



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Hollebolle Gijs op dieet: uitgavenbeheer in de zorg

Groot, W.N.J.; Maassen van den Brink, H.

Published in:
TPEdigitaal

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Groot, W., & Maassen van den Brink, H. (2014). Hollebolle Gijs op dieet: uitgavenbeheer in de zorg. TPEdigitaal, 8(2), 7-17.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Hollebolle Gijs op dieet: uitgavenbeheer in de zorg

Wim Groot en Henriette Maassen van den Brink

Heb je wel gehoord van de hollebollewagen

Waar die hollebolle Gijs op zat?

Hij kon schrokken, grote brokken

Een koe en een kalf en een heel paard half

Een os en een stier en zeven tonnen bier

Een schip vol rapen en een kerk vol schapen

En nog kon Gijs van de honger niet slapen!

1 Inleiding

De afgelopen jaren leek de gezondheidszorg sterk op Hollebolle Gijs. De uitgaven aan zorg stegen snel en nog was het niet genoeg. Zo namen tussen 1999 en 2010 de zorguitgaven met gemiddeld 7,2% per jaar toe (RIVM 2011). Achtereenvolgende kabinetten stonden toe dat de zorguitgaven toenamen met een veelvoud van de economische groei. Zo accepteerde het eerste kabinet-Rutte van VVD en CDA in 2010 een reële toename van de zorguitgaven met 4% per jaar, ook al was door de financiële crisis de economische groei vrijwel nihil. Zelfs bij deze relatief hoge groeipercentages kampten achtereenvolgende kabinetten met overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het BKZ omvat de zorguitgaven die uit de collectieve premies worden gefinancierd. Deze budgetoverschrijdingen moesten jaar op jaar door kortingen en bezuinigingen gecorrigeerd worden. Zo ontstond een beeld dat op de zorg continu bezuinigd werd, terwijl in werkelijkheid de zorguitgaven van jaar op jaar zeer snel toenamen.

De sterke stijging van de zorguitgaven is niet uniek voor Nederland: ook in andere westerse landen zijn de uitgaven het afgelopen decennium sterk toegenomen. De stijging in Nederland was wel hoger dan elders. Dit heeft tot gevolg dat Nederland – na de Verenigde Staten – inmiddels de hoogste zorguitgaven ter wereld heeft, gemeten als percentage van het bbp (12% in 2010). De uitgaven per hoofd van de bevolking (5056 euro in 2010) zijn de op drie na hoogste ter wereld. Hier moeten we alleen de Verenigde Staten, Noorwegen en Zwitserland voor laten gaan (OECD 2012).

Anders dan soms wordt gedacht, is de snelle groei van de zorguitgaven (nog) niet toe te schrijven aan de vergrijzing. Het aandeel in de totale zorguitgaven van

65-plussers is 14% onder mannen en 24% onder vrouwen: 75-85% van de zorguitgaven komt voor rekening van ‘jongeren’ beneden de 65. De grootste groei in de uitgaven in de afgelopen jaren was onder mensen tussen 45 en 64 jaar. In de periode 1999-2010 namen onder mannen van 45-64 jaar de zorguitgaven met gemiddeld 9,0% per jaar toe, onder vrouwen was dit 8,7%.

In de komende jaren zal – onder invloed van de vergrijzing – dit beeld veranderen. Zo verwacht het CBS dat het aantal 65-plussers de komende dertig jaar zal verdubbelen van 2,4 miljoen in 2010 tot 4,6 miljoen in 2040 (CBS 2010). Vanaf 2020 zullen de grote geboortecohorten van na de Tweede Wereldoorlog in steeds grotere mate van zorg gebruik gaan maken. Daarnaast neemt het aantal ouderen toe door de stijging van de levensverwachting.

Het huidige kabinet heeft aan die nagenoeg ongebreidelde groei een einde gemaakt. In de curatieve zorg hebben de minister van VWS, zorgverzekeraars en zorgaanbieders in 2013 een convenant afgesloten. Hierin is afgesproken dat de zorguitgaven in 2014 nog maar met 1,5 procent reëel mogen stijgen en in 2015 met 1 procent. De grootste besparingen wil het kabinet Rutte evenwel niet in de curatieve zorg maar in de verpleging en verzorging vinden. Door de overheveling van persoonlijke verzorging van de AWBZ naar de Zvw en begeleiding van de AWBZ naar de gemeenten verwacht het kabinet ongeveer een kwart op deze uitgaven – structureel 1,7 miljard euro – te kunnen bezuinigen. Beperking van de huishoudelijke hulp die door de gemeenten wordt geboden, zou nog eens een miljard euro besparen. Of en in welke mate deze afspraken en ingrepen tot bezuinigingen zullen leiden, moet nog worden afgewacht.

Ondanks deze bezuinigingen zullen ook tijdens deze regeerperiode de kosten van de zorg blijven stijgen. Op langere termijn – als de lasten van de vergrijzing merkbaar worden – zal het groeitempo van de zorguitgaven mogelijk weer toenemen. De demografische ontwikkeling zorgt er verder voor dat het arbeidsaanbod de komende jaren niet of nauwelijks zal groeien. Hierdoor zal economische groei vooral moeten komen van de groei van de arbeidsproductiviteit. Het wegvallen van de toename van het arbeidsaanbod als motor van economische groei zal – ook nadat de effecten van de financiële crisis verdwenen zijn – tot een structureel lager groeitempo leiden. Daar komt bij dat het toenemend aandeel van de zorgsector in het nationaal inkomen, het groeivermogen van de economie negatief beïnvloedt. De zorgsector is een bedrijfstak met een relatief lage arbeidsproductiviteitsgroei. Naarmate het aandeel van de zorg in de economie toeneemt, zal het groeivermogen van de economie door arbeidsproductiviteitsgroei afnemen.

De noodzaak om naar mogelijke kostenbesparingen te zoeken blijft dus bestaan. Blijvende aandacht voor kostenbesparingen zal ook nodig zijn om de kosten van de vergrijzing te beheersen. De vergrijzingsdruk zal vanaf 2020 merkbaar worden, als de eerste cohorten van de babyboomgeneratie in grote getalen een beroep gaan doen op zorg. De uitgangspositie is evenwel niet gunstig gezien de nu al hoge zorguitgaven.

In deze bijdrage staat de vraag naar mogelijke kostenbesparingen in de zorg centraal. Voor een goed begrip van de mogelijkheden voor kostenbesparingen is

het noodzakelijk om een onderscheid te maken tussen de curatieve zorg en de langdurige zorg. De omvang en de oorzaken van de kostenstijgingen – en daarmee de mogelijkheden tot besparingen – verschillen namelijk tussen beide sectoren. Daarnaast is voor een beredeneerde keuze voor mogelijke besparingen van belang te weten welke hervormingen en bezuinigingen in het verleden effectief zijn gebleken en welke niet.

2 Uitgaven ontwikkelingen in curatieve en langdurige zorg

Curatieve zorg. De uitgaven aan curatieve zorg zijn in Nederland niet bovengemiddeld hoog (OECD 2013). Dit is vooral het gevolg van een lager dan gemiddeld gebruik van zorg. Het bezoek aan een arts, het geneesmiddelengebruik en het aantal en de duur van de ziekenhuisopnamen in Nederland liggen onder het OECD-gemiddelde (OECD 2013). Dat ondanks het relatief lage gebruik de uitgaven aan curatieve zorg op een gemiddeld niveau liggen, wijst erop dat de prijs van zorg in ons land relatief hoog is (RVZ 2008). De hoge prijs voor zorg wordt onder meer veroorzaakt doordat de inkomens van zorgaanbieders – met name huisartsen en medisch specialisten – relatief hoog zijn (Kroneman et al. 2009, 2013; OECD 2013). Daarnaast lijkt de kostenefficiëntie relatief laag te zijn, onder andere door een onderbenutting van kapitaalgoederen zoals operatiekamers.

Het zijn vooral (chronische) aandoeningen – zoals psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat – die de kosten van de curatieve zorg opdrijven. In de top tien van aandoeningen met de hoogste kosten steken psychische stoornissen er met kop en schouders bovenuit. De uitgaven aan behandeling van psychische stoornissen zijn ruim drie keer zo hoog als de uitgaven aan hart- en vaatziekten en vier à vijf keer zo hoog als die aan de behandeling van kanker (Polder et al. 2012). Ook vergeleken met andere landen zijn het gebruik en de kosten van geestelijke gezondheidszorg in ons land hoog.

Bij chronische ziekten gaat het vaak om aandoeningen die (mede) het gevolg zijn van een ongezonde leefstijl. Zo is 80 tot 90% van de zorgkosten voor COPD en longkanker toe te wijzen aan roken en ruim de helft van de zorgkosten voor diabetes aan overgewicht. De kosten van een hartinfarct zijn voor ruim 70% toe te schrijven aan roken, overgewicht en gebrek aan beweging (Polder et al. 2012). Ruim 4,2 miljard euro aan jaarlijkse zorgkosten valt toe te wijzen aan roken en overgewicht (Polder et al. 2012). Het kenmerkende van deze ontwikkeling is dat zowel het ontstaan als het beloop van deze chronische aandoeningen (positief en negatief) beïnvloed kunnen worden door leefstijl en therapietrouw.

Deze constatering – de prijs van de curatieve zorg is relatief hoog, het gebruik niet en de groei van de ziektelast zit vooral in patiënten met chronische aandoeningen – leiden tot de conclusie dat kostenbesparingen in de curatieve zorg onder meer gezocht moeten worden in efficiencyverbeteringen en goed patiëntschap. We komen later nog terug op de mogelijkheden tot efficiencyverbeteringen.

Onder goed patiëntschap verstaan we dat patiënten niet alleen rechten hebben, maar ook plichten. Goed patiëntschap omvat niet alleen rechten voor de patiënt maar ook de plicht om er alles aan te doen, zoals met leefstijl, om ziekte en aandoeningen te voorkomen, als men een aandoening heeft het beloop ervan zo gunstig mogelijk te beïnvloeden en zo het beslag op de gezondheidszorg zoveel mogelijk te beperken. Het vastleggen van de regels van goed patiëntschap in behandelrichtlijnen of eventueel in wetgeving zou – zowel vanuit het oogpunt van het verbeteren van de effectiviteit van behandeling als vanuit kostenoverwegingen – aan te bevelen zijn (RVZ 2013).

Langdurige zorg. De belangrijkste oorzaak van de relatief hoge zorguitgaven in Nederland zijn de hoge uitgaven aan langdurige zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, langdurige geestelijke gezondheidszorg). Bijna een vijfde van de zorgkosten wordt gemaakt in de ouderenzorg. In 2009 bedroegen de uitgaven aan langdurige zorg 937 euro per hoofd van de bevolking (OECD 2011). Dat is meer dan het dubbele van de uitgaven in Duitsland (420 euro) en Frankrijk (402 euro), en ongeveer een derde meer dan in België (675 euro). Deze cijfers zijn des te opmerkelijker, omdat Nederland veel minder vergrijsd is dan Duitsland, Frankrijk en België.

De ouderenzorg in Nederland onderscheidt zich op een aantal punten van die in andere landen:

- Relatief veel ouderen in ons land verblijven in een instelling (verzorgingshuis, verpleeghuis). Een belangrijke oorzaak hiervan is de relatief grote capaciteit aan verzorgings- en verpleeghuizen die in het verleden is ontstaan. In de jaren vijftig en zestig zijn op grote schaal bejaardenhuizen gebouwd om de woningnood op te lossen. Als gevolg hiervan is de langdurige zorg in ons land er veel minder op gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen (Gradus en Van Asselt 2011).
- De toegankelijkheid van zorg is groot. In 2010 werd 83% van alle verzoeken om langdurige zorg gehonoreerd (CIZ 2011). Uit een onderzoek van het CIZ van 202 in mandaat door zorginstellingen afgegeven indicatiebesluiten, bleek dat in 23% van de gevallen sprake was van *upcoding* (CIZ 2013). Vanwege het recht op zorg, kunnen niet alleen de lagere, maar ook hogere inkomens gebruik maken van AWBZ-gefinancierde zorg. In veel andere landen is langdurige zorg een voorziening die alleen voor lagere inkomens wordt vergoed. De aanspraken op zorg zijn in ons land ook ruim gedefinieerd. De AWBZ-indicatie ‘begeleiding’ is in de meeste andere landen onbekend. De kosten voor huisvesting in een instelling die in ons land door de AWBZ worden vergoed, komen in andere Europese landen voor rekening van de lokale overheid of van de burger zelf.
- De eigen bijdragen zijn relatief laag. Van alle zorguitgaven komt in ons land iets meer dan 6% voor rekening van de patiënt zelf. Hiermee zijn de eigen bijdragen de laagste van Europa. Ter vergelijking: in Duitsland wordt 13% van de zorgkosten gefinancierd uit eigen bijdragen van patiënten en in België 22% (OECD 2013).

- Het beroep op mantelzorgers is kleiner dan in andere Europese landen (Langenveld 2013). In Duitsland en Frankrijk zijn de tarieven voor zorgtoewijzing niet kostendekkend. Het verschil tussen de werkelijke kosten en de vergoeding moet worden overbrugd door eigen bijdragen van cliënten of door zorg in natura door mantelzorgers. In Groot-Brittannië moeten ouderen met een bovenmidaal inkomen hun zorg zelf betalen. Deze ouderen doen vaak (noodgedwongen) een beroep op hun kinderen voor mantelzorg of een financiële bijdrage om professionele zorg te kunnen inkopen.

Een andere constatering is dat de ouderenzorg een sterk uniform karakter heeft. In de verzorgings- en verpleeghuizen domineert het *'one-size-fits-all'* model: iedere bewoner dezelfde woonruimte met identieke indeling. De vrijheid om zelf middelen voor eigen zorg aan te wenden is beperkt. Gebruikers ontvangen dezelfde zorg, ongeacht de hoogte van de (inkomensafhankelijke) eigen bijdrage die ze betalen. Hogere eigen bijdragen leveren in de regel geen betere of uitgebreidere zorg op.

Deze constatering leidt tot de conclusie dat kostenbeheersing in de langdurige zorg onder meer gezocht moet worden in beperking van de toegang tot zorg. Daarnaast kan gekeken worden naar verhoging van eigen bijdragen, maar dit zou wel gepaard moeten gaan met het toelaten van meer diversiteit en kwaliteitsverschillen en het elimineren van de *'one-size-fits-all'* aanpak.

3 Welke hervormingen en bezuinigingen werken wel en welke werken niet?

Wat heeft gewerkt? De afgelopen jaren zijn vele pogingen ondernomen tot kostenbeheersing. Als alle initiatieven om de kosten te beheersen op een rijtje worden gezet, dan springen er twee uit als bijzonder effectief. In de zorgverzekeringswet heeft het vergroten van de risicodragendheid van de zorgverzekeraars door het afschaffen van de ex post compensatiemechanismen in de risicoverevening een grote bijdrage geleverd. Doordat zorgverzekeraars nu meer financieel risico lopen, doen ze meer moeite om via doelmatiger zorginkoop de kosten te beheersen. Het meest aansprekende voorbeeld is hierbij het preferentiebeleid bij generieke geneesmiddelen: het beleid waarbij de zorgverzekeraar alleen het goedkoopste product uit het aanbod van generieke geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof vergoedt. Door het preferentiebeleid wordt jaarlijks ruim een half miljard euro op de geneesmiddelen uitgaven bespaard. Sinds 2012 lopen de zorgverzekeraars ook een financieel risico op de ziekenhuisuitgaven. Dit heeft geleid tot scherpere onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over prijzen en aantallen verrichtingen. Hierbij leggen verzekeraars vooral druk op de prijzen van ziekenhuisverrichtingen en niet zozeer op de beperking van het zorgvolume. De druk op de prijzen stimuleert ziekenhuizen tot verbetering van hun efficiency.

In de verpleging en verzorging heeft het overhevelen van taken van de AWBZ naar de WMO tot aanzienlijke besparingen geleid. De overheveling van de huis-

houdelijke hulp naar de WMO heeft alleen al door lagere inkooprijzen en minder uren per cliënt een besparing van 200-300 miljoen euro opgeleverd.

Wat beide – het afschaffen van de ex post compensaties voor de zorgverzekeraars en de overheveling van taken van de AWBZ naar de WMO – gemeen hebben, is het vergroten van de financiële risico's bij de zorginkoop. Zorginkoop zonder financiële risico's voor de zorginkoper (zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente) stimuleert overconsumptie en ondoelmatig gebruik (zie ook RVZ 2008).

Wat werkt niet? Achtereenvolgens bespreken we (a) de mogelijke bijdrage van beperking van het recht op zorg en het verzekerde pakket, (b) het terugdringen van overbehandeling en praktijkvariatie, (c) beperking van de vraag naar zorg door verhoging van eigen bijdragen en (d) de convenanten met 'het veld' als mogelijke bezuinigingsopties.

In de langdurige zorg is door beperking van het recht op collectief gefinancierde zorg – middels de overheveling van taken van de AWBZ naar de WMO – een flinke bezuiniging gerealiseerd. In de curatieve zorg is gebleken dat beperking van het recht op zorg veel minder goed mogelijk is. Zoals hierboven is aangegeven zouden naast rechten wel de plichten van patiënten duidelijker benoemd moeten worden.

Beperking van het verzekerde pakket blijkt keer op keer moeilijk te realiseren. De publieke discussie in 2012, die ontstond na een advies van het CVZ over beperking van de vergoeding van geneesmiddelen voor de behandeling van de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry, illustreert dit: ondanks dat voor sommige groepen patiënten deze geneesmiddelen weinig gezondheidswinst opleverden en de kosteneffectiviteit zeer ongunstig is, bleek het voorstel van het CVZ om de vergoeding hiervan te schrappen tot veel verzet in de publieke opinie te leiden. Ook het voorstel om de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit het verzekerde pakket te halen, blijkt op veel bezwaren te stuiten en moeilijk te realiseren.

In tegenstelling tot de algemeen heersende opvatting dat het verzekerde pakket 'steeds meer wordt uitgekleeft' en 'de zorg verschraalt', wordt het verzekerde pakket in de zorgverzekering elk jaar verder uitgebreid. Het verzekerde pakket neemt van jaar op jaar toe als gevolg van nieuwe geneesmiddelen en nieuwe medische technologieën die beschikbaar komen en in het verstrekkingenpakket worden opgenomen. Deze innovatieve geneesmiddelen en behandelwijzen zijn veelal kosteneffectiever dan bestaande therapieën. Daar staat tegenover dat innovatieve behandelingen meestal een ruimere indicatiestelling mogelijk maken en patiënten langer behandeld kunnen worden, waardoor de kosten van deze innovatieve therapieën vrijwel altijd hoger zijn dan van bestaande behandelvormen.

Volgens sommigen zou door het terugdringen van overbehandeling grote besparingen bereikt kunnen worden. Voormalig minister van Volksgezondheid Ab Klink heeft betoogd dat het tegengaan van praktijkvariatie en overbehandeling vier tot acht miljard euro zou opleveren (Visser et al. 2012). Dit zou voor zowel de patiënt als de premiebetaler voordelig zijn. Het vermindert de kosten en voorkomt

gezondheidsschade en psychische belasting bij patiënten die onnodig behandeld worden.

Het is echter onwaarschijnlijk dat door vermindering van praktijkvariatie en overbehandeling 10-25% op de kosten van zorg bespaard kan worden. Een onderbouwing voor de bewering dat door overbehandeling vier tot acht miljard euro onnodig wordt uitgegeven, is verder niet te geven. Met het voorkomen van overbehandeling valt zeker kosten te besparen. Hoeveel weet niemand. De scheidslijn tussen een noodzakelijke en een overbodige behandeling is moeilijk te trekken. Om aan acht miljard besparing te komen, zou een op de vier medische behandelingen onnodig moeten zijn. Dat is zeer onwaarschijnlijk.

De discussie over het terugdringen van praktijkvariatie en overbehandeling roept de vraag op of, en in welke mate, behandelaars verantwoordelijk zijn voor kostenbeheersing. In de huidige praktijk is kostenbeheersing een stelselverantwoordelijkheid. De minister bepaalt – op basis van een advies van het College van Zorgverzekeringen (CVZ) – wat zinnige en kosteneffectieve zorg is en voor vergoeding in het basispakket in aanmerking komt, en de zorgverzekeraars kopen deze zorg doelmatig in bij zorgaanbieders. Zorgaanbieders letten bij hun zorgverlening op de werkzaamheid en effectiviteit van behandeling. Kostenoverwegingen spelen hierbij hooguit een ondergeschikte rol. De discussie over het terugdringen van overbehandeling legt een verantwoordelijkheid voor kosteneffectiviteit bij de behandelaar. Het meest pregnant komt dit naar voren bij de discussie over de kosten van zorg in de laatste levensfase.

Het is zeer de vraag of overwegingen van kosteneffectiviteit onderdeel zouden moeten zijn van een individuele behandelrelatie tussen arts en patiënt. Indien het antwoord op deze vraag positief is, is vervolgens de vraag of dit veel effect zal sorteren: vaak is op voorhand niet vast te stellen of een behandeling bij een individuele patiënt (kosten)effectief is of niet: dit valt meestal pas achteraf vast te stellen.

Een derde optie is het beperken van de vraag naar zorg door verhoging van de eigen bijdragen. De afgelopen jaren zijn het eigen risico in de zorgverzekering en de eigen bijdragen in de AWBZ verhoogd. Hierdoor is de lastenverdeling tussen premiebetalers en patiënten/cliënten verschoven ten nadele van de zorggebruiker. Hierbij speelde mee dat, vergeleken met andere Europese landen, het aandeel van de eigen bijdragen in de totale zorguitgaven in ons land laag is (OECD 2012).

Het is de vraag of verhoging van eigen bijdragen een effectief instrument is om zorggebruik te verminderen. Zoals door Glied (2003) al is opgemerkt, zijn maatregelen om het aanbod van zorg te beheersen meestal effectiever dan maatregelen om de vraag naar zorg te beperken. Beïnvloeding van de vraagzijde – bijvoorbeeld door kostendeling in de vorm van (hogere) eigen bijdragen – heeft vaak maar beperkt effect op het zorggebruik en de totale uitgaven. In de literatuur wordt veelal uitgegaan van een prijselasticiteit van de vraag naar medische zorg van -0.2 (Aron-Dine et al. 2013). De geringe prijsgevoeligheid van patiënten wil niet zeggen dat moet worden afgezien van verhoging van het eigen risico of eigen bijdragen. Kostendeling draagt mogelijk maar weinig bij aan de beheersing van de totale kosten. De wijze waarop kostendeling is vormgegeven, draagt daar ook aan bij. Met een

eigen risico, zoals in de zorgverzekeringswet, verdwijnt de financiële prikkel tot gepast gebruik zodra het eigen risico wordt overschreden. Bij eigen bijdragen, bijvoorbeeld in de vorm van remgelden zoals in België, is deze financiële prikkel veel langer aanwezig. Lastenverschuivingen van de verzekerde naar de patiënt moeten ook gezien worden als een middel om een billijkere verdeling van de kosten te realiseren. Daarbij komt dat de eigen bijdragen niet tot de collectieve lastendruk worden gerekend, zodat een verschuiving van premiebetaling naar eigen bijdragen tot lagere collectieve lasten kan leiden.

Het huidige kabinet heeft ervoor gekozen om via convenanten met ‘het veld’ tot bezuinigingen te komen. Zo hebben de minister en staatssecretaris van VWS inmiddels al twee convenanten afgesloten met zorgverzekeraars en zorgaanbieders over kostenbeheersing in de curatieve zorg. Zorgen deze convenanten tot besparingen? Dat is bij afwezigheid van een *counterfactual* – wat zou er zijn gebeurd zonder convenant? – moeilijk met zekerheid te zeggen. Vaak zijn convenanten een afspiegeling van lopende ontwikkelingen. Als de groei van het zorggebruik afvlakt, zoals in 2012 en 2013 het geval lijkt te zijn, is een convenant waarbij een lager groeipad van de uitgaven voor curatieve zorg wordt afgesproken eenvoudiger af te sluiten dan in een periode waarin de groei van het zorggebruik lijkt te versnellen. Bij sterk stijgend zorggebruik zullen dergelijke convenanten leiden tot wachtlijsten en komt de zorgplicht van de zorgverzekeraar in het geding.

De conclusie is dat kostenbeheersing door beperking van het verzekerde pakket, bijvoorbeeld door niet-kosteneffectieve behandelingen niet meer te vergoeden, in de praktijk op zoveel weerstand stuit dat het praktisch onhaalbaar is. Innovaties in de curatieve zorg werken verder eerder kostenverhogend dan kostenverlagend. Met het terugdringen van overbehandeling en praktijkvariatie vallen besparingen te bereiken, maar waarschijnlijk minder dan door sommigen wordt gedacht. Het beschikbare onderzoek geeft verder aan dat interventies om de vraag naar zorg te beperken, minder effect sorteren naar aanbodbeperkende maatregelen. Wel kan door verhoging van de eigen bijdragen de collectieve lastendruk in de vorm van verplichte premiebetalingen voor de zorgverzekering en de AWBZ worden vermindert. Van de convenanten die zijn afgesloten om de kosten te beheersen valt tot slot niet aan te geven hoe effectief ze zijn.

4 Waar liggen mogelijkheden voor kostenbesparingen?

Verdere versterking van *managed care* kan bijdragen aan kostenbeheersing in de curatieve zorg. Vormen van *pay for performance* – waarbij zorgaanbieders worden beloond voor gerealiseerde gezondheidswinst in plaats van verrichtingen – kunnen hierbij een rol spelen. Te denken valt bijvoorbeeld aan bonus-malussystemen voor (huis)artsen voor complicaties bij diabetes en andere chronisch zieken, of voor het bovengemiddeld voorschrijven van (dure merk) geneesmiddelen. *Benchmarking* en *utilization reviews* zouden deze vormen van *pay for performance* kunnen ondersteunen. Voor zorgverzekeraars betekent dit dat zij meer moeten investeren in in-

formatie over de kwaliteit van zorg bij zorgaanbieders. Met deze kennis zouden zij hun beleid voor selectieve zorgcontractering verder kunnen uitbouwen.

Een andere mogelijkheid om de collectief gefinancierde zorgkosten te beheersen is het verminderen van het rondpompen van geld in de zorg. Een eigen bijdrage voor de huisarts verdient serieuze overweging. De huisarts valt nu niet onder het eigen risico, ondanks dat het bezoek aan de huisarts een van de weinige beslissingen is die patiënten zelf nemen. In Duitsland is in 2004 een eigen bijdrage van tien euro voor het eerste doktersbezoek per kwartaal ingevoerd (deze is evenwel onlangs weer afgeschaft). Er zijn geen aanwijzingen dat deze eigen bijdrage negatieve effecten heeft gehad op de toegankelijkheid van zorg of de volksgezondheid.

Wij hebben er eerder voor gepleit om burgers zelf het inschrijftarief van ongeveer zestig euro per jaar voor de huisarts te laten betalen (Groot en Maassen van den Brink 2011). Als patiënten het inschrijfgeld direct aan de huisarts betalen, zou de premie voor de zorgverzekering met eenzelfde bedrag omlaag kunnen. Dit vermindert het rondpompen van geld, doordat het geld voor het inschrijftarief niet eerst door de verzekeraar bij de burger geïnd wordt, maar burgers dit rechtstreeks aan de huisarts betalen. Voordeel is ook dat de lasten gelijk verdeeld worden over burgers – bijna iedereen heeft immers een huisarts – en niet eenzijdig gelegd worden bij mensen die vaak naar de huisarts gaan. Als burgers zelf het inschrijftarief betalen, levert dat al gauw een besparing voor de schatkist op van een half miljard euro.

Bij maatregelen om verdere stijging van de collectief gefinancierde zorguitgaven te beheersen, zou gekeken moeten worden naar de uitgaven die in de afgelopen jaren meer dan gemiddeld zijn toegenomen en de uitgaven waar Nederland uit de pas loopt bij andere landen. Een onderdeel van de zorg waarvoor deze twee elementen opgaan is de geestelijke gezondheidszorg. In de afgelopen jaren is het gebruik van kortdurende psychische hulp zeer sterk toegenomen. De uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg zijn in ons land ook veel hoger dan elders. De oorzaak van deze kostenstijging moet worden gezocht in een stijging van de lichte zorgvraag, zoals hulpvragen bij relatieproblemen en levensvragen. De vraag kan worden gesteld of hulp bij relatieproblemen of levensvragen onderdeel moet vormen van een collectief verzekerd pakket of voor eigen rekening en verantwoording zou moeten komen. Daarnaast is ook het gebruik van kortdurende psychiatrie toegenomen. Een eigen bijdrage (bijvoorbeeld van 25% van de kosten) kan aan een meer doelmatig en overwogen gebruik hiervan bijdragen.

Zoals eerder is aangegeven, is een deel van de gestegen zorggebruik te verklaren uit de toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen. Naar mate chronische ziekten toenemen, wordt het hebben van een aandoening regel, en het niet hebben van een chronische ziekte meer en meer een uitzondering. Dit verandert het perspectief op ziekte en gezondheid. Als vrijwel iedereen een of meerdere chronische aandoeningen heeft, wordt dit een normaal onderdeel van het dagelijks leven. Kosten daarvan zouden ook niet meer omgeslagen hoeven te worden over de bevolking. Ook hier kan het rondpompen van geld worden verminderd.

In de curatieve zorg ontkomen we niet aan de vraag of de kosten van alle mogelijke vormen van zorg altijd en overal door een verplichte collectieve verzekering gedekt moeten worden. De fundamentele vraag waar een zorgverzekering voor bedoeld is, is tot nu toe altijd buiten schot gebleven. Verzekeringen bieden zekerheid tegen onverwachte en hoge kosten. Kosten die mensen niet direct uit hun eigen inkomen of vermogen kunnen opvangen. Het probleem bij zorgverzekeringen is dat die ook uitgaven vergoeden die mensen wel zelf kunnen betalen. Van heel veel verrichtingen in de zorg – van geneesmiddelen tot bevallingen – zijn de kosten te voorzien, of zo laag dat ze gemakkelijk voor eigen rekening kunnen komen. Er is geen reden om deze kosten te laten dekken door een verplichte collectieve verzekering. Beperking van de zorgverzekering tot hoge en onvoorziene uitgaven draagt bij aan beperking van de collectieve lastendruk.

In de langdurige zorg is ruimte voor het verhogen van eigen bijdragen. Op dit moment roept verhoging van eigen bijdragen, bijvoorbeeld in de vorm van vermogensbijtelling, vooral strategisch gedrag uit: ouderen laten hun vermogen overzetten op hun kinderen om aan de vermogensbijtelling te ontkomen. De oorzaak hiervan ligt in het feit dat zorggebruikers dezelfde zorg ontvangen, ongeacht de eigen bijdrage die ze betalen. Om dit te voorkomen is het noodzakelijk dat een einde wordt gemaakt aan het *one-size-fits-all* in de langdurige zorg, de keuzevrijheid wordt vergroot door grotere differentiatie in huisvesting bij opname in een verzorgings- of verpleeghuis en er wordt geaccepteerd dat mensen die meer betalen voor hun langdurige zorg ook meer en betere zorg krijgen. Beperking van de collectief gefinancierde zorg zou gepaard moeten gaan met het bieden van meer ruimte aan private initiatieven.

5 Besluit

De zorg is de Hollebollo Gijs van de collectieve sector. Zonder verdere maatregelen zal deze Hollebollo Gijs steeds meer van ons nationaal inkomen opslokken.

Auteurs

Wim Groot (e-mail: w.groot@maastrichtuniversity.nl) is hoogleraar gezondheidseconomie en hoogleraar *evidence based* onderwijs aan de Universiteit Maastricht. Henriette Maassen van den Brink (e-mail: h.maassenvandenbrink@uva.nl) is hoogleraar onderwijs- en arbeidseconomie aan de Universiteit van Amsterdam en hoogleraar *evidence based* onderwijs aan de Universiteit Maastricht.

Literatuur

- Aron-Dine, A., L. Einav en A. Finkelstein, 2013, The RAND health insurance experiment, three decades later, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 27(1): 197-222.
- CBS, 2010, Werkelijke levensduur hoger dan de levensverwachting, <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3286-wm.htm>
- CIZ, 2011, AWBZ in beweging, Het CIZ beweegt mee. Jaarverslag 2010, Centraal Indicatieorgaan Zorg, www.ciz.nl
- CIZ, 2013, Rapportage onderzoek upcoding gemandateerde indicatiestellingen en aanbevelingen, Centraal Indicatieorgaan Zorg, www.ciz.nl
- Glied, S., 2003, Health care costs: on the rise again, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 17(2): 125-48.
- Gradus, R. en E.J. van Asselt, 2011, De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 96(4607): 202-4.
- Groot, W. en H. Maassen van den Brink, 2011, Bied ook huisartsen een aanneemsom, *Het Financieele Dagblad*, 12 december 2011.
- Kroneman, M., J. van der Zee en W. Groot, 2009, Developments in income of general practitioners in eight European countries from 1975-2005, *BMC Health Services Research* 9:26.
- Kroneman, M., P. Meeuws, D. Kringos, W. Groot en J. van der Zee, 2013, International developments in revenues and incomes of general practitioners from 2000 to 2010, *BMC Health Services Research* 13:436.
- Langenveld, R., 2013, Nederlandse mantelzorg niet overbelast, *De Limburger*, 13 november 2013.
<http://www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl/sites/academischewerkplaatsouderenzorg.nl/files/bijlages/Nederlandse%20mantelzorg%20niet%20overbelast%20-%20Dagblad%20De%20Limburger%20-%202013nov2013.pdf>
- OECD, 2011, Health at a Glance, OECD Parijs
- OECD, 2013, OECD Health Data 2012, Euro Statistics Database, http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf
- OECD, 2012, OECD Health data 2012: How does the Netherlands compare, OECD Parijs.
- OECD, 2013, Health care reform and long-term care in the Netherlands, Economic Department Working Paper 1010, OECD, Parijs.
- Polder, J., R. Hoogenveen, G. Luijben, M. van den Berg, H. Boshuizen en L. Slobbe, 2012, Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie, in: F.T. Schut en M. Varkevisser (red.), *Een economische gezonde gezondheidszorg: KVS Preadviezen 2012*, SDU Uitgevers, Den Haag
- RIVM, 2011, Trends in de Nederlandse zorguitgaven, http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2011/de_cem-ber/Kosten_van_Ziekten_in_Nederland_2007_Trends_in_de_Nederlandse_zorguitgaven_1999_2010
- RVZ, 2008, Zorginkoop, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag.
- RVZ, 2009, Uitgavenbeheer in de zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag.
- RVZ, 2013, Het belang van wederkerigheid – solidariteit gaat niet van zelf, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag.
- Visser, S., R. Westendorp, K. Cools, J. Kremer en A. Klink, 2012, Kwaliteit als medicijn: aanpak voor betere zorg en lagere kosten, Booz & Co.