te doen naar fraude, meer te doen aan preventie of de informatievoorziening te verbeteren. Een ander neveneffect is dat publieke ziekenfondsen meer aan banden gelegd kunnen worden qua bezoldiging van bestuurders en winstuitkering. Hier is in de berekening niet mee gerekend.

Budgettaire effecten

Het budgettaire effect op lange termijn hangt af van de budgettaire randvoorwaarden. In een publiek stelsel kan strakker worden gebudgetteerd, maar doordat de concurrentie tussen zorgverzekeraars verdwijnt neemt tegelijkertijd de doelmatigheid af. Omdat het recht op zorg in stand blijft, leidt budgettering al snel tot wachtlijsten. Het structurele effect is nul zonder expliciete budgettaire taakstelling.

Naast structurele effecten zijn er aanzienlijke transitiekosten. Het zal ook enige tijd duren voordat het stelsel is ‘ingeregeld’ en de kinderziektes er uit zijn. De duur van transitiefases is als volgt: de eerste fase waarin het evenwicht wordt verstoord, duurt drie jaar. De tweede fase, van parlementaire goedkeuring tot aan de invoering, neemt twee jaar in beslag. De derde fase, het bereiken van een nieuw evenwicht na de transitie, duurt vijf jaar. Er zijn transitiekosten als gevolg van (1) leereffecten, (2) aanhouden van kapitaalbuffers vanwege onzekerheid, (3) tijdelijk lagere productiviteit en (4) waardeoverdrachten vanwege onteigening.

Omdat het een grote stelselverandering betreft, veronderstellen we acht transitiejaren en gebruiken we een percentage van 1,5% van de totale uitgaven in de Zvw als ondergrens voor de jaarlijkse totale transitiekosten. De jaarlijkse transitiekosten worden geraamd op circa 1,5% * 44 miljard = 660 miljoen euro per jaar. In acht jaar is dit bedrag 5,3 miljard euro. Hierbij is compensatie van de eventuele schade van zorgverzekeraars niet inbegrepen. De kosten gemoeid met waardeoverdracht liggen, afhankelijk van de aannames, tussen 3,4 miljard euro positief tot 21,1 miljard euro negatief. Voor berekeningen zie beleidsoptie 098. Het betreft tentatieve berekeningen van scenario's, die met veel onzekerheden zijn omgeven.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen')	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	p.m.
w.v. transitiekosten*	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.

** In jaar 5 tot en met 8 zijn de transitiekosten cumulatief (4*660) 2,64 miljard euro. De in de tekst genoemde mogelijke eenmalige waardeoverdrachten zijn als p.m. in jaar 4 in de tabel opgenomen vanwege de grote onzekerheidsmarge.*

Interactie met andere maatregelen

Sommige maatregelen zijn alleen uitvoerbaar onder een publiekrechtelijk stelsel: beleidsoptie 046 (verplicht aanbesteden zorginkoop zorgverzekeraars), 057 (reclameverbod zorgverzekeraars) en 064 (verlaging nominale premie). De opbrengsten daarvan zullen op zijn vroegst pas na vier jaar haalbaar zijn. Gelijktijdige implementatie van extra maatregelen met de transitie vergroot de complexiteit van de hervorming. Deze opbrengsten zijn overigens niet volledig optelbaar.

098 Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen (‘zorgkantoren’)

De maatregel introduceert een publiekrechtelijk zorgstelsel met regionale uitvoerders. Binnen dit stelsel zijn ingezetenen van rechtswege verzekerd. Hun recht op zorg blijft bestaan binnen duidelijk afgebakende budgettaire kaders. De overheid stelt het basispakket vast, waarin alle zorg wordt verleend in natura. Verzekerden kiezen niet hun ziekenfonds, maar behoren tot het fonds in de regio waar zij wonen. De huidige zorgverzekeraars verdwijnen in het nieuwe stelsel of worden omgevormd tot regionale uitvoerders, vergelijkbaar met de huidige zorgkantoren in de Wet langdurige zorg (Wlz). De ziekenfondsen kopen de zorg in bij onderling concurrerende zorgaanbieders. Complexe zorg wordt bovenregionaal ingekocht op basis van aanbesteding door de overheid. Er is afstemming over spoedeisende hulp.

Binnen de regionaal gecontracteerde zorg houden patiënten een vrije keuze voor hun zorgverlener. Aanvullende verzekering is mogelijk. De premie wordt volledig inkomensafhankelijk. Het verplicht eigen risico blijft gehandhaafd. De regionale budgetten worden vastgesteld op basis van een objectief regionaal verdeelmodel. Ex post wordt de basiszorg die mensen buiten hun regio hebben ontvangen tussen regio’s verrekend. Door onvermijdelijke imperfecties in het verdeelmodel en verschillen in zorginkoop tussen de ziekenfondsen zullen er regionale verschillen in het geleverde zorgaanbod ontstaan. Kostenbeheersing is binnen dit stelsel mogelijk via budgettering van de regionale uitvoerders. Er is niet gerekend met ruimere dan wel krappere budgetten. De Europese Schaderichtlijnen zijn niet langer van toepassing. Het financieel toezicht op de uitvoerders wordt uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland.

Achtergrond

Op dit moment is er in Nederland een privaatrechtelijke zorgverzekering voor curatieve zorg met gereguleerde concurrentie onder zorgverzekeraars die winst mogen maken. Dit stelsel biedt minder ruimte voor overheidssturing en regulering. Concurrentie op de verzekeringsmarkt staat op gespannen voet met samenwerking in de regio. Reputatieverlies weerhoudt zorgverzekeraars van scherpe zorginkoop. De maatregel stimuleert intensievere regionale samenwerking. Ziekenfondsen kunnen dan selectief inkopen zonder kans dat verzekerden weglopen naar een andere verzekeraar.

Uitvoering

De maatregel is technisch uitvoerbaar. Eerder, in 2006, vond een omgekeerde transitie plaats vanuit een ingewikkelder startsituatie met private ziektekostenverzekeraars en publieke ziekenfondsen. De transitie van privaat naar publiek is wel moeilijker dan van publiek naar privaat.
De implementatie zal minstens vijf tot zes jaar vergen. De zorginkoop gaat over naar regionale organen. Wanneer daarvoor de infrastructuur van de huidige zorgkantoren wordt benut, kan de implementatie relatief snel gaan en is invoering binnen vier jaar mogelijk. Na de formele transitie duurt het nog enkele jaren voor alle betrokkenen hun gedrag hebben

ingesteld op de nieuwe verhoudingen. Het zal naar verwachting nog meerdere jaren duren voordat de beoogde samenwerking in de regio's goed tot stand is gekomen.

Gedrags- en neveneffecten

De keuzemogelijkheden voor verzekerden nemen af door deze maatregel. Ze kunnen niet wisselen van uitvoerder en een vrijwillige eigen risico of restitutiepolis is ook niet mogelijk. In de keuze voor woonplaats doet de kwaliteit van zorg in een bepaalde regio er toe. Zorgverzekeraars verdwijnen, omdat zij geen rol hebben in het nieuwe stelsel. Mogelijk blijven zorgverzekeraars nog actief als schadeverzekeraar voor zorg die buiten het basispakket valt.

Zorgkantoren hebben geen prikkel om aanvullende verzekeringen aan te bieden en zullen dit dus waarschijnlijk niet doen. Bovendien worden regionale uitvoerders niet gestimuleerd om doelmatig, klantgericht en innovatiegericht te opereren (zie de huidige vergelijkbare situatie van zorgkantoren). De intrinsieke motivatie om het algemeen belang te dienen wordt de belangrijkste drijfveer. De uitvoerders hoeven geen reclame te maken om verzekerden te trekken. Als enige inkoper in een regio kan de uitvoerder gemakkelijker integrale zorg inkopen, voor zover regionaal beschikbaar, en zal de samenwerking verbeteren. Het organiseren van bovenregionale samenwerking wordt lastiger. Zorgaanbieders zullen mogelijk willen fuseren met zorgaanbieders in andere regio om zich minder afhankelijk te maken van een regio.

Een risico is dat de huidige zorgverzekeraars schadeclaims indienen voor het verlies van hun markt/verdienmodel. Zorgverzekeraars kunnen hun statuten wijzigen op het punt van bestemming van het vermogen bij opheffing. Nu is die bestemming veelal de zorg. Dat zou kunnen worden veranderd in de leden van de coöperatie of anderszins.

Wanneer er imperfecties zijn in het verdeelmodel en verschillen in (intrinsieke) motivatie van regionale uitvoerders, kan dit leiden tot grotere ongelijkheid in gezondheidsuitkomsten tussen regio's. In het nieuwe systeem is het mogelijk bestuurders en winstuitkering in te perken. Hier is in de berekening niet mee gerekend.

Er zal in de transitieperiode geanticipeerd worden op de regionale ordening in combinatie met intensievere sturing en regulering. Grote vraag voor de zorgverzekeraar zal zijn in welke vorm de huidige organisatie in de toekomst zal blijven bestaan. Het meest voor de hand liggend is dat de zorgkantoren de carrier worden voor de regionale zorgverzekeraars. De concessiehouder wordt dan de regionale monopolist wordt voor de basisverzekering. Niet alle zorgverzekeraars zijn concessiehouder.

Budgettaire effecten

In de structurele situatie heeft het ziekenfonds een regionaal monopolie. In algemene zin zal dit leiden tot minder snelle innovaties, scherper toezicht op de hoeveelheid verleende zorg, gemiddeld genomen hogere prijzen van zorg. Van de *soft-budget constraints* gaat weinig prikkelwerking uit, wat leidt tot een afruil tussen doelmatigheid en kostenbeheersing. De uitvoeringskosten liggen in dit stelsel lager dan in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Maar het

terugdringen van de beheerskosten heeft als gevolg dat de prikkels voor een doelmatige zorginkoop afnemen.

De uitgaven zijn binnen een publiek stelsel met regiobudgetten aanzienlijk beter te beheersen dan in het huidige stelsel, al blijft vanwege het recht op zorg ten principale een open eind financiering bestaan.

Met de stelselwijziging zijn aanzienlijke transitiekosten gemoeid. Deze worden geraamd op 660 miljoen per jaar (zie berekening bij beleidsoptie 097). Dit bedrag staat nog los van eenmalige waardeoverdrachten waarvoor verschillende scenario's denkbaar zijn. Wanneer de overheid geen compensatie aan de zorgverzekeraars hoeft te geven en ze eenvoudig genationaliseerd kunnen worden, veronderstellen we een positieve opbrengt van 3,4 miljard euro. Dit is de helft van 6,7 miljard euro risicovermogen van zorgverzekeraars omdat de overheid in het nieuwe stelsel de uitvoering van de zorgverzekeraars overneemt en dus ook de bijbehorende risico's. Evenals de zorgverzekeraars in het huidige stelsel zal de overheid ook een risicobuffer nodig hebben voor het nieuwe stelsel. Die buffer zal naar verwachting lager zijn dan de wettelijke reserves die zorgverzekeraars moeten aanhouden in huidig stelsel, maar toch substantieel.

Wanneer de overheid de verzekeraar volledig moet compenseren voor het afnemen van de markt kan de waarde worden bepaald door de toekomstig verwachte kasstromen contant te maken. De winst van gemiddeld 1,1 miljard euro in 2011-2013 wordt dan gedeeld door de gewogen gemiddelde kosten van vermogen van 5,9%. De compensatie is dan 19,7 miljard euro. Dit komt bovenop het vermogen van de zorgverzekeraars dat zij dan behouden. Zorgverzekeraars zijn – op grond van hun statuten - veelal gehouden het vermogen aan zorg te besteden. Wanneer het wordt besteed aan Zvw-zorg of premieverlaging vloeien de middelen weer terug naar de zorg. Als alle middelen terugvloeien, zijn de kosten nul.

Dus in het meest extreme geval worden de kosten voor de overheid de compensatie en de reserves die moeten worden aangehouden vanwege het overnemen van het risico: 19,7 plus 3,4 is 21,1 miljard euro.

De budgettaire effecten op lange termijn zijn afhankelijk van de budgettaire krapte/ruimte waarvoor wordt gekozen. Zonder expliciete budgettaire taakstelling is het structurele effect nul. Budgettering leidt al snel tot wachtlijsten omdat het recht op zorg in stand blijft.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Publiek stelsel met regionale ziekenfondsen ('zorgkantoren')	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	p.m.
w.v. transitiekosten*	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.

** In jaar 5 tot en met 8 zijn de transitiekosten cumulatief (4*660) 2,64 miljard euro. De in de tekst genoemde mogelijke eenmalige waardeoverdrachten zijn als p.m. in jaar 4 in de tabel opgenomen vanwege de grote onzekerheidsmarge.*

In *Keuzes in Kaart 2013-2017* is ook gerekend met een maatregel om over te gaan naar een stelsel met regionale zorgkantoren. Destijds werd opgemerkt dat er grote onzekerheid bestaat of een dergelijke ingrijpende stelselwijziging in de zorg op korte termijn uitvoerbaar is en welke (transitie)kosten daaraan verbonden zijn. Wanneer het nieuwe zorgstelsel voldoende op poten zou staan kon het budgetteringsinstrument gebruikt gaan worden. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft een maximum van 2 miljard euro besparing gehanteerd, met de aantekening dat de hoeveelheid verleende zorg daardoor met 6% zou afnemen en dat wachtlijsten en de wachttijd voor een behandeling zouden toenemen. Meer mensen zouden zorg buiten het collectieve pakket om, in Nederland of in het buitenland, gaan zoeken. In *Zorgkeuzes in Kaart* wordt bij deze stelselwijziging gerekend met een gelijkblijvend niveau van zorg zonder besparing.

099 Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders (‘NHS’)

Het huidige stelsel wordt omgezet in een publiekrechtelijk zorgstelsel in de curatieve zorg, vergelijkbaar met het Engelse *National Health System* (NHS). Zorg wordt een voorziening in plaats van een recht. De huidige zorgverzekeraars verdwijnen en de Rijksoverheid neemt de centrale regie over het stelsel.

Regionale instituten worden verantwoordelijk voor de zorg van de burgers in hun regio, inclusief de publieke gezondheidszorg. Basiszorg wordt regionaal georganiseerd en overige zorg wordt ingekocht door de regionale uitvoerder. Het aantal bedden van ziekenhuizen wordt gemaximeerd en de inkoper bepaalt welke behandelingen ze mogen aanbieden. Er gelden vaste tarieven en de bekostiging is op basis van productieafspraken (instellingsbudgetten). Wanneer het vastgestelde quotum is bereikt sturen zorgaanbieders de patiënt door naar een andere aanbieder in de regio. Er is dus geen volumeprikkel en weinig concurrentie tussen zorgaanbieders. Alle zorgverleners zijn in loondienst bij de zorginstelling.

Er wordt een duidelijk omlijnd basispakket voor regionale gezondheidszorg geformuleerd waarin preventie, eerstelijnszorg, jeugdzorg, ouderenzorg en thuiszorg zijn opgenomen. Complexe specialistische zorg wordt nationaal georganiseerd, maar gefinancierd vanuit het regionale budget. Veel voorkomende, eenvoudigere specialistische zorg kan regionaal worden georganiseerd in de vorm van anderhalvelijns zorg. Er is afstemming over spoedeisende hulp.

De Rijksoverheid houdt toezicht op de regionale uitvoerders. Het aanbod is ‘universeel, maar niet uniform’. Verzekerden vallen verplicht onder een regionale uitvoerder, hierin bestaat geen keuzevrijheid. Patiënten houden hun vrije keuze voor een zorgverlener in de regio, mits deze is gecontracteerd.

De zorg wordt een voorziening, gefinancierd uit de algemene middelen, eventueel aangevuld met regionale belastingen. Er geldt geen eigen risico, zorgtoeslag of zorgpremie. Er zijn beperkte inkomensafhankelijke eigen bijdragen. De regionale budgetten worden vastgesteld op basis van een objectief regionaal verdeelmodel. Ex post wordt de basiszorg die mensen buiten hun gemeente hebben ontvangen tussen gemeenten verrekend. Door onvermijdelijke imperfecties in het verdeelmodel en verschillen in zorginkoop tussen de ziekenfondsen zullen er regionale verschillen in het geleverde zorgaanbod ontstaan. Aanvullende verzekeringen bij de regionale uitvoerder bovenop de basiszorg zijn niet mogelijk. Wel is er een parallelle private zorgmarkt waar mensen al dan niet gebruik van kunnen maken. Kostenbeheersing is mogelijk via de budgettering van de regionale uitvoerders.

Achtergrond

Het huidige stelsel is een privaatrechtelijke zorgverzekering voor de curatieve zorg met gereguleerde concurrentie onder zorgverzekeraars die winst mogen maken. Dit stelsel biedt geen ruimte voor strakke aanbodregulering. De concurrentie op de verzekeringsmarkt staat op gespannen voet met gewenste samenwerking in de regio. De maatregel beoogt meer substitutie te bewerkstelligen door het wegvallen van financieringsschotten en meer maatwerk door betere samenwerking. Ook kan eenvoudiger worden gestuurd op gezondheidsuitkomsten.

Uitvoering

Technisch is de maatregel uitvoerbaar. De implementatie van de maatregel zal minstens zes jaar vergen, mogelijk acht tot tien jaar.

Gedrags- en neveneffecten

Zorgverzekeraars verdwijnen, omdat zij geen rol hebben in het nieuwe stelsel. Zij hebben geen belang om mee te werken aan de transitie. Een regionale uitvoerder heeft uit zichzelf weinig prikkel om doelmatig, klantgericht en innovatiegericht te opereren. De intrinsieke motivatie om het algemeen belang te dienen wordt de belangrijkste drijfveer. Als enige inkoper in een regio kan de uitvoerder gemakkelijker integrale zorg inkopen, voor zover regionaal beschikbaar. Het organiseren van bovenregionale samenwerking wordt lastiger. Zorgaanbieders kunnen binnen de regio makkelijker samenwerken omdat schotten in de financiering weggevallen.

Burgers zullen bij het kiezen van een woonplaats mogelijk rekening houden met de kwaliteit van de zorg in de regio. Burgers zullen ook buiten hun regio zorg zoeken, hetgeen de regionale budgettering kan ondermijnen. Anderzijds dwingt dit inkopers tot het inkopen van goede zorg. Een risico is dat de huidige zorgverzekeraars schadeclaims indienen voor het verlies van hun markt/verdienmodel. Zorgaanbieders zullen mogelijk willen fuseren met zorgaanbieders in andere regio om zich minder afhankelijk te maken van een regio.

Er zijn vaste tarieven en er is derhalve een beperkte prikkel tot doelmatige inkoop, concurrentie op prijs, of innovatie. Budgettering zal mogelijk leiden tot wachtlijsten. Mogelijk ontstaan langere reistijden wanneer zorg buiten de regio wordt geleverd. Er kunnen verschil ontstaan in de zorg die wordt geleverd per regio. Mogelijk ontstaat ongelijkheid in gezondheidsuitkomsten tussen regio's. Mensen met een sterke financiële positie zullen zich privaat bijverzekeren, naar schatting 10% van de bevolking, wat leidt tot tweedeling in de zorg. Er kan sprake zijn van minder scherpe zorginkoop in de transitiejaren.

Budgettaire effecten

Het wegvallen van de concurrentie tussen risicodragende zorgverzekeraars zal in algemene zin leiden tot minder snelle innovaties, scherper toezicht op de hoeveelheid verleende zorg en gemiddeld genomen hogere prijzen van zorg.

De uitgaven zijn binnen een publiek voorzieningenstelsel aanzienlijk beter te beheersen dan in het huidige stelsel. De opbrengsten laten zich moeilijk ramen. Met de stelselwijziging zijn

aanzienlijke transitiekosten gemoeid. Deze worden geraamd op 660 miljoen per jaar, los van eenmalige waardeoverdrachten, waarvoor verschillende scenario's denkbaar zijn (zie berekening bij 098).

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	p.m.
w.v. transitiekosten*	+660	+660	+660	+660 +p.m.	p.m.

** In jaar 5 tot en met 8 zijn de transitiekosten cumulatief (4*660) 2,64 miljard euro. De in de tekst genoemde mogelijke eenmalige waardeoverdrachten zijn als p.m. in jaar 4 in de tabel opgenomen vanwege de grote onzekerheidsmarge.*

Interactie met andere maatregelen

Omdat in dit stelsel geen eigen risico meer bestaat, moet het budgettaire effect van variant d in beleidsoptie 021 (afschaffen van het eigen risico) worden meegeteld.

100 Een wettelijk kader met instellingsbudgettering voor de geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) – behalve de forensische GGZ en de zorg door huisartsen en hun ondersteuners - wordt ondergebracht in een nieuwe wet, die net als de Wlz niet-risicodragend uitgevoerd wordt door zorgkantoren. In de regio maakt het zorgkantoor afspraken met zorgaanbieders op basis van het beschikbare budget en de regionale zorgbehoefte. De instellingen indiceren zelf hoeveel zorg een cliënt nodig heeft en leveren die zorg vervolgens.

Achtergrond

De curatieve GGZ voor volwassenen (inclusief verblijf met behandeling tot drie jaar) valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Sinds 2014 vormen de voormalige eerstelijns GGZ en een deel van de tweedelijns GGZ samen de generalistische basis-GGZ. Hierin worden mensen behandeld met lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of met stabiele chronische problematiek. Daarnaast bestaat de gespecialiseerde GGZ. De jeugd-GGZ valt onder het gemeentelijk domein. De langdurige GGZ valt onder de Wet langdurige Zorg (Wlz) (na drie jaar verblijf met behandeling) en Wmo (met name beschermd wonen). Justitie is verantwoordelijk voor de forensische GGZ.

Uitvoering

De maatregel kan in drie jaar worden ingevoerd, maar de invoeringstermijn is waarschijnlijk langer omdat het een omvangrijke stelselwijziging betreft.

Gedrags- en neveneffecten

In de huidige situatie wordt een productieprikkel gecombineerd met informatieasymmetrie tussen cliënt en arts. Omdat bij de maatregel sprake is van instellingsbekostiging met een vast budget vervalt de prikkel voor zorgaanbieders om zoveel mogelijk zorg (binnen eventuele plafondcontracten) te leveren. Het verdwijnen van diagnosebehandelcombinaties (DBC's) neemt perverse prikkels in de declaratie rond de urengrens weg. Door budgettering ontstaat druk voor een instelling om te prioriteren en de meest noodzakelijke GGZ-zorg eerst te verlenen. Hoe sterk dit effect is hangt af van de hoogte van het beschikbare budget.

Zorgaanbieders zijn minder tijd kwijt aan de jaarlijkse contractering. In plaats van meerdere zorgverzekeraars en daarnaast opdrachtgevers uit andere domeinen, is er nog maar een opdrachtgever (het zorgkantoor). De tijd die nu wordt besteed aan de controle van DBC's, vervalt.

De prikkel tot inkoop op prijs en kwaliteit is kleiner voor zorgkantoren dan voor (risicodragende) zorgverzekeraars. Dit vermindert de doelmatigheid van de GGZ-zorg. De klantgerichtheid neemt af omdat patiënten minder te kiezen hebben; kleine en nieuwe zorgaanbieders zullen niet gemakkelijk een contract krijgen met het zorgkantoor. Bij gelijkblijvende vraag kunnen – afhankelijk van de hoogte van het budget - wachtlijsten ontstaan. Er ontstaat een risico op onderbehandeling. Tot slot neemt de samenhang met andere maatschappelijke domeinen af.

Budgettaire effecten

Omdat de zorg een voorziening wordt en de uitgaven bovendien gebudgetteerd zijn, zijn in principe vele uitgavenniveaus mogelijk. Bij de berekening wordt er van uitgegaan dat het budget zonder korting wordt overgeheveld.

De maatregel zal relatief hoge transitiekosten met zich meebrengen. Gedurende de overgangsperiode zullen gemeenten en zorgverzekeraars zich bijvoorbeeld minder inspannen om zorg met een goede prijs-kwaliteitverhouding voor deze doelgroep te leveren. De transitiekosten bedragen vijf jaar lang 1,5% per jaar. Bij een grondslag van 6,6 miljard euro gaat dit om circa 100 miljoen euro per jaar.

Doordat er instellingsbudgetten komen nemen ook de kosten voor het afsluiten van contracten af. De kosten voor het jaarlijks afsluiten van nieuwe contracten met zorgverzekeraars en het doorvoeren van wijzigingen in de voorschriften zijn ongeveer 1% van de totale kosten voor geïntegreerde GGZ-instellingen en 3 à 4% voor vrijgevestigde eerstelijns/gz-psychologen.

In de GGZ gaat ruim 15% van de totale organisatiekosten op aan administratieve lasten. Bij zelfstandige behandelaars in de eerste en tweede lijn is dit het dubbele.
Een groot deel van de organisatiekosten blijft bestaan in het nieuwe stelsel, omdat het bijvoorbeeld gaat om het maken van een zorgplan inclusief verslaglegging, personeelsbeleid, verantwoording richting zorgkantoren, et cetera. Ook zal er kwaliteitstoezicht blijven door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Wel is de noodzaak voor organisaties om zich te profileren richting cliënten minder groot omdat men veel minder concurrentie ervaart.

De totale transactiekosten dalen naar schatting met een procentpunt, op een grondslag van 6,6 miljard euro leidt dit tot een besparing van ongeveer 65 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Een wettelijk kader met instellingsbudgettering voor de geestelijke gezondheidszorg	+100	+100	+100	+35	-65
w.v. transitiekosten	+100	+100	+100	+100	0
w.v. besparing transactiekosten	0	0	0	-65	-65

Interactie met andere maatregelen

Deze beleidsoptie verkleint de grondslag van de Wlz, Zvw en Wmo. De opbrengst van andere beleidsopties die betrekking hebben op de Wlz, Zvw en Wmo neemt daarmee af.

101 Langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in de Zorgverzekeringswet

De aanspraak wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt beperkt tot de kortdurende zorg. Deze zorg wordt met name verstrekt na een ziekenhuisopname. Mensen die op jonge leeftijd een beperking hebben (Wajongers) kunnen wel aanspraak blijven maken op langdurige wijkverpleging. Verder geldt een overgangstermijn voor bestaande cliënten. De kosten van de langdurige, grotendeels voorzienbare wijkverpleging komen voor rekening van de burger zelf, die zich hier aanvullend voor kan verzekeren. De overheid voert geen flankerend beleid op deze verzekeringen; er is bijvoorbeeld geen acceptatieplicht. Een deel van de gebruikers van persoonlijke verzorging en verpleging zou ook in aanmerking komen voor zorg in de Wet langdurige zorg (Wlz) of gemeentelijke ondersteuning. Daarom wordt het Wlz-budget structureel verhoogd met 500 miljoen euro. Gemeenten krijgen structureel 560 miljoen euro extra en er wordt rekening gehouden met een weglek naar de Zvw.

Achtergrond

Wijkverpleging is momenteel onderdeel van het basispakket Zvw. Langdurige wijkverpleging is voor een groot deel van de mensen een voorzienbaar zorgrisico. Het gebruik concentreert zich bij de hogere leeftijdsklassen.

Uitvoering

Pakketwijzigingen kunnen elk jaar worden doorgevoerd. Zorgverzekeraars moeten echter ook tijd krijgen om aanvullende verzekeringen op de markt te brengen. Daarom wordt uitgegaan van een invoeringsperiode van twee jaar. Onduidelijk is of het uitzonderen van Wajongers juridisch houdbaar is.

Gedrags- en neveneffecten

De ongelijkheid in het zorggebruik neemt toe. Een deel van de mensen zal voor zorg terugvallen op mantelzorg. Een ander deel zal de zorg financieren door te besparen op andere uitgaven – die overigens vaak al dalen wanneer iemand aangewezen raakt op langdurige wijkverpleging - of door spaargeld aan te spreken. Nog een ander deel zal (gedeeltelijk) afzien van de zorg.

Slechts een klein deel zal zich proberen te verzekeren omdat mensen de kans dat zij op korte termijn zorg nodig hebben onderschatten (*optimism bias*). Ook kunnen zij erop speculeren dat zij de kosten te zijner tijd wel kunnen afwentelen op hun omgeving en/of op de overheid. Daarnaast is er averechtse selectie: voor zover vooral mensen met al bestaande gezondheidsproblemen en/of een hoge leeftijd (‘slechte’ risico’s) zich aanvullend verzekeren worden die verzekeringen relatief duur en daardoor minder goed toegankelijk. Het is derhalve onwaarschijnlijk dat er een verzekeringsmarkt van voldoende omvang tot stand komt.[110] Anderzijds zal een klein deel van de mensen waar de risico’s goed liggen zich

[110] Zie bijvoorbeeld: Brown, J.R., Finkelstein, A. (2007). Why is the market for long-term care insurance so small? Journal of Public Economics, 91, p. 1967-1991.

aanvullend willen verzekeren, omdat zij sterk risico-avers zijn. Er is dus ook een scenario denkbaar waarin deze aanvullende verzekeringen wel meer van de grond komen. Afhankelijk van de zorgvraag in de nieuwe situatie passen zorgaanbieders hun aanbod en marketing aan. De totale zorgvraag daalt, waardoor op korte termijn sterke concurrentie ontstaat. Door de hoge prijsgevoeligheid van de particuliere zorgvraag zal druk ontstaan op de prijs voor langdurige wijkverpleging.

Budgettaire effecten

In 2017 is voor de wijkverpleging 3,6 miljard euro beschikbaar. Verondersteld wordt dat ongeveer 25% van dit bedrag kortdurende zorg betreft, waardoor de uitgaven aan langdurige wijkverpleging circa 2,7 miljard euro bedragen. Verondersteld is dat 10% van deze kosten bij Wajongers neerslaat. De besparing exclusief compensatie voor Wlz en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)/bijzondere bijstand is dan 2,4 miljard euro.

Aangenomen is dat ongeveer de helft met succes een beroep kan doen op andere extramurale regelingen, bijvoorbeeld de Wmo, maar meer nog op de bijzondere bijstand en de Zvw (bijvoorbeeld huisartsenzorg en bij complicaties het ziekenhuis). De weglek zal echter niet 100% maar bijvoorbeeld 75% zijn. De totale weglek komt neer op zo'n 800 miljoen euro. Daarom wordt het budget voor de Zvw verhoogd met 240 miljoen euro (10% van de grondslag) en het budget voor de gemeentelijke regelingen verhoogd met het resterend bedrag (560 miljoen euro). Daarnaast wordt de contracteerruimte Wlz verhoogd met structureel 500 miljoen euro ter compensatie van de instroom van 10% van de doelgroep langdurige wijkverpleging, uitgaande van 200.000 cliënten en meerkosten van Wlz-zorg van gemiddeld 25.000 euro per jaar.[111] Tot slot valt de wijkverpleging in de Zvw niet onder het eigen risico, maar de hoogte van het eigen risico in de Zvw is wel geïndexeerd met de hogere uitgaven als gevolg van de overheveling. Het vervallen van ongeveer driekwart van de aanspraak op wijkverpleging leidt dus tot een lager eigen risico in de Zvw. Het budgettair effect hiervan is 150 miljoen euro.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in de Zorgverzekeringswet	+30	+30	-100	-370	-950
w.v. uitgaven langdurige verpleging en verzorging	0	0	-600	-1200	-2400
w.v. uitgaven Zorgverzekeringswet	0	0	+60	+120	+240
w.v. uitgaven gemeenten	0	0	+140	+280	+560
w.v. uitgaven Wet langdurige zorg	0	0	+125	+250	+500
w.v. transitiekosten	+30	+30	+30	+30	0
w.v. verlaging van het eigen risico	0	0	+150	+150	+150

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

Voor de groepen die geen aanvullende verzekering hebben of geen beroep kunnen doen op gemeentelijke ondersteuning, op de Zvw of op de Wlz zijn de gevolgen groot. De gemiddelde kosten voor wijkverpleging zijn immers circa 16.000 euro per persoon per jaar.

[111] In het huidige systeem zijn de meerkosten ten opzichte van de Wmo/Zvw ongeveer 15.000 euro. Bij de uitwerking van deze beleidsoptie zijn de meerkosten hoger ingeschat omdat een deel van de wijkverpleging niet langer wordt vergoed.

102 De wijkverpleging naar de Wet langdurige zorg

De wijkverpleging wordt overgeheveld van de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Zorgkantoren worden weer verantwoordelijk voor de uitvoering, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) doet de indicatiestelling. Er zijn twee varianten geanalyseerd. Variant a gaat uit van overheveling met een gelijkblijvend budget. In variant b wordt een eerdere besparing van structureel 630 miljoen euro teruggedraaid.

Achtergrond

Om de zorg dicht bij de burger te organiseren is gekozen om ook de wijkverpleegkundige zorg onder de Zvw te brengen. De verzekeraar is hiermee verantwoordelijk voor het totale pakket van wijkverpleegkundige- huisartsen- en medisch-specialistische zorg.
Ongeveer 75% van de uitgaven wijkverpleging betreft persoonlijke verzorging; 25% gaat naar de extramurale verpleging. Er geldt in 2015 een totale korting van 364 miljoen euro ten opzichte van het budget in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).[112] Deze korting loopt in 2016 en 2017 verder op tot structureel 630 miljoen euro, waardoor in 2017 een bedrag resteert van 3,6 miljard euro. De indicatiestelling door het CIZ vervalt. Het uitgangspunt is dat de zorgverzekeraars voor de wijkverpleging vanaf 2017 volledig risicodragend zijn.

Uitvoering

Er is minimaal twee jaar benodigd om de maatregel in te voeren.

Gedrags- en neveneffecten

- De wijkverpleging komt onder één kader met de intensieve langdurige zorg. De aansluiting daarop kan dus verbeteren. De aansluiting op de curatieve zorg verslechtert mogelijk.
- De prikkel van zorgverzekeraars om cliënten in de wijkverpleging (versneld) in de Wlz in te laten stromen valt weg. De omvang van dit effect in de praktijk is echter onduidelijk.
- De overheveling vergroot de onzekerheid bij de partijen. Ook zijn er additionele kosten, onder meer voor ICT. Dit zijn transitiekosten.
- Zorgkantoren hebben – in vergelijking met volledig risicodragende zorgverzekeraars - minder financiële prikkels om verpleging en verzorging tegen een goede prijs-kwaliteitverhouding in te kopen. Na verloop van tijd kan de kwaliteit afnemen en/of kunnen wachtlijsten ontstaan, omdat de Wlz gebudgetteerd is.
- Er zijn negatieve inkomenseffecten als gevolg van het herintroduceren van de eigen bijdrage.[113] Het remeffect dat uitgaat van de eigen bijdrage stijgt ten opzichte van de huidige situatie.

---

[112] Het CPB heeft voor deze maatregel (en het gelijktijdig overhevelen van een deel van de jeugdzorg van de Zvw naar de Wmo) 200 miljoen euro minder aan besparing ingeboekt, omdat de zorgverzekeraars nog niet risicodragend zijn en omdat het remgeldeffect van het eigen risico in de Zvw kleiner is dan dat van de inkomensafhankelijke bijdrage zoals dat in de AWBZ gold voor dit type zorg.

[113] Centraal Planbureau (2015). Macro Economische Verkenningen 2015, p. 65.

- De toegangseisen van de Wlz moeten worden verlaagd om deze zorg in de Wlz te kunnen accommoderen. Hierdoor kan ongewenst ook andere zorg in de Wlz terechtkomen.

Budgettaire effecten

Het is een keuze of de ingeboekte korting op de wijkverpleging wordt teruggedraaid bij de (terug)overheveling naar de Wlz. Als er al een aantal jaren zijn verstreken sinds de korting, zijn de partijen in het veld gewend geraakt aan het nieuwe uitgavenniveau en is dit minder logisch.

In variant a wordt de wijkverpleging naar de Wlz overgeheveld. Bij de overheveling wordt verondersteld dat de structurele besparing van 630 miljoen euro behouden blijft en dat de groei van uitgaven vervolgens binnen de budgettaire ruimte blijft. Hoewel de uitvoeringskosten van de Wlz lager dan die van de Zvw, is het niet waarschijnlijk dat bij de overheveling van de wijkverpleging naar de Wlz een substantiële besparing op de uitvoering optreedt. Persoonlijke verzorging en verpleging zijn relatief homogene producten in vergelijking met bijvoorbeeld ziekenhuiszorg. Daarom liggen de administratieve lasten waarschijnlijk lager dan voor de totale Zvw. Er zijn daarnaast onder de Wlz administratieve lasten bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en CIZ, die onder de Zvw ontbreken. In variant b wordt de structurele besparing van 630 miljoen euro aan het budget voor de Wlz toegevoegd als intensivering. Zorgkantoren hebben minder financiële prikkels om voordelig in te kopen en kunnen wellicht maar gedeeltelijk beschikken over informatie uit afgesloten contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (bijvoorbeeld over prijzen).

Er wordt rekening gehouden met transitiekosten van 1,5% per jaar gedurende drie jaar. Daarnaast wordt verondersteld dat er een eigen bijdrage wordt ingevoerd in de Wlz.
In de Zvw valt de wijkverpleging niet onder het eigen risico, maar de hoogte van het eigen risico in de Zvw is wel geïndexeerd met de hogere uitgaven als gevolg van de overheveling. Weer terugzetten naar Wlz leidt dus (partieel) tot een lager eigen risico in de Zvw. Het budgettair effect hiervan is 200 miljoen euro. In de Wlz geldt tegelijkertijd een eigen bijdrage. Door de overheveling stijgt het aantal bijdrageplichtigen in de Wlz.

De eigen bijdragen stijgen met circa 100 miljoen euro. Door het verkleinen van de grondslag valt ook een deel van de verplichte solvabiliteitsreserves (circa 500 miljoen euro) vrij. Dit heeft, wanneer zorgverzekeraars daarvoor kiezen, een effect op de nominale premie.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
De wijkverpleging naar de Wet langdurige zorg:					
a. Overhevelen met gelijkblijvend budget*	+55	+55	+160	+160	+100
w.v. transitiekosten	+55	+55	+55	+55	0
w.v. verandering eigen bijdrage Wet langdurige zorg	0	0	-100	-100	-100
w.v. verlaging eigen risico Zorgverzekeringswet	0	0	+200	+200	+200
b. Terugdraaien besparing*	+55	+55	+790	+790	+730
w.v. transitiekosten	+55	+55	+55	+55	0
w.v. verandering eigen bijdrage Wet langdurige zorg	0	0	-100	-100	-100
w.v. verlaging eigen risico Zorgverzekeringswet	0	0	+200	+200	+200
w.v. terugdraaien besparing	0	0	+630	+630	+630

** Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.*

103 Ouderenzorg naar de Wet maatschappelijke ondersteuning

In de Wet langdurige zorg (Wlz) worden de ouderenzorg (cliënten met een indicatie voor verpleging en verzorging) en de gehandicaptenzorg/langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gesplitst. De aanspraken op ouderenzorg vervallen en worden integraal (inclusief de woon- en verblijfscomponent) overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zorgvragers worden gecompenseerd voor hun beperkingen; de ouderenzorg wordt daarmee een voorziening. Het stelsel van inkomensafhankelijke eigen bijdragen blijft gehandhaafd.

Achtergrond

De Wlz is in 2015 ontstaan uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Delen van de AWBZ zijn overgeheveld naar de Wmo, Jeugdwet en de Zvw, de overige zorg zit in de Wlz. De contracteerruimte dwingt budgettaire beheersbaarheid van de Wlz af, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) handhaaft deze vervolgens. Er zijn bestuurlijke afspraken gemaakt over onder andere het inkopen op kwaliteit.

Iedere Nederlander is verzekerd voor Wlz-zorg. Het betreft een aanspraak op 24 uurs-zorg in de nabijheid of op basis van permanent toezicht. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bepaalt wie in aanmerking komt. Zorgverzekeraars voeren de Wlz zonder financieel risico uit voor hun eigen verzekerden. Deze Wlz-uitvoerders besteden een deel van de uitvoering, waaronder de inkoop, uit aan een regionaal aangewezen representant (het zorgkantoor). De Wlz-uitvoerders krijgen op grond van de landelijke contracteerruimte en hun historische kosten een regiobudget toegewezen waarmee zij de zorg dienen in te (laten) kopen voor iedereen die langdurige zorg nodig heeft. De Wlz-uitvoerders noch de gecontracteerde zorgaanbieders mogen winst uitkeren.

Wlz-uitvoerders en zorgkantoren hebben beperkte prikkels om de behoefte aan 24-uurs zorg te voorkomen (preventie) en om een zo goed mogelijke kwaliteit van zorg tegen een zo laag mogelijke prijs in te kopen. Het huidige bekostigingsmodel van de ouderenzorg houdt bestaande historische verschillen tussen regio's in stand. Er bestaat daarnaast een schot tussen Wmo- en Wlz-zorg, wat de geïntegreerde inkoop van zorgketens belemmert en afwenteling mogelijk maakt.

Uitvoering

Een dergelijke complexe stelselwijziging vergt circa vier jaar, waarvan twee jaar voor het wetgevingstraject. Als in deze regeerperiode al onderzoek wordt gedaan naar de mogelijkheden, ook van het verdeelmodel, kan de termijn worden beperkt tot drie jaar.

Gedrags- en neveneffecten

Gemeenten zullen zich sterker inzetten om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen zonder de noodzaak van intensieve 24-uurs-zorg. Een belemmering hierbij kan zijn dat zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn voor de wijkverpleging, er geen voordeel van hebben om ouderen uit een instelling te houden. Ook zullen gemeenten synergie zoeken

binnen het gehele sociale domein. Zij hebben een prikkel om deze geïntegreerde zorg scherper in te kopen en zullen bovendien bij de indicatiestelling rekening houden met de sociale omstandigheden, zoals de aanwezigheid van een potentiële mantelzorger. Gemeenten gaan samenwerken om eventuele schaalvoordelen te benutten en risico's gezamenlijk te kunnen dragen.

Zorgaanbieders uit de Zvw- en Wmo-domeinen gaan mogelijk fuseren om integrale ouderenzorg aan te kunnen bieden, van lichtere zorg thuis tot zware zorg in een instelling. Dit kan leiden tot een beperkt aantal grote zorgaanbieders en daarmee een risico op marktmacht.

De aanpassing over een langere periode van de verdeling op basis van historisch budget naar verdeling op basis van objectieve (cliënt)kenmerken kan grote verschuivingen van het zorgbudget teweegbrengen, met gevolgen voor zorgaanbieders en cliënten. Bij volledige risicodragendheid ontstaat een risico op onderaanbod, vooral als de kwaliteit niet goed gemeten kan worden. Er is immers een sterke prikkel om op deze uitgaven te bezuinigen.[114] Afhankelijk van hoe gemeenten hun indicatiestelling en zorginkoop regelen kunnen er meer wachtlijsten ontstaan.

Budgettaire effecten

Potentiële doelmatigheidswinsten worden doorgaans berekend aan de hand van de verschillen in uitgaven of in kosten van zorg tussen regio's of verpleeghuizen. De veronderstelling is dat regio's/zorgaanbieders die een hoog gebruik of hoge kosten hebben in relatie tot objectieve kenmerken zich kunnen verbeteren. Hoog gebruik duidt op overconsumptie, hoge kosten op ondoelmatigheid in het productieproces. Doelmatigheidswinst valt vooral te behalen door het gebruik te verminderen omdat daar de grootste variatie in zit, maar ook door de kostenefficiëntie van zorgaanbieders te vergroten.

Normaal gesproken wordt de structuur van het aanbod niet als een objectief kenmerk gezien. In dit geval moet waarschijnlijk wel rekening worden gehouden met een ongelijke verdeling van verpleeghuizen over gemeenten. Als een verpleeghuis veel wordt gebruikt door voormalige inwoners van andere gemeenten, moet daarvoor worden gecorrigeerd.

Cebeon berekende voor zorgkantoorregio's het verschil tussen werkelijke uitgaven en uitgaven uit een model met objectieve kenmerken voor de ouderenzorg.[115] Hieruit blijkt dat de praktijkvariatie in het gebruik van zorg hoog is. Indien alle zorgkantoorregio's niet meer zouden mogen uitgeven dan het zorgkantoor op de grens van het eerste en tweede kwartiel - gerangschikt van best naar slechtst presterende regio's -, zou dit leiden tot een besparing van 17%. Deze betreft vooral de hoeveelheid gebruikte zorg.[116] Het is onduidelijk wat dit precies op het niveau van gemeenten betekent.

---

[114] Centraal Planbureau (2014). Vervolgrapportage decentralisaties in het sociaal domein.

[115] Cebeon (2010). Kwantificering regionale verschillen in zorggebruik in zorggebruik AWBZ - Betekenis aanbodfactoren, rekening houdend met verschillen aan de vraagzijde.

[116] De berekening is gebaseerd op data uit 2006, toen er nog zeer weinig variatie in het door de zorgkantoren betaalde tarief was.

In hoeverre de potentiële doelmatigheidswinst ook wordt behaald hangt af van meerdere factoren. Het recht op zorg wordt een voorziening, waarbij de gemeente de invulling in aanzienlijke mate bepaalt. Dit zal mogelijk leiden tot belangrijke verschillen per gemeente, waarvan het de vraag is in welke mate differentiatie maatschappelijk zal worden geaccepteerd. Het is daarnaast de vraag hoe sterk de inkoopmacht van gemeenten is en in hoeverre de doelmatigheid bij zorgaanbieders nog kan toenemen. Dit hangt ervan af of de zorg door gemeenten of door samenwerkingsverbanden/centrumgemeenten wordt ingekocht, maar ook van de markmacht van de aanbieder. In sommige regio's zullen gemeenten niet om grote zorgaanbieders heen kunnen.

De bovenstaande Cebeon-berekeningen zijn gebaseerd op data uit 2006. Indien een objectief verdeelmodel voor de Wlz wordt ingevoerd, moet de dan geldende praktijkvariatie in kaart worden gebracht.[117] Dit onderwerp wordt nader onderzocht (zie hoofdstuk 8 'Aanbevelingen' van het hoofdrapport *Zorgkeuzes in Kaart*).

In de Brede Heroverwegingen is voor de overheveling naar gemeenten, waardoor de zorg een voorziening wordt in plaats van een recht, een doelmatigheidswinst opgenomen van 5%.[118] Op een grondslag van 9,2 miljard euro ouderenzorg in de Wlz betekent dat een structurele besparing van 460 miljoen euro. Voor zover de aangekondigde taakstelling van 475 miljoen euro in 2017 wordt ingevuld door de regionale variatie te verkleinen, is de besparing kleiner.

De besparing kent een lang ingroeipad, ook omdat de budgetverdeling in eerste instantie waarschijnlijk (gedeeltelijk) zal worden gebaseerd op historische kosten, zoals in de Wlz. Het doelmatigheidspotentieel door afbouw van praktijkvariatie wordt dus pas in jaar tien bereikt.

De uitvoeringskosten zullen structureel hoger zijn dan in het huidige stelsel. Voor de Wmo is het uitvoeringsbudget zo'n 3,6% van het totaalbudget. In de Wlz liggen de uitvoeringskosten iets boven de 1%. Aangenomen dat de uitvoeringskosten voor de ouderenzorg ongeveer één procentpunt stijgen gaat het om een structurele uitgavenverhoging van zo'n 100 miljoen euro.

Een dergelijke stelselwijziging zal tevens transitiekosten met zich meebrengen. Aangezien het om een grote stelselwijziging gaat wordt gerekend met transitiekosten van 120 miljoen euro (1,5%) per jaar gedurende acht jaar.

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Ouderenzorg naar de Wet maatschappelijke ondersteuning	+120	+120	+120	+120	-360
w.v. doelmatigheidswinst	0	0	0	0	-460
w.v. transitiekosten	+120	+120	+120	+120	0
w.v. uitvoeringskosten	0	0	0	0	+100

[117] De Algemene Rekenkamer doet onderzoek naar van regionale verschillen in het zorggebruik AWBZ en mogelijke verklaring daarvan. Publicatie van dat onderzoek wordt verwacht in het tweede kwartaal van 2015.

[118] Ministerie van Financiën (2010). Rapport brede heroverwegingen – Langdurige zorg.

In *Keuzes in Kaart 2013-2017* is gerekend met eenzelfde doelmatigheidswinst van 5%, maar daar werd geen rekening gehouden met transitie- en uitvoeringskosten.

Interactie met andere maatregelen

Deze maatregel kan niet tegelijkertijd met beleidsoptie 104 (ouderenzorg naar de Zvw) worden ingevoerd.

104 Ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet

De aanspraak op ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), met acceptatieplicht, zorgplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Er wordt een scheiding aangebracht tussen wonen en zorg (zie beleidsoptie 077). Dit betekent dat de ouderenzorg volledig wordt geëxtramuraliseerd. Het ex-ante risicovereveningsmodel wordt uitgebreid met deze kosten. Er wordt verondersteld dat de onafhankelijke, landelijk uniforme indicatiestelling en het stelsel van inkomensafhankelijke eigen bijdragen gehandhaafd blijven.

Achtergrond

Voor een beschrijving van de huidige situatie: zie beleidsoptie 103. In de Memorie van Toelichting van de Wet langdurige zorg (Wlz) is opgenomen dat de regering de mogelijkheid onderzoekt om op termijn de ouderenzorg risicodragend over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Na een motie[119] heeft het Kabinet toegezegd dat een beslissing daarover niet wordt genomen voor 2017.

Uitvoering

Een dergelijke complexe stelselwijziging vergt doorgaans vier jaar, inclusief het wetstraject. Onderdeel van de maatregel is dat de huidige inkomensafhankelijke eigen betalingen in de ouderenzorg worden ingevoerd in de Zvw. Private partijen mogen omwille van de privacy alleen over inkomensgegevens beschikken als een toets aan de privacywetgeving wordt doorstaan. Een mogelijkheid is om de inkomensgegevens aan het CAK te verstrekken, die vervolgens de hoogte van de te innen eigen bijdrage doorgeeft aan zorgverzekeraars.

Gedrags- en neveneffecten

De gedragseffecten zijn vooral afhankelijk van de mate van risicoverevening en risicodragendheid. Er zijn drie mogelijke scenario's geanalyseerd.

Scenario a: Ex-ante risicoverevening functioneert voldoende op basis van niet-beïnvloedbare criteria voor hulpbehoevendheid. Daardoor kunnen zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn, zonder prikkel tot risicoselectie of aantasting van het gelijk speelveld, waarbij tevens de prikkels tot kostenbeheersing behouden blijven. In dit scenario zullen zorgverzekeraars zich richten op doelmatige en geïntegreerde inkoop van (keten)zorg voor ouderen.

Scenario b: Ex-ante risicoverevening functioneert niet voldoende op basis van niet-beïnvloedbare criteria voor hulpbehoevendheid, en er wordt gekozen voor het toevoegen van (enigszins) beïnvloedbare criteria aan de ex-ante risicoverevening, en/of ex-post compensaties. Om risicoselectie en/of een ongelijk speelveld te voorkomen wanneer de ex-ante risicoverevening niet voldoet, kan het ex-ante model worden uitgebreid met criteria waar zorgverzekeraars mogelijk invloed op uit kunnen oefenen, zoals de hoogte van het feitelijke zorggebruik in het verleden of de indicatie. Een andere optie is ex-post compensaties, die achteraf (gedeeltelijk) corrigeren voor de gerealiseerde schadelast.

[119] Motie van het lid Keizer (2014).Motie over de Wlz op de lange termijn niet overdragen naar de Zorgverzekeringswet. Kamerstuk 33 891 nr. 99.

Hiermee wordt de risicodragendheid beperkt. Zorgverzekeraars hebben in beide gevallen wel een prikkel om kwalitatief goede zorg in te kopen, maar een beperktere prikkel om kosten te besparen (race-to-the-top). Hogere uitgaven en/of een zwaardere indicatie resulteren namelijk in een hogere uitkering uit het vereveningsfonds.

Scenario c: Ex-ante risicoverevening functioneert niet voldoende op basis van niet-beïnvloedbare criteria voor hulpbehoevendheid, maar er wordt niet gekozen voor het toevoegen van beïnvloedbare criteria aan de ex-ante risicoverevening of ex-post compensaties. In deze situatie ervaren zorgverzekeraars wel prikkels omdat zij risicodragend zijn. Maar deze prikkels kunnen leiden tot risicoselectie in plaats van doelmatigere zorginkoop, omdat zorgverzekeraars te weinig compensatie ontvangen voor verzekerden die ouderenzorg ontvangen. De wens om dergelijke verzekerden te laten vertrekken/ niet aan te trekken, prikkelt zorgverzekeraars om de geboden zorg te versoberen (*race to the bottom*). Angst voor reputatieschade beperkt mogelijk de versobering van kwaliteit. Daarnaast wordt het gelijk speelveld aangetast indien de gebruikers van deze zorg ongelijk verdeeld zijn over de zorgverzekeraars. Wanneer een verzekeraar een relatief hoog aandeel ouderenzorg onder zijn verzekerden heeft, zal dit zijn concurrentiepositie negatief beïnvloeden. Ook dit leidt ertoe dat verzekerden met ouderenzorg onaantrekkelijk zijn voor zorgverzekeraars.

Blijkens de onderzoeksresultaten voor de Nederlandse ouderenzorg tot nu toe, is de ontwikkeling van een goed functionerende risicoverevening die prikkels tot risicoselectie voorkomt waarschijnlijk alleen mogelijk wanneer variabelen als indicaties en/of historische kosten worden meegenomen in het model.[120] Deze variabelen zijn in zekere mate beïnvloedbaar door zorgverzekeraars en schaden daarmee de prikkels tot kostenbeheersing. Voor alle scenario's geldt dat het onbekend is of de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars bij de inkoop van ouderenzorg anders is dan bij de curatieve zorg. In de curatieve zorg is de keuze van een zorgverlener meestal van korte duur en heeft alleen betrekking op een specifieke behandeling. De keuze van een aanbieder voor ouderenzorg is langduriger en omvat bovendien meer aspecten van het leven van de verzekerden. Een neveneffect is dat risicodragende uitvoering door individuele zorgverzekeraars hogere uitvoeringskosten met zich meebrengt en de opbouw van solvabiliteitsbuffers vereist. De aanpassing van de verdeling op basis van historisch budget naar verevening op basis van cliëntkenmerken kan daarnaast grote verschuivingen van het zorgaanbod teweegbrengen, met gevolgen voor zorgaanbieders en cliënten.

Budgettaire effecten

Potentiële doelmatigheidswinsten worden doorgaans berekend aan de hand van de verschillen in uitgaven of in kosten van zorg tussen regio's of verpleeghuizen. Daarbij dient gecorrigeerd te worden voor onderliggende factoren zoals verschillen in populatiesamenstelling en kwaliteit van zorg. De veronderstelling is dat regio's/zorgaanbieders die na correctie een hoog gebruik of hoge kosten hebben zich kunnen verbeteren. Hoog gebruik duidt op overconsumptie, hoge kosten op ondoelmatigheid in het

[120] Bakx, P.L.H., Doorslaer, E.K.A. van & Schut, F.T. (2013). Risicoverevening voor de ouderenzorg. Economisch Statistische Berichten, 98 (4651), 20-23.

productieproces. Cebeon berekende het verschil tussen werkelijke uitgaven en uitgaven uit een model met objectieve kenmerken voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).[121] Hieruit blijkt dat de praktijkvariatie groot is. Indien alle zorgkantoorregio's niet meer zouden mogen uitgeven dan het zorgkantoor op de grens van het eerste en tweede kwartiel - gerangschikt van best naar slechtst presterende regio's -, zou dit leiden tot een besparing van 17%. Deze betreft vooral de hoeveelheid gebruikte zorg.[122] Op het ogenblik dat zou worden besloten om deze maatregel in te voeren, moet de dan geldende praktijkvariatie in kaart worden gebracht.[123] Voor zover de aangekondigde taakstelling van 0,5 miljard in 2017 wordt ingevuld door de regionale variatie te verkleinen, is de potentiële besparing kleiner. Tegelijkertijd kan de potentiële besparing ook groter zijn, omdat het besparingspotentieel in termen van de kostprijs per ligdag in het Cebeon rapport niet is onderzocht. Op basis van de geschetste scenario's en analyse zijn drie uitkomsten mogelijk die variëren van een structurele besparing tot een structurele kostenstijging (transitiekosten zijn niet structureel).

Scenario a: Zorgverzekeraars ervaren prikkels om kosten te besparen en tegelijkertijd goede kwaliteit in te kopen. Er is in dit scenario geen prikkel tot risicoselectie. Zorgverzekeraars maximaliseren hun resultaat door zo veel mogelijk verzekerden aan te trekken (hoge kwaliteit) tegen zo laag mogelijke zorgkosten (lage prijs). De neerwaartse druk op de kosten leidt tot een daling van de uitgaven. De beperktere marktmacht van zorgverzekeraars bij inkoop van ouderenzorg ten opzichte van curatieve zorg maakt dat de potentiële kostendaling die zorgverzekeraars kunnen in deze optimale situatie kunnen realiseren relatief lager is.

Scenario b: Zorgverzekeraars ervaren geen/beperkt prikkels om kosten te besparen. De prikkel tot risicoselectie wordt in dit scenario beperkt of geheel teniet gedaan, maar er is tevens een beperktere prikkel tot kostenbesparing. Zorgverzekeraars worden namelijk via de ex-ante verevening of ex post gecompenseerd voor stijgende kosten. Zorgverzekeraars hebben in dit scenario wel een prikkel om zo veel mogelijk verzekerden te trekken door kwalitatief goede zorg in te kopen. De kwaliteit van ouderenzorg zal in dit scenario stijgen, maar er is een aanzienlijk risico dat de kosten structureel op een hoger niveau komen te liggen dan in het huidige stelsel dat gekenmerkt wordt door aanbodbudgettering (*race to the top*). Dit hangt ook af van de mate waarin er in het huidige systeem inefficiënties zitten.

Scenario c: Zorgverzekeraars ervaren wel prikkels om kosten te besparen. Er bestaan in dit scenario sterke prikkels tot risicoselectie, waardoor een neerwaartse druk ontstaat op zowel prijs als kwaliteit. Door de kwaliteit te verlagen stoten zorgverzekeraars de verzekerden die ouderenzorg nodig hebben zoveel mogelijk af. Door de kosten zo laag mogelijk te houden, beperken zij het verlies op hun verzekerdenpopulatie die ouderenzorg nodig heeft. Omdat zorgverzekeraars lagere eisen zullen stellen aan kwaliteit dan in scenario a, zullen zij er

[121] Cebeon (2010). Kwantificering regionale verschillen in zorggebruik in zorggebruik AWBZ - Betekenis aanbodfactoren, rekening houdend met verschillen aan de vraagzijde.

[122] De berekening is gebaseerd op data uit 2006, toen er nog zeer weinig variatie in het door de zorgkantoren betaalde tarief was.

[123] De Algemene Rekenkamer doet onderzoek naar van regionale verschillen in het zorggebruik AWBZ en mogelijke verklaring daarvan. Publicatie van dat onderzoek wordt verwacht in het tweede kwartaal van 2015.

beter in slagen om de kosten te beperken. De kwaliteit van ouderenzorg zal in dit scenario dalen, hoewel de angst voor reputatieschade de kwaliteitsdaling mogelijk beperkt, en de kosten komen structureel op een lager niveau te liggen (*race to the bottom*).

In alle scenario's zijn de uitvoeringskosten structureel hoger dan in het huidige stelsel. In de Zvw bedragen de uitvoeringskosten, inclusief winstmarge voor zorgverzekeraars, circa 5%, in de AWBZ iets boven de 1%. Aangenomen dat de uitvoeringskosten voor de ouderenzorg (grondslag: 9,2 miljard euro) zouden stijgen van circa 1% naar circa 3% gaat het om een structurele uitgavenverhoging van zo'n 200 miljoen euro. Een stelselwijziging als deze zal tevens transitiekosten met zich meebrengen. Omdat het om een grote stelselwijziging gaat zijn er transitiekosten van 120 miljoen euro per jaar gedurende acht jaar. Een extra kostenpost in de transitiefase is het opbouwen van de solvabiliteitsreserves. Aangenomen dat zorgverzekeraars een solvabiliteitsratio van 20% zullen nastreven gaat het om het opbouwen van een reserve van 1,8 miljard euro.

De ontwikkeling van een voldoende functionerend ex-ante risicovereveningsmodel op basis van niet-beïnvloedbare criteria, dat zowel de prikkels tot risicoselectie beperkt als de prikkels tot kostenbeheersing behoudt, is weinig kansrijk. Scenario c leidt tot risicoselectie en neerwaartse druk op de kwaliteit. Het meest waarschijnlijk is daarom dat de structurele situatie zal lijken op scenario b, waarbij het risicovereveningsmodel rekening houdt met variabelen als indicaties en/of historische kosten. De kwaliteit van ouderenzorg zal stijgen, maar het effect op de kosten is afhankelijk van de mate waarin zorgverzekeraars deze variabelen kunnen beïnvloeden. Er is een risico dat de structurele kosten stijgen, maar de mate waarin dit gebeurt hangt af van in hoeverre de zorgverzekeraars in staat zijn om scherper in te kopen dan de zorgkantoren. Gezien de onzekerheid is het uiteindelijke effect op de collectieve uitgaven vooralsnog niet nader gekwantificeerd. Dit wordt nader onderzocht (zie hoofdstuk 8 'Aanbevelingen' in het hoofdrapport *Zorgkeuzes in Kaart*).

Effect op netto collectieve zorguitgaven in miljoenen euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 10
Ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

Interactie met andere maatregelen

Het scheiden van wonen en zorg (077) is een onderdeel van deze beleidsoptie. Deze maatregel (104) kan niet tegelijkertijd met beleidsoptie 103 (ouderenzorg naar de Wmo) worden ingevoerd.

Dit is een uitgave van:

Technische Werkgroep Zorgkeuzes in Kaart

Maart 2015 | ISBN 978-90-5833-683-5