

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/324823140>

# Betaalbare zorg. (Fiscally sustainable healthcare)

Book · April 2018

CITATIONS

0

READS

160

3 authors:



**Patrick Paulus Theodoor Jeurissen**

Radboud University Medical Centre (Radboudumc)

99 PUBLICATIONS 238 CITATIONS

SEE PROFILE



**Hans Maarse**

Maastricht University

60 PUBLICATIONS 984 CITATIONS

SEE PROFILE



**Marit Tanke**

Radboud University Medical Centre (Radboudumc)

28 PUBLICATIONS 40 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Fiscal sustainability [View project](#)



Verspilling in de langdurige zorg [View project](#)

## Betaalbare zorg



# Betaalbare zorg

Patrick Jeurissen  
Hans Maarse  
Marit Tanke

Sdu  
Den Haag, 2018

Meer informatie over deze en andere uitgaven kunt u verkrijgen bij:  
Sdu Klantenservice  
Postbus 20014  
2500 EA Den Haag  
tel.: (070) 37 89 880  
fax: (070) 37 89 783

© Celsus academie, 2018

Vormgeving omslag: Grafisch ontwerp bureau Criterium, Arnhem  
Zetwerk: Imago Mediabuilders, Amersfoort

ISBN: 978 90 1240 161 6  
NUR: 805

Met uitzondering van het auteursrecht van de auteur op het werk, berusten alle intellectuele eigendomsrechten op de uitgever. Alle auteursrechten en databankrechten ten aanzien van deze uitgave worden uitdrukkelijk voorbehouden.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen, mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich te wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)). Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

Hoewel aan de totstandkoming van deze uitgave de uiterste zorg is besteed, kan voor de afwezigheid van eventuele (druk)fouten en onvolledigheden niet worden ingestaan en aanvaarden de auteur(s), redacteur(en) en uitgever deswege geen aansprakelijkheid.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the publisher's prior consent.

While every effort has been made to ensure the reliability of the information presented in this publication, Sdu Uitgevers neither guarantees the accuracy of the data contained herein nor accepts responsibility for errors or omissions or their consequences.

---

## Auteurs

Prof. dr. P.P.T. Jeurissen, programmaleider van de Celsus academie en wetenschappelijk adviseur voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – Radboudumc, afdeling IQ healthcare, Nijmegen

Prof. em. dr. J.A.M. Maarse, emeritus hoogleraar – Maastricht University, vakgroep Health Services Research, Maastricht

Dr. M.A.C. Tanke, plaatsvervangend programmaleider van de Celsus academie en senior onderzoeker – Radboudumc, afdeling IQ healthcare, Nijmegen

I.L. Abma, MSc, promovendus Celsus academie – Radboudumc, afdeling IQ healthcare, Nijmegen

Dr. E. Adang, universitair hoofddocent – Radboudumc, afdeling Health Evidence, Nijmegen

Dr. F. Atsma, senior onderzoeker – Radboudumc, afdeling IQ healthcare, Nijmegen

Prof. dr. R. Baltussen, hoogleraar – Radboudumc, afdeling Health Evidence, Nijmegen

Dr. H. Calsbeek, senior onderzoeker – Radboudumc, afdeling IQ healthcare, Nijmegen

Dr. K.P. Companje, adviseur Celsus academie – Radboudumc, afdeling IQ healthcare, Nijmegen

W. van Dijk, MSc, promovendus Celsus academie – Radboudumc, afdeling IQ healthcare, Nijmegen

Dr. S.A. van Dulmen, onderzoeker – Radboudumc, afdeling IQ healthcare, Nijmegen

Dr. A.S. Groenewoud, senior onderzoeker – Radboudumc, afdeling IQ healthcare, Nijmegen

L.L. Hagens, MSc, buitenpromovendus Celsus academie en beleidsmedewerker VWS – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, afdeling Algemeen Economisch Beleid, directie Macro-Economische Vraagstukken & Arbeidsmarkt, Den Haag

Prof. dr. N.S. Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde – Academisch Medisch Centrum – Universiteit van Amsterdam, Afdeling Public Health, Amsterdam

Prof. dr. A. Klink, lid van de raad van bestuur – Coöperatie VGZ, Arnhem

Dr. T. Kool, senior onderzoeker – Radboudumc, afdeling IQ healthcare, Nijmegen

Dr. X. Koolman, universitair hoofddocent – Vrije Universiteit, afdeling Gezondheids-  
wetenschappen, Faculteit der Bètawetenschappen, Amsterdam

F.M. Kruse, MSc, promovendus Celsus academie – Radboudumc, afdeling IQ health-  
care, Nijmegen

Y. de Man, MSc, promovendus Celsus academie – Radboudumc, afdeling IQ health-  
care, Nijmegen

Dr. W. Oortwijn, onderzoeker – Radboudumc, afdeling Health Evidence, Nijmegen

Prof. dr. J.J. Polder, chief science officer en bijzonder hoogleraar gezondheidsecon-  
omie – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in Bilthoven en Departement  
Tranzo van de Universiteit van Tilburg

H.C. Schakel, MSc, buitenpromovendus Celsus academie – Radboudumc, afdeling IQ  
healthcare, Nijmegen

N.W. Stadhouders, MSc, promovendus Celsus academie – Radboudumc, afdeling IQ  
healthcare, Nijmegen

F.P. Vlaanderen, MSc, promovendus Celsus academie – Radboudumc, afdeling IQ  
healthcare, Nijmegen

J. Wammes, MSc, promovendus Celsus academie – Radboudumc, afdeling IQ health-  
care, Nijmegen

Dr. P.J. van der Wees, senior onderzoeker – Radboudumc, afdeling IQ healthcare,  
Nijmegen

Prof. dr. G.P. Westert, afdelingshoofd IQ healthcare – Radboudumc, afdeling IQ  
healthcare, Nijmegen

Prof. dr. G. van der Wilt, hoogleraar – Radboudumc, afdeling Health Evidence, Nijmegen

J.M.G. van Haren, onderzoeksmedewerker – Radboudumc, afdeling IQ healthcare,  
Nijmegen

Ing. A.T.E.F. Schlieff, communicatieadviseur – Radboudumc, afdeling IQ healthcare,  
Nijmegen

# Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Betaalbare zorg: contouren van een ‘tijdloos’ thema</b>	<b>13</b>
1.1	Inleiding	13
1.2	Meer gezondheid, maar ook meer kosten	14
1.3	We vinden (meer) zorg van grote waarde	17
1.4	Betaalbare en betere zorg?	18
1.5	Beleid voor betaalbaarheid	21
1.6	Leeswijzer	23
<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>Zorguitgaven</b>	<b>29</b>
2.1	Hoogte en herkomst	29
2.2	Besteding en baten	35
2.3	Drijvende krachten	42
2.4	Van zorguitgaven naar beleidsopgaven	48
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Kostenbeheersing in de zorg 1966-2002: effectiviteit van het beleid</b>	<b>53</b>
3.1	Inleiding	53
3.2	De eerste ontwikkelingen 1966-1971: naar volledige overheidsregulering?	54
3.3	De Structuurnota 1974	56
3.4	Praktische instrumenten voor kostenbeheersingsbeleid 1974-1989	56
3.5	Beoordeling van kostenbeheersingsbeleid in 1986	60
3.6	Stelselwijziging met bestaand kostenbeheersingsbeleid	62
3.7	Macrobudgettering en kraptebeleid, 1995-1998	67
3.8	Van budgettering naar openeindfinanciering, 1998-2002	69
3.9	Conclusie	70
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Welke maatregelen kunnen de zorgkosten bedwingen?</b>	<b>73</b>
4.1	Inleiding	73
4.2	Wat zijn de mogelijkheden om de zorgkosten te beperken?	75
4.3	Budgetmaatregelen	77
4.4	Prijismaatregelen	78
4.5	Volumebeperkingen	81
4.6	Marktgerichte maatregelen	83
4.7	Conclusie	87
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Medicalisering in beleidsperspectief</b>	<b>93</b>
5.1	Inleiding	93
5.2	Voorwaarden voor medicalisering	94
5.3	De ontwikkeling van het concept medicalisering	96
5.4	De relatie tussen medicalisering en betaalbaarheid	97



5.5	Kritiek op medicalisering .....	101
5.6	De ontwikkeling van verwante onderzoeksvelden .....	102
5.7	Medicalisering in wetenschappelijk onderzoek .....	103
5.8	Conclusie .....	105
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>De waarde(n) van pakketbeheer .....</b>	<b>109</b>
6.1	Inleiding .....	109
6.2	Pakket en pakketbeheer .....	110
6.3	Pakketadvies: vier criteria .....	111
6.4	Recente ACP-adviezen en de impact van pakketbeheer op de zorguitgaven .....	114
6.5	Pakketbeheer: een aantrekkelijk beleidsinstrument? .....	115
6.6	Expliciet versus impliciet rantsoeneren van zorg .....	116
6.7	Vier aanbevelingen .....	118
6.8	Conclusie .....	120
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Eigen betalingen in de zorg .....</b>	<b>123</b>
7.1	Inleiding .....	123
7.2	Eigen betalingen in 2018 .....	125
7.3	Eigen betalingen in internationaal perspectief .....	128
7.4	Eigen bijdragen als financieringsbron .....	129
7.5	Motieven voor eigen betalingen .....	130
7.6	Effecten van eigen betalingen op de zorgvraag .....	132
7.7	Effecten van eigen betalingen op de gezondheid van verzekerden .....	134
7.8	Effecten van eigen betalingen op de betaalbaarheid .....	135
7.9	Eigen betalingen en solidariteit .....	137
7.10	Uitvoeringskosten van eigen betalingen .....	138
7.11	Toekomstperspectief .....	139
7.12	Conclusie .....	139
<b>Hoofdstuk 8</b>	<b>Budgettaire processen en de betaalbaarheid van de zorg .....</b>	<b>143</b>
8.1	Inleiding .....	143
8.2	Macro-budgettaire governance .....	145
8.3	De invloed van onafhankelijke rekenmeesters .....	148
8.4	Budgettaire spelregels voor de zorg .....	152
8.5	De impact van budgettaire governance voor de zorg .....	156
<b>Hoofdstuk 9</b>	<b>De betaalbaarheid van de langdurige zorg .....</b>	<b>161</b>
9.1	Inleiding .....	161
9.2	Korte historische schets .....	162
9.3	Uitgaven en financiering van de langdurige zorg .....	165
9.4	Internationale vergelijking van uitgaven voor langdurige zorg ...	169
9.5	De Wmo als eerste stap op weg naar een hervorming van de langdurige zorg .....	170

9.6	De ‘grote’ hervorming van de langdurige zorg .....	171
9.7	Gevolgen van de hervorming .....	174
9.8	Betaalbaarheid van de langdurige zorg in de toekomst .....	175
9.9	Conclusie .....	178
<b>Hoofdstuk 10</b>	<b>Gereguleerde competitie en betaalbaarheid in de curatieve zorg .....</b>	<b>181</b>
10.1	Inleiding .....	181
10.2	Gereguleerde competitie .....	182
10.3	Gereguleerde competitie en de ontwikkeling van de zorguitgaven .....	185
10.4	Actieve inkoop door zorgverzekeraars .....	191
10.5	Conclusie .....	194
<b>Hoofdstuk 11</b>	<b>Betaalbaarheid door meer preventie .....</b>	<b>199</b>
11.1	Inleiding .....	199
11.2	Bevordert langer gezond leven de betaalbaarheid van de zorg? ..	201
11.3	Meer preventie door verantwoordelijkheidstoedeling, prikkels en populaties .....	206
11.4	De politiek van langetermijnbetaalbaarheid en kortetermijnhaalbaarheid .....	212
11.5	Conclusie .....	214
<b>Hoofdstuk 12</b>	<b>Kwaliteit van zorg in relatie tot kosten .....</b>	<b>219</b>
12.1	Inleiding .....	219
12.2	Kwaliteit: een begrippenkader .....	219
12.3	Metten en verbeteren van de kwaliteit van zorg .....	221
12.4	De relatie tussen kwaliteit en kosten van de zorg .....	223
12.5	Onderzoek naar de relatie tussen kwaliteit en kosten .....	228
12.6	Conclusie .....	231
<b>Hoofdstuk 13</b>	<b>Een doelmatig zorglandschap, basis voor betaalbare zorg .....</b>	<b>235</b>
13.1	Inleiding .....	235
13.2	Nieuwe eisen aan het zorglandschap .....	236
13.3	Concepten voor doelmatige zorgverlening .....	239
13.4	De inrichting van het zorglandschap – drie dilemma’s .....	246
13.5	Doelmatige zorg in netwerken: kenmerken en randvoorwaarden ..	249
13.6	Conclusie .....	251
<b>Hoofdstuk 14</b>	<b>Focusklinieken en betaalbaarheid .....</b>	<b>261</b>
14.1	Inleiding .....	261
14.2	Theorie focused factories .....	261
14.3	Focusklinieken in Nederland .....	263
14.4	Kennis over de prestatie van focusklinieken .....	268
14.5	Winstmotief .....	271
14.6	Discussie .....	272
14.7	Conclusie .....	273

<b>Hoofdstuk 15</b>	<b>‘Verdringingseffecten’ in de ziekenhuiszorg</b>	<b>277</b>
15.1	Inleiding	277
15.2	Betaalbaarheid van zorginnovaties	277
15.3	Observeren we verdringing?	280
15.4	Verdringing van alternatieve bestedingen	285
15.5	Conclusie	289
<b>Hoofdstuk 16</b>	<b>Het verminderen van onnodige zorg</b>	<b>295</b>
16.1	Inleiding	295
16.2	Wat is onnodige zorg?	295
16.3	Gevolgen van onnodige zorg	297
16.4	Hoeveel onnodige zorg is er?	298
16.5	Waarom is het moeilijk te stoppen met onnodige zorg?	299
16.6	Wat is er nodig om onnodige zorg tegen te gaan?	303
16.7	Wat gebeurt er in de praktijk om onnodige zorg te verminderen?	304
16.8	Conclusie	307
<b>Hoofdstuk 17</b>	<b>De zorg is niet overal hetzelfde; het reduceren van ongewenste verschillen in kwaliteit en kosten in Nederland</b>	<b>313</b>
17.1	Inleiding	313
17.2	Wat is praktijkvariatie?	314
17.3	Praktijkvariatie-onderzoek in Nederland; drie fasen	321
17.4	Wat gebeurt er in andere landen? Wat kunnen we daarvan leren?	327
17.5	Implicaties voor beleid: hoe kunnen we ongewenste praktijkvariatie reduceren?	329
<b>Hoofdstuk 18</b>	<b>Patiënten met intensieve zorgbehoeften</b>	<b>335</b>
18.1	Inleiding	335
18.2	Het idee: bekijk het kostenprobleem vanuit een persoonsgerichte bril	336
18.3	Een synthese van de karakteristieken en het zorggebruik van patiënten met hoge zorgkosten	338
18.4	Discussie: patiënten met hoge zorgkosten en kwaliteit van zorg; hoe de zorg te verbeteren?	348
18.5	Conclusie	351
<b>Hoofdstuk 19</b>	<b>Betaalbaarheid en bekostiging van curatieve zorg: combinaties van bekostigingsvormen en kwaliteitsmeting</b>	<b>357</b>
19.1	Inleiding	357
19.2	Betalen per verrichting	358
19.3	Budgettering	360
19.4	Integrale bekostiging	361
19.5	Populatiebekostiging	362

19.6	Betalen voor kwaliteit .....	363
19.7	Uitkomstbekostiging .....	365
19.8	Een hybride aanpak van bekostigingsmodellen en contractstrategieën .....	370
19.9	Conclusie .....	372
<b>Hoofdstuk 20</b>	<b>Ethiek van betaalbaarheid van zorg .....</b>	<b>375</b>
20.1	Inleiding: betaalbaarheid is keuzes maken .....	375
20.2	Macroniveau: ethiek van pakketkeuzes .....	376
20.3	Mesoniveau: zijn selectieve contractering en de budgetpolis moreel verdedigbaar? .....	379
20.4	Microniveau: een ethische reflectie op value based health care (VBHC) .....	383
20.5	Conclusie .....	388
<b>Hoofdstuk 21</b>	<b>Maakt e-health de toekomstige zorg betaalbaar? .....</b>	<b>391</b>
21.1	Een toekomstbeeld? .....	391
21.2	Inleiding en vraagstelling .....	392
21.3	Welke ontwikkelingen bepalen onze toekomstige zorg? .....	394
21.4	Gevolgen van e-health voor de betaalbaarheid .....	402
21.5	Conclusie .....	405
<b>Hoofdstuk 22</b>	<b>Boodschappen voor de toekomst. Hoe blijft de zorg betaalbaar? ....</b>	<b>413</b>
22.1	Het ongetemde probleem: betaalbare zorg .....	413
22.2	Betaalbare zorg, een normatief kader .....	414
22.3	Betaalbaarheid, een bestuurlijk-politiek probleem .....	419
22.4	Instrumentele dimensie: beleidsanalyse voor betaalbare zorg ....	424
22.5	Wat te doen? .....	431
	<b>Publicaties uit 5 jaar Celsus, academie voor betaalbare zorg .....</b>	<b>437</b>
	<b>Figuren, tabellen en boxen .....</b>	<b>445</b>



# 1. Betaalbare zorg: contouren van een ‘tijdloos’ thema

Patrick Jeurissen, Hans Maarse en Marit Tanke

## Kernboodschappen

- We leven langer en worden steeds gezonder. De zorg levert daaraan een belangrijke bijdrage
- Maar de uitgaven stijgen en zetten de ruimte voor investeringen in andere zaken (inclusief zaken die gezondheidswinst opleveren) onder druk
- Beleidsmakers en andere spelers op het terrein van de zorg zijn op zoek naar manieren om de zorg te verbeteren, zonder dat dit ten koste gaat van de betaalbaarheid
- Dit boek bevat analyses van en voorstellen voor beleid voor betaalbare zorg

## 1.1 Inleiding

Dit boek gaat over de betaalbaarheid van de zorg. In veel landen en zeker ook in Nederland staat het overheidsbudget voor gezondheidszorg onder druk. Kunnen we de zorg nog wel betalen en kunnen we garanderen dat iedereen toegang heeft tot de nieuwste technologische ontwikkelingen? Beleidsmakers zien zich hierdoor gesteld voor complexe vragen als:

- Hoe te voldoen aan de toenemende vraag naar zorg en er tegelijk voor te zorgen dat de zorg voor de nationale schatkist en de patiënt betaalbaar blijft?
- Hoe te voldoen aan de maatschappelijke verwachtingen ten aanzien van de patiëntgerichtheid van de zorg?
- Hoe de discussie vorm te geven over de vraag in hoeverre nieuwe en vaak peperdure medische behandelingen voor iedereen toegankelijk moeten zijn of blijven?

Het verschuiven van een deel van de lasten naar burgers of patiënten door middel van een kleiner basispakket, meer eigen betalingen en/of een hogere zorgpremie; het doorschuiven van ‘hete aardappels’ (vaak inclusief een bezuiniging) van de landelijke overheid naar regionale of lokale overheden (bijvoorbeeld gemeenten); en het genoegen nemen met een lager niveau van groei (budgettering), het zijn evenzovele voorbeelden van strategieën die hun doel vaak voorbijschieten. Een effectieve aanpak van de genoemde vraagstukken houdt in elk geval in dat de zorg doelmatiger moet worden geleverd, bijvoorbeeld door onnodige zorg en verspilling te voorkomen en door de prijs voor een bepaalde hoeveelheid gezondheidswinst te verlagen.

Dit boek schetst nieuwe en reële mogelijkheden om de zorg betaalbaar te houden. We baseren ons hierbij op analyses uit binnen- en buitenland. Dit boek is daarom voor een belangrijk deel te lezen als een verzameling beleidsanalyses.

Dat wil zeggen dat we specifieke problemen, zoals de kosten voor de patiënten met de meest intensieve zorg of de rol van focusklinieken, ten aanzien van de betaalbaarheid van de zorg analyseren en een aanpak schetsen om die problemen te lijf te gaan.

Daarnaast formuleren we ijkpunten voor beleidsmakers om het evenwicht tussen betaalbare en steeds betere zorg te bewaren en te versterken. Dit eerste hoofdstuk vormt de inleiding op het onderwerp.

## 1.2 Meer gezondheid, maar ook meer kosten

Mensen worden steeds ouder. De levensverwachting in de OECD-lidstaten is sinds 1960 met gemiddeld tien jaar gestegen. Tegenwoordig leven mannen in Nederland gemiddeld 7,2 jaar langer dan in 1981 en vrouwen gemiddeld 3,8 jaar. Betere gezondheidszorg heeft ervoor gezorgd dat aandoeningen waaraan mensen voorheen vaak overleden, nu behandeld kunnen worden. Met name bij de behandeling van hart- en vaatziekten is veel vooruitgang geboekt. Bloeddrukverlagers, cholesterolremmers (statines) en de opkomst van interventiecardiologie hebben gezorgd voor een sterke afname van de kans op sterfte aan een hartinfarct.<sup>1</sup> Mede als gevolg hiervan is ook de levensverwachting op 65-jarige leeftijd sterk toegenomen, gemiddeld met vijf jaar.

Al met al kan dus worden gezegd dat betere gezondheidszorg een belangrijke oorzaak is van de extra gezondheidswinst in de afgelopen decennia.<sup>2</sup> De levensverwachting in goede gezondheid stijgt echter minder snel. Van hun 7,2 extra levensjaren beleven mannen er maar vijf in goede gezondheid, voor vrouwen bedragen deze cijfers 3,8 respectievelijk 0,9 jaar.<sup>3</sup> Dit komt doordat de extra levensjaren in de regel gepaard gaan met het hebben van een of meer chronische ziekten. Tegenwoordig veroorzaken die aandoeningen zelfs veruit de meeste ziektebelasting. Steeds meer ziekten hebben een chronisch verloop en het aantal mensen met meerdere chronische ziekten (vooral ouderen en mensen met lagere inkomens) neemt toe.<sup>4</sup> Gevolg is een groeiende vraag naar langdurige vormen van curatieve zorg. Desalniettemin is een betere gezondheidszorg een belangrijke oorzaak van de extra gezondheidswinst van de afgelopen decennia.<sup>2</sup> Wel blijven de gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden en mensen met hoge en lage inkomens nog steeds een hardnekkig verschijnsel dat nauwelijks afneemt.<sup>2</sup> Het verschil in levensverwachting op dertigjarige leeftijd tussen hoog- en laagopgeleide mannen is in ons land 4,6 jaar, veel minder groot overigens dan het OECD-gemiddelde van 7,1 jaar. Daar staat tegenover dat dit verschil bij vrouwen 4,8 jaar is – en dat ligt juist behoorlijk boven het gemiddelde van 4,2 jaar in de OECD. Nederland is trouwens het enige land waarin dit verschil bij vrouwen hoger is dan bij mannen.<sup>5</sup>

Hoe goed is onze zorg? De met adequate zorg te vermijden sterfte (*avoidable mortality*) geeft een indicatie over het functioneren van de zorg. In Nederland is de te vermijden sterfte bijzonder laag, met 87,9 sterfgevallen per 100.000 inwoners na Frankrijk zelfs het laagste binnen de Europese Unie (2014).<sup>6,7</sup> Kiezen we echter een maat voor te vermijden sterfte waarin ook niet-medische determinanten, zoals roken en drinken, een rol spelen, dan valt ons land terug naar 181,5 sterfgevallen per 100.000 inwoners en moeten we zeven EU-landen laten voorgaan. De toegang tot zorg is in Nederland overigens zeer goed. Slechts 0,4 procent van de bevolking moet om financiële reden wel eens van (noodzakelijke) zorg afzien. Binnen Europa ligt dit percentage alleen in Oostenrijk en Slovenië nog lager.<sup>8</sup>

De vergrijzing en de toename van het aantal chronische aandoeningen hebben tot gevolg dat het in de zorg om meer gaat dan alleen patiënten koste wat kost beter te laten worden. De oude definitie van de WHO van gezondheid, als de afwezigheid van ziekte, staat steeds meer ter discussie. In Nederland heeft Machteld Huber gepleit voor een veel breder perspectief op gezondheid: de positieve gezondheid. Dit impliceert niet meer alleen lichamelijke maar ook geestelijke gezondheid, een goede kwaliteit van leven en de mogelijkheid om in de samenleving te participeren en aan het dagelijks leven deel te nemen.<sup>9</sup>

Nergens ter wereld wordt overigens zo veel collectief geld uitgegeven aan andere zorg dan curatieve zorg (bijvoorbeeld ouderenzorg en gehandicaptenzorg) als in ons land en zijn er zoveel mensen die dit soort hulp krijgen.<sup>10</sup> In andere landen wordt veel meer dan in Nederland teruggevallen op sociale vangnetten en mantelzorg. Dit geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg met haar hoge uitgaven en intensief gebruik.<sup>11,12</sup> Hoewel de bijdrage van deze vorm van zorg minder is gericht op het herstel van lichamelijke functies, draagt ook een goede geestelijke gezondheid in belangrijke mate bij aan de kwaliteit van leven, dat wil zeggen aan de mogelijkheid om deel te nemen aan de samenleving en een normaal dagelijkse leven te leiden. De baten van zulke zorg zijn dus hoog.<sup>13</sup>

De verbetering van onze zorg en onze gezondheid heeft echter een prijs. De zorguitgaven worden door ons, de Nederlandse bevolking, betaald. De cijfers van het Centraal Planbureau (CPB) over de omvang van de zorguitgaven gaan terug tot 1950. In dat jaar werd 0,78 procent van het bruto nationaal product (bnp) uitgegeven aan collectief gefinancierde zorg. In 2015 was dit opgelopen tot 9,58 procent. Het piekjaar tot dusver was 2012, toen 9,82 procent van het bnp naar de collectief gefinancierde zorg ging. Dat percentage impliceert een relatieve groei van de gezondheidszorg binnen de totale economie met maar liefst 1250 procent.<sup>14</sup> In deze collectieve kosten zijn private uitgaven (eigen betalingen, aanvullende verzekeringen en tot 2006 ook particuliere verzekeringen) niet meegenomen. Burgers zijn echter vaak wel verplicht om deze uitgaven te doen. De werkelijke uitgaven zijn dus hoger in het bijzonder in de periode voor 2006 toen een derde van de bevolking particulier was verzekerd.

De toename van de zorgkosten hangt vooral samen met de groei van de welvaart. Naarmate ze meer te besteden hebben, zijn burgers bereid om meer geld aan zorg uit te geven. Met andere woorden: zorg is wat economen een luxegoed noemen. De totale uitgaven stijgen op de lange termijn mee binnen een bandbreedte van de economische groei. Budgettaire correcties door politici en beleidsmakers zorgen soms voor tijdelijke vertragingen in de uitgavengroei die dan later meestal weer worden ingelopen. Dit wordt veroorzaakt doordat het beleid de onderliggende oorzaken van structurele groei van de zorgvraag niet altijd aanpakt, met name omdat een rem op steeds duurdere technologische innovaties, stijgende prijzen en vergrijzing ontbreekt.<sup>15</sup> Politieke besluitvorming zou op de lange termijn om die reden dus vooral van belang zijn voor de verdeling van de zorgmiddelen.<sup>16</sup>

Op korte en middellange termijn heeft beleid grote invloed op de omvang van de zorguitgaven en – vooral – op de manier waarop de ter beschikking gestelde middelen



worden gebruikt. Die beleidsinvloed is ook bepalend voor de (on)doelmatigheid voor de langere termijn. Sinds 2012 is bijvoorbeeld sprake van een sterke matiging van de groei. Dit hangt direct samen met beleidsbeslissingen en de toepassing van beleidsinstrumenten als de hoofdlijnenakkoorden voor de curatieve zorg (2012), en maatregelen als de decentralisatie van de begeleiding en de dagbesteding naar de gemeenten (2015).<sup>17</sup>

Politici en beleidsmakers zijn gedwongen in te grijpen als de economie stagneert of in zwaar weer belandt.<sup>18,19</sup> Als gevolg van de kredietcrisis in 2008 moest een aantal EU-lidstaten bij de internationale gemeenschap aankloppen voor financiële steun. In ruil hiervoor moesten deze landen onder meer hun zorguitgaven fors reduceren.<sup>20</sup> Nederland had geen internationale steun nodig, maar ook ons land ontkwam niet aan ingrepen in de zorg. In 2012 ontstond een klassiek *policy window* waarin 1) de politieke wil om de begroting 'op orde' te brengen; 2) het probleem van de stijgende zorguitgaven; en 3) een uitgewerkte beleidsagenda – Naar beter betaalbare zorg<sup>21</sup> – elkaar vonden in het Regeerakkoord van het kabinet-Rutte II.<sup>22</sup> Als gevolg daarvan nam de groei van de zorguitgaven in de volgende jaren fors af. Hoe dat precies gebeurde, komt later in dit boek uitgebreid aan de orde. Het is in elk geval een voorbeeld van succesvol – maar wellicht tijdelijk – beleid om de groei van de zorgkosten af te remmen.

De maatregelen uit 2012 lijken vooralsnog effect te hebben gesorteerd. Maar ook eerder zijn – met wisselend resultaat – pogingen ondernomen om de zorguitgaven te beteugelen. Hoofdstuk 3 bevat een beleidshistorisch overzicht van deze pogingen. In stapels rapporten is er keer op keer gewezen dat de groei van de uitgaven niet houdbaar was en dat het zo niet kon doorgaan, maar toch ging het door. Een regelmatig terugkerend thema was de roep om substitutie van zorg (weg uit het dure ziekenhuis en verpleeghuis) en om beheersing van de uitgaven met behulp van macrobudgettaire kaders. Als gevolg daarvan verspreidden aanbodregulering en budgettering zich via diffusie van beleid vanaf 1980 door de hele zorgsector. Het verwezenlijken van substitutie van zorg verliep moeizamer. De extramurale en ambulante zorg en de dagbehandelingen namen weliswaar een hoge vlucht, maar dat gebeurde vooral binnen de zorgcircuits, en niet ertussen, zoals beleidsmakers voor ogen stond: de poliklinische zorg in ziekenhuizen groeide bijvoorbeeld veel sneller dan de huisartsenzorg. Beheersing door de overheid ging kortom, mede om zo draagvlak binnen het veld te behouden, zelden gepaard met substitutie naar andere zorgdomeinen.

Waarom zien veel beleidsmakers de betaalbaarheid van de zorg eigenlijk als een 'probleem'? In de kern volgt dat uit de onderstaande structurele en economische argumenten<sup>18</sup>:

1. De baten van goede zorg zijn weliswaar zeer hoog, maar ook grotendeels immaterieel van aard. Bij gepensioneerden, een substantieel deel van de zorggebruikers, is bijvoorbeeld geen sprake van een investering in toekomstige verdien capaciteit.
2. De baten van extra zorg nemen af – anders gezegd: we moeten steeds meer betalen voor een extra eenheid gezondheidswinst.<sup>23</sup>
3. De baten en de kosten van de zorg zijn scheef verdeeld. Stijgende zorguitgaven vragen steeds grotere financiële offers van gezonde mensen (de nettobetalers) ten

- gunste van zieke mensen (de netto-ontvangers). De solidariteit die dat van gezonde burgers vraagt, is niet vanzelfsprekend.<sup>24</sup>
4. Zorguitgaven dragen, vanwege de ‘verplichte’ solidariteit die het gevolg is van het genoemde onder punt 3, een collectief karakter. Op straffe van een rem op de economische groei door lagere prikkels voor arbeidsproductiviteit en een verslechtering van de internationale concurrentiepositie, is er een ‘limiet’ aan de omvang van de collectieve sector.<sup>25</sup> Het grootste deel van de zorg maakt daarvan deel uit.
  5. Doordat de zorg sneller groeit dan de economie en het inmiddels een zeer grote sector betreft, resteert steeds minder vrij besteedbare budgettaire ruimte voor andere overheidsuitgaven.
  6. Dit heeft tot gevolg dat de zorg sterk concurreert met andere publieke sectoren, zoals onderwijs, infrastructuur, veiligheid en sociale zekerheid, of de uitgaven voor deze publieke taken in de verdrukking brengt.
  7. Bij dit alles komt tot slot nog dat een substantieel deel van de uitgaven aan zorg niet productief is.<sup>26,27</sup>

Het probleem van de betaalbaarheid heeft, mede door deze zeven factoren, alle kenmerken van een zogenaamd *wicked problem*. Dit is de benaming voor een ongestructureerd vraagstuk waarover verschillen van inzicht bestaan ten aanzien van het doel en de omvang van het probleem en hoe dit aan te pakken. Een economische- en beleidsanalytische benadering van het vraagstuk van de betaalbaarheid is voor de zorg niet afdoende. De opvattingen van belanghebbenden, zoals de werkgevers, de mogelijkheden om voor hun belangen en opvattingen op te komen (participatie) en de mate waarin zij invloed hebben op besluitvorming en implementatie (doorzettings- of hindermacht) spelen een rol. De instituties in de zorg behartigen op eigen wijze hun belangen, waarbij de macht van het veld en de professie zeer groot is. De opvattingen over het betaalbaar houden van de zorg en het op orde houden van de begroting kunnen stevig verschillen en dat levert spanning op. Door deze factoren is de doorzettingsmacht van de overheid beperkt en is een diepgaandere of gedifferentieerde analyse noodzakelijk.

### 1.3 We vinden (meer) zorg van grote waarde

In ons land heerst de collectieve overtuiging dat (meer) zorg van grote waarde is: een overtuiging die in de regel niet ter discussie staat. Zorg is populair. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), dat sinds 2008 elk kwartaal de steun van burgers voor publieke taken onderzoekt, plaatst zorg continu in de top drie van prioriteiten waar volgens burgers meer geld naartoe moet.<sup>28</sup> Ook de 1,4 miljoen werknemers die hun brood in de zorg verdienen en de vele vrijwilligers en mantelzorgers steunen deze wens.

Waarom vinden we zorg eigenlijk zo belangrijk? Daarvoor zijn meerdere redenen. Iedere burger vindt een goede gezondheid een belangrijke basisvoorwaarde voor het leiden van een goed leven.<sup>29,30</sup> Achter de ‘sluier van onwetendheid’ van John Rawls zit de overtuiging dat we ‘willen’ dat zorg voor eenieder beschikbaar is: onwetend over hun eigen situatie kiezen mensen ervoor de kosten van de zorg met elkaar te delen.<sup>31</sup> De opvatting dat iedereen recht heeft op goede zorg is al eeuwenoud: ‘Ik was ziek en jullie hebben naar me omgezien’, zegt Jezus in het Mattheüs-evangelie.

We hebben veel geld over voor een goede gezondheid. Gezondheid is niet zomaar een schaars goed, zoals een auto of een vakantie. De gezondheid van mensen is immers eindig. We kunnen geen oneindige periode van goede gezondheid 'kopen', terwijl dat bij materiële zaken in theorie wel kan. Iedereen gaat echter een keer dood en daarom is er bij gezondheid sprake van absolute schaarste, wat een erg stimulerend effect heeft op onze betalingsbereidheid. Studies naar de zogenaamde *willingness-to-pay* voor zorg komen dan ook uit op zeer hoge bedragen. Hierbij wordt gerekend met schaduw prijzen die zijn gebaseerd op werkelijk gemaakte keuzes, bijvoorbeeld op iemands persoonlijke investering in zijn of haar verkeersveiligheid. Studies naar de 'waarde' van een mensenleven kwamen in het jaar 2000 uit op een bedrag van tussen de 5 en 12 miljoen dollar.<sup>32</sup> Bij de methodologisch meer omstreden *stated preference* analyses worden mensen rechtstreeks bevraagd. Frank Sloan schatte dat mensen zonder multiple sclerose \$ 10 miljoen willen betalen om de ziekte niet te krijgen; mensen met multiple sclerose zouden er zelfs \$ 22 miljoen voor over hebben om van de ziekte af te komen.<sup>33</sup>

Tegelijkertijd zijn we persoonlijk onmogelijk in staat om deze bedragen op tafel te leggen. Dat is overigens ook niet wenselijk, omdat er dan door burgers inefficiënt veel gespaard zou moeten worden. Een verzekering is een doelmatiger oplossing: iedereen betaalt een premie waarmee een groot financieel risico wordt afgedekt. We vinden bovendien dat patiënten en zorgvragers recht hebben op onze steun; dat er geen verschillen tussen rijk en arm in het gebruik van zorg mogen ontstaan; en dat overwinsten over de rug van patiënten niet wenselijk zijn. Onderzoek maakt duidelijk dat solidariteit de tand des tijds beter heeft doorstaan in de zorg dan in de sociale zekerheid.<sup>34</sup> Beleidsmakers hebben, volgens sociaal-constructivistische theorieën, de neiging goed te doen voor 'goede' mensen en hard(er) te zijn tegen 'slechte' mensen. Denk bijvoorbeeld aan het verschil in beeldvorming bij het grote publiek over mensen in de opvang voor dak- en thuislozen versus over kinderen met kanker. Ook professionals in de zorg kunnen zich verheugen in een positief imago dat veel andere beroepen missen. Denk aan de waardering voor een huisarts of een medisch specialist vergeleken met die voor een bankier of een medewerker van een incassobureau.<sup>35</sup>

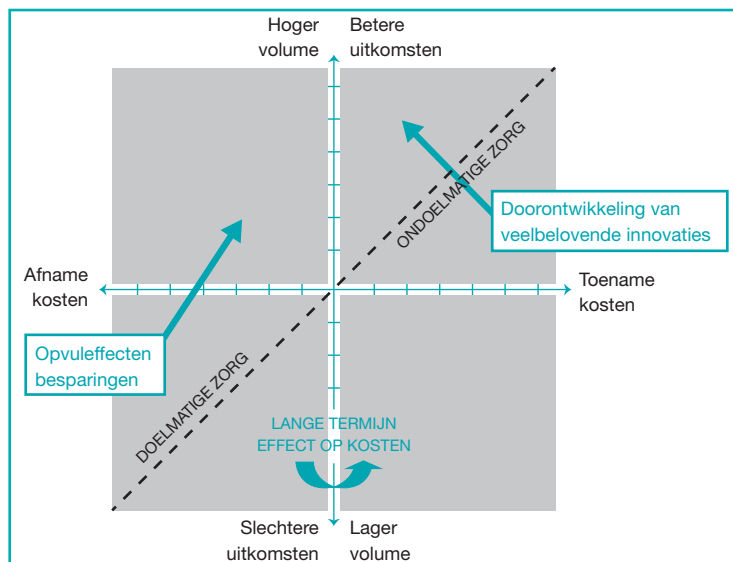
De gezondheidszorg krijgt dus brede maatschappelijk steun, mede omdat de zorgsector erg veel (middenklassen)inkomens genereert. Maar daar staat tegenover dat de verdringing van andere publieke investeringen door de zorg een steeds groter probleem wordt.<sup>36</sup> In de huidige kabinetsperiode gaat maar liefst € 18,5 miljard extra naar de zorg. Daarbij steken de investeringen in alle andere sectoren, samen goed voor ruim € 7 miljard, schraal af. De combinatie van de problematische betaalbaarheid van de zorg met de maatschappelijke voorkeur voor een grote en zo mogelijk groeiende zorgsector, vormt een levensgroot dilemma. Hoe kan de zorg doelmatiger worden gemaakt en tegelijkertijd betaalbaar worden gehouden?

#### 1.4 **Betaalbare en betere zorg?**

Betaalbare én betere zorg, het lijkt in eerste instantie een onoverbrugbare tegenstelling. Toch heeft deze combinatie de voorkeur van de meeste politici. *Saving lives,*

*saving costs* was de slogan waarmee Barack Obama zijn plannen om een zorgverzekering voor alle Amerikanen te verwezenlijken kracht bijzette. De focus van dit boek ligt voor een groot deel op die situaties waarin de kwaliteit van zorg kan toenemen zonder dat de uitgaven stijgen, waarin de uitgaven kunnen dalen zonder dat dit de kwaliteit raakt, misschien zelfs daar waar én de kwaliteit toeneemt én de uitgaven dalen.

**Figuur 1.1** Conceptuele relatie tussen kosten, volume en zorguitkomsten<sup>42</sup>



Figuur 1.1 beschrijft de relatie tussen uitgaven (op de x-as) en betere kwaliteit en meer zorg (op de y-as).<sup>37</sup> Rechtsboven in de grafiek gaan meer uitgaven samen met meer volume of betere uitkomsten. Maar wanneer wegen de extra uitgaven op tegen de behaalde gezondheidswinst? Neem bijvoorbeeld immunotherapie in de oncologie. Patiënten met gevorderde longkanker die goed reageren op het eiwit PD-L komen in aanmerking voor pembrolizumab®. Dit is zorg volgens de stand van de wetenschap, een belangrijk criterium voor toelating tot het verzekerde pakket. Patiënten met pembrolizumab® leven langer en in betere gezondheid, maar de meerkosten in vergelijking met het tot nu toe gebruikte docetaxel® bedragen € 113.000 voor elk extra jaar dat deze patiënten doorbrengen in goede gezondheid.<sup>38</sup> Na de aanvankelijke weigering van de overheid om pembrolizumab® vanwege de hoge kosten tot het pakket toe te laten, is dat na nieuwe onderhandelingen met de fabrikant over de prijs inmiddels toch gebeurd. Een ander voorbeeld is de op stapel staande investering in de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Het plan voorziet in meer personeel en de kosten ervan lopen op tot meer dan € 2 miljard per jaar. In Nederland wonen 121.000 mensen in een verpleeghuis. Het plan heeft dus tot gevolg dat de uitgaven per bewoner met zo'n € 17.500 zullen toenemen.

Kostenstijgingen gaan soms gepaard met minder volume (output) of met slechtere uitkomsten (het vierkant rechtsonder in Figuur 1.1). We kunnen dan spreken

van inefficiënte zorgverlening. Een voorbeeld is het voorschrijven van extra antibiotica. Gevolg is mogelijk een toename van uitbraken van bacteriële resistentie waarvan het indammen veel geld kost.<sup>39</sup> Dure innovaties functioneren in de praktijk niet altijd beter dan bestaande technieken (robotchirurgie in de beginjaren), en naar schatting 50 procent van alle nieuwe medische technologie is niet beter dan wat zij vervangt.<sup>40</sup> De combinatie van stijgende kosten en dalende effectiviteit kan zich overigens ook pas na verloop van tijd manifesteren. Door te langdurige budgettering raakt dit middel als het ware 'uitgeput'. Er kunnen dan wachtlijsten ontstaan met op de lange termijn schadelijke gevolgen voor de kwaliteit van zorg. Als budgettering eerder door ander kostenbeheersingsbeleid was vervangen, dan hadden de snelle kostenstijgingen tussen 2002 en 2010 misschien kunnen worden voorkomen.

Linksonder staan interventies die de zorgkosten verlagen, maar dat wel doen met een verlies aan kwaliteit. Zo had de introductie in 2012 van een eigen bijdrage voor de geestelijke gezondheidszorg tot gevolg dat minder mensen geestelijke gezondheidszorg (13,5 procent) kregen en dat de uitgaven met 7 procent daalden. Maar er was in dat jaar ook een stijging van (crisis) opnames, inclusief meerkosten voor de justitiële keten.<sup>41</sup> Veel pakketmaatregelen horen in deze categorie thuis. In het verleden is bijvoorbeeld een groot deel van de fysiotherapie en de tandheelkunde uit het pakket gehaald. In de praktijk gaat het dan vaak over het verschuiven van kosten naar de private sfeer. 'Verschuiven' omdat veel burgers zich hiervoor toch verzekeren of deze kosten voor eigen rekening nemen. De besparingen op de totale uitgaven zijn om die reden vaak beperkt. Indien na verloop van tijd negatieve effecten de kop opsteken (wachtlijsten, kwaliteitsproblemen in verpleeghuizen), ontstaat vaak druk om alsnog extra middelen ter beschikking te stellen.

In de linkerbovenhoek komen we tot slot bij de situatie waarin betere zorguitkomsten en/of een hoger volume samengaan met lagere uitgaven. Tenzij de vrijgekomen middelen voor iets anders worden ingezet (wellicht onnodige opvuleffecten), is hier sprake van én een toename van de betaalbaarheid van de zorg én een verbetering van de kwaliteit. Betaalbare en betere zorg liggen in elkaars verlengde wanneer met minder zorgvolume toch dezelfde gezondheidswinst wordt geboekt. Dit kan worden bereikt door bijvoorbeeld onnodige diagnostiek (MRI bij lage rugklachten of PET-scans bij het vermoeden van Alzheimer) te voorkomen. Het rapport *Adviesrapport Zorgevaluatie* dat in 2016 verscheen op initiatief van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) stelt dat van de helft van de behandelingen 'de winst voor de gezondheid niet of onvoldoende wetenschappelijk (is) onderzocht en/of aangetoond'.<sup>43</sup> Verstandig kiezen (*Choosing Wisely*), een internationaal initiatief dat ook naar Nederland is overgewaaid, probeert om dit soort 'zinloze' behandelingen onder de aandacht van professionals te brengen.<sup>44</sup> Een ander voorbeeld betreft de prijs van merkgeneesmiddelen die vaak fors daalt wanneer het patent vervalt. Bloeddrukverlagers en cholesterolremmers kosten nu nog maar een paar cent per pil. Meer dan 70 procent van de zorggelden gaat op aan personele uitgaven. Maar door in te zetten op een stijging van de arbeidsproductiviteit, bijvoorbeeld door automatisering of door een taakherschikking tussen artsen

en verpleegkundigen, behoort ook op dat vlak nog een forse reductie van kosten tot de mogelijkheden.

## 1.5 **Beleid voor betaalbaarheid**

Goed beleid doet ertoe, slecht beleid ook. Zorg is betaalbaar als we ervoor *willen* betalen, maar de stijging van de zorguitgaven weerspiegelt niet zonder meer de in de maatschappij levende voorkeuren. Goed geïnformeerde, gepassioneerde minderheden zien hun wensen bijvoorbeeld vaak vervuld, terwijl de ‘lauwe’ meerderheid misschien liever andere keuzes zou hebben gemaakt. De uitbreiding van het pakket komt daarvoor vaak ten goede aan relatief kleine populaties, ook als het om dure zorg gaat. Zorg is ook betaalbaar als we ervoor *kunnen* betalen, maar het beschikbare geld bereikt zijn bestemming als gevolg van de bureaucratie lang niet altijd zonder kleerscheuren.<sup>45</sup> Een doelmatige besteding van de beschikbare middelen is dus zeker niet automatisch gegarandeerd. Ook bestuurlijke beslissingen kunnen tot uitvoeringsproblemen leiden. Denk aan de manier waarop men in 2005 de bekostiging van ziekenhuizen door middel van zeer ingewikkelde diagnosebehandelcombinaties (DBC's) vorm heeft gegeven. Deze aanpak is nooit goed van de grond gekomen en is met de komst van convenanten in 2012 de facto vervangen door een model van budgettering via aanneemsommen en/of financiële plafonds.

De complexiteit van de zorg maakt dat uitsluitend sturen op basis van financiële prikkels riskant is. Kenneth Arrow, grondlegger van de moderne gezondheidseconomie, wees al in 1963 op het belang van informatie-asymmetrie als oorzaak van markt-imperfecties in de zorg.<sup>46</sup> Dankzij hun informatievoorsprong kunnen zorgverleners een belangrijk deel van hun doelstellingen verwezenlijken, ook wanneer dat tegen het maatschappelijke belang indruist. Arrow gaf om die reden de voorkeur aan stichtingen zonder winstoogmerk in de gezondheidszorg boven winstgerichte ondernemingen om een doelmatige verstrekking van zorg te garanderen. Dit zou opportunistisch gedrag van instellingen tegengaan.

Desalniettemin valt een belangrijk deel van het werk van een volgende generatie gezondheidseconomen te lezen als een poging om de opvattingen van de grondlegger van hun vakgebied te ‘neutraliseren’.<sup>47</sup> Gereguleerde competitie, het model dat ten grondslag ligt aan de huidige ordening en sturing van de zorg, is te zien als een poging om de inherente markt-imperfecties van het systeem op een andere manier te compenseren en ‘om te buigen’ naar een systeem dat onder bepaalde voorwaarden<sup>48</sup> bijdraagt tot doelmatige zorg.

Als we (financiële) prikkels centraal stellen als methode om de betaalbaarheid en de doelmatigheid van de zorg te borgen, lopen we tegen een fundamenteel probleem aan: veel actoren zijn prikkelresistent, schommelingen in de prijs van zorg hebben bijvoorbeeld geen invloed op het gebruik ervan. Bijna 70 procent van de verzekerden, in de regel mensen die vaker zorg nodig hebben, is in tien jaar tijd nog nooit van verzekering veranderd.<sup>49</sup> Oorzaak hiervan is, onder andere, de onzekerheid over wat goede zorg is en het (noodzakelijke) vertrouwen van patiënten in professionals.<sup>50</sup>

Ook bij de keuze voor zorg hebben financiële prikkels beperkingen. Bij de acute zorg of bij het doorverwijzen binnen de zorgketen, verdwijnen eventueel remmende effecten van de prijs als sneeuw voor de zon. Als financiële prikkels maar beperkte effecten hebben, dan bestaat er een natuurlijke neiging om de werking ervan te versterken. Dit is echter niet zonder risico's. Als steeds meer artsen zich alleen nog door financiële overwegingen laten leiden, verdwijnt hun intrinsieke motivatie. Zo kan er overbehandeling ontstaan en dat ondergraaft niet alleen de betaalbaarheid, maar vormt ook een risico voor de kwaliteit van de zorg. Als alle verzekerden elk jaar voor de goedkoopste verzekeraar kiezen, zullen veel verzekeraars omvallen. Als verzekeraars enkel de meest doelmatige aanbieders contracteren of alleen nog maar inkopen op basis van de prijs van zorg, dan verdwijnt een groot deel van het zorglandschap. Tegelijkertijd is het ontwerpen van een adequate structuur van (financiële) prikkels en bekostigingen aanpassen aan veranderende omstandigheden ook gewoon noodzakelijk.

Veel hoofdstukken in dit boek zijn analyses die uitgaan van een beleidscyclus waarin onderzoek, beleidsvoorbereiding, besluitvorming, implementatie en evaluatie elk een eigen plek hebben.<sup>51, 52</sup> Het zijn bouwstenen voor beleidsanalyses over betaalbare zorg. De werkelijkheid van het beleid is echter weerbarstiger dan een rationele analyse doet vermoeden.<sup>53</sup> In de eerste plaats kennen beleidssystemen een eigen dynamiek. Beleid creëert nieuwe instituties en belangen. Een mooi voorbeeld is de komst van het persoonsgebonden budget medio jaren negentig. Dit arrangement is zo populair geworden dat het inmiddels als een 'heilig huisje' wordt beschouwd. Politiek maakt dus niet alleen beleid, maar beleid maakt ook politiek.

Een tweede aspect is het belang van de context. Heb ik veel of weinig geld? Welke instrumenten biedt de wet mij? Heb ik doorzettingsmacht? Hoe om te gaan met nieuwe maar peperdure innovaties? Wat moet ik met een niet-functionerende zorgverlener? Wat betekent voor mij een financiële crisis of het dreigende failliet van een instelling? De lijst is eindeloos en domineert een groot deel van de dagelijkse besommingen van beleidsmakers. Afhankelijk van het probleem in kwestie, speelt het belang van betaalbare zorg een meer of minder ondergeschikte rol.

De actoren en netwerken die zijn betrokken bij de beleidsvorming zijn bepalend. Instituties, regels die gedrag van individuen en groepen beïnvloeden, doen er in de zorg heel veel toe. Belangrijke instituties zijn allerlei (financiële) prikkels; de regels die het begrotingsproces structureren; de besluitvorming; de vele professionele gebruiken en standaarden; ethische opvattingen en gedeelde waarden; en specifieke regels die nieuwe actoren binnen het netwerk brengen of juist daarvan uitsluiten. De beleidscircuits<sup>54</sup> zijn in de zorg vaak buitengewoon hecht en sterk. Zo'n circuit kenmerkt zich door een gedeelde professionaliteit van de deelnemers en betrokkenheid bij het beleidsprobleem. Het is semi-onafhankelijk en heeft de beschikking over allerlei bronnen om beleid te beïnvloeden. Binnen beleidscircuits bestaan allerlei subgroepen met meer of minder fundamentele overtuigingen over het terrein waarmee zij zich bezig houden. Zo'n overtuiging is bijvoorbeeld dat zorg veel baten kent en dat betaalbaarheid daarom van ondergeschikt belang is. Zonder de medewerking van deze beleidscircuits en de gevestigde belangen daarbinnen is het in de regel moeilijk om beleid te maken

of succesvol uit te voeren. We kunnen denken aan de vele professionals als artsen en paramedici. Hoewel kostenbeheersing in de zorg veelal niet in hun belang is, kan men daar niet altijd aan ontkomen. De opvattingen binnen beleidscircuits evolueren. De focus kan bijvoorbeeld verschuiven naar effecten van beheersingsmaatregelen. We kunnen denken aan minder gebouwen of aan minder banen; minder patiëntenzorg of minder onderzoek; minder ziekenhuizen of minder geneesmiddelen; minder zorgvolume of minder salaris. Dit zijn zelden neutrale keuzes: de belangen van de verschillende actoren zijn groot en doen ertoe.<sup>55</sup> Onderzoek duidt er namelijk op dat het openen van beleidscircuits voor nieuwe actoren en deelnemers een belangrijke aanjager is voor verandering, doordat de aandacht dan veelal wordt verlegd naar nieuwe beleidsproblemen. Hierdoor kunnen plotselinge disrupties van de normale incrementele budgettering ontstaan. We kunnen bijvoorbeeld denken aan de snelle opkomst en groei van het persoonsgebonden budget.

Ten slotte is beleid niet altijd één op één gerelateerd aan de beleidspraktijk. In de zorg bestaan tal van beleidsarena's waarin de relevante context(en), instituties en maatschappelijke normen worden geduid en geïmplementeerd. Op het niveau van deze praktische interacties wordt soms voor andere wegen gekozen dan het beleid en de regels voorschrijven. Beleidsmakers kunnen bijvoorbeeld begrotingsregels oprekken of (tijdelijk) buiten haakjes plaatsen, met andere woorden: zich niet conformeren aan de regels die men zelf heeft gecreëerd.<sup>56</sup>

## 1.6

### Leeswijzer

De eerste vijf hoofdstukken van dit boek introduceren de relevantie van de betaalbaarheid van de zorg. Hoofdstuk 1 is de algemene introductie. Waarom is dit een belangrijk onderwerp? Waarom is het belangrijk om in te zetten op betaalbare én betere zorg? En hoe kunnen we dit analyseren? Hoofdstuk 2 analyseert hoe de zorguitgaven zich in de loop van de tijd hebben ontwikkeld. Naast volumegroei vormen ook prijsstijgingen een belangrijke verklaring voor de toenemende zorgkosten. Nederland is van een internationale middenmoter in 2000 opgeklommen naar een internationale topositie, maar in de afgelopen vijf jaar zijn de zorguitgaven weer gedaald ten opzichte van andere landen. De verwachting is echter dat de zorguitgaven, mede door toename van de ziektelast en technologie, de komende jaren weer gaan stijgen. Hoofdstuk 3 bespreekt en analyseert het beheersingsbeleid van de overheid tussen 1966 en 2002. Belangrijke maatregelen, zoals de beddenreductie, substitutie van zorg, eigen betalingen en budgettering, passeren de revue. In hoeverre zijn deze maatregelen erin geslaagd om de zorg betaalbaar te houden? Welke lessen zijn hieruit te trekken? Hoofdstuk 4 geeft vervolgens een overzicht van wat we op basis van de internationale wetenschappelijke literatuur weten over de effectiviteit van beleid om de kosten te beheersen. Ondanks het maatschappelijk belang van dit onderwerp, blijkt hiernaar nog maar weinig kwalitatief hoogstaand onderzoek te zijn verricht; lang niet alle strategieën lijken even succesvol en de context waarin de interventie plaatsvindt, is van groot belang. Hoofdstuk 5 bespreekt deze context vanuit het perspectief van 'medicalisering': steeds meer problemen worden medisch geïnterpreteerd. Dit draagt bij aan de groei van de zorguitgaven,



maar de omvang is feitelijk niet goed vast te stellen. Een discussie over ongewenste medicalisering en beleid om onnodig zorggebruik te verminderen, zijn op hun plaats.

Het tweede deel van dit boek behandelt veelgebruikte instrumenten om de zorg betaalbaar te houden. Hoofdstuk 6 gaat over het beheer van het basispakket. Hoewel er weinig bewijs is voor de stelling dat dit in de curatieve zorg voor veel besparingen heeft gezorgd, menen de auteurs dat de waarde van pakketbeheer niet moet worden onderschat. Dat is van groot belang in een ordentelijk gevoerde maatschappelijke discussie over de grenzen van de collectief gefinancierde zorg. Eigen betalingen komen aan de orde in hoofdstuk 7. Deze zijn zeker effectief, doordat ze een matigend effect hebben op de zorgconsumptie. Het is echter moeilijk om een uitvoerbaar systeem van eigen betalingen te ontwikkelen dat zich vooral richt op het voorkómen van onnodige of niet gepaste zorg. Bovendien kunnen aanbieders anticiperen op een teruggang in het aantal verrichtingen door meer of duurdere zorg te genereren. In hoofdstuk 8 laten we zien dat begrotingsregels een nuttige bijdrage kunnen leveren aan de betaalbaarheid van de zorg. Om die reden is het zinnig om te blijven werken met een set van vastgestelde budgettaire procedures en beoogde uitkomsten. Hoofdstuk 9 bespreekt de ontwikkelingen in de langdurige zorg. Hier is een nieuwe aanpak geïntroduceerd, waarbij de kostengroei slechts tijdelijk is teruggelopen. De effectiviteit van gereguleerde competitie binnen de curatieve zorg wordt besproken in hoofdstuk 10. Deze aanpak heeft, zeker sinds 2012, aantoonbaar bijgedragen aan een beter betaalbare zorg. Wel is de ideaaltypische variant ervan niet helemaal zonder problemen. Tot slot van het tweede deel biedt hoofdstuk 11 bemoedigende mogelijkheden van meer preventie.

Deel 3 bespreekt op basis van veelal nieuw wetenschappelijk onderzoek maatregelen die specifiek zijn gericht op het bevorderen van de doelmatigheid van zorg, met andere woorden: hoe valt betere zorg samen met betere betaalbaarheid (linker bovenkwadrant Figuur 1)? Hoofdstuk 12 behandelt de complexe relatie tussen de kwaliteit van zorg en de kosten die ervoor worden gemaakt. Meestal kost meer kwaliteit extra geld, maar er zijn nog veel besparingen te boeken door slechte kwaliteit, zoals complicaties van behandelingen te verminderen. Het is cruciaal om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg. Hoofdstuk 13 gaat over het huidige curatieve zorglandschap. We bespreken óf en hóe een andere ordening van het zorglandschap kan bijdragen aan meer doelmatige zorg. Mits aan een aantal randvoorwaarden is voldaan, kunnen focusklinieken vooral voor goed planbare zorg een antwoord zijn (zie hoofdstuk 14). In hoofdstuk 15 wordt onderzocht of kosteneffectieve zorg als gevolg van budgettaire grenzen door minder kosteneffectieve zorg wordt verdrongen. Dit blijkt niet het geval. In hoofdstuk 16 bespreken we een aanpak om 'onnodige' zorg te schrappen. Hoofdstuk 17 behandelt de vraag hoe we mogelijke doelmatigheidsproblemen op het spoor kunnen komen door middel van praktijkvariatie-analyses. Daarna wordt een methode gepresenteerd om zulke analyses uit te voeren. Hoofdstuk 18 gaat over een beperkt aantal patiënten met intensieve zorgbehoeften en vaak kostbaar zorggebruik. Deze zorg is nu vaak gefragmenteerd en dat betekent dat met meer integrale zorg verbeteringen mogelijk zijn. Hoofdstuk 19 bespreekt de vraag in hoeverre betalen voor kwaliteit kan bijdragen aan betere en toch betaalbare zorg. Het uitsluitend herijken van

bekostigingsmodellen is echter niet voldoende om de betaalbaarheid van betere zorg te garanderen. Daarvoor is in elk geval nodig om behalve met bonussen ook met 'boetes' te werken. Hoofdstuk 20 sluit dit deel af met een analyse van de normatieve aspecten van de betaalbaarheid van de zorg. Zowel pakketbeslissingen als selectieve inkoop worden in dit hoofdstuk besproken. Deze zijn niet zonder normatieve spanningen. Ook bij een aanpak met *value-based-healthcare* op het microniveau van de gezondheidszorg, vallen kanttekeningen te plaatsen.

Het afsluitende deel van dit boek bestaat uit twee hoofdstukken. In hoofdstuk 21 kijken we naar de impact van digitalisering en e-health op de betaalbaarheid van de zorg. Hoewel deze ontwikkelingen kansen bieden, is succes verre van zeker. Beleidsmakers kunnen er niet van uitgaan dat ze de zorg 'als vanzelf' betaalbaar zullen houden. Daarvoor is meer nodig. Hoofdstuk 22 is het slothoofdstuk. In dit hoofdstuk gaan we op zoek naar de rode draad van dit boek en de kernboodschappen uit de voorafgaande analyses. We beantwoorden ook de vraag hoe de beschikbare kennis ons kan helpen om de zorg betaalbaar en kwalitatief goed te houden. Beleidsmakers zullen minder moeten kiezen voor de marginale implementatie van 'optimale' beleidstheorieën. Ze zullen substantiële (zorginhoudelijke) doelstellingen moeten incorporeren in het budgettaire beleid en op basis daarvan een geloofwaardige strategie moeten ontwikkelen die rekening houdt met de weerbaarheid die het aanbrengen van veranderingen in de zorg eigen is.

## Referenties

- 1 W.J. Meerdling, J.J. Polder, A.E.M. de Hollander en J.P. Mackenbach, *Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers, en hart- en vaatziekten – Zorg voor euro's – 6*, RIVM-rapport 270091002, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2007.
- 2 J.P. Mackenbach, *Ziekte in Nederland. Gezondheid tussen politiek en biologie*, Elsevier Gezondheidszorg, 2010.
- 3 Cijfers uit de online databases van de OECD en het CBS.
- 4 K. Barnett, S.W. Mercer, M. Narbury, G. Watt, S. Wyke en B. Guthrie, 'Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: a cross-sectional study', *The Lancet*, 2012;380:37-43.
- 5 OECD healthdatabase, 9 december 2017.
- 6 M. van den Berg, P. Achterberg, L. Hagens en P.P.T. Jeurissen, *Dutch health-care: An international perspective based on available indicators*, Room document for policy dialogue on the Ministry of Health, 5/6 april 2017.
- 7 OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, Parijs: OECD Publishing, 2015. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)
- 8 Europese Commissie, *State of Health in the EU. Nederland. Landenprofiel Gezondheid 2017*, OECD en European Observatory on health Systems and Policies, 2017.
- 9 M.A.S. Huber, *Towards a new dynamic concept of health*, Maastricht: Maastricht University, 2014.

- 10 Het betreft 4,3 procent van het BNP, ruim voor Zweden, de nummer twee (3,2 procent); 4,5 procent van de bevolking krijgt langdurige zorg.
- 11 OECD, *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2014. doi: 10.1787/9789264208445.
- 12 A. Fort, C. Nas, G. Frankx, A. van Geldrop, I. Petronea, Y. van Strien en P.P.T. Jeurissen, *Mental Health Analysis: the Netherlands*, OECD Working Papers no 73 (9opp), Parijs: 2014.
- 13 M. Pomp, *Een beter Nederland: de gouden eieren van de gezondheidszorg*, Amsterdam: Balans, 2010.
- 14 www.cpb.nl (lange tijdreeksen overheidsfinanciën); geraadpleegd op 9 december 2017.
- 15 W.B. Schwartz, 'The inevitable failure of current cost-containment strategies. Why they can provide only temporary relief?', *Journal of the American Medical Association*, 1987;257(2):220-24.
- 16 T.E Getzen, 'Population aging and the growth of health expenses', *Journal of Gerontology*, 1992;47(3):S98-104.
- 17 P.P.T. Jeurissen, *Steeds meer zorg, een betaalbare oplossing?*, Inaugurele rede, Nijmegen: Radboud Universiteit, 2016.
- 18 S. Thomson, J. Figueras, T. Evetovits, M. Jowett, P. Mladovsky, A. Maresso, J. Cylus, M. Karanikolos en H. Kluge, *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, Maidenhead: Open University Press, 2015.
- 19 K. van Gool, M. Pearson, *Health, Austerity and Economic Crisis. Assessing the Short-term Impact in OECD countries*, OECD Health Working Papers, september 2014.
- 20 A. Reeves, M. McKee, S. Basu en D. Stuckler, 'The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011', *Health Policy*, 2013;115(1):1-8.
- 21 Taskforce Beheersing Zorguitgaven, *Naar beter betaalbare zorg*, Den Haag: 2012.
- 22 J.W. Kingdon, *Agenda's, Alternatives, and Public Policies*, 2<sup>nd</sup> ed, New York: Harper Collins, 1995.
- 23 A. Cutler, A.B. Rosen en S. Vijan, 'The value of medical spending in the United States: 1960-2000', *The New England Journal of Medicine*, 2006;355:920-27.
- 24 P.P.T. Jeurissen, *Houdbare Solidariteit in de Gezondheidszorg*, Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005.
- 25 B. Jacobs, *De Prijs van Gelijkheid*, Prometheus Bert/Bakker, 2015.
- 26 J.E. Wennberg, *Tracking Medicine. A Researcher's Quest to Understand Healthcare*, New York: Oxford University Press, 2010.
- 27 D.M. Berwick, A.D. Hackbarth, 'Eliminating Waste in US Health care', *Journal of the American Medical Association*, 2012;307(14):1513-16.
- 28 SCP, Continu onderzoek Burgerperspectieven, *Burgerperspectieven 2016*|4, Den Haag: 2016.

- 29 A. Sena, *Commodities and capabilities*, Amsterdam: North Holland, 1985.
- 30 M. Nussbaum, *Creating Capabilities: The Human Development Approach*, Cambridge: MA: Harvard University Press, 2011.
- 31 J. Rawls, *A Theory of Justice*, Cambridge, Massachusetts: Belknap press, 1971.
- 32 W.K. Viscusi en J.E. Aldy, 'The value of a statistical life: a critical review of market estimates throughout the world', *Journal of Risk and Uncertainty*, 2003;27(1): 5-76.
- 33 F.A. Sloan, W.K. Viscusi en H.W. Chesson, 'Alternative approaches to valuing intangible health losses: the evidence for multiple sclerosis', *Journal of Health Economics*, 1998;17(4):475-97.
- 34 M.J. van der Aa, S. Klosse, A.T.G. Paulus, S.M.A.A. Evers en J.A.M. Maarse, 'Solidarity in insuring financial risks of illness: a comparison of the impact of Dutch policy reforms in health insurance since the 1980s', *Journal of Comparative Policy Analysis*, 2018: doi: 10.1080/13876988.2017.1415561.
- 35 A.L. Schneider, H. Ingram en P. DeLeon, *Democratic Policy Design: Social Construction of Target Populations*, in: P.A. Sabatier en C.M. Weible, *Theories of the Policy Process* 3<sup>rd</sup> ed., Boulder Colorado: Westview Press, 2014.
- 36 Centraal Planbureau (CPB), *Analyse economische en budgettaire effecten van de financiële bijlage van het Regeerakkoord*, Den Haag: 4 oktober 2017.
- 37 M. Wenzl, H. Naci en E. Mossialos, 'Health policy in times of austerity – A conceptual framework for evaluating effects of policy on efficiency and equity illustrated with examples from Europe since 2008', *Health Policy*, 2017;121(9):947-54.
- 38 Pakketadvies Zorginstituut over pembrolizumab, 14 december 2016; en Farmacotherapeutisch rapport pembrolizumab (Keytruda®) bij de behandeling van niet-kleincellig longkanker met PD-L1-expressie, 11 november 2016.
- 39 E.J.M. Oberjé, M.A.C. Tanke en P.P.T. Jeurissen, *Antimicrobial Stewardship Initiatives Throughout Europe: Proven Value for Money*, in: Infectious disease reports 9(6800):42-47, maart 2017.
- 40 Prof. M. Rovers (persoonlijke communicatie met een van de auteurs).
- 41 B.A. Ravesteijn, E.B. Schachar, A.T.F. Beekman, R.T.J.M. Janssen en P.P.T. Jeurissen, 'Association of cost-sharing with mental healthcare use, involuntary commitment and acute care', *JAMA Psychiatry*, 2017;74(9):1-9.
- 42 M. Wenzl, H. Naci en E. Mossialos, 'Health policy in times of austerity – a conceptual framework for evaluating effects of policy on efficiency and equity illustrated with example from Europe since 2008', *Health Policy*, 2017;121(9):947-954.
- 43 Federatie van Medisch Specialisten (FMS), *Adviesrapport Zorgevaluatie: Van project naar proces*, Utrecht: 2016
- 44 D.J. Morgan, S.S. Dhruva, E.R. Coon, S.M. Wright en D. Korenstein, '2017 Update on medical overuse: A systematic review', *JAMA Internal Medicine*, 2018;178(11):110-15.
- 45 E. Ostrom, *Understanding Institutional Diversity*, Princeton NJ: Princeton University Press, 2005.

- 46 K.A. Arrow, 'Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care', *American Economic Review*, 1963;53(5):941-73.
- 47 F.A. Sloan en C.R. Hsieh, *Health Economics*, MIT Press, 2017.
- 48 W.P.M.M. van der Ven, K. Beck, F. Buchner, E. Schokkaert, A. Shmueli, J. Wasem en F.T. Schut, 'Preconditions for efficiency and affordability in competitive health-care markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?', *Health Policy*, 2013;109(3):226-45.
- 49 R.E. Bes, E.C. Curfs, P.P. Groenewegen en J.D. de Jong, 'Health plan choice in the Netherlands: restrictive health plans preferred by young and healthy individuals', *Health Economics, Policy, and Law*, 2017;12(3):345-62.
- 50 P. Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, reprint edition 1984.
- 51 Ch.O. Jones, *An Introduction to the Study of public policy*, Belmont CA: Wadsworth Publishing Company, 1970.
- 52 J.A.M. Maarse, *Beleid en Besturing in de zorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 2018.
- 53 P. Cairney en T. Heikkilä, *A comparison of theories of the policy process*, in: P.A. Sabatier en C.M. Weible, *Theories of the Policy Process* 3rd edition, Boulder: Westviewpress, 2014.
- 54 H.C. Jenkins-Smith, D. Nohrstedt, C.M. Weible en P.A. Sabatier, *The Advocacy Coalition framework: Foundations, Evolution, and Ongoing Research*, in: P.A. Sabatier en C.M. Weible, *Theories of the Policy Process* 3rd edition, Boulder: Westviewpress, 2014.
- 55 R.A. Alford, 'The Political Economy of Health Care: Dynamics Without Change', *Politics and Society*, 1972;12:127-64.
- 56 F.W. Scharpf, *Games real actors play. Actor-centered institutionalism in policy research*, Westviewpress, 1997.

## 2. Zorguitgaven

Johan Polder

### Kernboodschappen

- De zorguitgaven stijgen in alle westerse landen sneller dan dat de economie groeit
- De zorguitgaven stijgen met name door nieuwe medische technologie, in samenspel met demografische en epidemiologische veranderingen
- De stijging van de zorguitgaven wordt door de overheid in lijn gebracht met de stijging van de welvaart
- Tegenover de zorguitgaven staan zorgbaten als gezondheid, solidariteit en andere maatschappelijke baten
- Binnen de zorg staat het beleid voor de uitdaging om een nieuwe balans te vinden tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, tussen preventie, curatieve en langdurige zorg, en tussen particuliere en collectieve zorg

In dit hoofdstuk zetten we de zorguitgaven in de schijnwerpers. Daarbij gaat het vooral om de feiten. Eerst volgen we de ontwikkeling van de uitgaven in de tijd, vanaf het begin van de jaren zeventig tot nu (zie paragraaf 2.1). Daarna bekijken we waaraan de zorgeuro's worden uitgegeven. En dan kijken we niet alleen naar de aanbieders van zorg, maar ook naar de ziekten en aandoeningen waarvoor mensen zorg nodig hebben (zie paragraaf 2.2). Vervolgens gaan we dieper in op de oorzaken van de uitgavenstijging (zie paragraaf 2.3). Het hoofdstuk wordt besloten met een aantal beleidsopgaven (zie paragraaf 2.4).

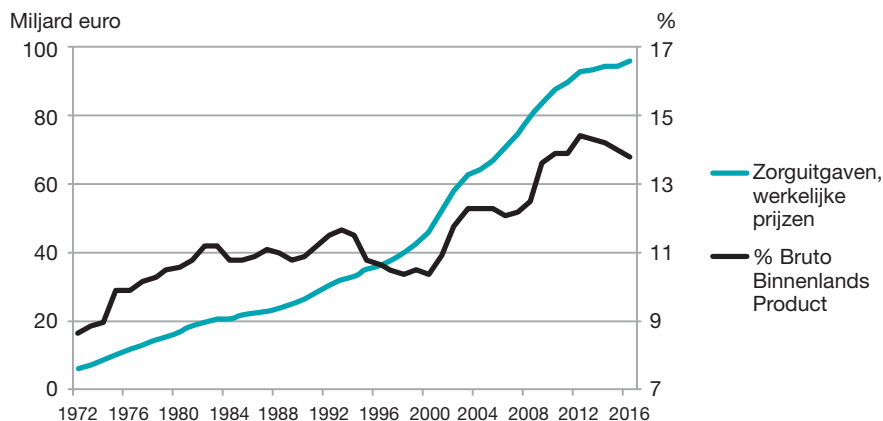
### 2.1 Hoogte en herkomst

#### 2.1.1 Stijgende zorguitgaven

In 2016 bedroegen in Nederland de totale zorguitgaven volgens de ruimste definitie 96,1 miljard euro. Dit is zo'n groot bedrag dat de meeste mensen zich daar weinig meer bij kunnen voorstellen. Om er wat gevoel bij te krijgen, kan het helpen om de uitgaven terug te rekenen naar dimensies die we beter kunnen overzien. Per uur gaat het bijvoorbeeld om 11 miljoen euro, en dat 7 dagen per week, 24 uur per dag. Per inwoner van Nederland gaat het om 5644 euro, en dat houdt in dat Jan Modaal zeker één dag per week moet werken om de zorg draaiende te houden. Vaak worden de totale zorguitgaven afgezet tegen de nationale welvaart in termen van het bruto binnenlands product (bbp). In 2016 ging het dan om 13,8 procent van het bbp. Figuur 2.1 laat zien hoe dit percentage sinds 1972 is toe- en afgenomen. Het patroon is grillig. In de jaren zeventig stegen de zorguitgaven snel, waardoor ook het aandeel in het bbp toenam. De jaren tachtig werden juist gekenmerkt door een geringe toename die in lijn was met de economische groei. Het aandeel van de zorguitgaven in het bbp bleef stabiel. Tegen het einde van de jaren negentig daalde het aandeel zelfs. Dit kwam vooral door de aantrekkende economie. Vanaf het

nieuwe millennium laat de curve in Figuur 2.1 een snelle stijging zien, aanvankelijk door de sterk stijgende zorguitgaven en daarna ook door de economische recessie. De piek lag in 2012, daarna daalde het percentage door een gunstige combinatie van op beheersing gerichte maatregelen en een voorzichtig herstel van de economie.

**Figuur 2.1** Zorguitgaven 1972-2016 in werkelijke prijzen en als aandeel in het bruto binnenlands product

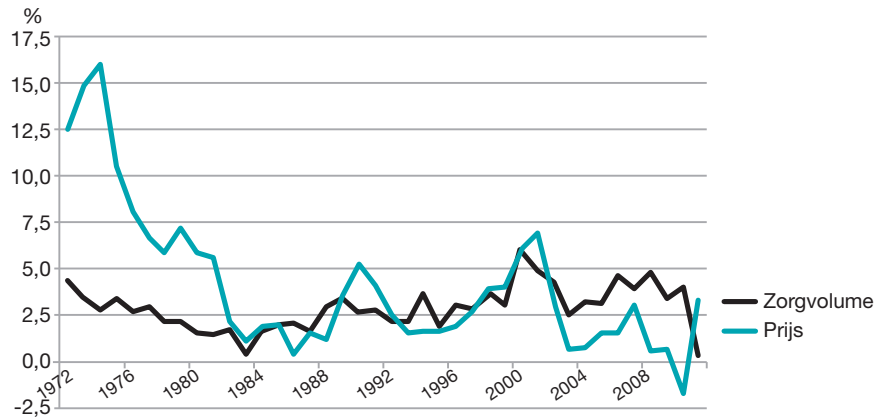


Bron: Zorgrekeningen CBS.

Tussen 1972 en 2016 stegen de zorguitgaven van ruim 6 naar ruim 96 miljard euro (zie Figuur 2.1). Achter deze gestaag oplopende curve gaat een samenspel van prijs- en volumeontwikkelingen schuil, die door het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn ontrafeld (zie Figuur 2.2). In de jaren zeventig was het vooral de zorgprijs die steeg en die een sterke toename van de uitgaven veroorzaakte. Daarna hielden prijs en volume gedurende een lange periode min of meer gelijke tred, met wat uitschieters in de prijsontwikkeling als gevolg van inhaalrondes in de lonen van het zorgpersoneel. In de periode 2002-2012 is vooral de volumestijging van belang, en de grafiek laat zien dat deze sinds eind jaren negentig beduidend hoger ligt dan in de decennia daarvoor. Het betreft vooral een toename van het aantal ziekenhuisverrichtingen, thuiszorguren en verblijfsdagen in de langdurige zorg die beleidsmatig allemaal zijn terug te voeren op het zogeheten 'boter-bij-de-vis-beleid'. Dit hield in dat alle feitelijke geleverde zorg ook werd vergoed. Ook de invoering van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel in 2006 en de introductie van marktwerking gaven het zorgvolume een impuls. Aan de andere kant zorgde het nieuwe stelsel tevens voor een daling van de prijs, die in Figuur 2.2 is terug te zien rond 2010. Deze daling was het gevolg van het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars en de sterke prijsdalingen die zij voor generieke geneesmiddelen bij de openbare apotheken hadden bedongen. Vanaf 2012, tenslotte, is ook de volumegroei afgenomen onder invloed van de economische recessie en de meerjarenakkoorden die de minister van Volksgezondheid met de zorgkoepele heeft afgesloten. Daardoor is ook de uitgavenontwikkeling afgeremd, zoals is te zien in Figuur 2.1. Bezien we de gehele periode vanaf 1972, dan zijn de uitgaven gemiddeld

met 6,9 procent per jaar gestegen. Het zorgvolume was goed voor een jaarlijkse toename van 2,9 procent, en de zorgspecifieke prijzen stegen (inclusief de algemene inflatie) met gemiddeld 4,0 procent per jaar. Prijsstijgingen zijn dus een belangrijkere verklaring voor de stijging van de zorguitgaven in deze periode dan volumestijgingen.

**Figuur 2.2** Prijs- en volumeontwikkeling van de gezondheidszorg, 1972-2012 (jaarlijkse groei in %)



Bron: Zorgrekeningen CBS.

### 2.1.2 Financiering van de zorg

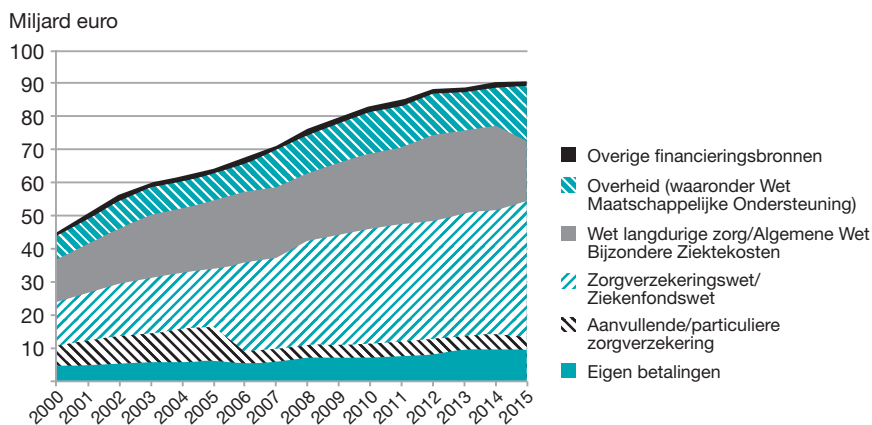
De zorguitgaven worden in hoofdzaak bekostigd via zorgverzekeringen, waarvan de Zorgverzekeringswet (Zvw) veruit de grootste is, met 44,9 procent van de totale zorguitgaven (exclusief kinderopvang) in 2015. Via de Wet Langdurige Zorg (Wlz) werd in dat jaar 19,5 procent van de zorgkosten bekostigd en via aanvullende particuliere verzekeringen nog eens 4,7 procent. Deze cijfers zijn exclusief de betalingen die burgers zelf hebben gedaan, bijvoorbeeld vanwege het eigen risico of in de vorm van verplichte eigen bijdragen of uitgaven aan niet-verzekerde zorg. Daarmee was in 2015 in totaal 10,7 procent van de zorguitgaven gemoeid. Het resterende deel werd rechtstreeks door de landelijke of gemeentelijke overheid bekostigd (18,5 procent) en door overige financieringsbronnen (1,6 procent). Uit deze cijfers volgt dat de gezondheidszorg in hoofdzaak publiek wordt gefinancierd. Wanneer we de aanvullende verzekering en de eigen betalingen aanmerken als particuliere zorguitgaven, werd 15 procent van de zorg in 2015 privaat gefinancierd en 85 procent publiek. In 2000 was die verhouding overigens nog 25/75, wat erop wijst dat de zorg sindsdien steeds collectiever is geworden.

Dat blijkt ook uit Figuur 2.3, waarin de financiering van de zorg voor de periode 2000-2015 in beeld is gebracht. De curves geven een aantal interessante details. Bijvoorbeeld dat in 2006 de Zorgverzekeringswet werd ingevoerd en er een einde kwam aan de particuliere basisverzekering. Daardoor werd de zorg aanmerkelijk collectiever. Ook toont Figuur 2.3 rond 2008 de financiële gevolgen van de verschuiving van een deel van de geestelijke gezondheidszorg vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Als derde kan de komst van de Wlz in 2015 worden genoemd, waarbij grote delen van



de AWBZ, waaronder de jeugdhulp, werden overgeheveld naar de gemeenten en daarmee naar overheidsfinanciering. Het meest opmerkelijke is misschien wel dat de totale zorguitgaven een redelijk rimpelloze trend laten zien, terwijl er onder de oppervlakte allerlei verschuivingen plaatsvonden tussen de verschillende financieringsbronnen.

**Figuur 2.3** Financiering van de zorguitgaven (exclusief kinderopvang) in 2000-2015



Bron: Maatwerktabel CBS.

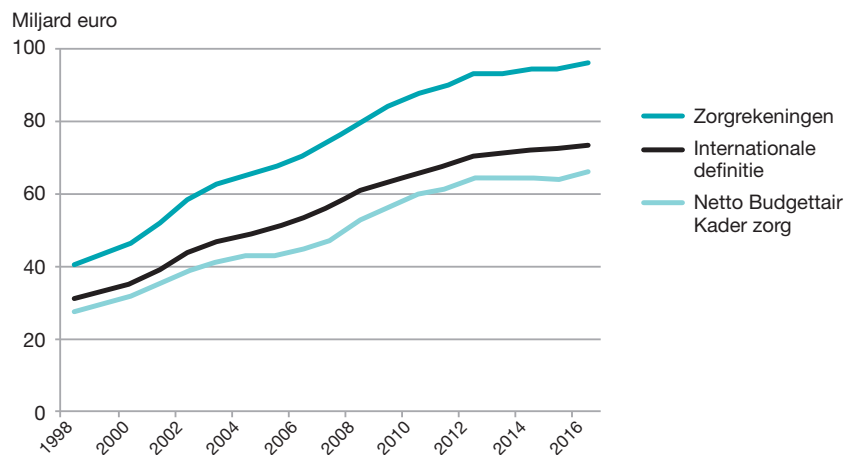
### 2.1.3 Drie definities van zorguitgaven

Stilzwijgend zijn we hierboven uitgegaan van de definitie van de zorguitgaven die het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in de Zorgrekeningen hanteert. Dat is een erg brede definitie, die ook allerlei vormen van welzijnsactiviteiten en zelfs ook de kinderopvang omvat. Ook de particuliere uitgaven zitten er in de meest uitgebreide vorm in, variërend van het verplichte eigen risico tot de vrijwillige maaltijd in het bezoekersrestaurant van het ziekenhuis. Vanuit het perspectief van de overheidsfinanciën en de politieke verantwoordelijkheid van de minister is deze afbakening van de zorguitgaven te ruim. Daarom wordt door het ministerie van Volksgezondheid het Budgettair Kader Zorg (BKZ) gehanteerd. Daaronder vallen alle premiegefinancierde zorguitgaven (Zvw, Wlz) en een groot deel van de begrotingsgefinancierde zorg (vooral de WMO).<sup>1</sup> Buiten het BKZ vallen bijvoorbeeld de uitgaven aan gemeentelijke gezondheidsdiensten, arbo-diensten, jeugdzorg en lokaal welzijnswerk. In het bruto-BKZ wordt ook een aantal eigen betalingen meegerekend, waaronder het verplichte eigen risico en de eigen bijdragen in het kader van de Wlz. In het netto-BKZ blijven deze buiten beschouwing. Van belang is om op te merken dat het BKZ in termen van het zorgaanbod in verschillende jaren anders kan zijn afgebakend, door pakketmaatregelen of door de overheveling van voorzieningen vanuit bijvoorbeeld de verzekering naar gemeenten. Het netto-BKZ is bovendien gevoelig voor beleidsveranderingen in de hoogte van het eigen risico of van andere vormen van eigen betalingen. In termen van het netto-BKZ bedroegen de zorguitgaven in 2016 ruim 66 miljard euro, 30 miljard minder dan in de Zorgrekeningen. Het maakt dus nogal uit welke definitie wordt gehanteerd. Dat geldt ook voor internationale

vergelijkingen, en dan is een probleem dat de scheidslijnen van de gezondheidszorg in verschillende landen heel anders worden getrokken. Zo valt de gehandicaptenzorg in de meeste landen niet onder de definitie van de zorguitgaven, terwijl dat in Nederland wel het geval is. Omgekeerd vallen aanvullende verzekeringen en een groot deel van de eigen betalingen niet onder het netto-BKZ, maar worden deze internationaal gezien wel tot de zorguitgaven gerekend. De Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) heeft in het System of Health Accounts (SHA) alle zorgdefinities min of meer geharmoniseerd. Volgens het SHA bedroegen de Nederlandse zorguitgaven in 2016 ruim 73 miljard euro. Figuur 2.4 toont de drie benaderingen voor de achterliggende decennia. De grafiek laat duidelijk zien dat de netto-BKZ uitgaven tussen 2011 en 2015 min of meer constant waren, terwijl de uitgaven in de andere definities toenamen. Dit kan duiden op budgettaire verschuivingen. Zo is in 2013 het eigen risico in de Zvw verhoogd tot € 385. Hierdoor nam de groei van het netto-BKZ af, maar in de internationale definitie zie je dat niet terug. Ook als het gaat om de gevolgen van beleidsmaatregelen op de zorguitgaven, doet het er dus erg toe vanuit welke definitie naar de uitgaven wordt gekeken.

De Zorgrekeningen hebben het grote voordeel van een stabiele tijdreeks, waarmee deze bron is aangewezen om de ontwikkeling van de totale zorguitgaven door de tijd te volgen en te analyseren. Het SHA biedt de definitie die nodig is voor internationale vergelijkingen. En het BKZ sluit het meest aan op de Rijksbegroting en de politieke verantwoordelijkheid van de minister. De ene benadering is niet beter dan de andere. Elk zijn ze passend in een verschillende context. Van belang is om altijd helder te zijn over de definitie die wordt gebruikt.

**Figuur 2.4** Drie benaderingen van de zorguitgaven, 1998-2016



Bron: CBS.

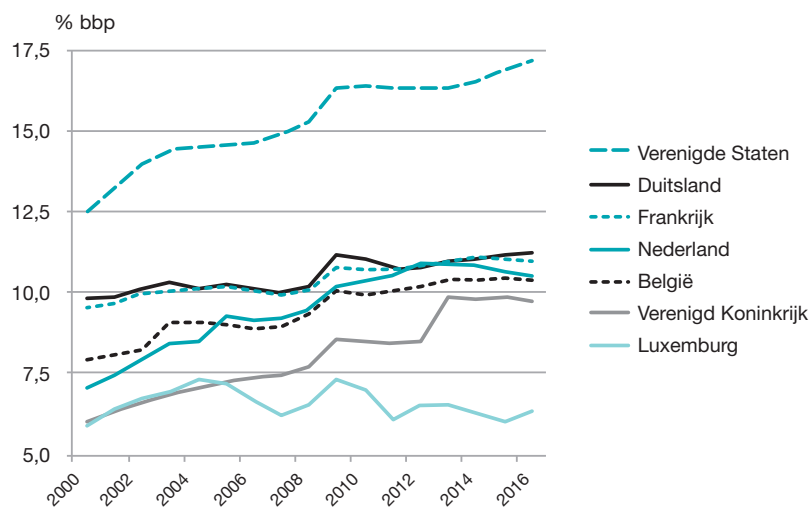
#### 2.1.4 Een blik over de grens

Met de stijgende zorguitgaven staat Nederland niet alleen. Figuur 2.5 toont het aandeel van de zorg in het bbp voor een aantal OECD-landen. In veel landen wordt zo'n 10-12

procent van het bbp aan de zorg uitgegeven, een percentage dat over lange perioden gezien toeneemt, zij het met verschillende tempo's en schokken. Voor de toekomst verwacht de OECD een verdere toename van de zorg binnen het bbp met twee procentpunten.<sup>2</sup> Alleen in de Verenigde Staten wordt nu al aanzienlijk meer uitgegeven. In Luxemburg is het aandeel in het bbp beduidend lager, wat vooral komt door de enorme welvaart in dat land. In absolute bedragen zijn de zorguitgaven daar wel hoger dan in de andere Europese landen. Achter deze curves gaan grote verschillen schuil in de wijze waarop landen hun gezondheidszorg organiseren en financieren en welke maatregelen zij treffen om de zorguitgaven in toom te houden. De OECD maakt daar sinds jaar en dag analyses van. Als het gaat om de meest recente jaren, concludeert de OECD dat de uitgavenstijging in de meeste landen vooral kan worden verklaard door een toename van de langdurige zorg. Daarmee hebben we meteen een reden te pakken voor het afwijkende patroon van Nederland. In internationaal verband kenmerkte ons land zich namelijk altijd door lagere uitgaven voor curatieve zorg en veel hogere uitgaven voor langdurige zorg. Maar de laatste jaren zijn deze verschillen bijgetrokken, eerst door de komst van de Zvw en de toename van de curatieve zorguitgaven, en daarna door de komst van de Wlz en bezuinigingen op de langdurige zorg.

De verschillen tussen landen zijn dus groot. Maar tegelijkertijd hebben de opwaartse curven in Figuur 2.5 ook een algemeen patroon in zich. Een soort onontkoombaarheid van een verdere uitgavenstijging waar de OECD ook al op wees, en die enkele gezaghebbende gezondheidseconomen tot de verzuchting bracht: "The oh-so straight and narrow path – can the health care expenditure curve be bent?"<sup>3</sup>

**Figuur 2.5** Zorguitgaven in enkele landen die lid zijn van de OECD. Aandeel van de zorguitgaven overeenkomstig de definitie van het System of Health Accounts in het bbp, 2000-2016



Bron: OECD.

## 2.2 Besteding en baten

### 2.2.1 Aanbieders van zorg en welzijn

Veruit het grootste deel van de zorguitgaven gaat naar ziekenhuizen en medisch specialisten, namelijk ruim 28 procent in 2016 (zie Tabel 2.1). In 1998 was dit aandeel nog lager. De tabel toont dan ook een bovengemiddeld groeicijfer voor de ziekenhuiszorg (5,7 procent per jaar). Voor een deel heeft dit te maken met de overheveling van (dure) geneesmiddelen vanuit de openbare farmacie. In 2015 waren die overgehevelde medicijnen samen goed voor 911 miljoen euro,<sup>4</sup> overeenkomend met 3,3 procent van het totale ziekenhuisbudget. Voor de overheveling vielen deze uitgaven, die toen overigens wel lager waren, onder de extramurale geneesmiddelen. Het aandeel van de extramurale geneesmiddelen in de totale zorguitgaven is dan ook teruggelopen van 8,3 procent naar 5,8 procent. Dat is overigens niet alleen het gevolg van deze overheveling. De geringe groei van de geneesmiddelenkosten komt vooral door grote prijsdalingen voor generieke geneesmiddelen onder invloed van het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars. Tabel 2.1 toont verder hoge uitgaven voor ouderenzorg, met afnemend aandeel in de periode 1998-2016, en voor de gehandicaptenzorg met een stijgend aandeel in het totaal. Aan huisartsenzorg werd in 2016 3,1 procent van het totale zorgbudget uitgegeven, verhoudingsgewijs iets minder dan twintig jaar daarvoor. Opvallend zijn verder de relatieve teruggang bij de Arbo- en reïntegratiezorg en de sterke toename van de uitgaven aan kinderopvang, die in de Zorgrekeningen ook worden meegenomen. Met 0,8 procent van het totaal waren de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD-en) in 2016 het minst bedeed. In 1998 was dat niet anders. Een belangrijke les uit Tabel 2.1 is dan ook dat de verdeling van de zorguitgaven over de verschillende zorgsectoren over lange perioden redelijk stabiel is. Trendmatige ontwikkelingen, zoals dat mensen steeds meer thuis hun zorg krijgen, tasten de gevestigde sectorale posities vooralsnog nauwelijks aan.

### 2.2.2 Ziekten en aandoeningen

Belangrijker dan de aanbieders zijn de zorgvragers. Het zijn immers hun zorgbehoeften waaraan de aanbieders tegemoetkomen en waaraan de zorguitgaven worden besteed. De aanleiding tot die zorgbehoeften wordt in belangrijke mate gevormd door ziekten en aandoeningen. Uit RIVM-onderzoek is bekend wat de zorguitgaven voor alle afzonderlijke ziekten en aandoeningen zijn. Figuur 2.6 geeft daarvan een samengevat beeld, waarbij voor de zorguitgaven de definitie van de Zorgrekeningen is gebruikt.<sup>5</sup> Met stip staan psychische stoornissen op de eerste plaats. Die hoge notering is zo doordat de International Classification of Diseases (ICD) daar ook verstandelijke beperkingen (en daarmee het overgrote deel van de gehandicaptenzorg) en dementie (hoge kosten door verpleeghuiszorg) onder schaaft. Mensen die zichzelf in hun dagelijkse leven niet of niet meer kunnen redden vanwege aangeboren beperkingen of cognitieve achteruitgang hebben veel zorg en langdurige begeleiding nodig, waardoor de kosten hoog oplopen. Dit geldt ook voor patiënten die een beroerte (onder hart- en vaatziekten) hebben gehad. Op de tweede plaats staan de zorguitgaven die niet aan een specifieke ziekte kunnen worden toegewezen. Het betreft onder meer de woonkosten in verzorgingshuizen en de uitgaven aan jeugdzorg, kinderopvang en

bedrijfsgezondheidszorg. In eerdere jaren stonden deze uitgaven op de eerste plaats, maar door de krimp van de verzorgingshuizen zijn ze naar de tweede plaats verdrongen.

**Tabel 2.1 Zorguitgaven naar zorgaanbieder, 1998-2016. Uitgaven in miljarden euro's en jaarlijkse stijging in percentages**

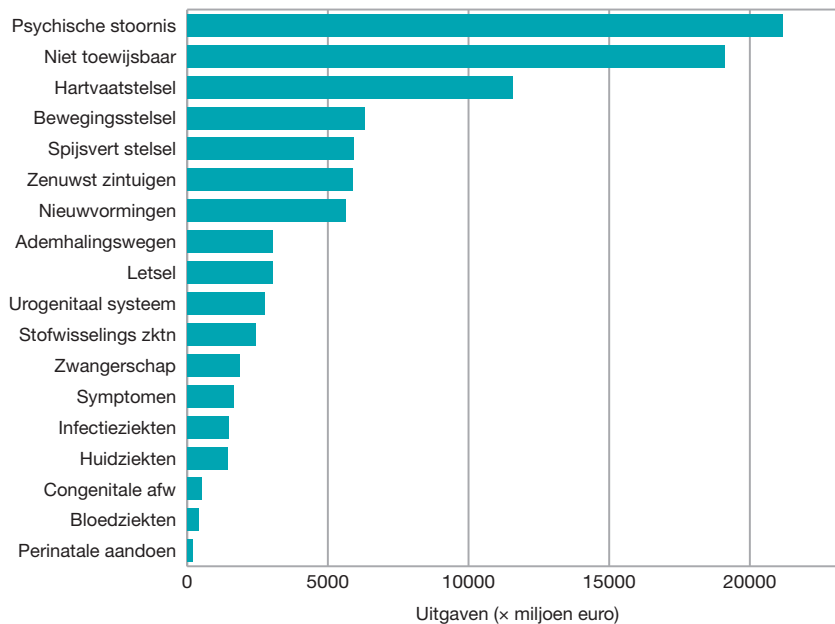
	1998		2016		jaarlijkse groei 1998-2016
	miljard euro	aandeel (%)	miljard euro	aandeel (%)	(%)
Ziekenhuizen en medisch specialisten	9.897	24,6	27.006	28,1	5,7
Geestelijke gezondheidszorg	2.435	6,0	6.610	6,9	5,7
Huisartsenpraktijken	1.318	3,3	2.942	3,1	4,6
Tandartsenpraktijken	1.191	3,0	2.770	2,9	4,8
Paramedische praktijken	965	2,4	2.436	2,5	5,3
Geneesmiddelen	3.365	8,3	5.567	5,8	2,8
Therapeutische middelen	1.638	4,1	3.105	3,2	3,6
Ouderenzorg	7.527	18,7	16.932	17,6	4,6
Gehandicaptenzorg	3.429	8,5	9.657	10,0	5,9
GGD-en	354	0,9	769	0,8	4,4
Arbo en re-integratie	742	1,8	931	1,0	1,3
Ondersteunende diensten	396	1,0	2.027	2,1	9,5
Overige geneeskundige en langdurige zorg	1.063	2,6	2.313	2,4	4,4
Kinderopvang	1.176	2,9	4.049	4,2	7,1
Jeugdzorg	824	2,0	1.808	1,9	4,5
Overige welzijnszorg	2.228	5,5	3.844	4,0	3,1
Beleids- en beheerorganisaties	1.762	4,4	3.379	3,5	3,7
Totaal zorguitgaven, incl. welzijn	40.309	100,0	96.146	100,0	4,9

Bron: Zorgrekeningen CBS.

Als we Figuur 2.6 verder aflopen, blijkt dat we ook veel geld uitgeven aan alledaagse klachten als problemen met het zien en horen (zenuwstelsel en zintuigen), waarbij het vooral gaat om brillen, contactlenzen en gehoorapparaten, en verder ook aan het spijsverteringsstelsel vanwege de tandheelkundige hulp voor gebitsafwijkingen. Aan kanker (nieuwvormingen) geven we minder uit. Maar dat komt juist ook door de ernst van de 'gevreese ziekte'. Daardoor is het beloop kort in vergelijking met chronische aandoeningen als dementie, reuma (artrose) en hartfalen, en blijven de totale uitgaven ondanks de vaak dure behandelingen toch weer beperkt. De laatste jaren lopen de kosten van kanker wel in op die van andere ziekten. Dit komt vooral door de introductie van nieuwe kankermiddelen en therapieën waarvan de kosten per patiënt kunnen oplopen tot wel honderduizend euro per jaar.

In deze cijfers is elke zorgeuro precies een keer meegeteld. Daardoor zijn dubbel-tellingen voorkomen en is een dwarsdoorsnede van de zorguitgaven over de gehele bevolking gemaakt. Dit heeft als voordeel dat zo een getrouw beeld ontstaat van de verdeling van het totale zorgbudget over grote ziektegroepen. De figuur schetst het grote epidemiologische verhaal van de zorguitgaven. Voor de individuele burger is het plaatje veelal heel anders, met grote onderlinge verschillen. Veel mensen hebben meer dan één ziekte tegelijk, en daardoor kunnen de kosten per patiënt snel oplopen.<sup>6</sup> Het is daarom van belang om ook vanuit leeftijd en levensloop naar de zorguitgaven te kijken.

**Figuur 2.6** Zorguitgaven (volgens de zorgrekeningen) naar ziekten en aandoeningen in 2015



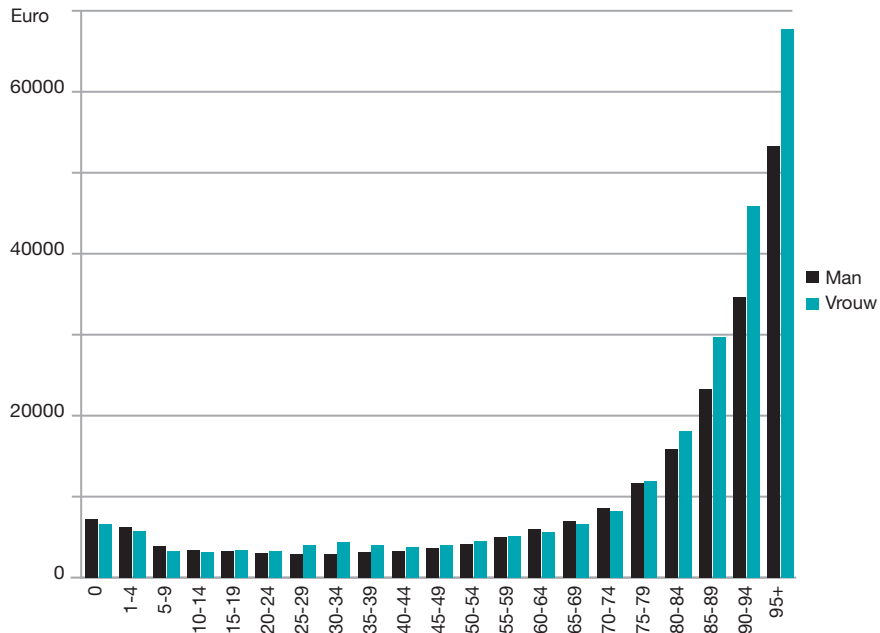
Bron: RIVM.

### 2.2.3 Leeftijd en levensloop

De zorguitgaven hangen sterk samen met de leeftijd. Figuur 2.7 toont hogere gemiddelde uitgaven in de eerste levensjaren. Daar zijn twee redenen voor. De eerste betreft de intensieve en dure ziekenhuiszorg voor een kleine groep pasgeborenen met ernstige ziekten en complicaties. De tweede reden is dat het CBS ook de uitgaven aan kinderopvang heeft meegenomen in de Zorgrekeningen. Voor dit verhaal is dat verder niet interessant. Gemiddeld genomen zijn de zorgkosten laag voor mensen in hun jeugd en volwassenheid. Vanaf 75-jarige leeftijd stijgen de uitgaven sterk. Veel mensen op oudere leeftijd hebben meer dan één aandoening, waardoor hun zorguitgaven extra snel oplopen. Dat geldt voor zowel de curatieve zorg als de langdurige zorg. Op hoge leeftijd nemen de uitgaven aan langdurige zorg sterk toe. Dit geldt vooral voor vrouwen. Dat komt door hun hogere levensverwachting. Vrouwen zijn daardoor vaker alleenstaand

dan mannen en doen een groter beroep op formele zorg. Iedereen die een verzorgingshuis of verpleeghuis binnenloopt, ziet dat in één oogopslag.

**Figuur 2.7** Zorguitgaven (volgens de zorgrekeningen) naar leeftijd en geslacht per inwoner van Nederland in 2015



Bron: RIVM.

Wat je niet in één oogopslag ziet, is dat op de horizontale as van Figuur 2.7 misschien iets anders staat dan leeftijd. Natuurlijk, er staat leeftijd, maar de Zwitserse gezondheidseconoom Peter Zweifel heeft dat een ‘red herring’ genoemd, een verschijnsel dat je op het verkeerde been zet.<sup>7</sup> Je denkt dat de zorgkosten sterk oplopen met de leeftijd van mensen, maar in feite zijn het de hoge kosten in het laatste levensjaar die, in combinatie met de relatief grotere sterfte onder ouderen, ervoor zorgen dat de zorgkosten zo’n duidelijk leeftijdsprofiel hebben. Voor tal van landen is dit inzicht bevestigd, waaronder voor Nederland.<sup>8</sup> Globaal blijken de zorgkosten in het laatste jaar zo’n vijftien keer hoger te zijn dan de zorgkosten in elk van de voorafgaande levensjaren. Naarmate de leeftijd van overlijden hoger is, zijn de kosten in het laatste jaar wat lager dan bij overlijden op jongere leeftijd. De oorzaak daarvan heeft vooral te maken met een verschuiving van doodsoorzaken. Mensen op oudere leeftijd sterven aan andere ziekten. Vaak hebben ze ook meerdere aandoeningen en een zwakkere conditie. Mogelijk speelt ook de intensiteit van behandeling een rol. Achter het algemene inzicht van hoge kosten in het laatste levensjaar gaan grote verschillen schuil, variërend van dure kankerzorg tot lage kosten voor mensen die aan een hartinfarct overlijden, maar ook van multimorbiditeit en het steeds chronischer worden van hart- vaat- en longziekten

tot de hoge zorgkosten voor patiënten met reuma en artrose gedurende een lange reeks van jaren. Hooguit kan worden gezegd dat een bepaalde behandeling duur is. Voor de volksgezondheid in Nederland zijn de interacties tussen epidemiologische transitie, ontwikkelingen in de medische technologie en een toenemende levensverwachting dan ook belangrijker dan het laatste levensjaar als zodanig.<sup>9</sup>

Wat wel zinvol kan zijn, is om te kijken hoe het staat met de zorgkosten over de levensloop. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat over de gehele levensloop gemeten mensen aanzienlijk minder verschillen in hun zorgkosten dan wanneer naar een willekeurig kalenderjaar of levensjaar wordt gekeken.<sup>10</sup> Bijna iedereen krijgt namelijk wel een keer te maken met intensieve en dure zorg. Vaak is dat aan het einde van het leven, maar ook kort na de geboorte kan dat voorkomen, of op middelbare leeftijd. Wanneer we naar de totale zorgkosten tussen wieg en graf kijken, worden de verschillen tussen mensen kleiner. Dat haalt de klem af van hoge kosten in een afzonderlijk levensjaar, en draagt ook bij aan de bereidheid van mensen om via de zorgverzekering aan de hoge kosten van anderen mee te betalen, vanuit de verwachting dat ze zelf ook een keer een beroep op dure zorg zullen doen. Dat geldt zowel voor zieke als gezonde mensen. Uit onderzoek blijkt ook dat alle mensen vanaf hun 65<sup>e</sup> jaar gemiddeld genomen evenveel zorg gebruiken, ongeacht of ze zich gezond voelen of ongezond.<sup>11</sup> Dat die kosten zo weinig verschillen, komt doordat gezonde mensen weliswaar de eerste jaren minder zorg gebruiken, maar uiteindelijk veel langer leven, relatief vaker dement worden en alsnog veel zorg voor de kwalen van de hoge ouderdom nodig hebben. Overigens dragen mensen die langer leven via de zorgpremies ook langer bij aan de financiering van de zorg, maar dat aspect laten we hier verder rusten.

#### 2.2.4 Leefstijl en leefmilieu

Leefstijl is een belangrijke oorzaak van gezondheid en ziekte. De helft van de Nederlandse bevolking is te zwaar, een kwart rookt en ook het overvloedige gebruik van alcohol laat te wensen over. Leefstijl is daarmee ook een belangrijke oorzaak van zorggebruik en zorgkosten. Omdat veel factoren op elkaar inwerken, zijn precieze schattingen moeilijk te maken. Maar als vuistregel geldt dat 5 tot 10 procent van de zorguitgaven rechtstreeks is toe te wijzen aan ongezonde leefgewoonten.<sup>12</sup> Dan hebben we het over roken, voedingsgewoonten, lichaamsbeweging en alcoholgebruik. Door verbetering van leefstijl zullen de zorguitgaven dalen. Maar dat gebeurt niet van de ene op de andere dag. Op korte termijn stijgen de uitgaven vanwege de preventieprogramma's, maar op middellange termijn nemen de zorgkosten van ziekten als longkanker, diabetes en aandoeningen van het bewegingsstelsel af. Dat is dan de directe invloed. Het venijn zit 'm echter in de lange termijn. Uit levenslopanalyses volgt dat de zorguitgaven uiteindelijk toch zullen stijgen, omdat mensen ouder worden en dan te maken krijgen met aandoeningen van de oude dag die intensieve en dure zorg met zich meebrengen. De waarde van preventie zit dus niet zozeer in het vermijden van zorg en zorguitgaven, maar in al die extra levensjaren die in goede gezondheid kunnen worden doorgebracht.

Ook stress en werkdruk zijn oorzaken van ziekte en zorgkosten, en niet te vergeten echtscheidingen en lastige gezinssituaties. Het gaat dan om de zorgkosten van



depressies en psychosociale aandoeningen, en waar het de kinderen betreft om de uitgaven aan jeugdzorg. Veelal gaat het om een complex samenspel van allerlei factoren, waardoor de kosten niet zomaar aan een afzonderlijke factor kunnen worden toegewezen. Complexe omstandigheden vergen ook een integrale aanpak, waardoor de kosten uit meerdere bronnen zullen worden gefinancierd.

Leefstijl en leefmilieu zijn nauw met elkaar verbonden. De omgeving heeft een belangrijke invloed op gezondheid en ziekte, en daarmee ook op zorggebruik en zorgkosten. Dat betreft in de eerste plaats de fysieke omgeving, waarin fijnstof, lawaai en de hoeveelheid groen een fors stempel zetten op de gezondheid. Het geldt ook voor de werkomgeving. In sommige beroepen en bedrijfstakken verrichten mensen lichamelijk of psychisch zwaar werk. Veel werknemers zijn blootgesteld aan gevaarlijke stoffen en gevaarlijke omstandigheden. Dat geldt met name voor beroepen waar mensen met een lagere opleiding werken. Deze mensen blijken er ook vaak ongezondere leefgewoonten op na te houden in vergelijking met het hoger opgeleide deel van de bevolking. Mede daardoor zijn er belangrijke sociaaleconomische verschillen in gezondheid, ziekte en zorguitgaven.<sup>13</sup> Deze worden versterkt door het sociale milieu waaruit mensen afstammen en waarin ze leven, wonen en werken. Al met al gebruiken mensen met een lagere opleiding meer zorg en zijn hun zorguitgaven op jaarbasis hoger dan die van leeftijdgenoten met een hogere opleiding. Alle pogingen om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verminderen, hebben tot nu toe weinig resultaat geboekt.

### 2.2.5 Zorgopbrengsten

‘De cost gaet voor de baet uyt’, zegt het spreekwoord. Het zou dan ook niet goed zijn om eenzijdig op de zorguitgaven te letten in termen van kosten. Zoals bij elke uitgave wordt er geld betaald om daarvoor iets terug te ontvangen. De gezondheidszorg kent vele baten, zowel persoonlijk als maatschappelijk. De belangrijkste daarvan betreffen gezondheid. De gezondheidsbaten van de moderne geneeskunde zijn enorm. De levensverwachting stijgt over lange termijnen met zo’n 2 tot 3 jaar per decennium. De jaren die erbij komen worden over het algemeen in goede gezondheid doorgebracht. Uit diepgaande analyses blijkt dat zeker de helft van deze toenemende gezondheid op het conto van de gezondheidszorg kan worden geschreven.<sup>14</sup> Dat geldt in het bijzonder voor infectieziekten en hart- en vaatziekten, maar de laatste jaren worden ook bij kanker, de belangrijkste doodsoorzaak, forse gezondheidswinsten geboekt. Dat laatste gebeurt weliswaar tegen hoge kosten. Het wordt steeds duurder om dezelfde gezondheidswinst te realiseren,<sup>15</sup> waarmee de kosten-batenverhouding een belangrijk element is in het debat over de zorguitgaven. Omvangrijke investeringen in de ouderenzorg aan het begin van het nieuwe millennium zijn eveneens in verband gebracht met een snelle toename van de levensverwachting in Nederland.<sup>16</sup> Wanneer al deze gezondheidsbaten worden gewaardeerd met een veel genoemd bedrag van 80.000 euro per gezond levensjaar,<sup>17</sup> dan hebben de zorguitgaven een geweldig maatschappelijk rendement. Daarbij moeten we meteen wel opmerken dat deze waarderingseuro’s niet op een bankrekening worden bijgeschreven, en dus geen investeringseuro’s zijn die opnieuw kunnen worden uitgegeven. Gelukkig zijn er ook nog andere baten.

Dat mensen met gezondheidsklachten en ziekten ruime toegang hebben tot artsen en andere professionele zorgverleners, wordt als een afzonderlijke bate van de gezondheidszorg gezien. Zonder aanzien des persoons en met de meest actuele kennis en de modernste apparatuur, wordt tegemoetgekomen aan de nood die mensen ervaren. En dat als regel ook op een invoelende, menselijke manier. Alleen al de wetenschap dat dit zo is, zonder er gebruik van te maken, is al een belangrijke verdienste. De World Health Organization (WHO) heeft dit de ‘responsiveness’ van het zorgstelsel genoemd. In Nederland is dat wat beperkter geïnterpreteerd en uitgewerkt als: klantervaringen in de zorg.

Solidariteit is een bate die hier dicht tegenaan ligt. Immers, de gemakkelijke en ruime toegang tot de gezondheidszorg heeft alles te maken met de financiering van de zorg door zorgverzekeringen. Omdat de kosten worden gedeeld, kunnen mensen zorg gebruiken die ze anders niet zouden kunnen betalen. De zorgverzekering draagt zo bij aan het maatschappelijk welbevinden, en heeft daarmee een bredere betekenis dan alleen de herverdeling van gelden. Daar zit ook een minder leuke kant aan. Want omdat de kosten worden gedeeld, zijn mensen veel minder gevoelig voor de prijs van de gezondheidszorg. Dit kan leiden tot onnodig zorggebruik, wat door economen ‘moral hazard’ wordt genoemd, en hogere zorguitgaven. Solidariteit heeft vele gezichten en verschijningsvormen. Belangrijk is het onderscheid tussen warme solidariteit, het klaarstaan voor een ander, en de meer kille solidariteit van het anoniem voor elkaar betalen via het verzekeringsstelsel. Beide zijn belangrijk en noodzakelijk. Warme solidariteit is een belangrijke pijler onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Zonder mantelzorg en vrijwilligerswerk stort de participatiesamenleving in elkaar.<sup>18</sup> Bij de koude variant speelt solidariteit zowel aan de kant van de premiebetaling, die in Nederland voor het grootste deel inkomensafhankelijk is, als aan de bestedingskant, waar mensen enorm verschillen in hun zorggebruik. Globaal kan worden gesteld dat de hogere inkomensgroepen via beide routes solidair zijn met de lagere inkomensgroepen, namelijk omdat ze verhoudingsgewijs meer premie betalen en minder zorg gebruiken.<sup>19</sup>

Soms wordt ook de werkgelegenheid in de zorgsector als een maatschappelijke bate gezien. Dat is echter niet juist. Als de zorg niet nodig was omdat iedereen gezond zou zijn, zouden al die mensen in andere economische sectoren aan de slag kunnen. Toch zijn er wel degelijk arbeidsbaten, maar die zitten allemaal aan de kant van de patiënt. Omdat deze zijn gezondheid behoudt of terugkrijgt, kan hij met minder verzuim, meer productiviteit en tot een latere pensioendatum doorwerken.<sup>20</sup> Evenzo zijn er baten in de vorm van betere schoolprestaties en een gunstiger carrièreperspectief. Voor al deze baten geldt dat ze in het werkzame leven vallen. Dit onderstreept het belang van preventie en van het vroeg in de levensloop realiseren van gezondheidswinst. Daarnaast zien we ook bij gepensioneerden belangrijke maatschappelijke baten in de vorm van vrijwilligerswerk en het verlenen van mantelzorg. Ten slotte kunnen aan de aanbodkant van de gezondheidszorg medische innovaties worden genoemd. Deze hebben een uitstraling op andere sectoren van de economie en genereren ook buiten de gezondheidszorg maatschappelijke en economische winsten.

‘Health is wealth’ en dat betekent volgens Robert Fogel, Nobelprijswinnaar voor de economie in 1993, dat we de stijgende zorguitgaven altijd moeten bezien in het licht van de economische en sociale vooruitgang van de moderne tijd.<sup>21</sup>

## 2.3 Drijvende krachten

Met zoveel bestemmingen zal het niet verbazen dat de zorguitgaven ook vele drijvende krachten hebben. Die krachten komen voort uit vraag en aanbod, maar werken ook zodanig op elkaar in dat ze vaak moeilijk te ontrafelen of afzonderlijk te kwantificeren zijn. Daartoe zijn in de loop der jaren wel allerlei pogingen gedaan, met rijke databestanden en geavanceerde modellen.<sup>22</sup> Dit heeft belangrijke inzichten opgeleverd. Wanneer de OECD deze samenvat, concludeert zij dat in het grote patroon over alle OECD-landen de stijging van de zorguitgaven voor 42 procent wordt verklaard door een stijging van de welvaart, voor 12 procent door demografische factoren en voor 46 procent door de technologische ontwikkeling.<sup>23</sup> We lichten deze invloeden hieronder toe, en gaan ter aanvulling ook in op het zogeheten Baumol-effect en op de invloed van het zorgstelsel en beleid.

### 2.3.1 Welvaart en inkomen

De zorguitgaven stijgen in nagenoeg alle landen sterker dan het nationaal inkomen, waardoor het aandeel van de zorg in de nationale welvaart langzaam oploopt. Dit komt overeen met een inkomenselasticiteit die groter is dan 1. Voor ontwikkelingslanden ligt dat erg voor de hand, omdat daar de medische zorg veelal achterloopt en er een grote inhaalslag te maken valt. Maar ook in westerse landen is dit het geval. Wanneer de inkomenselasticiteit groter is dan 1, spreken economen over luxegoederen. Dat zijn goederen waarvan mensen meer gaan consumeren als het inkomen stijgt. Daartegenover staan noodzakelijke goederen, waarvan de consumptie niet zo snel stijgt bij toenemend inkomen. Voor deze goederen is de inkomenselasticiteit kleiner dan 1. Uit empirisch onderzoek naar de zorguitgaven is, rekening houdend met allerlei andere drijvende krachten, vastgesteld dat op nationaal niveau de inkomenselasticiteit tussen 1,2 en 1,6 ligt.<sup>24</sup> Er zijn ook studies die een lagere elasticiteit rapporteren. Het Centraal Planbureau gaat in zijn langetermijnanalyses daarom uit van een inkomenselasticiteit van 1, wat inhoudt dat de zorguitgaven met 1 procent stijgen wanneer het nationaal inkomen met 1 procent toeneemt.<sup>25</sup> Daarnaast hanteert het CPB voor de middellange termijn een lagere elasticiteit van 0,6.<sup>26</sup> Deze is aanzienlijk lager omdat wordt uitgegaan van ongewijzigd beleid, en de maatschappelijke betalingsbereidheid natuurlijk voor een belangrijk deel via het beleid tot gelding wordt gebracht.

Dat beleid en instituties ertoe doen, blijkt ook als we naar de inkomenselasticiteiten op individueel niveau kijken. Deze vallen een stuk lager uit. Dat is niet verwonderlijk, want door de – in veel landen verplichte – zorgverzekering speelt het inkomen geen rol bij de beslissing om wel of geen zorg te gebruiken. Voor die beslissing is de medische noodzaak leidend. Niemand overweegt immers een chemokuur of een hartoperatie als daar geen reden toe is. Maar is die reden er, dan spelen de kosten van die behandeling en het inkomen geen rol om de behandeling wel of niet te ondergaan. Tom Getzen heeft

de rol van het inkomen fraai samengevat: op persoonsniveau is de gezondheidszorg een noodzakelijk goed, en op samenlevingsniveau een luxegoed.<sup>27</sup>

We kunnen dit zo opvatten, dat de stijgende welvaart het mogelijk maakt dat de zorguitgaven toenemen, wat deze vanwege allerlei opdrijvende krachten ook geneigd zijn om te doen. Allerlei invloeden op het zorggebruik op microniveau werken door op de zorguitgaven op macroniveau waarbij de welvaartsontwikkeling de speelruimte aangeeft. Maar dat zijn geen autonome processen. De overheid en allerlei instituties op mesoniveau hebben een grote invloed. Zij zorgen ervoor dat de zorguitgaven in de pas blijven lopen met het bbp, zowel in tijden van economische groei als in perioden van recessie. Als de economie krimpt, kunnen de zorguitgaven namelijk niet ongehinderd blijven doorstijgen, en zullen ze zich, veelal met enige vertraging, aanpassen aan de nieuwe realiteit. Dat aanpassen loopt via het overheidsbeleid, waarin bezuinigingsmaatregelen worden getroffen die in tijden van recessie op draagvlak onder de bevolking kunnen rekenen.

### 2.3.2 Demografie en vergrijzing

De bevolking is constant in ontwikkeling en daardoor veranderen de zorguitgaven. Allereerst is er de bevolkingsgroei. De Nederlandse bevolking is de achterliggende decennia behoorlijk toegenomen en zal de komende jaren ook verder stijgen. Meer mensen betekent in de regel meer zorguitgaven. Ten tweede is er de vergrijzing. Er komen steeds meer oude mensen. Dat is het gevolg van de naoorlogse geboortegolf waarvan de eerste lichtingen inmiddels de leeftijd van 70 jaar zijn gepasseerd, in combinatie met de sterke daling van het geboortecijfer sinds het einde van de jaren zestig. Het aandeel ouderen in de bevolking is daardoor sterk aan het toenemen. In Figuur 2.7 zagen we dat ouderen veel meer zorg gebruiken dan jongeren. Door de vergrijzing zullen daarom ceterus paribus, dat wil zeggen als alle andere omstandigheden gelijk blijven, de zorguitgaven toenemen en zal de verdeling over ziekten en over de bevolking veranderen.<sup>28</sup> Ten derde is er de toename van de levensverwachting. We zagen al dat deze steeds verder toeneemt, mede als gevolg van de medische zorg. Door dat laatste wordt het meteen ingewikkeld. Want enerzijds stijgt de levensverwachting door de zorguitgaven, terwijl anderzijds de zorguitgaven stijgen omdat mensen langer blijven leven. Op dit punt komt bovendien de ‘red herring’ weer om de hoek kijken. Want een simpele koppeling van een bevolkingsprognose met de zorguitgaven per leeftijdscategorie volstaat niet wanneer de meeste kosten in het laatste levensjaar worden gemaakt en mensen door de toenemende levensverwachting op steeds hogere leeftijden overlijden, vaak nadat ze jaren te kampen hadden met meerdere chronische aandoeningen. Met geavanceerde modellen zijn deze relaties verder onderzocht.<sup>29</sup> Daaruit volgt dat simpele demografische projecties de invloed van de vergrijzing overschatten op het moment dat de levensverwachting toeneemt. De zorgkosten nemen dan namelijk niet toe, maar ze worden uitgesteld naar een later tijdstip. Vervolgens is ook de invloed van veranderende doodsoorzaken geanalyseerd.<sup>30</sup> De stijgende levensverwachting is immers het gevolg van dalende sterfte aan onder andere hart- en vaatziekten, en daardoor een relatieve toename van sterfte door kanker en ouderdomskwalen. Wanneer

we met ziektespecifieke benaderingen verder doordringen in de epidemiologische achtergronden van het laatste levensjaar, wordt de ‘red herring’ als het ware gefileerd en blijft er niets van over, waardoor het niet meer zo zinvol is om het vergrootglas op de vergrijzing als zodanig te richten. Andere invloeden blijken gewoonweg belangrijker te zijn. Op zichzelf staand zorgen demografische invloeden voor een jaarlijkse uitgavenstijging van ruim 1 procent. Dat geldt dan het totaal van de gezondheidszorg. Binnen de ouderenzorg is de invloed uiteraard een stuk groter, namelijk zo’n 2,5 procent per jaar bij gelijkblijvende overige omstandigheden.

### 2.3.3 Technologie en epidemiologie

In de samenvatting van de OECD werd de medische technologie als de belangrijkste oorzaak van de stijgende zorguitgaven aangewezen. Daar moet wel bij worden gezegd dat technologie dan als een restfactor wordt gezien die overblijft nadat alle andere invloeden zijn gekwantificeerd. De restfactor omvat een kluwen van aanbod- en vraagfactoren die allemaal op elkaar inwerken en die niet zo goed kwantitatief zijn te ontrafelen.<sup>31</sup> De invloeden lopen via meerdere lijnen, waarbinnen we prijs-, volume- en productiviteitsaspecten kunnen onderscheiden. Nieuwe technologie is over het algemeen, onder meer door bescherming door patenten, duurder dan de oude technologie. Daarmee hebben innovaties in de zorg een prijsverhogend effect. Uiteraard kunnen na verloop van tijd de productiekosten van een nieuw apparaat omlaag gaan. Ook zien we prijsdalingen bij medicijnen waarvan het patent verloopt. Door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars bij deze generieke geneesmiddelen waren deze prijsdalingen zo groot dat ze ook in de totaalprijs van de zorg merkbaar zijn geweest. Tegelijkertijd komen er steeds weer nieuwe en duurdere technologische generaties bij, waardoor het langetermijneffect van medische technologie per saldo waarschijnlijk prijsverhogend is.

Door ontwikkelingen in de medische technologie neemt ook het zorgvolume toe. Er zijn vier invloeden te onderscheiden. Ten eerste geldt de algemene economische wet van Say: elk aanbod schept zijn eigen vraag. Dat zien we bij consumentenproducten als de mobiele telefoon en ook in de gezondheidszorg. De zorg wordt bovendien als een noodzakelijk goed gezien, dat tegemoetkomt aan de noden van ons menselijke bestaan, waarbij de verzekering de kosten draagt. Dit betekent dat er niet snel een rem zit op de toepassing van nieuwe behandelmethoden. Ten tweede zijn de meeste medische innovaties complementair aan bestaande zorg. Er komen nieuwe behandelingen, technieken, materialen en middelen bij, die veelal samen met bestaande behandelvormen worden toegepast. Heel sterk speelt dat bij diagnostische innovaties. In de gezondheidszorg vindt over het algemeen weinig substitutie van oude behandelmethoden plaats. Medische innovaties zijn compleet nieuw of een ‘add-on’ op bestaande interventies, maar veel minder vaak een vervanging. Ten derde zijn nieuwe technologieën vaak verfijnder dan de oude, waardoor veel meer patiënten voor behandeling in aanmerking komen. Een goed voorbeeld betreft cataractoperaties. Door betere kunstlenzen en verfijndere operatietechnieken kunnen veel meer mensen met staar worden geholpen. Omdat de ingreep minder belastend is, laten patiënten zich ook eerder helpen dan vroeger het geval was. Een ander voorbeeld betreft heupvervangingen. Door

betere kunstheupen en minder belastende operaties, worden steeds oudere én steeds jongere patiënten behandeld. De oudere omdat het nog kan, en de jongere omdat ze er langer profijt van hebben. Ten slotte neemt het zorgvolume toe als gevolg van succesvolle behandeling. Deze invloed gaat over de interactie tussen technologie, epidemiologie en vergrijzing. Technologische vernieuwingen haken in op epidemiologische veranderingen. Mede als gevolg van medische doorbraken op het terrein van hart- en vaatziekten, is de sterfte aan hartinfarcten gedaald. Daardoor zijn er meer chronische hartpatiënten die de rest van hun leven zorg nodig hebben. Daardoor worden mensen ouder. En daardoor vindt ook een verschuiving plaats naar zogeheten ‘vervangende’ ziekten en doodsoorzaken die ook weer hun eigen zorgkosten met zich meebrengen. Dementie is wel het meest sprekende voorbeeld van dit ‘failure of success’. Ieder voordeel heeft ook hier zijn nadeel. Medische innovaties leveren veel gezondheid op, maar ze hebben ook hun prijs in sterk toenemende zorguitgaven.

#### 2.3.4 Arbeidsproductiviteit in de zorg

Vaak worden technologische innovaties gezien als een belangrijke bron voor lagere kosten. Het gaat dan om innovaties die het mogelijk maken om tegen lagere kosten per eenheid te produceren. De lopende band is daarvan een goed voorbeeld, maar ook allerlei innovaties in de ICT waardoor werknemers per uur meer kunnen produceren. In de gezondheidszorg vinden eveneens innovaties plaats waardoor het proces van zorgverlening efficiënter wordt. Zo is de gemiddelde verpleegduur in ziekenhuizen gedurende decennia continu gedaald. Steeds bleek het mogelijk om met hetzelfde aantal ziekenhuisbedden meer patiënten te behandelen. Dat uitte zich niet altijd in een kostendaling, omdat er tijdens die verpleegdagen dermate meer zorg werd gegeven dat de kostprijs omhoogging. En omdat er meer patiënten werden opgenomen, was het remmende effect op de kosten niet goed zichtbaar, ook al was het er wel.

De vergelijking met industriële sectoren gaat maar gedeeltelijk op. De gezondheidszorg is wezenlijk anders, en dat geldt ook voor bijvoorbeeld het onderwijs. Waar bij procesinnovaties in het bedrijfsleven de factor tijd een soort natuurlijke vijand is – hoe minder tijd hoe efficiënter – gaat dit in de gezondheidszorg niet op. Tijd is daar wezenlijk voor het contact met de patiënt. Tijd en aandacht zijn intrinsiek aan de zorg verbonden en vormen daarmee ook een belangrijk aspect van kwaliteit. Dit geldt de zorg in het algemeen, en de verpleeghuiszorg en de gehandicaptenzorg in het bijzonder. Dat betekent ook dat op tijd maar beperkt kan worden bezuinigd, en dat de mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te vergroten – meer patiënten met minder personeel – altijd zullen achterblijven bij overige sectoren in de economie, met name bij de industrie. De Amerikaanse econoom William Baumol heeft daar in de jaren zestig van de vorige eeuw al op gewezen.<sup>32</sup> In de persoonlijke dienstverlening, waaronder de gezondheidszorg, zal de ontwikkeling van arbeidsproductiviteit achterblijven bij die van industriële sectoren. Tegelijkertijd willen werknemers in de zorg en het onderwijs wel een salaris verdienen dat in lijn is met wat andere mensen verdienen. De gezondheidszorg moet een aantrekkelijke sector zijn om te werken, en voor een belangrijk deel wordt dat ook bepaald door de hoogte van het loon. Die lonen zijn daarom gekoppeld aan de

algemene loonontwikkeling. Maar omdat de arbeidsproductiviteit achterblijft, zo heeft Baumol betoogd, wordt de zorg per eenheid product verhoudingsgewijs steeds duurder. Dit Baumol-effect is voor Nederland geschat op een toename van de zorguitgaven met 0,5 tot 1 procent per jaar.<sup>33</sup> Door deze economische wetmatigheid stijgen de zorguitgaven dus min of meer even hard als door het pure vergrijzingseffect. En daarmee is ‘de ziekte van Baumol’ een even onbekende als belangwekkende drijvende kracht achter de uitgavenontwikkeling in de zorg.

### 2.3.5 Stelsel en beleid

De gedachte zou kunnen rijzen dat bovengenoemde krachten de zorguitgaven jaar na jaar laten stijgen zonder dat iemand er echt invloed op heeft. Maar dat is niet zo. Alle ontwikkelingen vinden plaats in een maatschappelijke omgeving waarin heel veel invloeden zijn. Zo volgt uit de interactie tussen zorgvragers en zorgaanbieders het zorggebruik dat bepalend is voor de hoogte en de stijging van de zorguitgaven. De manier waarop de zorg wordt gefinancierd heeft daar invloed op. Dat geldt ook voor de financiers en alle andere partijen die op kortere of ruimere afstand bij het primaire proces zijn betrokken. En dat zijn er nogal wat, want de gezondheidszorg beslaat ruim eentiende van de Nederlandse economie. Hoe groot de verschillende invloeden zijn, hangt af van de ‘spelregels’ waaronder alle partijen hun rol spelen. Het geheel van die spelregels noemen we het zorgstelsel, en dat wordt weer bepaald door de politiek-bestuurlijke omgeving van de gezondheidszorg, waarbinnen de overheid een voorname plaats heeft. De invloed van de overheid op de zorguitgaven loopt langs drie lijnen.

Ten eerste bepaalt de overheid welke zorgvoorzieningen onder de collectieve financiering vallen. Toegankelijkheid van de zorg en solidariteit in de betaling spelen daarbij een belangrijke rol. Zo is in de naoorlogse jaren overal in de westerse wereld een verzorgingsstaat opgebouwd waarin de gezondheidszorg een steeds groter aandeel kreeg. In Nederland gold dat in het bijzonder voor de langdurige zorg die in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) een ruimhartig financieringsregime kreeg. In recente jaren is met de overgang naar de Wet Langdurige Zorg (Wlz) het pakket kleiner geworden, waarmee de overheid binnen de stijgende zorguitgaven een relatieve verschuiving van ‘care’ naar ‘cure’ heeft bewerkstelligd. De scheidslijn tussen collectieve en private financiering loopt niet alleen langs de afbakening van het pakket, maar hangt ook af van de hoogte van eigen bijdragen en het eigen risico. Voor de overheid zijn dit belangrijke instrumenten om de zorguitgaven te beïnvloeden. Niet alleen omdat daarmee een deel van de uitgaven buiten de collectieve financiering wordt geplaatst, maar ook omdat eigen betalingen een rem op het zorggebruik zetten.

Ten tweede is de overheid verantwoordelijk voor de inrichting van het zorgstelsel. Het zorgstelsel is de bedding waarbinnen het primaire proces van de zorgverlening plaatsvindt. Het is de economische organisatievorm van de gezondheidszorg.<sup>34</sup> Daarover valt veel te zeggen. Ten principale gaat het om de verdeling van de eigendomsrechten, de wijze van coördinatie en de economische prikkels. In een National Health Service (NHS), zoals in Engeland en Scandinavië, zijn de eigendomsrechten publiek, wat inhoudt dat zorginstellingen staatsbedrijven zijn en dat zorgverleners in

loondienst van de overheid zijn. De overheid heeft daar een grote rol in de coördinatie van de zorg. In de meeste andere landen, waaronder Nederland, zijn de eigendomsrechten privaat. Dat heeft een lange historie van vrije beroepsbeoefenaren en van 'Godshuizen en Gasthuizen'.<sup>35</sup> Zorginstellingen zijn private partijen en medici hebben een grote professionele autonomie. Bij publieke financiering en betaling per verrichting geeft dat sterke prikkels tot veel productie en stijgende zorguitgaven. Dit maakt coördinatie erg belangrijk. Vanouds waren de artsen en het veld daarin leidend. Sinds de jaren zeventig speelt de overheid een grote rol om de kwaliteit te bevorderen en de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

De derde lijn gaat daarom over het ingrijpen in het stelsel. Daarbij spelen politieke opvattingen een belangrijke rol. Aanvankelijk lag het primaat bij de overheid en strakke planning geïnspireerd door de NHS, maar gaandeweg werd in alle Europese landen een grotere rol aan de ordenende werking van de markt toegekend. De overheid kan de zorguitgaven beïnvloeden door het volume en de prijs van het aanbod te reguleren. In dat geval worden de eigendomsrechten van de aanbieders beperkt. Een andere mogelijkheid is om een uitgavenplafond in te stellen, via budgettering of convenanten met het veld. In dat geval behouden de partijen in het veld meer vrijheden. De overheid kan de coördinatie van de zorg ook aan de markt en het prijsmechanisme overlaten, en daarmee de uitgavenontwikkeling vrijgeven. De overheid heeft dan de beperkte rol van een marktmeester die erop toeziet dat de marktpartijen een gelijk speelveld hebben en zij het spel ook eerlijk en volgens de regels spelen. Uiteraard is deze driedeling een versimpelde weergave. In de praktijk zijn er allerlei ingewikkelde tussenvormen en beleidsmaatregelen in het geding, die meer aansluiten bij de actuele politieke werkelijkheid dan bij de uitgangspunten van het stelsel. In een dynamische omgeving reageren alle partijen op elkaar en op de economische omstandigheden van dat moment. Het zorgstelsel is voortdurend in beweging, waarbij grote ingrepen en kleine veranderingen elkaar afwisselen.

Dit alles maakt dat de invloed van de overheid op de zorguitgaven moeilijk in maat en getal kan worden uitgedrukt. Een eerste gedachte zou kunnen zijn om de feitelijke en de geraamde uitgavenontwikkeling naast elkaar te leggen. Maar over- en onderschrijdingen geven een resultante van alle ontwikkelingen; bovendien geven sommige ramingen ook al iets van een wenselijkheid weer. Belangrijker nog is dat op korte termijn de effecten van het overheidsingrijpen voelbaar en zichtbaar zijn, terwijl op langere termijn de gevolgen toch weer anders zijn. Een goed voorbeeld is de budgettering die meer dan tien jaar zeer effectief in het matigen van de zorguitgaven is gebleken, maar politiek niet bestand was tegen de economische opbloei en afgeschaft moest worden ten gunste van een 'boter-bij-de-vis beleid' dat de zorguitgaven sneller deed stijgen dan ooit te voren. Dit alles betekent echter evenmin dat de invloed van de overheid maar beperkt zou zijn. Figuur 2.5 toont het verschil tussen de Verenigde Staten, een land waar geen centraal beleid is om de zorguitgaven te sturen, en Europese landen waar die sturing wel aanwezig is. Ondanks alle uiteenlopende vormen van sturing en verschillen tussen landen, blijken de uitgaven zich veel gematigder te ontwikkelen dan in de Verenigde Staten. En ook al is Amerika in veel opzichten onvergelijkbaar met



Europa, toch zou de invloed van de overheid op de zorguitgaven wel eens groot kunnen zijn, ook al weten we niet hoe groot. De meest hoopgevende gedachte is dat de overheid in de dynamiek van de tijd en in interactie met het veld, met vallen en opstaan en met horten en stoten, in staat is gebleken om de zorguitgaven evenwichtig te laten meegroeien met de welvaart op een wijze die aansluit bij de wensen van de bevolking.

## **2.4 Van zorguitgaven naar beleidsopgaven**

In dit hoofdstuk hebben we teruggekeken in de tijd en hebben we besproken waaraan we de zorguitgaven besteden en waarom deze stijgen. Ter afsluiting willen we onze blik op de toekomst richten en willen we bespreken voor welke opgaven de overheid staat om de zorguitgaven in lijn te laten blijven met de maatschappelijke bereidheid en mogelijkheid om voor de zorg te betalen.

### **2.4.1 Welvaart en ontgroening**

De welvaart neemt toe als meer mensen gaan werken en als hun arbeidsproductiviteit toeneemt. Bezien we de historische welvaartsontwikkeling, dan werd deze in hoofdlijnen bepaald door groei van de bevolking en een toenemende arbeidsdeelname van vrouwen. De toekomst zal heel anders zijn. Door de demografische veranderingen wordt de beroepsbevolking verhoudingsgewijs kleiner. Door deze ontgroening wordt het economisch draagvlak voor de verzorgingsstaat smaller. En doordat blijkt dat vrouwen niet nog meer willen werken, kan dit draagvlak niet worden verbreed via een verdere toename van de arbeidsparticipatie. Dit maakt andere ontwikkelingen extra belangrijk. Ten eerste de uitbreiding van de beroepsbevolking via verhoging van de pensioenleeftijd. Ten tweede vergroting van de arbeidsproductiviteit door innovatie. En ten derde het zetten van de tering naar de nering, ook waar het de zorguitgaven betreft. Het bijbuigen van de uitgavenontwikkeling zal een nog grotere uitdaging worden dan deze al was.

### **2.4.2 Vergrijzing en ziektebelasting**

De bevolking zal verder vergrijzen. Er komen gezonde jaren bij, wat mogelijkheden geeft voor arbeidsdeelname van ouderen, vrijwilligerswerk en het geven van mantelzorg. Een bijkomend voordeel is dat mensen die langer doorwerken ook langer zorgpremie betalen. Door de vergrijzing neemt echter ook de ziektebelasting toe en door allerlei epidemiologische bewegingen zullen steeds meer mensen meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben. Dit stelt hoge eisen aan de gezondheidszorg. De mogelijkheden voor een verdere verschuiving van de langdurige zorg naar de curatieve zorg raken echter uitgeput. De ouderen van de toekomst hebben verhoudingsgewijs minder kinderen op wie ze een beroep kunnen doen, en die kinderen zijn bovendien nodig voor het economisch draagvlak van de samenleving. De zorgvragen nemen per saldo toe en worden complexer. Het vinden van de juiste zorgantwoorden, die recht doen aan de eisen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, zal een maatschappelijke opgave van formaat zijn.

### 2.4.3 **Technologie en de grenzen van de zorg**

De invloed van medische technologie op de zorguitgaven is groot. Daar staan ook baten tegenover, vooral in termen van gezondheidswinst. Daarbij is er echter sprake van afnemende meeropbrengsten. Voor dezelfde gezondheidswinst zijn steeds grotere investeringen nodig. Epidemiologische ontwikkelingen spelen daar in mee. Door medische successen bij andere ziekten komen kanker en dementie steeds meer voor, maar de behandeling daarvan kost ook veel meer. Voor de toekomst volgen hieruit drie belangrijke beleidsopgaven. Ten eerste het terugdringen en voorkomen van ziektelast door kosteneffectieve preventie. Ten tweede het bevorderen van disruptieve innovaties met veel gezondheidswinst tegen aanvaardbare kosten. Ten derde het bewaken van de grenzen van de zorg door het tegenhouden van interventies die te weinig gezondheid opleveren voor wat ze kosten.

### 2.4.4 **Productiviteit en maatschappelijke tweedeling**

De arbeidsproductiviteit van de beroepsbevolking moet toenemen, maar tegelijkertijd zal deze in de zorg altijd achterblijven. Het Baumol-effect zal in de toekomst daarom nog meer voelbaar zijn dan in het verleden, toen de uitbreidende verzorgingsstaat kon worden bekostigd via de toenemende arbeidsparticipatie. Het Baumol-effect versterkt de tendens tot tweedeling op de arbeidsmarkt, die diep in onze samenleving aanwezig is. Voor hoger opgeleiden zal er in de toekomst werk genoeg zijn, en hun lonen zullen daarbij aansluiten. Voor lager opgeleiden ziet de toekomst er veel somberder uit. Hun productiviteit is te laag voor wat ze zouden moeten verdienen, waardoor de arbeidsvraag achterblijft en de lonen onder druk staan. Dit zal zeker gelden voor de laagste niveaus in de verpleegkundige en verzorgende beroepen. In de samenleving zal dat spanningen geven. Het belang en de complexiteit van de zorg nemen toe, en de waardering die tot uitdrukking komt in het loon zal daarbij achterblijven. Hieruit volgen twee belangrijke maatschappelijke opgaven. Ten eerste is dat de waardering en herwaardering van beroepen met een lage arbeidsproductiviteit. Ten tweede is het van belang om na te denken over een rechtvaardige inkomensverdeling bij een toenemende kloof tussen hoger en lager opgeleiden.

### 2.4.5 **Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid**

De zorguitgaven vragen al meer dan veertig jaar de aandacht van politiek en samenleving. In de toekomst zal dat niet anders zijn. Door de ontwikkelingen die in dit hoofdstuk zijn beschreven, zal die aandacht eerder toenemen dan afnemen. Daarbij zullen vele belangen moeten worden afgewogen. Binnen de zorg zal het gaan om afwegingen tussen kwaliteit, toegankelijkheid en de hoogte van de uitgaven. Meer specifiek zal het ook gaan om afwegingen tussen preventie, curatieve zorg en langdurige zorg. Buiten de zorg spelen bredere afwegingen met andere sectoren, zoals onderwijs en veiligheid, en dat ten opzichte van de individuele welvaart en particuliere consumptie. Ook gaat het om de juiste balans tussen particuliere en collectieve zorg in een samenleving waarin de individualisering voortschrijdt en een maatschappelijke tweedeling steeds voelbaarder

zal worden. Van politici en beleidsmakers vragen al deze beleidsopgaven veel kennis en wijsheid. De volgende hoofdstukken beogen daarvoor een handreiking te doen.

### Referenties

- 1 CBS, *Uitgaven aan zorg nader beschouwd: vergelijking van verschillende definities (factsheet)*, Den Haag: CBS, mei 2015.
- 2 OECD, *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, Parijs: OECD Publishing, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
- 3 R.S. Woodward en L. Wang, 'The oh-so straight and narrow path: can the health care expenditure curve be bent?', *Health Economics*, 2012;21(8):1023-29.
- 4 NZA, *Uitgaven geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2017.
- 5 <https://www.volksgezondheidenzorg.info/kosten-van-ziekten#node-zorgkosten-nederland>
- 6 J.J.G. Wammes, M. Tanke, W. Jonkers, G.P. Westert, P. van der Wees en P.P. Jeurissen, 'Characteristics and healthcare utilisation patterns of high-cost beneficiaries in the Netherlands: a cross-sectional claims database study', *BMJ Open*, 2017;7(11):e017775.
- 7 P. Zweifel, S. Felder en M. Meiers, 'Ageing of population and health care expenditure: a red herring?', *Health Economics*, 1999;8(6):485-96.
- 8 J.J. Polder, J.J. Barendregt en H. van Oers, 'Health care costs in the last year of life – the Dutch experience', *Social Science and Medicine*, 2006;63(7):1720-31.
- 9 A. Wong, P.H. van Baal, H.C. Boshuizen en J.J. Polder, 'Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings', *Health Economics*, 2011;20(4):379-400.
- 10 A. Wong, H.C. Boshuizen, J.J. Polder en J.A. Ferreira, 'Assessing the inequality of lifetime healthcare expenditures: a nearest neighbour resampling approach', *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 2017;180(1): 141-60.
- 11 B. Wouterse, M. Huisman, B.R. Meijboom, D.J. Deeg en J.J. Polder, 'Modeling the relationship between health and health care expenditures using a latent Markov model', *Journal of Health Economics*, 2012;32(2):423-39.
- 12 J.J. Polder, R.T. Hoogenveen, G. Luijben, M.V.D. Berg, H.C. Boshuizen en L.C.J. Slobbe, *Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie*, in F.T. Schut en M. Varkevisser, *Een economisch gezonde gezondheidszorg – Preadviezen van de Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde 2012*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 2012, p.109-130.
- 13 A.E. Kunst, W.J. Meerding, N. Varenik, J.J. Polder en J.P. Mackenbach, *Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland in 2003. Een verkenning van verschillen naar sociaal-economische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst. Zorg voor euro's – 5*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Erasmus MC, 2007.

- 14 W.J. Meerdling, J.J. Polder, A.E.M. de Hollander en J.P. Mackenbach, *Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers, en hart- en vaatziekten. Zorg voor euro's – 6*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2007.
- 15 D.M. Cutler, 'Equality, efficiency and market fundamentals: the dynamics of international medical care reform', *Journal of Economic Literature*, 2002;60:881-906.
- 16 J.P. Mackenbach, L. Slobbe, C.W. Looman, A. van der Heide, J.J. Polder en J. Garssen, 'Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly?', *European Journal of Epidemiology*, 2011;26(12): 903-14.
- 17 RVZ, *Zinnige en duurzame zorg*, Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006.
- 18 M. de Klerk, A. de Boer, S. Kooiker, I. Plaisier en P. Schyns, *Hulp geboden – Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp*, Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2014.
- 19 A. van der Horst en H. ter Rele, *De prijs van gelijke zorg*, Den Haag: Centraal Planbureau, 2013.
- 20 N.A.M. Post, S.L.N. Zwakhals en J.J. Polder, *Maatschappelijke baten – Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 'Van gezond naar beter'*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.
- 21 R.W. Fogel, 'Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long term process on the making of economic policy', *American Economic Review*, 1994;84(3):369-95.
- 22 M.E. Chernew en J.P. Newhouse, *Chapter 1: Health care spending growth*, in: M.V. Pauly, T.G. McGuire en P.P. Barros, *Handbook of Health Economics Volume 2*, Amsterdam: 2012.
- 23 OECD, *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, Parijs: OECD Publishing, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
- 24 T.E. Getzen, 'Forecasting health expenditures: short, medium, and long (long) term', *Journal of Health Care Finance*, 2000;26(3):56-72.
- 25 J. de Jong, *Decompositie van de zorguitgaven 1972-2010*, Achtergronddocument bij: CPB Policy Brief 2011/11, Den Haag: Centraal Planbureau, 2011.
- 26 E. Mot, K. Stuu, P. Westra en R. Aalbers, *CPB Achtergronddocument*, Den Haag: Centraal Planbureau, 2016.
- 27 T.E. Getzen, 'Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures', *Journal of Health Economics*, 2000;19(2):259-70.
- 28 T.E. Getzen, 'Population aging and the growth of health expenditures', *Journal of Gerontology*, 1992;47(3):S98-104.
- 29 C. De Meijer, B. Wouterse, J.J. Polder en M.A. Koopmanschap, 'The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review', *European Journal of Aging*, 2013;10(4):353-61.

- 30 J.J. Polder en A. Wong, 'Zorgkosten in de laatste levensjaren – Interessant, maar om een andere reden dan vaak wordt genoemd', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2015;159(A8934).
- 31 B.A. Weisbrod, 'The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment', *Journal of Economic Literature*, 1991;24:523-52.
- 32 W.J. Baumol, *Social wants and dismal science – the curious case of the climbing costs of health and teaching*, New York University, Economic Research Reports, 1993.
- 33 M. Pomp en S. Vujić, *Rising health spending, new medical technology and the Baumol effect*, CPB Discussion Paper 115, Den Haag: Centraal Planbureau, 2008.
- 34 K. Stronks, J.J. Polder en N.S. Klazinga, *Hoofdstuk 9: Organisatie en financiering van de gezondheidszorg: een analytisch kader*, in: J.P. Mackenbach en K. Stronks, *Volksgezondheid en gezondheidszorg*, Reed Business, 2012, p. 315-351.
- 35 A. Querido, *Godshuizen en gasthuizen – Een geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa*, Wetenschappelijke Uitgeverij NV, 1960.

## 3. Kostenbeheersing in de zorg 1966-2002: effectiviteit van het beleid

Karel-Peter Companje

### Kernboodschappen

- Voor kostenbeheersing zijn pragmatische en praktische instrumenten nodig, zoals budgettering, een tijdelijk bouwplafond of eigen betalingen
- Beperken van de volumegroei tot 1,3 procent per jaar zoals in de periode 1994-1998 kan niet zonder structurele ingrepen bij de belangrijkste kostenfactoren. Anders is daarna een financiële inhaalslag nodig omdat de spanning tussen vraag en aanbod lange wachtlijsten veroorzaakt
- Instellingsbudgetten en beperking van de volumegroei waren vanaf het begin van de jaren tachtig tot ver in de jaren negentig de meest effectieve instrumenten voor kostenbeheersing
- Zelfregulering is in de jaren tachtig en negentig voor beheersing van de kosten van geneesmiddelen en medisch-specialistische zorg niet effectief gebleken. Budgettaire kaders werden overschreden en de overheid moest alsnog ingrijpen

### 3.1

#### Inleiding

De verzekering van sociale zekerheid en zorg werd in 1968 voltooid met de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) als volksverzekering tegen de kosten van handicap en chronische ziekte. De overheid was zich toen, en nu nog steeds, bewust van de noodzaak dat de kosten van zorg en zekerheid dienden te worden beheerst: door te sterke groei van de zorgkosten ten opzichte van het nationaal inkomen zou de ruimte voor andere publieke uitgaven als onderwijs en defensie worden verdrongen. Daarvoor was kostenbeheersingsbeleid nodig: 'het vaststellen van maatregelen tot matiging van de groei van de kosten van de gezondheidszorg'.<sup>1</sup> De kosten van zorg waren van 1953 tot 1968 gestegen van f 753,9 miljoen tot f 5 miljard. Het aandeel van de zorg op het Bruto Nationaal Inkomen groeide van 3,1 procent tot 5,5 procent.<sup>2</sup>

Het terugdringen van de reële groei tot nul procent werd niet mogelijk geacht: groeimatiging was het uitgangspunt. Kostenbeheersing voor gezondheidszorg werd vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw als regeringsbeleid beschouwd. Dit beleid was lange tijd vooral gericht op de curatieve zorg. Er zijn twee fasen te onderscheiden: 1966-1987 en 1987-2002. In de periode 1966-1987 werd getracht om kostenbeheersing te realiseren door ordening, planning en regulering van zorg onder de sturende hand van de overheid. De jaren 1987-2002 werden de periode van de stelselwijziging gezondheidszorg: de ontwikkeling van gereguleerde concurrentie bij verzekering en aanbod van zorg onder toezicht van de overheid, waarbij de kostenbeheersingsinstrumenten uit de voorgaande periode werden beëindigd.

De behoefte aan samenhangend kostenbeheersingsbeleid voor gezondheidszorg werd na 1945 voor het eerst geschetst in de Volksgezondheidsnota uit 1966.<sup>3</sup> Het beleid kreeg vorm door het samenspel van overheid en maatschappelijke partijen:

zorgaanbieders als artsen, ziekenhuizen en anderen, ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, vakbeweging en werkgeversorganisaties, hun brancheorganisaties en een bonte rij beleids- en adviesinstellingen.

Het jaar 1987 werd als scheiding tussen de twee perioden beschouwd. In dit jaar verscheen de nota 'Bereidheid tot verandering'. De commissie-Dekker publiceerde deze nota over de ontwikkeling van een door gereguleerde concurrentie of marktwerking gestuurd zorgstelsel, ingericht op doelmatigheid met beheerste kostenontwikkeling en verbetering van kwaliteit.<sup>4</sup> Deze nota werd het belangrijkste discussiestuk voor de stelselwijziging in de volgende decennia. Deze periode wordt afgesloten in 2002 door het op beleidsniveau loslaten van het macrobudgettair kader. De toenmalige minister van Volksgezondheid Bomhoff stelde dat geïndiceerde zorg ook geleverd moest worden. Dit had 'exploderende' zorguitgaven tot gevolg.

### 3.2 De eerste ontwikkelingen 1966-1971: naar volledige overheidsregulering?

De Tweede Kamer drong vanaf 1965 steeds meer aan op bemoeienis van de overheid met kostenbeheersing, regulering en structurering van de gezondheidszorg. Door de druk van de op stapel staande AWBZ, problemen met de ziekenfondsverzekeringen en de nieuwe Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) zou de druk van de stijgende zorgkosten op het nationaal inkomen al in 1967 te hoog worden.

In 1966 kwam daarom juist op tijd de Volksgezondheidsnota van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid G.M.J. Veldkamp uit, als leidraad voor 'de gewenste programmering en financiering van volksgezondheidsbeleid'. Veldkamp was namens de Katholieke Volkspartij (KVP) minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 1961 tot 1967. Volksgezondheid behoorde in deze tijd als afdeling tot het ministerie van Sociale Zaken.<sup>5</sup>

B. Roolvink en R.J.H. Kruisinga waren van 1967 tot 1971 minister en staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Zij waren zich ook bewust van de complexiteit van de financiering van zorg. Landelijke cijfers over de kosten van zorg bleken niet tot nauwelijks op te stellen. Door de AWBZ dreigde vanwege de behoefte aan vernieuwing en uitbreiding van verpleeghuizen, zwakzinnigen- en andere inrichtingen een bouwexplosie. 'Reeds spoedig zal de verpleging van lichamelijk zieke en geestelijk gestoorde bejaarden alsmede de verpleging van geestelijk gehandicapten aanmerkelijk grotere sommen gaan vergen.'<sup>6</sup>

De bewindslieden vreesden ook voor een tariefexplosie van de ziekenhuiszorg. Particuliere ziektekostenverzekeraars, ziekenfondsen en ziekenhuizen hielden samen in het overleg bij het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) de vinger aan de pols omtrent ziekenhuistarieven. De omzet in de ziekenhuissector steeg evenwel sterk door de groeiende vraag naar zorg, stijgende medisch-technologische kosten, groeiende loonkosten en nieuwbouw. Het aantal bedden was toegenomen van 40.000 in 1950 tot 57.000 in 1963 en het einde was nog niet in zicht. 'De ongecoördineerde bouw of uitbreiding van ziekenhuizen leidt ertoe dat in bepaalde regio's een overcapaciteit aan ziekenhuisbedden ontstaat, die de gemeenschap vele miljoenen kost.'

In de jaren 1968-1971 dwongen deze factoren de overheid tot ingrijpen. De eerste reactie op de exploderende ziekenhuiskosten werd gegeven door Kruisinga. De staatssecretaris wilde ordenen, structureren en regionaliseren. Hij stelde wetgeving voor om kosten en volume van ziekenhuiszorg te beheersen: de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet Ziekenhuistarieven (WZT).

Deze wetten werden in 1971 van kracht. De WZV was planningswetgeving. Elke uitbreiding van een intramurale instelling was vanaf dat moment afhankelijk van een nieuw vergunningenstelsel, getoetst aan landelijke en regionale behoeften. Het nieuw gevormde College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) werd verantwoordelijk voor het uitvoeren van de WZV. De provincies moesten adviseren bij planning van nieuwbouw en verbouw. Het CvZ kon echter geen sluiting van instellingen afdwingen, wat bij volumebeheersing een noodzakelijk middel was. Het COZ bleef verantwoordelijk voor de tarieven.

Met deze wetgeving kreeg de overheid voor het eerst instrumenten in handen voor beheersing van volume en kosten van de intramurale zorg. Kruisinga wilde door een nieuwe kaderwet, de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG), dit beleid uitbreiden tot de extramurale en de maatschappelijke zorg. Het planningsstelsel kon daarmee voor de ontwikkeling van een samenhangend systeem van voorzieningen worden afgestemd op de totale behoefte aan zorg in een provinciale regio. Dit zou substitutie van dure intramurale door goedkopere extramurale zorg mogelijk moeten maken, zoals de ontlasting van geestelijke gezondheidszorg in instellingen door ambulante sociaal-psychiatrische diensten.<sup>7</sup> Hiermee was in 1971 de toon gezet voor kostenbesparing door substitutie van zorg, zonder dat werd aangegeven wat deze besparingen feitelijk zouden zijn. Substitutie zou tot op de dag van vandaag een mantra blijven zonder veel evaluatie.

De WVG moest het reguleringsinstrument worden voor de samenhang van intra- en extramurale zorg, met als paradigma 'geen financiering zonder regulering'.<sup>8</sup> Voor het verlenen van zorg, intra- of extramuraal, curatief, langdurig of maatschappelijk, zouden vergunningen moeten worden verleend, verbonden aan de kwaliteit van de geleverde zorg. Hiermee zou vanaf 1971 een beleidsinstrumentarium kunnen worden ontwikkeld voor een toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en financieel beheersbare langdurige en curatieve zorg. Dit zou de basis kunnen worden voor een volledig door de overheid beheerste gezondheidszorg.

De WVG werd uiteindelijk na jaren van discussies, overleg en vele honderden meters papier door de Tweede Kamer in 1982 aanvaard, in 1987 in de bak van slapende wetten gelegd en in 1996 ingetrokken. De economische recessie dwong al jaren tot zware bezuinigingen, die om praktische oplossingen vroegen. De WVG was juist ontworpen vanuit overwegingen over uitbreiding en beheersing van volumes, functies en capaciteiten. De overheid was echter niet in staat gebleken om belangen en tegenstellingen tot elkaar te brengen en te overbruggen, waardoor het ontwikkelproces te lang had geduurd. Er waren geen financiële kaders voor de WVG gesteld, terwijl de Wet juist leidend zou moeten zijn voor financiering en structurering van zorg. Het kostenbeheersingsbeleid bleef gebaseerd op de WZV en de WZT. Alomvattende kader- en sturingswetgeving à la WVG was hiervoor niet geschikt gebleken.



### 3.3 De Structuurnota 1974

De WVG was samen met de WZV en de WZT bedoeld als wettelijk kader voor kostenbeheersing, maar er moesten voor de praktijk concrete instrumenten worden ontwikkeld. Dit beleidsinstrumentarium werd in 1974 beschreven in de Structuurnota Gezondheidszorg.<sup>9</sup> J.P.M. Hendriks en P.J.J. Mertens, staatssecretarissen van Volksgezondheid en Sociale Zaken in het kabinet-Den Uyl van 1973-1977, waren politiek verantwoordelijk voor deze nota. Doelstelling van het voorgestelde beleid was het beperkt houden van de kosten van zorg tot 8 procent van het Bruto Nationaal Inkomen in 1980. Door de volume- en prijsstijgingen in de zorg waren de kosten in de periode 1964-1974 zonder verrekening van inflatie met 18 procent per jaar gestegen, ondanks de inzet van de WZV en de WZT.<sup>10</sup>

Kostenbeheersing zou volgens de Structuurnota moeten worden gerealiseerd door regionalisering, beheersing en planning; begrippen die in de voorgaande jaren waren ontwikkeld. Daar werd een nieuwe indelingsstructuur voor de gezondheidszorg aan toegevoegd. Er bestond behoefte aan een 'logische' indeling van zorg, die de bestaande ordeningsproblemen moest oplossen: echelonnering.

Het eerste echelon werd gevormd door het deel van de extramurale curatieve zorg dat direct toegankelijk was voor de consument: huisarts, tandarts, paramedische zorg. Het tweede echelon bestond uit poliklinisch-specialistische hulp, geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg. Ziekenhuizen en verpleeginrichtingen vormden het derde echelon. Het vierde echelon was samengesteld uit de superspecialistische ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en inrichtingen voor zwakzinnigen.

Het echelonneringsmodel loste de problemen met de kostenbeheersing niet op, maar een duidelijke organisatorische scheiding tussen eerste- en tweedelijnszorg zou fricties tussen de intra- en extramurale zorg kunnen verminderen. Door zo veel mogelijk zorg in het eerste echelon te leveren, zou volgens Hendriks duurdere specialistische en ziekenhuiszorg worden voorkomen. De Structuurnota werd met haar ideeën en richtlijnen de grondslag voor het volksgezondheidsbeleid voor de volgende jaren.

### 3.4 Praktische instrumenten voor kostenbeheersingsbeleid 1974-1989

Hendriks zette in de Structuurnota en in een vervolgnota zijn kostenbeheersingsbeleid uiteen.<sup>11</sup> Dit beleid werd door hem en zijn opvolgers E. Veder-Smit (1978-1981), M.H.M.F. Gardeniers-Berendsen (1981-1982), J.P. van der Reijden (1982-1986) en D.J.D. Dees (1986-1989) verder ontwikkeld en gebruikt om de kostenstijgingen in toom te houden. De belangrijkste ondersteunende instrumenten waren:

- reductie van het aantal ziekenhuisbedden;
- een bouwplafond voor intramurale instellingen;
- de ontwikkeling van budgettering;
- verbetering van de informatievoorziening over kosten en volumes;
- beperking van het geneesmiddelenverbruik;
- inkomensbeleid voor medisch specialisten en andere vrijgevestigde beroepsbeoefenaren;

- de eerder genoemde substitutie;
- het gebruik van eigen bijdragen voor langdurige en curatieve zorg.

De WZV en de WZT vormden de wettelijke basis voor deze instrumenten. De WZT werd in 1979 aangepast als Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) met bevoegdheden voor tariefstelling en richtlijnen voor personeel, volumes en investeringen in de gehele zorg. Voor het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven kwam het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) in de plaats.

### 3.4.1 Instrumenten: beddenreductie, bouwplafond en budgettering

Beddenreductie, bouwplafond en budgettering vormden tot in de jaren negentig het drieluik waarmee de overheid de belangrijkste kostenaanjager, de ziekenhuissector, zou proberen te beheersen.

Het te grote aantal ziekenhuisbedden zou moeten worden teruggebracht tot de 4 promille norm, vier bedden per duizend inwoners. Dit diende te worden bereikt door het sluiten van verpleegafdelingen van ziekenhuizen en door fusies, in de hoop daarmee de ziekenhuiskosten te verlagen en substitutie naar poliklinische zorg te stimuleren. De overcapaciteit van ziekenhuizen nam toe door de daling van de verpleegduur: van 16,9 dagen per opname in 1972 tot 13,4 dagen in 1982.<sup>12</sup>

De beddenreductie werd in de loop der jaren een veelbesproken, maar moeizaam toe te passen middel. In de periode 1976-1980 nam het aantal ziekenhuisbedden met slechts 1451 af. Ondanks deze stroperigheid wilde minister van Volksgezondheid Gardieniers-Berendsen in 1982 een versnelde reductie van 4 promille naar 3,7 promille, ofwel van 66.000 bedden naar 56.000 bedden.<sup>13</sup> Door vertraging van adviezen voor de planning van de reductie, weerstand van de ziekenhuissector, onduidelijkheid over verschillende registraties en de invoering van budgettering, bleken deze normen in 1986 niet haalbaar: sinds 1982 was het aantal bedden met 1200 verminderd. Door de invoering van functiegerichte budgettering in 1988 werd het voor ziekenhuizen rendabel te fuseren en zo het aantal bedden te verminderen.<sup>14,15</sup> Het beddenreductiebeleid zelf leek mislukt als middel om de kosten te beheersen.

Een meerjarenbouwplafond voor instellingen moest grenzen stellen aan bouwinvesteringen, waarbij rekening werd gehouden met de effecten op de bouwnijverheid en spreiding van de bouwactiviteiten in de regio en de tijd. Dit bouwplafond werd vanaf 1975 gebruikt. De uitwerking van dit beleid wordt behandeld in een volgende paragraaf.

De invoering van een budgetteringssysteem voor intramurale instellingen, met name voor ziekenhuizen, was nieuw voor de Nederlandse zorg. Veder-Smit experimenteerde in 1980-1981 met ziekenhuisbudgettering, die vanaf 1982 door Van der Reijden zonder enige evaluatie werd ingevoerd en uitgebreid tot de gehele intramurale sector. De ontwikkeling van deze budgettering wordt eveneens besproken in een volgende paragraaf.

### 3.4.2 Instrumenten: informatievoorziening

Verbetering van de informatievoorziening voor inzicht in de kostenbeheersing voor curatieve zorg en de AWBZ moest volgens staatssecretaris Hendriks worden gerealiseerd door eenduidige jaaroverzichten van de kosten van de gezondheidszorg. Vanaf

1977 werd jaarlijks door de ambtenaren van Volksgezondheid in samenwerking met koepelorganisaties, beroepsorganisaties en instituten als het Centraal Planbureau, het Centraal Bureau voor de Statistiek en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, het Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG) uitgebracht als leidraad voor inzicht in de zorgkosten, naast de rijksbegroting. Deze overzichten kregen in de loop der jaren andere namen:

- vanaf 1977 het Financieel Overzicht Gezondheidszorg, in 1985 uitgebreid tot Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, FOGM;
- vanaf 1989 het Financieel Overzicht Zorg, FOZ;
- vanaf 1996 het Jaaroverzicht Zorg, JOZ;
- vanaf 2000 de Zorgnota;
- vanaf 2011 het Financieel Beeld Zorg.

De Tweede Kamer drong in 1980 aan op een 'helder en doorzichtig financieel kader' voor beheersing van de zorgkosten. Kamerleden wilden het FOG een wettelijke status geven om deze beheersing onder parlementaire controle te brengen, maar daar was de regering het niet mee eens.<sup>16</sup> Staatssecretaris Van der Reijden verklaarde in 1985 dat het FOG een macrobudgettaire taakstellende richtlijn gaf voor de ontwikkeling van de zorgkosten, maar niet meer dan dat.<sup>17</sup> De rijksbegroting bleef het wettelijk instrumentarium, waarmee de regering de wensen van de Kamer voor ramingen kon inwilligen. Deze meerjarenramingen werden opgesteld aan de hand van politieke besluitvorming ofwel het 'doorvertalen van beleid naar cijfers'.<sup>18</sup>

De FOG's en opvolgers werden ontwikkeld tot instrument om de kostenbeheersing aan te passen met flexibele meerjarenramingen en statistieken, die per jaar konden worden bijgesteld. Zij gaven inzicht in de effectiviteit van beleid bij gebruik van instrumenten als budgettering, bouwplafonds, bedden en substitutie. De cijfers, ramingen en overzichten veranderden van jaar tot jaar, door verbetering van de informatievoorziening en door onderbouwing van de statistieken. De hoofdstukindeling en vormgeving werden aangepast aan de organisatorische ontwikkelingen in de zorg. Het aantal organisaties dat gegevens aanleverde, groeide van 21 in 1977 tot 42 in 2000.

### 3.4.3 Instrumenten: geneesmiddelenbeheersing, inkomensbeleid en specialistische zorg

Beddenreductie, bouwplafond en budgettering waren kostenbeheersingsinstrumenten voor de intramurale zorg. In de jaren tachtig groeiden ook de kosten voor geneesmiddelen en specialistische zorg en daar moest ander beleid voor worden ingezet.

De kosten van geneesmiddelen stegen van f 1,25 miljard in 1979 naar f 3,32 miljard in 1988. De vraag naar geneesmiddelen zorgde voor volumestijgingen, echter het in de hand houden van de kosten was voor de overheid beperkt mogelijk. De prijzen van geneesmiddelen werden bepaald door de industrie en de groothandel, en vielen buiten de jurisdictie van het COTG. Pogingen om deze door overheidsingrijpen te reguleren, waren strijdig met Europese mededingingsregels.

Het beleid moest daardoor worden beperkt tot regelgeving voor de apotheker en voor het uitleveren van de geneesmiddelen aan de consument. De maatregelen in de

jaren tachtig waren maximering van de hoeveelheden geneesmiddelen per recept, het aan artsen verplicht stellen van het voorschrijven van geneesmiddelen uit het Farmacotherapeutisch Kompas en eigen bijdragen van *f* 2,50 per receptregel voor ziekenfondsverzekerden, de ‘receptenknaak’. De grootste hoop was gevestigd op het vervangen van dure merkgeneesmiddelen door lager geprijsde generieke middelen.

De tarieven van geneesmiddelen stegen desondanks in de periode 1981-1987 met 8,7 procent per jaar. Dit was voor staatssecretaris Dees in 1987 reden om in te grijpen met een dwingende tariefstructuur op basis van ‘ijkprijsvergoedingen’. Vergelijkbare geneesmiddelen werden in groepen onderverdeeld, waarbij door de ziekenfondsverzekering alleen de prijs voor het goedkoopste middel zou worden vergoed.<sup>19</sup> De farmaciebranche sloot met de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) een verbond om door zelfregulering tot prijsverlagingen en kostenbeheersing te komen. Beide partijen wilden deze overheidsmaatregel voorkomen. De pogingen mislukten, onder meer door geschillen bij de organisaties van farmaceutische bedrijven.

H.J. Simons, staatssecretaris van Volksgezondheid in het kabinet-Lubbers III (1989-1994), besloot daarop in 1991 tot invoering van het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem, het GVS, met vergoedingsnormen en tariefkortingen. Deze maatregelen werden met het nodige gemor door het private veld geaccepteerd. Kostenbeheersing van geneesmiddelen door zelfregulering bleek niet mogelijk.

Vanaf 1979 werd beleid gevoerd om de inkomens af te toppen van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren als specialisten, tandartsen en huisartsen. Dit beleid was onderdeel van een breder inkomensbeleid voor vrije beroepsbeoefenaren, waarbij deze inkomens moesten worden afgestemd op salarisschalen van ‘vergelijkbare ambtelijke functionarissen’. Dit beleid werd opgenomen in de overeenkomsten met de beroepsgroepen. Staatssecretaris Veder-Smit raamde de opbrengst op *f* 50 miljoen in 1979 en voor 1980 tot 1981 op *f* 30 miljoen per jaar.<sup>20</sup> Het leek in deze periode een effectief instrument om te korten op de kosten van medisch-specialistische zorg. Het was echter onduidelijk of deze opbrengsten ook werden gehaald. Dit inkomensbeleid was een doorn in het oog van de specialisten, die het gevoel hadden verantwoordelijk te worden gesteld voor de kostenstijgingen in de zorg.

In een poging de kosten van specialistische zorg te beteugelen, sloot staatssecretaris Van der Reijden met de Landelijke Specialistenvereniging (de LSV) in 1984 een overeenkomst om het aantal specialisten aan banden te leggen en om kortingen bij tariefoverschrijdingen op te leggen.

De overeenkomst bleek niet te werken. De kosten voor specialistische hulp voor de ziekenfondsverzekering bleven stijgen, waarvan de specialisten de schuld kregen. Het gevolg was in 1988-1989 een conflict tussen specialisten en ziekenfondsen, dat feitelijk was veroorzaakt door de overheid. De spanning tussen specialisten, overheid en ziekenfondsen toonde het onvermogen van de overheid aan om de zelfstandigheid van de beroepsgroep te doorbreken en om adequaat te bemiddelen tussen ziekenfondsen en specialisten. Dit maakte beheersing van de kosten van medisch-specialistische zorg onmogelijk.

De doorbraak in dit conflict werd in 1989 verkregen door het Vijf Partijen Akkoord (VPA) tussen organisaties van ziekenfondsen, ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars. Het VPA legde een macrobudget op voor de kosten van specialistische zorg – dit bleek echter een elastieken plafond. Staatssecretaris Simons moest vanaf 1992 stevige kortingen toepassen om de kosten voor specialistische zorg te kunnen drukken. Evenals bij de geneesmiddelen bleek kostenbeheersing door zelfregulatie geen succes.

#### 3.4.4 Instrumenten: substitutie en eigen bijdragen

Substitutie van intra- naar extramurale zorg, van tweedelijns- naar eerstelijnsvoorzieningen, van klinische naar poliklinische zorg met bevordering van preventie, werd in de loop der jaren als wondermiddel voor kostenbeheersing gezien.<sup>21</sup> Doelstellingen werden echter zelden gekwantificeerd, terwijl de effecten niet werden geëvalueerd. De kosten werden soms wel berekend, zoals in 1971 het invoegen van extramurale en maatschappelijke zorg in de AWBZ f 600 miljoen zou kunnen kosten. Vanaf 1979 zou er 4 procent jaarlijkse groei van de eerstelijnszorg nodig zijn om mogelijke substitutie uit de tweede lijn te kunnen realiseren.<sup>22</sup> Substitutie werd in 1987 door de commissie-Dekker beschouwd als belangrijkste kostenbesparingsinstrument voor de stelselwijziging.

Van eigen bijdragen in de kosten van zorg werd verwacht dat zij inkomsten zouden opleveren en de zorgvraag zouden afremmen.<sup>23</sup> Doelstelling van deze eigen bijdragen was het terugdringen van de collectieve lasten door verschuiving naar private middelen en beperking van de zorgvraag. In de loop der jaren werden inkomensafhankelijke bijdragen geheven voor AWBZ-zorg en werden eigen bijdragen bedacht en ingevoerd voor klinische en niet-klinische verstrekkingen als plastische chirurgie, kraamzorg en zittend ziekenvervoer.

Eigen bijdragen lagen politiek en maatschappelijk zeer gevoelig. Bekende eigen bijdragen die tot veel maatschappelijke protesten en administratieve rompslomp leidden, waren vanaf 1983 de eerder genoemde 'receptenknaak', het 'specialistengeeltje' (oftewel f 25 voor een verwijskaart voor specialistische zorg) en eigen bijdragen voor klinische zorg. Deze maatregelen werden na korte of langere tijd weer ingetrokken.

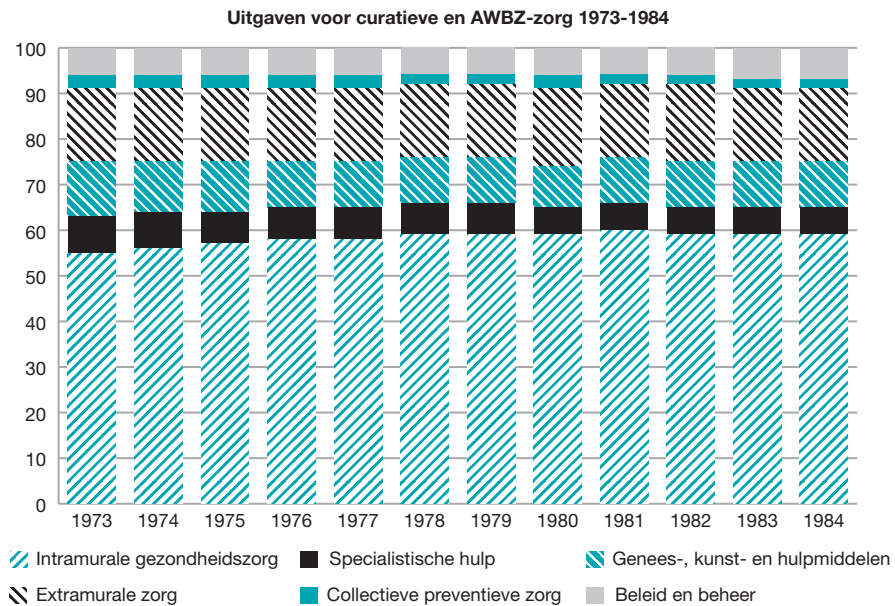
### 3.5 Beoordeling van kostenbeheersingsbeleid in 1986

De Algemene Rekenkamer beoordeelde in 1986 het tot dan toe gevoerde kostenbeheersingsbeleid.<sup>24</sup> Dit beleid was door de economische recessie vanaf 1974 dermate sterk gericht geweest op ombuigingen en bezuinigingen, dat er politieke behoefte bestond aan duidelijkheid over de effecten.

De Rekenkamer constateerde dat het oordeel over het beleid afhing van de indicatoren die men gebruikte.<sup>25</sup> Afgemeten aan de doelstelling uit de Structuurnota, de norm van 8 procent als aandeel van de zorg op het Bruto Nationaal Inkomen in 1980, was het beleid volgens de Rekenkamer niet geslaagd: er was in 1979 een overschrijding van 0,1 procent die in de periode 1980-1982 ondanks ombuigingen en bezuinigingen

opliep tot 0,7 procent.<sup>26</sup> In vergelijking met de inschatting van een ander adviesorgaan, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, van 12,4 procent als aandeel van de zorg op het Bruto Nationaal Inkomen, was het beheersingsbeleid op macroniveau wel een succes. Dat beleid was vooral gericht op curatieve zorg. De intramurale zorg, gevormd door ziekenhuisverpleging en AWBZ-zorg, was fors gegroeid van f 6,6 miljard in 1973 tot f 19,5 miljard in 1983. Het groeipercentage voor intramurale zorg nam evenwel geleidelijk af, zonder dat de Rekenkamer daarvoor een eenduidige verklaring gaf.

**Figuur 3.1** Uitgaven voor curatieve en AWBZ-zorg 1973-1984



Bron: FOG's en FOGM's 1977-1986.

Op instrumenteel niveau had de Rekenkamer stevige kritiek. Het planningsregime, voorgesteld in de WVG en uitgevoerd volgens de WZV, had niet bijgedragen tot de beheersing van kosten en volumes van ziekenhuiszorg. Instrumenten als bouwplafonds, budgettering en bedden hadden wisselend succes en werden niet op elkaar afgestemd. Vergunningenprocedures duurden lang en werkten kostenopdrijvend. Pogingen om door middel van 'heroverwegingen' procedures te versnellen, mislukten. Voor de korte termijn leek het bouwplafond een nuttig middel, maar de effecten op langere termijn waren volgens de Rekenkamer onzeker.

Vooraf over de effectiviteit van de beddenreductie had de Rekenkamer weinig goede woorden over.<sup>27</sup> Het werkelijke aantal bedden verminderde maar nauwelijks. De normen waren volgens de Rekenkamer willekeurig gekozen, zonder onderbouwing en hadden geen relatie met de algemene planning van ziekenhuisvoorzieningen.

De in 1983 ingevoerde budgettering leek de Rekenkamer een nuttig instrument. In 1986 was er echter nog weinig effectieve ervaring mee opgedaan en de budgettering

kende kinderziekten. De belangrijkste kritiek van de Rekenkamer op de budgettering werd door overheid, ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en ziekenhuizen gedeeld: de kosten van zorg, verleend door vrijgevestigde medisch-specialisten, vielen buiten het ziekenhuisbudget.

De Rekenkamer tastte in 1986 in het duister over de vraagremmende en kostenbesparende effecten van eigen bijdragen. Hier waren ook nauwelijks wetenschappelijke publicaties over beschikbaar. Zowel tussen de staatssecretarissen Van der Reijden en Dees, de Rekenkamer en in het politieke en het maatschappelijke debat was er in deze jaren overeenstemming over de zware druk die eigen bijdragen op het inkomen van chronisch zieken en bejaarden legden.<sup>28</sup>

De Rekenkamer bevestigde het beeld dat effecten van substitutieopgingen nauwelijks konden worden beoordeeld, of niet werden geëvalueerd.<sup>29</sup> Het aandeel van de kosten van intramurale zorg in de totale zorgkosten bleef van 1974-1986 ongeveer 60 procent en van extramurale zorg 16 procent. Substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn had volgens de Rekenkamer geen succes. De Rekenkamer ging evenwel niet in op de verschuivingen in de ziekenhuiszorg. Het aantal polikliniekbezoeken steeg in de periode 1975-1986 van 14.935.000 tot 17.537.000. Het aantal opnames daalde van 21.093.000 tot 16.915.000. Deze verschuivingen werden beleidsmatig toegeschreven aan de verkorting van de verpleegduur, het bouwplafond en de beddenreductie en niet aan substitutie met de verschuiving van de zorg naar poliklinische verrichtingen.<sup>30,31</sup>

De Rekenkamer kraakte eveneens harde noten over het loon-, prijs- en tarievenbeleid. Door het vrijwel geheel ontbreken van gekwantificeerde taakstellingen, was een nauwkeurige evaluatie van het beleid voor de beheersing van kostenontwikkelingen in de zorg met loon- en prijsstijgingen, tarieven en honoraria niet mogelijk. De Rekenkamer kon voor de totale zorg vaststellen dat het kostenbeheersingsbeleid op macroniveau effect had. Dat was per instrument echter niet duidelijk. De groei van de belangrijkste kostenpost, de intramurale zorg, bleek af te nemen tot 1,1 procent in 1985.<sup>32</sup> Deze groeiafname werd in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn van 1987 toegeschreven aan het tarievenbeleid van het COTG, het effect van het bouwplafond en de budgettering van de intramurale zorg.

## 3.6 Stelselwijziging met bestaand kostenbeheersingsbeleid

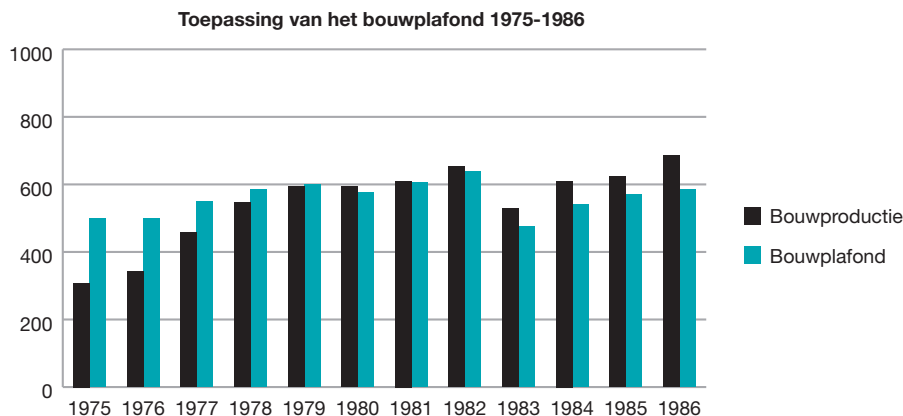
### 3.6.1 Het bouwplafond

Vanaf 1986 was de tijd rijp voor een stelselwijziging van de gezondheidszorg, maar het zou tot 2006 duren voordat de belangrijkste stap daartoe werd gezet: financiering van curatieve zorg door de basisverzekering, vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. Intussen bleef kostenbeheersingsbeleid met de bestaande instrumenten noodzakelijk. De twee belangrijkste voorbeelden, die ook de minste kritiek van de Algemene Rekenkamer kregen, waren:

- het bouwplafond, dat vanaf 1975 de investeringsruimte voor de intramurale sector bepaalde;

- de budgettering voor intramurale instellingen, met name voor ziekenhuizen als grootste post op de begroting voor gezondheidszorg.

**Figuur 3.2 Toepassing van het bouwplafond 1975-1976**



Bron: FOG's en FOGM's 1977-1987.

Het bouwplafond leek met forse overschrijdingen tot 1978 een stevig instrument om de kosten voor intramurale investeringen te beheersen. Dat lag in de praktijk ingewikkelder. De overschrijdingen in de periode 1975-1978 waren ontstaan doordat in 1975 bij de invoering van het bouwplafond alleen die projecten werden opgenomen die al bouwrijp waren.<sup>33</sup> Nieuw voorgenomen projecten moesten de hele vergunningenprocedure doorlopen en dat kon tot 39 maanden tijd vergen.

Vanaf 1979 was het plafond door bouwrijpe en goedgekeurde projecten opgebruikt en werd er in toenemende mate overschreden. Staatssecretaris Van der Reijden constateerde in 1983 dat de spanning tussen het bouwplafond en de te 'becijferen' bouwbehoefte te hoog was opgelopen door een stuwmeer van 900 bouwprojecten die op goedkeuring wachtten. Hij gebruikte twee middelen om dit probleem op te lossen: een plafond voor de exploitatiegevolgen van bouwbeslissingen en een vergunningenstop. Van maart tot oktober 1983 mochten geen vergunningen worden afgegeven en moesten bouwinitiatieven worden heroverwogen.

In 1990 werd het bouwplafond na 14 jaar vervangen door het exploitatiekostenplafond: een richtlijn voor investeringskosten in de intramurale sector.<sup>34</sup> Uitgangspunt bij een vergunningsaanvraag werd beheersing van de exploitatiekosten door efficiency bij bouw en exploitatie, bijvoorbeeld door energiebeheersing, betere logistieke trajecten en personeelsvermindering.

Het bouwplafond werkte in 1975 effectief als rem op de bouwgroei van voorgaande decennia. In tijden van economische recessie maakte het duidelijk welke ruimte er voor bouwinitiatieven beschikbaar was. Door de bureaucratische stroperigheid van het proces ontstond echter een lange wachtlijst met initiatieven. In 1990 was het instrument daarom uit de tijd. Het ministerie streefde in het kader van de stelselwijziging



naar deregulering van de WZV, met meer verantwoordelijkheden voor verzekeraars en aanbieders van zorg.<sup>35</sup> Daar leek een soepeler exploitatiekostenplafond beter bij te passen dan een rigide bouwplafond.

### 3.6.2 Budgettering

De ontwikkeling van een budgetteringssysteem voor de intramurale sector was pionierswerk. Vanaf de dagen van de Structuurnota werden discussies gevoerd over ziekenhuisfinanciering, waarbij de verpleegdag de belangrijkste parameter was. Deze werd als 'te beklemmend' ervaren en zou substitutie naar extramurale zorg in de weg staan. Bij de ziekenhuisbranche en de ziekenfondsen bestond daarom draagvlak voor een effectief budgetteringssysteem. De wettelijke basis zou worden gevormd door de WTZ. Het COTG stelde de tariefriichtlijnen vast.

Ziekenfondsen zagen mogelijkheden om met een budgetregime flexibeler om te gaan met de toegewezen financiële ruimte. Ziekenhuiskosten vormden voor hen de grootste kostenpost. Door budgettering zouden deze kosten door de fondsen beter kunnen worden begroot met voor ziekenhuizen 'prikkel voor doelmatig beheer', zoals de noodzaak tot interne budgettering.<sup>36</sup> De ziekenhuisbranche zag budgettering als alternatief voor de beddenreductie en als stimulans tot professionalisering van administratie en bedrijfsvoering. Individuele ziekenhuisdirecties waren er soms wat minder blij mee: hun kostengroei werd aan banden gelegd, want voordien werden alle kosten in de verpleegdagtarieven doorberekend.

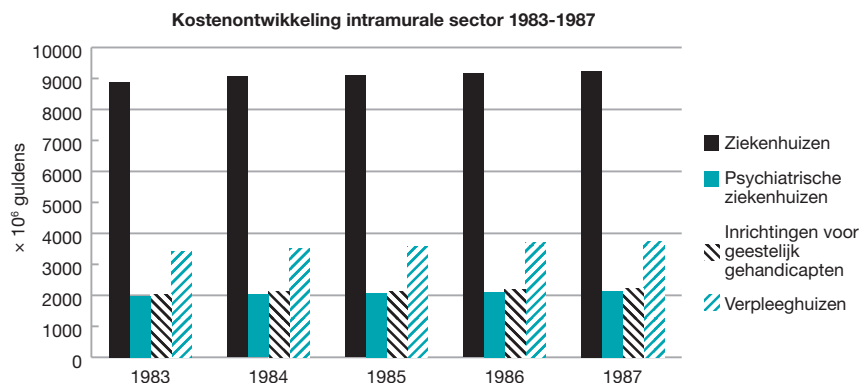
In 1983 werd er gebudgetteerd volgens de 'landelijke richtlijn exploitatiekosten 1982 + loon- en prijsaanpassing 1983 + 0,5 procent autonome kostenstijging'.<sup>37</sup> Dit betekende in de praktijk dat ziekenhuizen die tot 1982 een ruimhartige exploitatie hadden gevoerd een ruimer budget kregen dan ziekenhuizen die zuinig waren geweest. De budgetten waren 'taakstellend': instellingen kregen de 'taak' om binnen het budget te blijven. De instellingen mochten een overschot behouden, maar waren zelf verantwoordelijk voor verliezen.

Het belangrijkste probleem voor de ziekenhuisbudgettering werd al in 1982 vastgesteld: volgens ziekenhuisdirecteuren betekende budgettering ook beheersing van het aantal medische verrichtingen, maar de in maatschappen werkende specialisten waren niet in dienst van een ziekenhuis. Alleen de in loondienst werkende specialisten in bijzondere en academische ziekenhuizen konden bij de budgettering worden betrokken. In 1984 werd bij de definitieve aanwijzing van de budgetrichtlijnen van het COTG, de 'systematiek-Bredero', het instellingsbudget gekoppeld aan parameters omtrent capaciteit en productiegegevens. Ongeveer 30 procent van het totale budget werd vastgesteld aan de hand van de capaciteit, gevormd door bedden en specialistenplaatsen.

Volgens staatssecretaris Van der Reijden was de budgettering meteen in 1984 een succes door een onderschrijding van de toegestane kosten voor ziekenhuizen met f 342 miljoen. AWBZ-zorg door verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en inrichtingen voor geestelijk gehandicapten werden in 1984 onder de systematiek-Bredero gebracht. De ambtenaren van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur concludeerden in 1990 tevreden dat de ontwikkeling van de budgetten in de periode

1984-1987 met een stijging van ongeveer 1,25 procent per jaar 'uiterst beheerst' was verlopen.

**Figuur 3.3** Kostenontwikkeling intramurale sector 1983-1987



Bron: FOG 1990, pg. 25 en 39.

De budgettering begon in 1986 door problemen in haar voegen te kraken. De budgetten werden nog steeds berekend op grond van de historische kosten uit 1982, waardoor de financiële situatie van instellingen door verschil in startposities in dat jaar steeds schever groeide.<sup>38</sup> De budgettering leverde vooral problemen op voor ziekenhuizen die wilden uitbreiden, maar die dit door de historische budgetbeperking niet konden realiseren.

Een nieuwe wijze van budgetteren zou volgens staatssecretaris Dees, de opvolger van Van der Reijden, beter aansluiten bij de stelselwijziging naar gereguleerde marktwerking. Door budgettering, gericht op de functies van een ziekenhuis, zouden 'instellingen met gelijke functies in een gelijke budgettaire positie worden gebracht, wat van essentieel belang is voor gelijkwaardige concurrentieposities in een meer marktgericht stelsel'.<sup>39</sup> Functiegericht budgetteren werd in 1988 voor algemene ziekenhuizen en in 1989 voor een beperkt aantal academische ziekenhuizen ingevoerd. De budgettering werd aan de hand van vier parameters vastgesteld:

- de beschikbaarheidscomponent voor de vergoeding, gebaseerd op de 'adherente' bevolking, ofwel de populatie in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Adherentie maakte ongeveer 20 procent van het budget uit;
- de capaciteitscomponent voor de vergoeding, gebaseerd op het aantal erkende bedden en op het aantal door WVC erkende specialistenplaatsen voor klinische en poliklinische zorg. Deze component was goed voor ongeveer 35 procent van het budget. Grote ziekenhuizen kregen meer geld, wat fusies en nieuwbouw met vermindering van het aantal bedden stimuleerde<sup>40</sup>;
- productiegebonden componenten, gebaseerd op productieafspraken over hoeveelheden opnamen, verpleegdagen, polikliniekbezoeken en uren dagverpleging. Het COTG stelde voor deze parameters de tarieven vast.

Voor veel ziekenhuizen betekende de omschakeling van de systematiek-Bredero naar de nieuwe budgettering een wijziging van het budget. De verschillen tussen de oude en de nieuwe budgettering waren financieel soms zo groot dat het COTG voor bepaalde ziekenhuizen instemde met een gefaseerde invoering vanaf 1 juli 1988 tot 1 januari 1990.

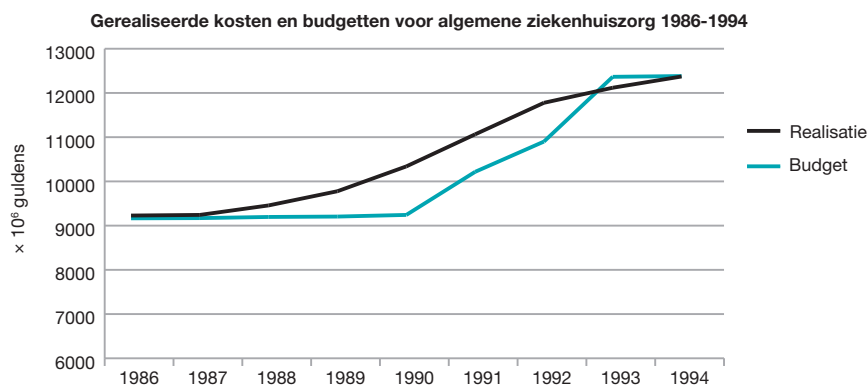
### **Functiegerichte budgettering: effectief of probleemgeval?**

Bij de invoering van functiegerichte budgettering werd geconstateerd dat de financiële waardering van een ziekenhuisbed met 50 procent was afgenomen, terwijl een specialistenplaats juist acht maal zwaarder werd gewaardeerd. Dit leverde voor veel ziekenhuizen onverwachte problemen op, omdat Dees als bezuiniging in het kader van de beddenreductie alvast een bezuiniging van f 60.000 korting per bed voor 8000 nog in te leveren bedden inboekte.<sup>41</sup> Als compromis kwamen Dees en de Nationale Ziekenhuisraad uit op een bezuinigingskorting van f 30.000 per bed. Ook dat klopte niet, want de budgettaire norm voor een bed was f 11.000. Door het mislukken van de beddenreductie leverde deze getallenwissel evenwel niet al te veel problemen op.

De zware waardering voor erkende specialistenplaatsen leek problematischer. Ziekenhuizen die in het verleden zuinig waren geweest met aantallen specialistenplaatsen kregen kleinere budgetten. De uitbreiding van het aantal erkende specialistenplaatsen werd door de functiegerichte budgettering aantrekkelijk door de mogelijkheid tot ophoging van het ziekenhuisbudget, zonder dat daar werkelijke kosten mee waren gemoeid. Het niet-invullen van onbenutte specialistenplaatsen en het herschikken van lager gewaardeerde specialistenfuncties tot hoger gewaardeerde functies waren beproefde middelen om het budget creatief te gebruiken.<sup>42</sup> Een ziekenhuismanager stelde 'zorg ervoor dat je zo veel mogelijk erkende specialisten hebt, dan vul je functies niet in en kan je de rekening van de verwarming betalen'. De hoop op directe beheersing van het specialistisch bedrijf door ziekenhuisdirecties zou nog lang ijdel blijken. Interne budgettering van specialistische verrichtingen en het maken van productieafspraken tussen specialistenmaatschappen en ziekenhuisdirecties bleek nog nauwelijks mogelijk.

De functiegerichte budgettering werd herzien in 1992. Er werden bijstellingen doorgevoerd met aangepaste wegingsfactoren voor specialistische zorg en adherentie en met verhoging van de wegingsfactoren voor dagverpleging en poliklinische zorg. Door deze maatregelen zou substitutie moeten worden bevorderd. Een evaluatie ontbrak, maar de groei van het aantal polikliniekbezoeken en dagbehandelingen zette inderdaad door. Substitutie speelde de facto veel meer in het ziekenhuis dan tussen tweede- en eerstelijnszorg.

Ziekenhuizen konden hun budget verruimen door het aantal inwoners in hun werkgebied te vergroten: op grond van adherentie (het aantal inwoners in het werkgebied) werd het aantal bedden en specialistenplaatsen vastgesteld. Dit versterkte de fusiegolf van ziekenhuizen. Directies bleven gebruikmaken van de rek in het erkenningensysteem voor specialisten om de budgettering zo flexibel mogelijk te benutten.

**Figuur 3.4** Gerealiseerde kosten en budgetten voor algemene ziekenhuiszorg 1986-1994

Bron: FOZ 1986-1998.

Dit overzicht van budgetten en realisatie lijkt eenduidig, maar onderzoek naar de realiteit van functiegerichte budgettering is moeilijk. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door de effecten, problemen en de ingewikkeldheid van het systeem, maar ook door de cijfermatige verantwoording zoals voorgesteld in de Financiële Overzichten Zorg. De voor het budget aanvaardbare kosten werden vastgesteld door het COTG in het kader van de WTZ. De feitelijke kosten werden onderzocht door het CBS en de geraamde financieringscijfers waren voor een deel afkomstig van de Ziekenfondsraad. Deze data werden voor de overzichten in de Financiële Overzichten gebruikt, waarbij enige 'ruis' tussen de cijfers van deze instellingen 'niet geheel uitgesloten' was.<sup>43</sup>

De kritiek op de kwaliteit van de cijfers en op vertraagde nabetalingen door het COTG nam vanaf 1990 steeds meer toe. De kosten van ziekenhuiszorg waren in 1991 ondanks de budgettering met 7,3 procent toegenomen, ofwel er werd f 843 miljoen meer uitgegeven dan geraamd. Bijstelling van de budgetniveaus voor 1989 en 1990 was nodig door betalingsachterstanden bij het COTG. Staatssecretaris Simons pareerde in 1993 alle kritiek op de achterstanden en mazen in het systeem met de opmerking dat functiegerichte budgettering maar 'een middel' was. Een systeemwijziging was volgens hem niet nodig. Het COTG werkte hard aan het inlopen van de betalingsachterstanden.

Simons was echter te optimistisch. Uit het FOZ 1993 werd duidelijk dat de ziekenhuiskosten opnieuw met f 136 miljoen zouden worden overschreden. In 1994 bleek dit f 247 miljoen te zijn.<sup>44</sup> Maar ondanks de overschrijdingen, de daaropvolgende kortingen en met alle problemen, bleef functiegerichte budgettering voorlopig de gebruikte budgetvorm waarmee ziekenhuiskosten in een bruikbaar beheerskader werden geplaatst.

### 3.7 Macrobudgettering en kraptebeleid, 1995-1998

Het kabinet-Kok I trad aan in 1994 en introduceerde een nieuw begrotingsstelsel: het trendmatig begroten, ook bekend als de Zalmnorm. Uitgaven mochten niet hoger zijn dan het tevoren afgesproken plafond, inkomstenmeevallers mochten niet worden

gebruikt voor extra uitgaven en tegenvallers werden niet automatisch opgevangen door bezuinigingen elders.

Voor de zorgsector betekende dit een ingrijpende verandering: de invoering van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het BKZ werd gevormd door de te beheersen zorguitgaven, waarvoor het ministerie van VWS verantwoordelijk was. Kostenbeheersingsbeleid werd voortaan ontwikkeld op basis van het BKZ, niet meer volgens het Financieel Overzicht Zorg.

BKZ-termen werden als netto-termen beschouwd: de bruto-uitgaven voor zorg minus de ontvangsten uit belasting, eigen AWBZ-bijdragen en overige eigen betalingen. Het Kader moest telkens worden aangepast aan veranderingen in de prijsontwikkeling, uitgedrukt in het bruto binnenlands product (bbp). De zorg kreeg door het BKZ een vast uitgavenkader, dat in 1995 werd vastgesteld op *f* 52,3 miljard.<sup>45</sup>

Naast het uitgavenkader werd de zorg in de kabinetperiode 1994-1998 door het BKZ gebonden aan een maximale volume groei van 1,3 procent per jaar. Deze 1,3 procent was afgeleid van de verwachte demografische ontwikkeling. Velen vonden echter een groei van 2,4 tot 2,7 procent per jaar noodzakelijk om aanzwellende wachtlijsten te voorkomen.<sup>46,47</sup>

De verantwoordelijkheid voor het niet-overschrijden van de 1,3 procentnorm werd gelegd bij het maatschappelijk veld van zorgaanbieders, ziekenfondsen en verzekeraars. Het zwakke punt van het beheersingsbeleid bleek echter het onvermogen van het veld om door overeenstemming tot volume- en kostenbeheersing te komen. Meerjarenafspraken werden niet nagekomen. Regionale samenwerking en planning door verzekeraars en zorgaanbieders kwam niet van de grond. De kosten van zorg bleven stijgen en financiële knelpunten werden afgewenteld op de overheid en de cliënten in de vorm van groeiende wachtlijsten.<sup>48</sup>

Wachtlijsten voor curatieve en AWBZ-zorg werden een steeds groter politiek en maatschappelijk probleem. In 1994 waren er al wachtlijsten voor ziekenhuiszorg, specialistische hulp, verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Door de te krap berekende groei, tekorten aan artsen en medisch personeel, de bureaucratie en hoge administratieve lasten groeiden deze wachtlijsten vanaf 1995 snel. Dit proces werd versterkt doordat in 1995 de medisch specialisten te maken kregen met budgettering door middel van een vast honorarium of 'lump sum'.<sup>49,50</sup> Hierdoor verloor zij de prikkel om meer zorg te verlenen dan dat zij nodig vonden.

Door de financiële begrenzing van het BKZ was van de politiek in de kabinetperiode 1994-1998 geen extra geld te verwachten.<sup>51</sup> Bij de debatten over de wachtlijsten werd in deze periode duidelijk dat de lijsten niet alleen het gevolg waren van de BKZ-beperkingen en de eerder genoemde oorzaken. Zowel bij de AWBZ-zorg als bij ziekenhuis- en specialistische zorg bleken de gebrekkige informatievoorziening voor afstemming, planning en capaciteit, financiering, indicatie en behandeling andere belangrijke oorzaken. Maatschappelijke partijen als verzekeraars en ziekenfondsen, ziekenhuizen en specialisten waren bereid om voor de curatieve zorg de wachtlijsten structureel aan te pakken, maar betere afstemming en betere organisatie zouden veel tijd eisen.<sup>52</sup>

De toegang tot zorg in de AWBZ- of caresector moest worden verbeterd door vraag en volume vanaf de indicatie beter af te stemmen. In de cure was deze geregeld door verwijzing via de huisarts, maar bij de care werd de indicatie verzorgd door honderden toewijzingscommissies, kruiswerkorganisaties en instellingen voor de meest uiteenlopende zorgvormen. Systematische, onafhankelijke indicatiestelling zou een belangrijk kostenbeheersingsinstrument kunnen zijn.<sup>53</sup> E. Borst-Eilers en E.G. Terpstra, respectievelijk minister en staatssecretaris in het kabinet-Kok I, zetten daarom in 1996 plannen uiteen voor indicatiestelling door Regionale Indicatie Organen (RIO's). Door RIO's kon 'op objectiveerbare wijze' de hulpbehoefte worden vastgesteld en de 'in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, behoefte en omvang'. Het RIO-systeem zag er op papier goed uit. Maar door kinderziekten, reorganisatie van de AWBZ-administratie en onderschatting van de indicatievraag, ontstonden zelfs wachtlijsten voor indicatie-aanvragen.

### 3.8 Van budgettering naar openeindfinanciering, 1998-2002

Het kabinet-Kok II stak in zijn regeerakkoord van 1998 de hand in eigen boezem met de verklaring dat de 1,3 procent aan groei ruimte uit de vorige kabinetsperiode te krap was geweest.<sup>54</sup> Tot 2002 werd de groei verruimd tot 2,3 procent. Deze extra financiële ruimte, f 5,66 miljard, werd bestemd voor de wachtlijstproblemen, vermindering van werkdruk, knelpunten op de arbeidsmarkt, aandacht voor chronisch zieken, ouderen en gehandicapten. Het BKZ bleef als macrobudgettair instrument in gebruik, maar deze kabinetsperiode zou het begin worden van een periode van snel stijgende zorguitgaven. In 2003 werd zelfs gesproken over 'openeindfinanciering'.<sup>55</sup>

De wachtlijsten werden op twee manieren aangepakt: enerzijds door registratie en door het vaststellen van streefnormen voor maximale wachtlijsten voor de curatieve zorg, de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg, anderzijds door extra financiering. De streefnormen, ook bekend als de Treeknormen, werden in 2000 door Zorgverzekeraars Nederland, artsen-, ggz- en ziekenhuisorganisaties met ambtenaren van het ministerie van VWS afgesproken. Deze afspraken konden alleen worden nagekomen door meer geld: in 2001 kwam minister Borst-Eilers met een actieplan voor aanvullende financiering voor wachtlijstverkortingen. Er zou 'boter bij de vis' worden betaald als ziekenhuizen, verpleeghuizen, de gehandicapten- en de geestelijke gezondheidszorg aan deze afspraken voldeden. Echter ondanks de f 1 miljard boter-bij-de-vis-financiering in 2001-2002 en de miljarden die in deze kabinetsperiode al waren vrijgemaakt, leken de wachtlijsten nauwelijks te verminderen.<sup>56</sup>

De belangrijkste factor voor het veranderen van macrogebudgetteerde kosten in een haast ongeremde financiering was echter het 'recht op verzekerde zorg'. Een door een RIO verstrekte zorgindicatie betekende in veel gevallen niet meer dan een plek op een wachtlijst. Verzekerden wendden zich in 1999 tot de rechter met als uitkomst de uitspraak dat geïndiceerde, verzekerde zorg daadwerkelijk beschikbaar moest zijn. Vastgelegde volumegroei werd door de rechter strijdig geacht met het verzekeringskarakter van de AWBZ en de ziekenfondsverzekering.

Minister E.J. Bomhoff, de opvolger van Borst-Eilers in 2002, bevestigde dit principe in de parlementaire behandeling van de Zorgnota 2003: 'Het criterium betaalbaarheid brengt met zich mee dat de uitgaven zich binnen het kader moeten aanpassen. Dit laat echter de individuele aanspraken op zorg van 1 januari tot en met 31 december onverlet.'<sup>57,58</sup> De bruto BKZ-uitgavengroei explodeerde van 2,6 procent per jaar in 1999 tot 8,8 procent in 2002. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg verwachtte dat deze bij ongewijzigd beleid tot 15 procent per jaar zou kunnen oplopen.<sup>59</sup>

Het sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw met de WZV en de WTG zorgvuldig opgebouwde kostenbeheersingsbeleid was in 2002 opeens volledig ontspoord. Ingrijpen was dringend nodig, want evenals toen dreigde het gevaar van verdringing van andere publieke uitgaven. De legitimiteit en effectiviteit van het stelsel van aanbodregulering waren in 2002 zodanig ontwricht dat deze zorguitgaven pas door een nieuwe stelselinrichting zouden kunnen worden begrensd.

### 3.9 Conclusie

Kostenbeheersing kwam in de jaren zestig van de vorige eeuw op de politieke agenda. Aanvankelijk was het beleid gericht op het aanbod van voorzieningen. Dat bleek niet goed te werken en werd onvoldoende op effectiviteit beoordeeld. Substitutie werd niet geëvalueerd. Beddenreductie leverde beperkte resultaten op. Het bouwplafond werkte als rem op de bouwproductie, maar was bureaucratisch en zorgde voor veel spanning door de groeiende vraag naar nieuwbouw en investeringen in de intramurale sector. Eigen bijdragen werden nauwelijks geëvalueerd en zorgden vaak voor maatschappelijke protesten. Functiegerichte budgettering van ziekenhuiskosten werd ontwikkeld tot een complex instrument met parameters die mogelijkheden boden tot oprekken en soepel gebruik.

Op macroniveau was kostenbeheersing effectief van begin jaren tachtig tot ver in de jaren negentig. De kostenstijging werd afgeremd en het gevaar van een te groot beslag van zorgkosten op de publieke middelen werd vanaf 1975 door de inzet van het beleid afgewend. Instellingsbudgetten en het beperken van de volumegroei waren de meest effectieve instrumenten. Dit laatste was echter geen structurele oplossing voor de kostengroei. Zoals uit de wachtlijsten uit de periode 1994-1998 bleek, was daarna een financiële inhaalslag nodig, omdat de spanning tussen vraag en aanbod te hoog opliep.

Kostenbeheersing door zelfregulering, zoals gepoogd bij geneesmiddelen en specialistische zorg, is niet effectief gebleken. In beide gevallen werden door partijen afgesproken budgettaire kaders overschreden en greep de overheid alsnog met beheersingsmaatregelen in.

Uit de geschiedenis van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg blijkt dat de gedetailleerde planning met bijbehorende bureaucratie en te veel betrokken partijen voor kostenbeheersing niet werkt. Het grootste probleem van de WVG was het ontbreken van financiële kaders voor de planning, terwijl de WVG juist leidraad voor tarieven en financiering zou moeten zijn. Voor kostenbeheersing zijn in de praktijk meer pragmatische instrumenten nodig, zoals budgettering, een tijdelijk bouwplafond of eigen

betalingen. Integrale afwegingen via een complex planningssysteem zijn te ingewikkeld en bieden te veel mogelijkheden voor hindermacht door belanghebbenden.

### Referenties

- 1 *Kamerstukken II 1975-1976*, 14 044 nr. 1, p. 2.
- 2 *Kamerstukken II 1973-1974*, 13 012, p. 38.
- 3 *Kamerstukken II 1965-1966*, 8462 nr. 2.
- 4 Commissie-Dekker, *Bereidheid tot verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 1987.
- 5 K.P. Companje (red.), *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006*, Amsterdam: Aksant, 2008, p. 899.
- 6 'Situatie ziekenhuisbouw maakt wettelijke regeling noodzakelijk', *Het Ziekenfonds* 1969: p. 121.
- 7 *Kamerstukken II 1970-1971*, 11 097 nr. 2.
- 8 *Kamerstukken II 1970-1971*, 11 267 nr. 3, p. 82.
- 9 *Kamerstukken II 1973-1974*, 13 012.
- 10 *Kamerstukken II 1973-1974*, 13 012 nr. 2, p. 42.
- 11 *Kamerstukken II 1975-1976*, 14 004 nr. 1.
- 12 *Kamerstukken II 1981-1982*, 17 494 nr. 1, p. 7-8.
- 13 *Kamerhandelingen II 1982*, Handelingen van 27 januari, p. 1533.
- 14 *Kamerstukken II 1992-1993*, 22 808 nr. 2, p. 101.
- 15 RVZ, *Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*, Zoetermeer: RVZ, 1996: p. 69.
- 16 *Kamerstukken II 1979-1980*, 14 182 nr. 2.
- 17 *Kamerstukken II 1985-1986*, 19 246 nr. 2, p. 15.
- 18 *Kamerstukken II 1989-1990*, 21 310 nr. 2, p. 153.
- 19 *Kamerstukken II 1986-1987*, 19 945 nr. 16, p. 3.
- 20 *Kamerstukken II 1979-1980*, 15 800 XVII nr. 7, p. 11.
- 21 *Kamerstukken II 1986-1987*, 19 794 nr. 2, p. 38 en 40.
- 22 'Vier procent groei in kruiswerk graag overal benutten', *Inzet* 1979;2:24.
- 23 *Kamerstukken II 1979-1980*, 15 540 nr. 24, p. 2.
- 24 *Kamerstukken II 1986-1987*, 19 794 nr. 2, p. 32-34.
- 25 *Kamerstukken II 1986-1987*, 19 794 nr. 2, p. 12.
- 26 *Kamerstukken II 1986-1987*, 19 794 nr. 2, p. 9.
- 27 *Kamerstukken II 1986-1987*, 19 794 nr. 2, p. 25-27.
- 28 *Kamerstukken II 1986-1987*, 19 794 nr. 2, p. 34.
- 29 *Kamerstukken II 1986-1987*, 19 794 nr. 2, p. 40.
- 30 *Kamerstukken II 1983-1984*, 18 100 XVI nr. 9, p. 32.
- 31 *Kamerstukken II 1988-1989*, 20 848 nr. 2, 30.
- 32 *Kamerstukken II 1987-1988*, 20 209 nr. 2, p. 13.
- 33 *Kamerstukken II 1986-1987*, 19 794 nr. 2, p. 18, 46 en 47.
- 34 *Kamerstukken II 1989-1990*, 21 674 nr. 2, p. 25.



- 35 *Kamerstukken II 1992-1993*, 22 311 nr. 2, p. 23-24, 254.
- 36 'Ziekenhuismanagement straks op één lijn met het ziekenfonds', *Inzet* 1983;4:13.
- 37 *Kamerstukken II 1983-1984*, 18 108 nr. 2, p. 49-50.
- 38 J.T.L. Blank, E. Eggink en A.H.Q.M. Merkies, *Tussen bed en budget. Een empirisch onderzoek naar de doelmatigheid van algemene en academische ziekenhuizen in Nederland*, Den Haag: SCP, 1998: p. 23.
- 39 *Kamerstukken II 1988-1989*, 19 945 nr. 51, p. 10.
- 40 *Kamerstukken II 1993-1994*, 23 407 nr. 2, p. 44.
- 41 'Oplopende spanning in het ziekenhuis', *Inzet* 1987; 10:20-22.
- 42 R.J. Kraaiipoel, H. Kruisselbrink, 'Instroom van medisch specialisten. Van uitbreiden naar inschikken', *Medisch Contact* 1987;42:1336.
- 43 *Kamerstukken II 1987-1988*, 20 209, nr. 2, p. 52.
- 44 *Kamerstukken II 1992-1993*, 22 808, nr. 2, p. 57.
- 45 *Kamerstukken II 1995-1995*, 24 404 nr. 2, p. 7-8.
- 46 *Kamerstukken II 1993-1994*, 23 715 nr. 11, p. 15.
- 47 J.L.M. van Wesemael, L.M.C. Ongerig, C.A.B. Birkhoff en M.R.P.M. Camps, 'Zuinig met zorg'. *Rapport ambtelijke taskforce volumebeheersing en kostenbeperking*, Rijswijk: VWS, 1995.
- 48 A.H.M. Kerkhoff en W.P.M. Dols, *De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Debatten en ontwikkelingen vanaf 1987*, in: K.P. Companje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, p. 850-851.
- 49 E.S. Mot, *Paying the medical specialist: the eternal puzzle: experiments in the Netherlands*, Amsterdam: UvA, 2002: p. 61-62.
- 50 J. Bruinsma, 'Loon specialist onoplosbaar', *de Volkskrant* 2002: p. 15-11.
- 51 *Kamerstukken II 1994-1995*, 24 404 nr. 22, p. 4.
- 52 *Kamerstukken 1994-1995*, 24 404 nr. 23, p. 11.
- 53 Wesemael e.a., 'Zuinig met zorg', p. 29.
- 54 *Kamerstukken II 1989-1999*, 26 204 nr. 2, p. 9-10.
- 55 RVZ, *Exploderende zorguitgaven. Signalement over uitgavenmanagement*, Zoetermeer: RVZ, 2003: p. 6.
- 56 VWS, *Zorgnota 2002*, Den Haag: VWS, 2001, p. 14.
- 57 *Kamerstukken II 2002-2003*, 28 605, nr. 2, p. 2.
- 58 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Zorgnota 2003*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002: p. 9.
- 59 RVZ, *Exploderende zorguitgaven*, p. 31.

## 4. Welke maatregelen kunnen de zorgkosten bedwingen?

Niek Stadhouders en Florian Kruse

### Kernboodschappen

- Tekortkomingen in de zorgmarkt drijven de zorg naar hogere kosten dan maatschappelijk wenselijk is
- Bezuinigingen zijn doorgaans niet in het belang van patiënt of zorgverlener, waardoor de weerstand ertegen groot kan zijn. Deze groepen proberen bezuinigingsmaatregelen vaak te omzeilen, waardoor de opbrengsten kunnen tegenvallen
- Effectief beleid drukt niet alleen de kosten, maar pakt ook onderliggende inefficiënties en kostenverschuivingen aan. Dit vergt vaak een combinatie van bezuinigingsmaatregelen

### 4.1 Inleiding

Tussen 1972 en 2015 is het aandeel van de zorgkosten in de economie bijna verdubbeld. In alle andere westerse landen stijgen de zorgkosten met vergelijkbare percentages, ondanks herhaalde pogingen om de groei ervan in te dammen. De vraag is dan ook wat de invloed van bezuinigingsbeleid op de groei van de zorgkosten nu precies is. Dat beleid een belangrijke rol speelt bij het beteugelen van de zorgkosten was goed te zien na de crisis van 2008. Landen die vergaande bezuinigingsmaatregelen namen, zoals Griekenland en Ierland, zagen hun zorgkosten sterk dalen.<sup>1</sup> In Nederland werd niet direct ingegrepen en kreeg kostenbeheersing pas later een prominente plek in het zorgbeleid. Dit zien we terug in de kostenontwikkeling, die pas sinds 2012 is afgevlakt. Beleid kan dus zeker invloed hebben op het niveau en de groei van de zorgkosten. Structureel en consequent beleid kan deze groei beperkt houden en zo resulteren in een lager niveau van zorguitgaven.

Landen verschillen soms sterk in de inrichting van het zorgstelsel (bijvoorbeeld een *national health system (NHS)*, een sociale verzekering of een private verzekering), maar hanteren desondanks vergelijkbare vormen van kostenbeperkend beleid. In alle stelsels wordt bijvoorbeeld ingezet op eigen betalingen, zorginkoop of pakketbeheer als mogelijkheden om op de zorgkosten te besparen. Mogelijk leidt de toepassing van overeenkomstige bezuinigingsmaatregelen zelfs tot convergentie van stelsels.<sup>2</sup> Hoofdstuk 3 laat bovendien zien dat veel beleidsopties die momenteel worden overwogen, niet nieuw zijn. De discussie in Nederland over selectief contracteren door verzekeraars woedt bijvoorbeeld ook al sinds de jaren zeventig in de Verenigde Staten. In de jaren tachtig nam de Engelse NHS al maatregelen om de concurrentie tussen ziekenhuizen te vergroten. Veel opties om kosten te beheersen zijn elders ingevoerd en steeds vaker wordt het beleid wetenschappelijk geëvalueerd. Dit hoofdstuk vat recente inzichten en voorbeelden van effectief bezuinigingsbeleid uit de wetenschappelijke literatuur

samen. Het gaat uitsluitend over de effecten van dit beleid op de zorgkosten; de kwaliteit van zorg wordt buiten beschouwing gelaten.

#### 4.1.1 De noodzaak van bezuinigen

Zonder overheidsingrijpen hebben de zorgkosten de neiging (sterk) te stijgen. Dit komt doordat vraag en aanbod elkaar niet in een natuurlijk evenwicht houden. Dit wordt 'marktfalen' genoemd. Een voorbeeld: om selectie van patiënten op basis van een hoog gezondheidsrisico tegen te gaan, heeft de overheid in vrijwel elk land de universele toegang tot de zorg veiliggesteld. Dit is gewenst, maar het betekent ook dat de zorgverlening niet zomaar aan de vrije markt wordt overgelaten en dat er dus sprake is van overheidsingrijpen. Wij identificeren vijf vormen van marktfalen, waardoor de zorgkosten, zonder overheidsingrijpen, hoger zijn dan maatschappelijk gewenst.

Ten eerste is de zorg een verzekeringsmarkt. Als een patiënt zorg nodig heeft, betaalt de zorgverzekeraar een groot deel van de kosten, zodat de patiënt maar een beperkte prijs hoeft te betalen voor zorggebruik. Dit is enerzijds wenselijk omdat de kosten voor patiënten anders hoog op kunnen lopen. Maar dit heeft wel een keerzijde: omdat de prijs van zorg voor de patiënt (bijvoorbeeld het eigen risico) veel lager is dan de daadwerkelijke prijs, maken patiënten er mogelijk sneller gebruik van. Dit zorgt voor extra vraag die niet altijd gewenst is (*moral hazard*).<sup>3</sup> Denk aan patiënten die met zeer lichte klachten naar de huisarts gaan. Een deel van die patiënten zou wellicht niet gaan als het voor een huisartsenbezoek zou moeten betalen. De beperkte prijs leidt tot onnodige zorg en hogere zorguitgaven.

Verzekerde patiënten kopen de zorg doorgaans niet zelf in. In Nederland zijn verzekeraars hiervoor verantwoordelijk, in sommige andere landen neemt de overheid deze rol op zich. Hier is sprake van marktfalen veroorzaakt door incomplete vertegenwoordiging. De zorgverzekeraar koopt de zorg minder scherp in dan de verzekerde zou willen. Dit komt deels doordat zorgverzekeraars niet goed weten welke zorg nodig zal zijn en ze daarom niet de juiste zorg inkopen. Dit kan leiden tot inefficiënte zorgverlening. Deels komt dit ook doordat de competitie op de zorgverzekeringsmarkt niet perfect is: er is maar een beperkt aantal zorgverzekeraars en verzekerden stappen niet zo snel over. Hierdoor doen zorgverzekeraars mogelijk minder hard hun best om in het belang van de verzekerde scherp in te kopen.

Zorgverzekeraars proberen in contracten vast te leggen dat zorgverleners hoge kwaliteit van zorg aan patiënten geven. Maar contracten zijn nooit waterdicht en het gedrag van zorgverleners komt niet altijd overeen met de wensen van zorginkopers. Het inkoopgedrag van zorgverzekeraars is daarom een derde bron van marktfalen doordat zij incomplete contracten met zorgverleners afsluiten. Dit kan leiden tot inefficiënties in het zorgaanbod en in veel gevallen tot te hoge zorgkosten.

Aanbodgeïnduceerde vraag (*supplier-induced demand*) is de vraag die niet zou bestaan als patiënten en behandelaars evenveel informatie zouden hebben over diagnoses en behandelingen. In het ideale geval adviseert de arts precies dat te doen wat de patiënt ook zou doen als hij of zij alle kennis en ervaring zou hebben. In de zorgmarkt hebben patiënten echter doorgaans minder informatie en kennis, wat het

zorgverleners mogelijk maakt om meer zorg te leveren dan wenselijk is<sup>3</sup>, bijvoorbeeld om hun inkomsten veilig te stellen of hun capaciteit te vullen. Dit kan tot uiting komen in een teveel aan diagnostische testen, behandelingen en/of doorverwijzingen. Ook medicalisering kan soms het gevolg zijn van aanbodgeïnduceerde vraag. Dit effect wordt mogelijk versterkt door de beperkte prijs die patiënten voor zorg betalen: hierdoor wordt mogelijk minder kritisch naar de noodzaak van de geleverde zorg gekeken.

Tot slot kunnen zorgverleners beschikken over een aanzienlijke marktmacht, waardoor ze in onderhandelingen hogere prijzen kunnen bedingen. Als in een regio bijvoorbeeld maar één ziekenhuis is, dan moeten zorginkopers dat ziekenhuis wel contracteren. Het ziekenhuis kan dan hogere prijzen vragen. Door de vele fusies van de laatste jaren raakt de zorgmarkt steeds geconcentreerder en speelt marktmacht een steeds grotere rol.

#### 4.1.2 **Waarom is bezuinigen zo lastig?**

Bezuinigingsbeleid is wenselijk vanuit het oogpunt van de premiebetaler, omdat bezuinigingen leiden tot lagere premies. Een centraal probleem is echter dat de twee belangrijkste partijen in de zorg, patiënten en zorgverleners, niet direct gebaat zijn bij bezuinigingsbeleid. Dit zorgt ervoor dat zulk beleid grotendeels uitblijft of in de praktijk veel minder effectief blijkt te zijn dan gehoopt door beleidsmakers.

Patiënten willen onbeperkt toegang tot zorg die zij nodig (denken te) hebben, ook zorg die objectief gezien weinig toevoegt. Bezuinigingen kunnen de toegang tot die zorg beperken. Omdat veel burgers zowel premiebetaler als patiënt zijn, is er soms sprake van tegenstrijdige visies: aan de ene kant weerstand tegen hogere premies, maar aan de andere kant ook weerstand tegen bezuinigingen in de zorg.<sup>4</sup> Deze laatste vorm van verzet wordt gevoed door goed georganiseerde koepels van zorgverleners en patiëntenverenigingen die de politiek en de publieke opinie via de media effectief kunnen beïnvloeden. Met als gevolg dat het belang van de – ongeorganiseerde – premiebetaler ondergesneeuwd raakt.

Ook zorgverleners zijn niet gebaat bij bezuinigingen. Zij bezitten de motivatie om zo veel mogelijk patiënten te helpen – en een hoger budget helpt hierbij. Bovendien kunnen bezuinigingen leiden tot ontslagen. We zien in de zorgsector dan ook dat aanbieders als reactie op bezuinigingen hun inkomen en omzet proberen te behouden door hun vrijgekomen capaciteit op te vullen. Dit kan betekenen dat zij uitwijken naar andere typen zorg, patiëntgroepen, financieringsbronnen of sectoren.<sup>5</sup> Doordat zorgverleners reageren op bezuinigingen door hun omzet op een andere manier veilig te stellen, vallen de opbrengsten van bezuinigingsbeleid vaak tegen; niet alleen in termen van totale kosten, maar ook in termen van efficiëntie.<sup>6,7</sup>

#### 4.2 **Wat zijn de mogelijkheden om de zorgkosten te beperken?**

In de vorige paragraaf hebben we gezien dat de zorgkosten door marktfalen worden opgedreven. Daaruit vloeit voort dat het beperken van de zorgkosten de welvaart kan verhogen. Terwijl sommige vormen van marktfalen – zoals beperkte prijzen, incomplete contracten en een aanbodgeïnduceerde vraag – voornamelijk de zorgvolumes

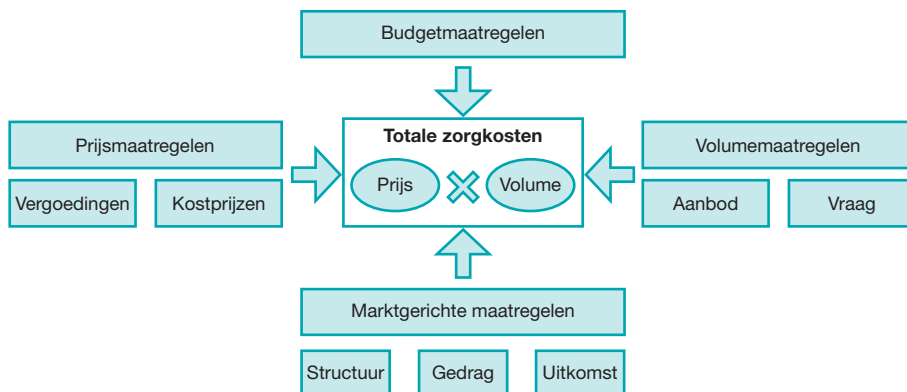
verhogen, zorgen marktmacht en incomplete vertegenwoordiging vooral voor hogere prijzen. Bezuinigingsbeleid kan zich dus óf richten op het beperken van de volumes óf op het beperken van de prijs. Sommige bezuinigingsmaatregelen, zoals budgetteren, richten zich op allebei. Het beperken van de totale zorgkosten lijkt op het eerste gezicht dan ook betrekkelijk eenvoudig: het strikt hanteren van een budget garandeert kostenbeheersing. Strikte budgetten zijn echter lastig af te dwingen. Bovendien lossen budgetten niet noodzakelijk de onderliggende marktverstoringen op. Dit vereist specifiekere maatregelen.

Prijs- en volumemaatregelen geven overheden in theorie meer mogelijkheden tot sturing dan het opleggen van een budget. Volumemaatregelen zijn meestal gericht op het tegengaan van onnodige zorg. Er kan worden ingegrepen in het zorgaanbod of in de zorgvraag. Het indammen van het zorgaanbod kan de aanbodgeïnduceerde vraag verminderen. Het beperken van de zorgvraag van patiënten kan de extra vraag door incomplete prijzen verminderen. Prijsbeperkingen kunnen de door de marktmacht van zorgverleners opgedreven prijzen weer naar een acceptabel niveau brengen en efficiëntie afdwingen. Lagere tarieven kunnen worden verkregen door vaste bedragen te hanteren voor de tarieven die zorginkopers aan zorgverleners betalen (en die vervolgens te verlagen). Tussen tarieven en kostprijs (kosten die zorgverleners maken om een zorgproduct te leveren, zoals loonkosten en kapitaallasten) kan een marge zitten, de winst. In vrije onderhandelingen kunnen lagere kostprijzen leiden tot een daling van de overeengekomen tarieven.

Het is uitermate lastig om de juiste prijs van zorg vast te stellen of om het volume ervan op een juiste manier te beperken. In plaats van direct in te grijpen kan een overheid daarom ook proberen om marktprocessen te sturen. Markevenwicht is het gevolg van een complex samenspel tussen patiënten, verzekeraars en aanbieders die onderhandelen over prijzen en volumes. De onderhandelingen worden beïnvloed door belangen, marktprikkels, instituties en vormen van regulering. Marktgerichte maatregelen beïnvloeden dit samenspel, om zo tot een wenselijker uitkomst te komen. De marktstructuur beïnvloedt het marktgedrag, wat leidt tot de marktuitsluiting.<sup>8</sup>

Bezuinigingsbeleid kan invloed hebben op de marktstructuur, bijvoorbeeld door het stimuleren van innovatieve zorgverleners en actieve zorginkopers, door fusiebeleid strikt te hanteren of door taakherschikking en decentralisatie als bezuinigingsmaatregel in te zetten. Drie bepalende factoren van marktgedrag zijn de prikkels die uitgaan van betalingssystemen, competitie en coördinatie van zorg. Gegeven de marktstructuur beïnvloedt het samenspel van deze prikkels de marktuitsluiting (onderhandelde prijzen en volumes). Als de marktuitsluiting vaststaat, kan een overheid om de kosten te bedwingen alleen nog snijden in randzaken van de zorg, zoals (de eigen) overhead. Onder dit type maatregelen valt bijvoorbeeld de vermindering van administratieve lasten, het tegengaan van verspilling en fraude en het verhogen van transparantie. Deze bezuinigingen plaatsen we onder marktuitsluiting omdat ze niet ingrijpen in de marktstructuur of het marktgedrag, maar wel de totale zorgkosten verlagen. De mogelijkheden om zorgkosten te beperken zijn weergegeven in Figuur 4.1.

**Figuur 4.1** Aanknopingspunten voor bezuinigingsbeleid



### 4.3 Budgetmaatregelen

Hieronder volgt een korte beschrijving van de werking van budgetten. In hoofdstuk 8 wordt er uitgebreid op ingegaan.

#### 4.3.1 Hoe werkt het?

Budgetten zijn generieke instrumenten die niet een specifieke vorm van marktfalen aanpakken. Bij het budgetteren van de zorg moeten verschillende keuzes worden gemaakt: over het niveau van budgetteren, de hoogte van budgetten en regels om overschrijdingen te voorkomen.

Een macrobudget wordt vastgesteld op het hoogste niveau, terwijl deelbudgetten gelden voor specifieke sectoren of regio's. De hoofdlijnenakkoorden in Nederland zijn een voorbeeld van deelbudgetten. Zo kan het budget voor eerstelijnszorg harder groeien dan dat voor de ziekenhuiszorg. Ook kent Nederland aparte kaders voor gemeentezorg (Wmo) en langdurige zorg (Wlz). Deelbudgetten geven meer sturingsmogelijkheden, maar creëren ook het risico op verplaatsing van een deel van de zorg naar minder bindende budgetten (het waterbedeffect). Het beperken van budgetten voor langdurige zorg of ggz-zorg kan patiënten bijvoorbeeld doen uitwijken naar huisartszorg, spoedeisende hulp of een persoonsgebonden budget (pgb), waardoor de uitgaven daar toenemen.<sup>7</sup>

De hoogte van budgetten kan worden gerelateerd aan de belastinginkomsten of kan los van die inkomsten worden vastgesteld door de politiek. Nederland heeft gekozen voor de tweede optie, een Budgettair Kader Zorg (BKZ) dat is losgekoppeld van de overheidsinkomsten (de Zalmnorm). Het voordeel hiervan is dat de budgetten hierdoor stabiel zijn en contracyclisch werken. Contracyclisch beleid houdt in dat de overheid bij krimp meer besteedt om de economie te versterken, en bij economische groei de uitgaven beperkt om zo een buffer op te bouwen. Tijdens een crisis komen zorgbanen dan niet in gevaar, wat de stabiliteit en het vertrouwen kan vergroten en de effecten van de crisis kan verminderen. Een nadeel is dat de belastinginkomsten als gevolg van een crisis sterk kunnen teruglopen. Zonder bijstelling van de uitgaven

neemt het tekort op de overheidsbegroting daardoor toe. In de Europese Unie beperkt de ‘Maastrichtnorm’ het overheidstekort tot 3 procent van het bruto binnenlands product (bbp). Mede door de Zalmnorm kwam Nederland tijdens de jongste crisis echter boven deze grens uit, waardoor extra bezuinigingen nodig waren. Een alternatief is om de uitgaven via een automatische correctiefactor te koppelen aan de belastinginkomsten. Deze koppeling vergroot echter het risico op procyclisch beleid: uitgaven die sterk krimpen als tijdens een economische crisis de belastinginkomsten teruglopen.

#### 4.3.2 Werken budgetten?

Met uitzondering van studies naar de besluitvorming over budgetten, is er verrassend weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de werking van budgetten en budgetvormen. Het is onbekend of en in hoeverre zorgbudgetten worden overschreden en in hoeverre de kosten naar zorggebieden zonder budgettering verschuiven. Ook is niet bekend of zorgbudgetten leiden tot wachtlijsten en mogelijk tot een lagere kwaliteit van zorg. De beperkte hoeveelheid verricht onderzoek duidt wel op een kostendrukend effect van budgetten.<sup>9</sup> Een studie uit 2005 stelt dat de introductie van een meerjarenbudget in 1997 in de VS de totale uitgaven aan Medicare en Medicaid omlaag bracht met 112 miljard dollar.<sup>10</sup> Ook deelbudgetten zijn effectief gebleken om de zorgkosten in de hand te houden, in elk geval de kosten van geneesmiddelen.<sup>11</sup> Het onderzoek beschreven in hoofdstuk 8 laat eveneens zien dat begrotingsregels helpen de zorguitgaven te beheersen.

#### 4.3.3 Waarom werken budgetten niet?

Budgetten lijken dus effectieve instrumenten om de kosten te bedwingen. Toch lossen ze de onderliggende inefficiënties in de markt niet of maar beperkt op; dit kan leiden tot hogere wachtlijsten tot of andere vormen van rantsoenering die onwenselijk zijn. Ook zijn budgetten in veel landen onderhevig aan de politieke cyclus, waardoor het risico ontstaat dat zeker in economisch voorspoedige tijden uitgavenkaders te hoog worden vastgesteld of dat budgetten niet streng genoeg worden bewaakt. Hierdoor zijn in crisistijd soms extra bezuinigingen nodig. In het geval van deelbudgetten kunnen verschuivingen plaatsvinden naar sectoren zonder budget, die ‘vrij spel’ hebben om de gerealiseerde besparingen in het gebudgetteerde deel teniet te doen.

### 4.4 Prijsmaatregelen

#### 4.4.1 Prijsmaatregelen: tarievenbeleid

##### *Hoe werkt het?*

Tarieven kunnen centraal worden vastgesteld of er kan over worden onderhandeld. Centrale vaststelling van tarieven dient om marktfalen als gevolg van de marktmacht van de aanbieder te beperken. Bij aparte onderhandelingen door individuele zorginkopers kunnen aanbieders met veel marktmacht te hoge prijzen bedingen. Dit speelt in

het bijzonder bij onderhandelingen over de prijs van geneesmiddelen, waar patenten leiden tot een monopoliepositie met grote marktmacht van fabrikanten. Veel maatregelen om tarieven in de zorg te beperken richten zich dan ook op de prijzen van geneesmiddelen, bijvoorbeeld door de prijs van een geneesmiddel te baseren op de prijs van vergelijkbare geneesmiddelen of op de prijs van hetzelfde geneesmiddel in andere landen (referentieprijzen).

### **Werkt het?**

Er zijn aanwijzingen dat het verlagen van tarieven effectief is. Een studie uit de VS laat zien dat de uitgaven aan thuiszorg sterk afnamen nadat de tarieven werden verlaagd, zonder significant effect op de kwaliteit of een verschuiving naar langdurige zorg en ziekenhuiszorg.<sup>12</sup> Ook een aantal maatregelen om de prijzen van geneesmiddelen te beperken bleek effectief. Een systematisch literatuuronderzoek concludeert dat het werken met referentieprijzen de publieke kosten voor geneesmiddelen verlaagt.<sup>13</sup> In 2005 hervormde Denemarken de referentieprijzen van geneesmiddelen. Tot dan toe waren de prijzen er gebaseerd op de prijzen van hetzelfde geneesmiddel in andere landen; in het jaar 2005 ging men over op interne referentieprijzen, gebaseerd op binnenlandse prijzen van vergelijkbare middelen. Dit zorgde voor een significante afname in de kosten van naar schatting meer dan 10 procent ten opzichte van een eerdere periode met een vergelijkbare zorgvraag.<sup>14</sup>

### **Waarom werkt het niet?**

Bij regulering van tarieven is het lastig om de juiste prijs te bepalen. Verschillen in efficiëntie en kwaliteit tussen aanbieders kunnen veelal niet in één tarief worden meegenomen. Ook regionale verschillen zijn er lastig in te verwerken. Bovendien bieden tarieven aanbieders de perverse prikkel om de prijzen te drukken door te bezuinigen op de kwaliteit en de dienstverlening. Centraal vastgestelde prijzen kunnen innovatie in de weg staan, zorgaanbieders in regio's met hoge personeelskosten benadelen en stimuleren om op kwaliteit te beknibbelen. Zorgverleners kunnen als reactie op tariefbeperkingen bovendien het volume verhogen. Een studie uit 1996 uit de VS maakte duidelijk dat artsen als gevolg van een tariefbeperking meer zorg gingen leveren om op die manier een verlaging van de prijzen te compenseren. Voor elke 10 procent verlaging van de prijs groeide het zorgvolume met 3,7 procent<sup>15</sup>, zo bleek. We zien dus een 'weglekeffect'. Mogelijk is deze extra groei in zorgvolume geen nuttige zorg. Bij referentieprijzen voor geneesmiddelen wordt mogelijk een deel van de meerkosten naar patiënten verschoven; in de meeste landen betalen patiënten het verschil tussen de werkelijke prijs en de referentieprijs.<sup>13</sup> Het vaststellen van prijzen geeft overheden dus meer mogelijkheden om marktfalen aan te pakken dan budgetten, maar dit vergroot ook de kans op overheidsfalen: als overheden prijzen onnauwkeurig vaststellen, kunnen inefficiënties zelfs toenemen. Als de vergoeding voor een bepaalde behandeling te hoog wordt vastgesteld, geeft dat aanbieders een prikkel om extra veel van dit type behandelingen te leveren, wat tot overbehandeling kan leiden.



#### 4.4.2 Prijsmaatregelen: kostprijzen

##### ***Hoe werkt het?***

Een mogelijkheid om de omzet van zorgaanbieders te beperken zonder dat dit ten koste gaat van het zorgvolume, is om de productiekosten van de zorg te beperken. Immers, als het minder kost om zorg te produceren, zullen ook de zorgkosten (bij constant volume) dalen. Beleid dat de daadwerkelijke kostprijzen beïnvloedt, kan daarom een krachtig middel zijn om de efficiëntie te verbeteren en de kosten te verlagen. Kostprijzen bestaan uit loonkosten, kapitaalkosten, de kosten voor grondstoffen (medicatie en hulpmiddelen) en een winstmarge.

Voor de meeste zorgverleners is de looncomponent het grootst. Deze wordt enerzijds beïnvloed door zaken waarop instellingen weinig invloed hebben, zoals de krapte op de lokale arbeidsmarkt en de CAO. Anderzijds hebben instellingen wel een zekere invloed op de inschaling van hun medewerkers en op een efficiënte inzet van personeel. In veel landen wordt de zorginfrastructuur door de overheid gefinancierd, wat de kapitaalkosten beperkt. In Nederland financieren aanbieders hun investeringen op de kapitaalmarkt. Dit verhoogt aan de ene kant de kosten voor het verwerven van kapitaal, maar aan de andere kant verbetert het de controle van financiers op een goede benutting van hun investeringen. Een optie om de prijs van grondstoffen te beperken is om in bulk in te kopen, bijvoorbeeld door inkoopcollectieven of centrale inkoop door de verzekeraar of de overheid. Sommige landen beperken ook de winstmarges, bijvoorbeeld op geneesmiddelen.<sup>13</sup>

##### ***Werkt het?***

Er is nog weinig bekend over de effectiviteit van kostprijzbeperkingen.

##### ***Waarom werkt het niet?***

Lagere kostprijzen moeten worden doorvertaald naar lagere tarieven om tot kostenbesparingen te leiden. Bij een systeem van vaste tarieven leiden lagere kostprijzen echter veelal tot hogere marges voor de aanbieders en niet tot kostenbeperking. Bij vrije prijsonderhandelingen is het de vraag in hoeverre actieve inkoop kan leiden tot lagere tarieven. Bovendien is er in een arbeidsintensieve sector als de zorg überhaupt weinig ruimte om de kostprijzen te verlagen. Dit wordt veroorzaakt door de 'Wet van Baumol': Veel sectoren gebruiken technologische innovaties om met minder werknemers meer te produceren. Die extra productiviteit vertaalt zich naar hogere lonen in die sectoren. In grote delen van de zorg vallen echter niet zo gemakkelijk arbeidsbesparende maatregelen te nemen: het blijft mensenwerk. Als de loonstijging in de zorg achterblijft, zullen zorgmedewerkers overstappen naar beter betaalde banen en ontstaat een arbeidstekort. In de Nederlandse zorg is daarom afgesproken dat de lonen automatisch meegroeien met de lonen in de marktsector. In andere arbeidsintensieve overheidssectoren, zoals het onderwijs, is loonmatiging wel een veelgebruikt instrument om de uitgaven te beperken. Dit kan op langere termijn leiden tot personeelstekorten en felle weerstand van de vaak goed georganiseerde beroepsgroepen.

## 4.5 Volumebeperkingen

### 4.5.1 Volumebeperkingen: aanbodbeperking

#### ***Hoe werkt het?***

Een beperking van het aanbod kan onnodige zorg, bijvoorbeeld als gevolg van aanbodgeïnduceerde vraag, beperken. De uitdaging is in zo'n geval om maatregelen specifiek te richten op zorg met de minste waarde. Bij generieke volumebeperkingen, zoals het beperken van het aantal artsen, aanbieders, bedden of behandelingen, moet medische noodzaak een belangrijk criterium zijn: patiënten die de zorg het hardst nodig hebben, worden het eerst geholpen. Zorginkopers kunnen hierop aansturen door te kiezen voor meer specifieke volumebeperkingen, bijvoorbeeld op basis van praktijkvariatie en benchmarken of door aanbieders te verplichten om vooraf toestemming voor bepaalde behandelingen te vragen. Hoofdstuk 17 gaat dieper in op de vraagstukken rondom praktijkvariatie en betaalbaarheid.

#### ***Werkt het?***

Het beperken van het aantal vergoede geneesmiddelen heeft in de VS geleid tot kostenbesparingen.<sup>13,16</sup> Sommige zorginkopers in de VS eisen dat voor het gebruik van bepaalde medicijnen vooraf aan hen toestemming moet worden gevraagd. Dit heeft eveneens tot besparingen geleid.<sup>17</sup> Ook het monitoren van voorschrijfgedrag heeft geleid tot kostenbesparingen.<sup>18</sup> Van het effect op de kosten van veel andere volumemaatregelen is echter nog weinig bekend. Te denken valt aan het beperken van de toegang tot zorg, poortwachterfuncties, het beperken van de capaciteit door beddenreductie, accreditatie en certificatie, het beperken van praktijkvariatie, het gebruik van richtlijnen, het beperken van het aantal zorgverleners, het evalueren van de effectiviteit van nieuwe zorg of de toelating van nieuwe geneesmiddelen.

#### ***Waarom werkt het niet?***

Het creëren van schaarste kan de prijzen verhogen en het effect van kostenbeheersing teniet doen, zeker in een marktgericht systeem. Een voorbeeld is het restrictieve opleidingsbeleid van medisch specialisten. Dit zorgt ervoor dat specialisten relatief schaars zijn en dat ziekenhuizen specialisten daarom hoge vergoedingen moeten betalen. Veel volumebeperkingen garanderen niet dat de mensen die de zorg het hardst nodig hebben ook worden geholpen, of dat de zorg met de minste waarde wordt geweerd. Maatregelen om onzinnige zorg selectief tegen te gaan zijn weliswaar veelbelovend, maar vergen van verzekeraars dat zij veel informatie verzamelen. Een voorbeeld hiervan, het project 'Doen of Laten', wordt uitgewerkt in hoofdstuk 16. De weerstand tegen zulke maatregelen kan groot zijn. Vaak wordt de zorginkoper verweten dat hij of zij op de stoel van de arts gaat zitten.

## 4.5.2 Volumebeperkingen: vraagbeperking

### ***Hoe werkt het?***

Lage eigen betalingen en een aanbodgeïnduceerde vraag verhogen de totale zorgvraag. Vraagbeperking richt zich op het tegengaan van dit type marktfalen. Deze situatie kan op verschillende manieren worden bereikt. Een voor de hand liggende maatregel is om de eigen betalingen van patiënten te verhogen (zie ook hoofdstuk 7). Een andere maatregel, beperkingen aanbrengen in het verzekerde pakket, is sterk gerelateerd aan het sleutelen aan de eigen betalingen, omdat zorg die buiten het pakket valt volledig door de patiënt moet worden vergoed. In hoofdstuk 6 wordt dieper ingegaan op pakketbeheer. De farmaceutische industrie stimuleert de vraag naar haar producten met marketingstrategieën bij onder andere nieuwe medicijnen. Beperking van de toegang tot bepaalde nieuwe geneesmiddelen kan de vraag dus beperken. Dit wordt besproken in hoofdstuk 15. *Empowerment* van patiënten kan helpen om hun informatieachterstand en dus ook de aanbodgeïnduceerde vraag te verminderen. Ook preventie kan de vraag naar zorg beperken, zoals beschreven in hoofdstuk 11.

### ***Werkt het?***

Eigen betalingen zijn relatief effectief. De kansen voor effectief vraagbeperkingsbeleid liggen vooral bij het verhogen van het eigen risico en bij eigen bijdragen voor geneesmiddelen.<sup>13,19,20,21,22,23</sup> Bewijs voor de effectiviteit van het verkleinen van het verzekerde pakket bestaat vooral voor geneesmiddelen, maar dit met sterk wisselende uitkomsten.<sup>13,16,20,24,25</sup> Ook uit het onderzoek naar de effectiviteit van maatregelen die de rol van de patiënt versterken, komen gemengde resultaten.<sup>13,26</sup> Studies naar preventie doen vaak geen uitspraak over het effect ervan op de totale kosten, mogelijk vanwege de grote onzekerheid en de onbekende langetermijneffecten.

### ***Waarom werkt het niet?***

Aanbieders kunnen vraagnuitval als gevolg van eigen betalingen proberen te compenseren door meer zorg te leveren aan andere patiëntpopulaties. Ook kan de aantasting van de solidariteit als gevolg van hogere eigen betalingen een belangrijke barrière vormen voor de acceptatie ervan. In veel gevallen is de maatschappelijke weerstand tegen hoge eigen betalingen groot. Het eigen risico wordt door sommigen gezien als 'een boete op ziek zijn'. In landen als de VS en in veel mediterrane landen zijn eigen betalingen maatschappelijk meer geaccepteerd. Bij de effectiviteit van meer preventie worden vaak vraagtekens gesteld omdat het zorg in veel gevallen niet voorkomt maar slechts uitstelt. Preventie als kostenbesparende maatregel is daarom vooral kansrijk voor een beperkt aantal aandoeningen en onder specifieke randvoorwaarden.<sup>27</sup> Beter geïnformeerde en *empowerde* patiënten kunnen aan de ene kant bijdragen aan het tegengaan van onnodige zorg, maar hun kennis kan ook overbehandeling in de hand werken. Hoewel *empowerment* van patiënten een streven op zich is, is het effect op de zorguitgaven onzeker.

## 4.6 Marktgerichte maatregelen

### 4.6.1 Marktgerichte maatregelen: marktstructuur

#### **Hoe werkt het?**

Overheden kunnen kosten besparen door de marktstructuur doelmatiger in te richten. De zorginkoper heeft een belangrijke rol in het stimuleren van doelmatigheid. In de VS is veel geëxperimenteerd met *Managed Care Organizations* (MCOs). MCOs kopen actiever in dan traditionele verzekeraars door aanbieders meer prikkels te geven voor doelmatige zorgverlening, bijvoorbeeld met behulp van selectieve contractering, de begeleiding van chronisch zieken (case management), eigen betalingen en intensievere controles op aanbieders. Het stimuleren van goede zorginkoop kan marktfalen verminderen en kosten besparen. Een goed werkende risicoverevening kan zorginkopers een extra prikkel geven om actiever in te kopen.

Innovatieve, kostenbesparende concepten komen in de zorg soms moeilijk van de grond. Beleid om innovatieve zorgvormen te stimuleren kan daarom kosten besparen. Hoofdstuk 14 behandelt bijvoorbeeld het innovatieve zorgconcept van focusklinieken. Ook het toestaan van winst kan zorgverleners stimuleren tot kostenbesparingen. Voorbeelden van bezuinigingsbeleid dat de zorg anders inricht, zijn taakherschikking en decentralisatie. De marktmacht van de zorgaanbieder kan worden beperkt door effectieve mededinging.

#### **Werkt het?**

De effectiviteit van interventies gericht op de inrichting van een doelmatiger marktstructuur varieert. Het succes van actieve inkoop, zoals *managed care*, hangt sterk af van de context waarin dit wordt ingevoerd. Drie Amerikaanse studies laten zien dat *managed care* in de private verzekeringsmarkt tot kostenbesparingen heeft geleid.<sup>19</sup> Experimenten met *managed care* in het publieke Medicaid-programma laten echter geen effect zien.<sup>28,29,30</sup> Opvallend is dat *managed care* in Zwitserland een sterk kostendrukkend effect lijkt te hebben, terwijl in Duitsland juist een toename van de kosten als gevolg van het gebruik van *managed care* wordt gevonden. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat Zwitserland meer selectieve contractering toelaat.<sup>31,32</sup>

Sommige kostenbesparende innovaties, voornamelijk de uitbreiding van palliatieve zorg en telezorg, lijken inderdaad te leiden tot lagere zorgkosten.<sup>33,31</sup> Andere concepten echter, zoals het *patient centered medical home*, laten geen kostenbesparingen zien.<sup>34,35</sup> Decentralisatie heeft wisselende effecten: meer gedecentraliseerde zorgsystemen hebben doorgaans hogere zorguitgaven<sup>36</sup>, en in Spanje gaat decentralisatie ook gepaard met een hoger kostenniveau. De kosten groeien in meer gedecentraliseerde regio's echter minder hard.<sup>37</sup> Taakherschikking kan in sommige gevallen leiden tot lagere uitgaven, maar dit effect is omgeven met grote onzekerheid.<sup>38,39</sup> Voor veel innovaties, zoals focusklinieken, is nog niet onderzocht wat het effect ervan is op de totale zorguitgaven. Een systematisch literatuuroverzicht uit 2004 concludeert tot slot dat

private winstgeoriënteerde ziekenhuizen een hogere prijs voor hun zorg berekenen dan non-profitziekenhuizen.<sup>40</sup>

### ***Waarom werkt het niet?***

Het stimuleren van actieve zorginkoop kan veel weerstand oproepen bij patiënten die vrije artskeuze eisen, of van professionals die meer autonomie wensen. Dit was goed zichtbaar in de VS, waar MCOs gedurende de jaren tachtig en negentig in staat leken om de kosten te beperken. Kort na de eeuwwisseling echter groeide de maatschappelijke weerstand, en met de komst van beperkende wetgeving in veel staten werden de mogelijkheden tot actieve inkoop vervolgens sterk ingedamd.<sup>41</sup> Consumenten hadden te weinig vertrouwen in de MCOs<sup>42</sup>, wat aantoont dat actieve inkoop alleen werkt als de consument erop vertrouwt dat de juiste zorg wordt ingekocht.

De bereidheid om nieuwe, innovatieve zorgconcepten te stimuleren, wordt mogelijk ook beperkt doordat de besparingen vaak in andere domeinen vallen. Telezorg in de thuiszorg kan bijvoorbeeld leiden tot minder ziekenhuisbezoeken voor de patiënt. Aanbodgeïnduceerde vraag kan deze afname echter teniet doen, waardoor de extra uitgaven in de thuiszorg niet gepaard gaan met een afname van de ziekenhuiskosten. Dit type zorginnovaties kan leiden tot een hogere kwaliteit of meer efficiëntie, maar vaak dalen de uitgaven niet. In hoofdstuk 21 wordt hier dieper op ingegaan. Door specifieke innovaties als taakherschikking kunnen in sommige gevallen besparingen gerealiseerd worden, maar in andere gevallen zal dat tegenvallen. De mogelijkheid om winst te maken kan aanbieders stimuleren om innovatiever en efficiënter te worden, maar kan andere vormen van marktfalen, zoals het uitoefenen van marktmacht en aanbodgeïnduceerde vraag, verergeren. Op basis van de literatuur lijkt dit tweede effect vooralsnog te domineren.

Decentralisatie kan leiden tot actievere inkoop en tot meer zorg op maat, maar kan ook schaalvoordelen verkleinen en de marktmacht van de inkoper verminderen. Het effect op de zorguitgaven is daarom onzeker.

## **4.6.2 Marktgerichte maatregelen: marktgedrag**

### ***Hoe werkt het?***

Bij verschillende vormen van marktfalen is het marktgedrag verstoord: marktmacht vermindert de competitie tussen aanbieders, incomplete contracten geven perverse prikkels aan zorgverleners, en een gebrekkige zorginkoop verhindert een goede coördinatie van zorgpaden. Beleid om marktgedrag te beïnvloeden richt zich dan ook op deze prikkels: meer competitie tussen zorgverleners kan hun marktmacht beperken en daarmee hun prijzen verlagen. Meer competitie tussen zorgverzekeraars geeft hen prikkels om de zorginkoop te verbeteren. In sommige gevallen is juist meer samenwerking gewenst tussen aanbieders in de keten, bijvoorbeeld in het geval van chronische ziekten of comorbiditeiten. Hierbij is van belang hoe contracten tussen zorgverleners en zorginkopers worden vormgegeven, omdat bekostigingssystemen zorgverleners verschillende perverse prikkels bieden (zie Tabel 4.1). Hoofdstuk 19 bespreekt deze bekostigingssystemen uitgebreid.

Tabel 4.1 Een beknopt overzicht van bekostigingssystemen

Bekostigingssysteem	Hoe werkt het?	Waarom werkt het niet?
Fee-for-service (FFS)	FFS geeft een vast bedrag per zorghandeling. Ook per diem bekostiging is een vorm van FFS.	FFS geeft een prikkel tot overproductie. Zorgverleners hebben een prikkel om extra tests aan te vragen, of patiënten langer op te nemen.
Diagnosebehandelcombinatie (DBC)	DBC's bundelen de handelingen die passen bij een diagnose in een pakketje met een gemiddelde prijs. Dit geeft een prikkel tot efficiëntie in die zorg die binnen een DBC valt. DBC's worden vaak gecombineerd met vooraf vastgestelde vergoedingen, en soms worden meerdere DBC's door elkaar gebruikt.	Aanbieders hebben een prikkel om zo min mogelijk handelingen uit te voeren binnen een DBC. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit. Ook geven DBC's prikkels tot selectie van patiënten met relatief lichte zorgvraag binnen een diagnose. Tot slot creëren DBC's ook prikkels tot overproductie (meer patiënten) en upcoding.
Integrale bekostiging (bundled payment)	Ketenbekostiging breidt de reikwijdte van een DBC uit, waardoor verschillende aanbieders worden betaald uit één bundel, vaak met hoofdaannemer en onderaannemers. Dit geeft een prikkel om de zorg beter af te stemmen tussen aanbieders in de keten.	Afstemming tussen ketenpartners is vaak ingewikkeld, aangezien hier ook sprake is van incomplete contractering.
Populatiebekostiging (capitatie)	Aanbieders krijgen per capita een vast bedrag betaald, en dienen de zorg voor deze populatie te leveren. Een voorbeeld is de huisartsenbekostiging in Nederland, die deels afhankelijk is van het aantal ingeschreven patiënten.	Aanbieders hebben een prikkel om zo min mogelijk zorg te leveren, aangezien het inkomen vaststaat. Dit vereist goede afspraken over te leveren kwaliteit (bijvoorbeeld via shared savings of pay-for-performance).
Budgettering van aanbieders	Aanbieders worden gebudgetteerd, mogelijk met extra afspraken over verdeling van onderbesteding (shared savings) of overschrijding (plafondafspraken).	Budgetten garanderen geen doelmatige zorgverlening en kunnen leiden tot wachtlijsten. Ook dit vergt afspraken over de te leveren kwaliteit.
Pay-for-Performance (P4P)	Een deel van de vergoeding is afhankelijk van uitkomsten, bijvoorbeeld in de vorm van een bonus als een bepaald niveau van kwaliteit wordt gehaald.	P4P speelt patiëntselectie, gaming en te veel aandacht voor de gemeten uitkomsten in de hand. Vaak bestaat er veel onenigheid over de validiteit van de gemeten uitkomsten.

**Werkt het?**

Het stimuleren van competitie tussen zorginkopers, voornamelijk gedreven door de komst van MCOs in de VS, heeft de kosten beperkt.<sup>43-44</sup> Er is minder bewijs voor de effectiviteit van competitie tussen zorgverleners voor de betaalbaarheid van zorg.<sup>45</sup> Bekostigingssystemen hebben een belangrijke invloed op het gedrag van zorgverleners, waardoor beleidsmakers min of meer continu de bekostiging proberen te optimaliseren. Er is echter maar weinig bewijs voor de effectiviteit van deze maatregelen. Bij populatiebekostiging<sup>31,46,47</sup> en betalen voor betere kwaliteit<sup>48</sup> is er enig bewijs voor kostenbesparingen gevonden.

Ook coördinatie van zorg, bijvoorbeeld door case management, kan de zorgkosten beperken. Een aantal programma's voor patiënten met meerdere ziekten en chronische klachten leidde tot kostenbesparingen met behoud of zelfs verbetering van kwaliteit.<sup>49,50,51</sup> Het coördinatieprogramma van Medicaid richt zich bijvoorbeeld op begeleiding en preventie bij patiënten met chronische aandoeningen of met herhaalde opname op de spoedeisende hulp. Dit kan de kosten van medicatie, ziekenhuiszorg en spoedeisende hulp terugbrengen en kostenbesparingen van 15 procent of meer realiseren.<sup>49</sup>

**Waarom werkt het niet?**

Het is lastig om gedragsprikkelers goed te sturen. Bekostigingssystemen proberen het gedrag van aanbieders te sturen, maar introduceren vervolgens vaak zelf weer onwenselijke prikkels. Zo gaan gebundelde betalingen (zoals ketenbekostiging) weliswaar de productieprikkel tegen die uitgaat van *fee-for-service* en stimuleren zij zorgverleners om de verrichtingen binnen een bundel te beperken, maar tegelijkertijd introduceren zij de prikkel om de goedkope patiënten binnen een bundel te selecteren. Ook kan de kwaliteit erdoor worden beperkt. Veranderingen in bekostigingssystemen gaan bovendien vaak gepaard met hogere tarieven.<sup>12</sup> Dit maakt het lastiger om te sturen op lagere kosten. Het effect van marktprikkels is ook afhankelijk van de marktstructuur, bijvoorbeeld van de vraag of aanbieders een winstoogmerk hebben. Dit is goed zichtbaar bij het versterken van competitieprikkels die zorginkopers aansporen om actiever in te kopen, maar die zorgaanbieders er juist toe kunnen brengen om het aanbod van zorg onnodig te verhogen. Een winstoogmerk kan dit effect verder versterken. De werkzaamheid van case management-programma's laat ook zien dat soms juist samenwerking tussen aanbieders loont. Maar dit hangt af van nauwkeurige identificatie van de doelgroep. Als programma's breed worden uitgerold, kunnen de kosten voor het programma hoger zijn dan de besparingen op de zorg.<sup>52</sup>

**4.6.3 Marktgerichte maatregelen: marktuitlekomsten****Hoe werkt het?**

Marktuitlekomsten zijn in de regel een gevolg van de marktstructuur en het marktgedrag. Toch kunnen er ook maatregelen worden genomen die de marktuitlekomsten verbeteren zonder in te grijpen in de structuur of het proces. Overheadkosten kunnen

bijvoorbeeld worden verminderd door slimme IT-toepassingen, het verbeteren van zorgmanagement of door de aanpak van verspilling.

#### **Werkt het?**

Een systematische literatuurstudie uit 2013 toont aan dat IT-toepassingen in een aantal gevallen significante kostenvoordelen kunnen genereren.<sup>53</sup> Een studie uit de VS laat bijvoorbeeld zien dat ziekenhuizen die informatiesystemen gebruiken, lagere kosten hebben dan ziekenhuizen zonder informatiesysteem.<sup>54</sup> In de VS kan ook het beperken van de beroepsaansprakelijkheid significante kostenbesparingen opleveren.<sup>55,56</sup>

#### **Waarom werkt het niet?**

Een zekere mate van overhead is vaak noodzakelijk, wat de mogelijkheden voor bezuinigingen beperkt. Sommige maatregelen die de zorgkosten beperken, zoals case management, het beperken van zorgfraude en de monitoring van zorg verhogen tevens de administratieve lasten, zodat het netto effect op de overhead mogelijk beperkt is.

## 4.7

### Conclusie

Beleid dat zich slechts richt op het wegnemen van één soort marktfalen roept veelal andere, onbedoelde effecten op. Effectief bezuinigingsbeleid houdt hier rekening mee, bijvoorbeeld door de balans tussen vraag en aanbod te bewaken. Beleidsmakers zouden dit in gedachten moeten houden bij het kiezen van maatregelen. Het eigen risico verhogen werkt bijvoorbeeld minder goed in combinatie met ziekenhuisbudgetten, omdat ziekenhuizen als reactie op een afname van het aantal patiënten mogelijk de behandelintensiteit verhogen om zo toch het budget volledig te benutten. Beleidsmakers zouden op deze gedragsreacties moeten anticiperen om de kosten effectief te beheersen. In de geneesmiddelensector kunnen bijvoorbeeld wegleffecten worden voorkomen door een combinatie van prijs- en volumemaatregelen, zoals referentieprijzen, generieke substitutie en hogere eigen betalingen.

Effectief beleid ontstaat in samenspel. Maatregelen kunnen elkaar versterken en zo bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg. We identificeren drie groepen van maatregelen die elkaar kunnen versterken:

1. prijsregulering en budgettering;
2. het beperken van vraag en aanbod;
3. het bevorderen van competitie.

Als eerste de combinatie van prijsregulering en budgettering: budgetten kunnen de balans tussen vraag en aanbod verstoren, wat bijvoorbeeld wachtlijsten in de hand kan werken. Dit kan worden voorkomen door de kostprijs van de zorg te beperken en de productiviteit ervan te verbeteren. Om de efficiëntie te verhogen, kunnen ook maatregelen gewenst zijn om de overhead te verminderen. Populatiebeposting ligt voor de hand, waarbij *shared savings* en *pay-for-performance* efficiëntieprikkels kunnen geven. Zie ook hoofdstukken 19 en 8.

Ten tweede het gelijktijdig beperken van vraag en aanbod: hogere eigen bijdragen, patient *empowerment* en preventie beperken de zorgvraag. Beperking van het aantal



aanbieders zorgt ervoor dat overcapaciteit uit de markt verdwijnt. Het monitoren van praktijkvariatie en benchmarking kan de doelmatigheid stimuleren. Patiëntvolgende bekostiging, decentralisatie, non-profit aanbieders en taakherschikking stimuleren gepaste zorg. Zie hoofdstukken 5-7, 11 en 16-17.

Als derde een pakket van maatregelen dat zich richt op het bevorderen van competitie om de kosten te bedwingen en efficiëntie te verhogen: zorginkopers worden gestimuleerd actief in te kopen (*managed care*). Extra competitieprikkels kunnen komen van de introductie van een winstooigmerk, meer mogelijkheden voor patiënten om (gedreven door eigen betalingen) keuzes te maken, striktere mededinging, adequate risicoverevening en decentralisatie (van inkoop). Een betalingssysteem dat actieve inkoop ondersteunt, is gewenst. Transparantie over de kwaliteit van zorg stimuleert gepaste zorg. Competitie gaat in sommige gevallen echter niet goed samen met – vooral – de coördinatie van complexe zorg. Actieve stimulering van case management-programma's kan daarom nodig zijn. Zie de hoofdstukken 12-14 en 18.

Al deze strategieën maken duidelijk dat bepaalde maatregelen elkaar kunnen versterken. Effectief bezuinigingsbeleid is te vergelijken met het behandelen van een patiënt met een complexe zorgvraag. Focussen op één enkel symptoom kan andere symptomen juist verergeren; effectieve genezing vereist een pakket aan maatregelen dat niet alleen symptomen bestrijdt, maar dat ook de onderliggende oorzaken aanpakt. Het Nederlandse systeem van gereguleerde concurrentie leent zich vooral voor een pakket maatregelen dat competitie stimuleert. Hierbij is van belang dat de consument erop vertrouwt dat de verzekeraar goede zorg inkoop. Momenteel lijkt de bereidheid van verzekerden om hun keuzevrijheid op te geven ten gunste van lagere premies, beperkt. Verdere stijging van de premies kan deze bereidheid verhogen, waarmee het stimuleren van competitie een krachtig middel wordt om de tarieven te verlagen en de efficiëntie te verhogen. Tot die tijd kan wellicht worden teruggevallen op een combinatie van budgettering en prijsbeperking. Het afsluiten van nieuwe hoofdlijnenakkoorden past in deze traditie. Zonder verdere prijsbeperkingen en efficiëntieslagen liggen echter weer wachtlijsten op de loer. Uiteindelijk is de betaalbaarheid van de zorg op de langere duur afhankelijk van een verbetering van de doelmatigheid, die in elk geval voor een deel leidt tot een lagere groei van de zorguitgaven.

### Referenties

- 1 M. Karanikolos, P. Mladovsky, J. Cylus, S. Thomson, S. Basu, D. Stuckler, J.P. Mackenbach en M. Mckee, 'Financial crisis, austerity, and health in Europe', *The Lancet*, 2013;381(9874):1323-31.
- 2 N. Stadhouders, X. Koolman, M. Tanke, H. Maarse en P. Jeurissen, 'Policy options to contain healthcare costs: a review and classification', *Health Policy*, 2016;120(5):486-94.
- 3 C.E. Dijk, B. Berg, R.A. Verheij, P. Spreeuwenberg, P.P. Groenewegen en D.H. de Bakker, 'Moral Hazard And Supplier-Induced Demand: Empirical Evidence In General Practice', *Health Economics*, 2013;22(3):40-352.

- 4 A.C. Enthoven en S.J. Singer, 'The managed care backlash and the task force in California', *Health Affairs*, 1998;17(4):95-110.
- 5 M. Gold, K. Chu, S. Felt, M. Harrington en T. Lake, 'Effects of Selected Cost-Containment Efforts: 1971-1993', *Health Care Financing Review*, 1993;14(3):183-225.
- 6 O. Schöffski en J.M.G. Von Der Schulenburg, 'Unintended effects of a cost-containment policy: Results of a natural experiment in Germany', *Social Science and Medicine*, 1997;45(10):1537-39.
- 7 B. Ravesteijn, E.B. Schachar, A.T. Beekman, R.T. Janssen en P.P. Jeurissen, 'Association of cost sharing with mental health care use, involuntary commitment, and acute care', *JAMA Psychiatry*, 2017;74(9):932-39.
- 8 M.E. Porter, 'The contributions of industrial organization to strategic management', *Academy of management review*, 1981;6(4):609-20.
- 9 C. De La Maisonneuve, R. Moreno-Serra, F. Murtin en J. Oliveira Martins, *The drivers of public health spending: Integrating policies and institutions*, 2016.
- 10 G.J. Bazzoli, R.C. Lindrooth, R. Hasnain-Wynia en J. Needleman, 'The Balanced Budget Act of 1997 and U.S. hospital operations', *Inquiry*, 2005;41(4):401-17.
- 11 H. Sturm, A. Austvoll-Dahlgren, M. Aaserud, A.D. Oxman, C. Ramsay, A. Vernby en J.P. Kusters, 'Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007;(3):CD006731.
- 12 P.J. Huckfeldt, N. Sood, J.J. Escarce, D.C. Grabowski en J.P. Newhouse, 'Effects of Medicare payment reform: Evidence from the home health interim and prospective payment systems', *Journal of Health Economics*, 2014;34:1-18.
- 13 I.H. Lee, K. Bloor, C. Hewitt en A. Maynard, 'International experience in controlling pharmaceutical expenditure: influencing patients and providers and regulating industry – a systematic review', *Journal of Health Services Research & Policy*, 2015;20(1):52-59.
- 14 U. Kaiser, S.J. Mendez, T. Ronde en H. Ullrich, 'Regulation of Pharmaceutical Prices: Evidence from a Reference Price Reform in Denmark', *Journal of Health Economics*, 2014;36:174-87.
- 15 N.X. Nguyen, 'Physician volume response to price controls', *Health Policy*, 1996;35(2):189-204.
- 16 L.E. Happe, D. Clark, E. Holliday en T. Young, 'A Systematic Literature Review Assessing the Directional Impact of Managed Care Formulary Restrictions on Medication Adherence, Clinical Outcomes, Economic Outcomes, and Health Care Resource Utilization', *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 2014;20(7):677-84.
- 17 N. Mackinnon en R. Kumar, 'Prior authorization programs: a critical review of the literature', *Journal of Managed Care Pharmacy*, 2001;7(4):297-303.
- 18 W.J. Moore, K. Gutermuth en E.E. Pracht, 'Systemwide effects of Medicaid retrospective drug utilization review programs', *Journal of Health Politics Policy and Law*, 2000;25(4):653-88.

- 19 P.J. Feldstein en T.M. Wickizer, 'Analysis of private health insurance premium growth rates: 1985-1992', *Medical Care*, 1995;33(10):1035-50.
- 20 S.B. Soumerai, D. Rossdegnan, E.E. Fortess en J. Abelson, 'A critical analysis of studies of state drug reimbursement policies – research in need of discipline', *Milbank Quarterly*, 1993;71(2):217-52.
- 21 G.F. Joyce, J.J. Escarce, M.D. Solomon en D.P. Goldman, 'Employer drug benefit plans and spending on prescription drugs', *Journal of the American Medical Association*, 2002;288(14):1733-39.
- 22 A.L. Hillman, M.V. Pauly, J.L. Escarce, K. Ripley, M. Gaynor, J. Clouse en R. Ross, 'Financial incentives and drug spending in managed care', *Health Affairs*, 1999;18(2):189-200.
- 23 M.K. Bundorf, 'Consumer-Directed Health Plans: A Review of the Evidence', *Journal of Risk and Insurance*, 2016;83(1):9-41.
- 24 C.J. Green, M. Maclure, P.M. Fortin, C.R. Ramsay, M. Aaserud en S. Bardal, 'Pharmaceutical policies: effects of restrictions on reimbursement', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010;(8):CD008654.
- 25 C.M. Park, K.S. Lee, E. Han en D.S. Kim, 'Effects of delisting nonprescription combination drugs on health insurance expenditures for pharmaceuticals in Korea', *Health Policy*, 2016;120(6):90-95.
- 26 J.F. Fries, H. Harrington, R. Edwards, L.A. Kent en N. Richardson, 'Randomized controlled trial of cost reductions from a health education program: the California Public Employees' Retirement System (PERS) study', *American journal of health promotion*, 1994;8(3):216-223.
- 27 J.F. Fries, C.E. Koop, C.E. Beadle, P.P. Cooper, M.J. England, R.F. Greaves, J.J. Sokolov, D. Wright en T.H.P. Consortium, 'Reducing Health Care Costs by Reducing the Need and Demand for Medical Services', *The New England Journal of Medicine*, 1993;329(5):321-25.
- 28 M.E. Burns, 'Medicaid managed care and cost containment in the adult disabled population', *Medical Care*, 2009;47(10):1069-1076.
- 29 J.S. Harman, C.H. Lemak, M. Al-Amin, A.G. Hall en R.P. Duncan, 'Changes in per member per month expenditures after implementation of Florida's Medicaid reform demonstration', *Health Services Research*, 2011;46(3):787-804.
- 30 A. Bamezai, 'Price Competition and Hospital Cost Growth in the United States (1989-1994)', *Health Economics*, 1999;8(3):233-43.
- 31 O. Reich, R. Rapold en M. Flatscher-Thoni, 'An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland', *International Journal of Integrated Care*, 2012;12:e2.
- 32 A. Ehlert en D. Oberschachtsiek, 'Does Managed Care Reduce Health Care Expenditure? Evidence from Spatial Panel Data', *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2014;14(3):207-27.
- 33 P.L. Gozalo, S.C. Miller, O. Intrator, J.P. Barber en V. Mor, 'Hospice effect on government expenditures among nursing home residents', *Health Services Research*, 2008;43(1):134-53.

- 34 R.M. Werner, M. Duggan, K. Duey, J. Zhu en E.A. Stuart, 'The patient-centered medical home: an evaluation of a single private payer demonstration in New Jersey', *Medical Care*, 2013;51(6):487-93.
- 35 E.S. Cole, C. Campbell, M.L. Diana, L. Webber en R. Culbertson, 'Primary Care. Patient-Centered Medical Homes In Louisiana Had Minimal Impact On Medicaid Population's Use Of Acute Care And Costs', *Health Affairs*, 2015;34(1):86-94.
- 36 I. Mosca, 'Decentralization as a Determinant of Health Care Expenditure: Empirical Analysis for OECD Countries', *Applied Economics Letters*, 2007;14(7-9):511-15.
- 37 J. Costa-Font en F. Moscone, 'The Impact of Decentralization and Inter-territorial Interactions on Spanish Health Expenditure', *Empirical Economics*, 2008;34(1):167-84.
- 38 M. Laurant, M. Harmsen, H. Wollersheim, R. Grol, M. Faber en B. Sibbald, 'The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services?', *Medical Care Research and Review*, 2009;66(6 Suppl):36S-89S.
- 39 J.K. Khangura, G. Flodgren, R. Perera, B.H. Rowe en S. Shepperd, 'Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012;11(11):CD002097.
- 40 P.J. Devereaux, D. Heels-Ansdell, C. Lacchetti, T. Haines, K.E.A. Burns, D.J. Cook, N. Ravindran, S.D. Walter, H. McDonald, S.B. Stone, R. Patel, M. Bhandari, H.J. Schunemann, P.T.L. Choi, A.M. Bayoumi, J.N. Lavis, T. Sullivan, G. Stoddart en G.H. Guyatt, 'Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis', *Canadian Medical Association journal*, 2004;170(12):1817-24.
- 41 A.C. Enthoven, H.H. Schauffler en S. Mcmenamin, 'Consumer choice and the managed care backlash', *American Journal of Law & Medicine*, 2001;27(1):1-5.
- 42 N.H. Miller, 'Insurer-provider integration, credible commitment, and managed-care backlash', *Journal of Health Economics*, 2006;25(5):861-76.
- 43 L.R. Mobley, 'Effects of selective contracting on hospital efficiency, costs and accessibility', *Health Economics*, 1998;7(3):247-61.
- 44 G.A. Melnick en J. Zwanziger, 'State health care expenditures under competition and regulation, 1980 through 1991', *American Journal of Public Health*, 1995;85(10):1391-96.
- 45 M. Gaynor, R. Moreno-Serra en C. Propper, *Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service*, National Bureau of Economic Research Working Paper Series, 2010;no.16164.
- 46 J.R. Bloom, H. Wang, S.H. Kang, N.T. Wallace, J.K. Hyun en T.-W. Hu, 'Capitation of public mental health services in Colorado: a five-year follow-up of system-level effects', *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 2011;62(2):179-85.
- 47 T. Gosden, F. Forland, I.S. Kristiansen, M. Sutton, B. Leese, A. Giuffrida, M. Sergison en L. Pedersen, 'Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems

- of payment: effects on the behaviour of primary care physicians', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000;(3):CD002215.
- 48 M. Emmert, F. Eijkenaar, H. Kemter, A.S. Esslinger en O. Schoffski, 'Economic Evaluation of Pay-for-Performance in Health Care: A Systematic Review', *European Journal of Health Economics*, 2012;13(6):755-67.
- 49 R.L. Phillips, Jr., M. Han, S.M. Petterson, L.A. Makaroff en W.R. Liaw, 'Cost, utilization, and quality of care: an evaluation of illinois' medicaid primary care case management program', *Annals of Family Medicine*, 2014;12(5):408-17.
- 50 A. Muller en J.A. Baker, 'Evaluation of the Arkansas Medicaid primary care physician management program', *Health Care Finance Review*, 1996;17(4):117-133.
- 51 K. Hawkins, P.M. Parker, C.E. Hommer, G.R. Bhattarai, J.H. Huang, T.S. Wells, R.J. Ozminkowski en C.S. Yeh, 'Evaluation of a High-Risk Case Management Pilot Program for Medicare Beneficiaries with Medigap Coverage', *Population Health Management*, 2015;18(2):93-103.
- 52 K. Kranker, 'Effects of Medicaid Disease Management Programs on Medical Expenditures: Evidence from a Natural Experiment in Georgia', *Journal of Health Economics*, 2016;46:52-69.
- 53 A.F. H. Low, A.B. Phillips, J.S. Ancker, A.R. Patel, L.M. Kern en R. Kaushal, 'Financial Effects of Health Information Technology: A Systematic Review', *American Journal of Managed Care*, 2013;19(10 Spec No):SP369-76.
- 54 I.R. Bardhan en M.F. Thouin, 'Health information technology and its impact on the quality and cost of healthcare delivery', *Decision Support Systems*, 2013;55(2):438-49.
- 55 F.J. Hellinger en W.E. Encinosa, 'The impact of state laws limiting malpractice damage awards on health care expenditures', *American Journal of Public Health*, 2006;96(8):1375-81.
- 56 R. Avraham, L.S. Dafny en M.M. Schanzenbach, 'The Impact of Tort Reform on Employer-Sponsored Health Insurance Premiums', *Journal of Law, Economics, and Organization*, 2012;28(4):657-86.

## 5. Medicalisering in beleidsperspectief

Wieteke van Dijk

### Kernboodschappen

- Medicalisering is een sociaal proces, waarin problemen en situaties in toenemende mate worden geïnterpreteerd als medisch van oorzaak en als medisch oplosbaar
- Medicalisering leidt tot een toename van zorggebruik, tot nieuwe aandoeningen en behandelingen en dus tot meer zorgkosten en druk op de betaalbaarheid van de zorg
- Het concept medicalisering krijgt een steeds ruimere invulling, tot aan ‘alles is medicalisering’ toe. Daarom is het niet mogelijk om binnen de totale zorgkosten de kosten van medicalisering als aparte categorie te onderscheiden
- Een deel van deze extra zorg heeft geen toegevoegde waarde of is zelfs schadelijk. Op dit deel van de zorg past echter beter het label ‘onnodig’ dan ‘gemedicaliseerd’, dit omdat zorg die schade toebrengt ten allen tijde moet worden vermeden. Van een ander deel van de zorg is de toegevoegde waarde betwistbaar, omdat die zorg vooral samenhangt met hoe wij met bepaalde problemen of situaties willen omgaan. Voor dat deel van de zorg is een discussie over ongewenste medicalisering en over beleid om het zorggebruik te verminderen op zijn plaats
- Om medicalisering tegen te gaan, zijn maatregelen die aansluiten bij de belevingswereld van medici en patiënten het meest zinvol. Het gaat dan bijvoorbeeld om maatregelen tegen overdiagnose, overbehandeling, overdetectie en andere ‘onnodige zorg’. Maatschappelijk is een brede discussie over levensproblemen en zorg gewenst

### 5.1

#### Inleiding

Gezondheid en ziekte zijn geen vaststaande feiten. Hoe we erover denken wordt voor een deel bepaald door de manier waarop wij onze fysieke en mentale ervaringen interpreteren en verklaren. Voor welke klachten je vervolgens naar welke zorgverlener gaat is niet alleen afhankelijk van je eigen inschatting, maar ook van het zorgsysteem. Of je ziek of gezond bent is dus niet een puur biologisch of medisch gegeven, het hangt ook af van de vraag hoe je je fysieke toestand beleeft en interpreteert. De trend om voor problemen meer dan voorheen een beroep te doen op medische expertise, heet medicalisering. Dit is een complex proces dat consequenties heeft voor het zorggebruik en de zorgkosten.

Er bestaat veel wetenschappelijke literatuur over medicalisering, onder andere in de sociologie, de medische wetenschap en de filosofie. In de decennia waarin medicalisering een wetenschappelijk thema is geworden, is de definitie ervan geëvolueerd. Waar het verschijnsel bij de introductie ervan in de jaren zeventig en tachtig meestal in negatieve termen werd omschreven, is de definitie tegenwoordig neutraal. Medicalisering heeft ook veel goeds gebracht, zowel qua gezondheidsuitkomsten en een verbetering van de kwaliteit van leven als qua (maatschappelijk) welzijn. Bovendien blijkt het praktisch gezien onmogelijk om precies af te bakenen welk deel van de zorg in welke situatie als *ongewenste* medicalisering moet worden beschouwd. Uiteraard is zorg ongewenst als zij schade toebrengt of geen waarde toevoegt. Maar in zulke gevallen zijn

geschiktere termen beschikbaar die meer recht doen aan deze problemen. Dan gaat het bijvoorbeeld over overbehandeling, ongewenste indicatieverruiming of overdiagnose.

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de vraag welke rol het begrip ‘medicalisering’ speelt in discussies over de zorgkosten en hoe ongewenste vormen van medicalisering kunnen worden tegengegaan. Om die laatste vraag te kunnen beantwoorden, wordt eerst toegelicht wat bekend is over medicalisering en hoe medicalisering en betaalbaarheid – vermoedelijk – samenhangen. Het hoofdstuk sluit af met een onverwachte conclusie: beleid gericht op het verminderen van medicalisering is *niet* de aangewezen manier om de zorgkosten terug te dringen. Om meer aan te sluiten bij de beleving van behandelaar, patiënt en beleidsmaker, zou dit beleid zich moeten richten op concrete casussen van onnodige zorg. Zulke vormen van beleid komen in andere hoofdstukken aan de orde. Wel is het zinvol om een brede discussie te voeren over de fases in het leven die ‘vatbaar’ zijn voor medicalisering, zoals de ouderdom, zwangerschap en geboorte.

## 5.2 Voorwaarden voor medicalisering

Een belangrijk uitgangspunt van dit hoofdstuk is dat medicalisering, waarbij gezocht wordt naar medische oplossingen voor de problemen van mensen, in essentie een waardenneutraal proces is. Medicalisering vindt plaats ofwel door nieuwe problemen binnen het zorgdomein te trekken ofwel door al bestaande ‘medische’ problemen intensiever te behandelen. Om een situatie te medicaliseren moet aan twee voorwaarden zijn voldaan:<sup>1</sup>

- De medische/technische kennis en de mogelijkheden om het probleem op te lossen zijn aanwezig.
- Een probleem of situatie wordt als medisch gedefinieerd.

Ontwikkelingen in de zorg rond zwangerschap en geboorte illustreren het eerste punt. Tot het begin van de twintigste eeuw wisten medici nauwelijks meer over conceptie en zwangerschap dan (zwangere) vrouwen zelf. Hierdoor was het niet mogelijk om de zorg voor zwangere vrouwen te medicaliseren. Er traden natuurlijk wel regelmatig problemen, op zoals moeder- en zuigelingensterfte, kraamkoorts en zwangerschapsvergiftiging, die ook zeker de belangstelling hadden van dokters en vroedvrouwen. Maar tot circa 1870 ontbrak het aan de kennis over oorzaak en behandeling.<sup>2,3</sup> Toen steeds meer bekend werd over de onderliggende biologische mechanismen, kwamen zwangerschap en geboorte snel onder de controle van artsen. In veel westerse landen betekende dit een verschuiving van de traditionele ondersteuning door ervaringsdeskundigen en vroedvrouwen naar de medische begeleiding door mannelijke dokters. Veel van de hierboven genoemde complicaties van zwangerschap zijn sindsdien sterk teruggedrongen. In hoeverre dit is toe te schrijven aan de geneeskunde is niet vast te stellen, want ook de verloskunde medicaliseerde en de toegenomen hygiëne in de zorg droeg eveneens het nodige bij.

De tweede voorwaarde voor medicalisering is dat het ervaren probleem als medisch probleem wordt gedefinieerd. Die definitie moet acceptabel zijn voor de betrokkenen. Medici verzetten zich tegen de medicalisering van problemen waarvoor zij geen biologische of medische oorzaak vermoeden. Voorbeelden van zulke problemen zijn

fibromyalgie, *female sexual dysfunction* en het chronisch vermoeidheidssyndroom.<sup>4</sup> Ook patiënten kunnen zich verzetten tegen medicalisering, zoals de Israëliische slaapapneupatiënten die hun diagnose niet accepteerden. Ze weigerden de aangewezen behandeling, omdat ze zichzelf niet wensten te vereenzelvigen met het beeld van een obese apneupatiënt met slechte leefgewoonten.<sup>5</sup> Soms verzetten zowel arts als patiënt zich tegen een medisch perspectief op een klacht, maar stemmen ze uiteindelijk wel in met een medische behandeling omdat dit het ‘gemakkelijkst’ is, zoals in een studie naar slaapproblemen in de VS werd aangetoond.<sup>6</sup>

Er zijn ook situaties die (nog) niet worden gemedicaliseerd, hoewel ze wel aan de criteria lijken te voldoen. Pogingen om te stoppen met roken vormen hiervan een voorbeeld. Kennelijk zijn er factoren die voorkómen dat mensen die met roken willen ophouden, daarbij medische hulp kunnen krijgen. Welke factoren dat zouden kunnen zijn is onbekend en is niet onderzocht. Mogelijk komt het doordat de maatschappij stoppen met roken (nog) niet beschouwt als een medisch probleem. Voor medicalisering is het namelijk belangrijk, hoewel wellicht minder essentieel, dat een substantieel deel van de samenleving het medische perspectief accepteert en in elk geval niet bestrijdt.

Uiteraard bestaan er ook tussenvormen. Een treffend voorbeeld komt uit onderzoek van Ayunandini. Zij liet zien hoe Nederlandse artsen een cultureel alternatief voor een medische ingreep aanbieden aan vrouwen die een maagdevlieshersteloperatie overwegen.<sup>7</sup> In sommige religies worden vrouwen geacht als maagd in het huwelijk te treden en daar fysiek bewijs voor te leveren, meestal in de vorm van een bloedspoor na de eerste huwelijksnacht. Vrouwen die in Nederland wonen en die vrezen niet aan die verwachting te kunnen voldoen, zoeken regelmatig een oplossing binnen de geneeskunde, bijvoorbeeld door te vragen om een maagdevlieshersteloperatie. Omdat Nederlandse artsen terughoudend zijn met het uitvoeren van deze medische behandeling in een situatie die samenhangt met culturele verwachtingen, bieden zij soms een oplossing aan in de vorm van een buisje of sponsje met een vloeistof in de kleur van bloed. Zo lossen zij het culturele probleem weliswaar op binnen de medische sfeer, maar zonder het intensief te medicaliseren.

In ons eigen onderzoek vonden we een duidelijk verschil van inzicht ten aanzien van medicalisering.<sup>8</sup> Wij hebben patiënten, huisartsen, fysiotherapeuten, neurologen en neurochirurgen geïnterviewd over hun ervaringen met en meningen over de behandeling van een rughernia. Analyse van de interviews laat zien dat patiënten en behandelaren anders staan tegenover zowel de probleemdefinitie als de oplossing voor het probleem. Voor patiënten is een rughernia een overduidelijk medisch probleem: het zit in het lichaam, leidt tot beperkingen, pijn en klachten en is aan te tonen met een MRI. Voor artsen is de medische aard van dit probleem minder duidelijk. Zij zien een rughernia veel meer als een natuurlijk verschijnsel dat gepaard gaat met slijtage en veroudering. Het ‘bewijs’ dat door een MRI-scan wordt geboden heeft voor hen zelden toegevoegde waarde ten opzichte van de klinische diagnose. Behandelaren zijn dus niet erg geneigd om het probleem van een rughernia te medicaliseren. Bij de behandeling is dit perspectief echter omgekeerd. Patiënten zoeken weliswaar een medische verklaring voor hun klachten, maar een medische oplossing in de vorm van een operatie hoeft dit



niet per se te zijn. Bovendien moet de behandeling hun medische probleem oplossen – niet de praktische beperkingen die ze in hun dagelijkse leven en werk ervaren. Behandelaars daarentegen zien een rughernia weliswaar lang niet altijd als een medisch probleem, maar tonen zich wel eerder bereid om de meest intensieve medische behandeling, namelijk een operatie, in te zetten op grond van sociale en maatschappelijke argumenten. Met name werkgerelateerde argumenten, zoals inkomensverlies voor zelfstandigen, zijn voor hen doorslaggevend. Behandelaars zijn dus eerder geneigd om de ‘oplossing’ te medicaliseren dan het ‘probleem’; voor patiënten geldt precies het omgekeerde. Welke oplossing ook wordt gekozen, er is dus eerder sprake van een compromis dan van een gedeelde overtuiging. Deze praktijkvoorbeelden tonen aan hoe complex medicalisering in de praktijk is.

### 5.3 De ontwikkeling van het concept medicalisering

Om de verschillende opvattingen over wat medicalisering precies is te kunnen plaatsen, is de ontwikkeling van het concept over de tijd belangrijk. Medicalisering is al bijna vijftig jaar onderwerp van onderzoek. Al even lang bestaat er discussie over de vraag wat het precies is en hoe de mechanismen werken.<sup>1</sup> Het begrip werd in de jaren zestig/zeventig door een aantal kritische denkers geïntroduceerd. Hoewel ze verschillende accenten legden, deelden ze de zorg over de toenemende zeggenschap van de geneeskunde over het leven van mensen, wat volgens hen resulteerde in sociale controle van dokters over patiënten.<sup>9,10</sup> Oorspronkelijk richtte hun kritiek zich met name op de stand van zaken in de psychiatrie, waar sociale achterstand naar hun mening noodloos werd gemedicaliseerd. Gaandeweg verbreedde de discussie zich tot andere zorgdomeinen, daarbij gestimuleerd door de feministische kritiek op medicalisering. Die kritiek was dat de geneeskunde steeds meer kennis en expertise over de gezondheid van vrouwen en hun reproductieve organen claimde, met als gevolg sociale controle door (voornamelijk) mannelijke zorgprofessionals over de gezondheid van vrouwen in het algemeen en over zwangerschap en geboorte in het bijzonder.<sup>2</sup>

Medicalisering werd door deze auteurs negatief geduid, waarbij de medische professie de schuld kreeg toebedeeld. Vanaf de jaren negentig kreeg een neutralere kijk op medicalisering de overhand. In 1992 gaf Conrad de volgende definitie: *‘Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to ‘treat’ it.’*<sup>11</sup> Deze definitie werd erg invloedrijk binnen het onderzoeksveld.<sup>12</sup> In aanvulling hierop benadrukte Conrad dat de medicalisering van een probleem gradueel is, waarbij de definitie van het probleem als medisch de essentie van medicalisering is.<sup>11</sup> Doordat deze definitie niet per se uitnodigt tot een negatief perspectief op medicalisering, kwamen ook de positieve effecten ervan in beeld. Zo heeft de medicalisering van epilepsie een zinvolle behandeling mogelijk gemaakt, de medicalisering van geboorte de moeder- en kindersterfte teruggedrongen, en de medicalisering van liefde relatietherapie mogelijk gemaakt. Daarnaast kwam er als gevolg van deze definitie ook aandacht voor de medicalisering van mannenproblemen, zoals erectiestoornissen,<sup>13</sup> oorlogstrauma’s onder soldaten<sup>14</sup> en ‘de mannelijke menopauze’.<sup>15</sup>

Recent is een nog neutralere definitie in omloop gekomen, namelijk de omschrijving dat medicalisering niets meer is dan *making medical*.<sup>16</sup> Binnen deze definitie is alle zorg ooit gemedicaliseerd. Enerzijds is dit de meest complete definitie die er is, omdat zij de mogelijkheid biedt al het medisch handelen te bestuderen. Anderzijds is deze definitie zo breed dat de kritische spiegel op de zorg die het begrip medicalisering eerder bood, wegvalt. Deze definitie is dan ook nog nauwelijks toegepast in wetenschappelijk onderzoek.<sup>12</sup>

Er is ook een onderverdeling te maken in wát door de jaren heen is gemedicaliseerd en welke ontwikkelingen zich daarbij hebben voorgedaan. Aanvankelijk ging veel aandacht uit naar de antipsychiatrie, zoals de medicalisering van hyperactief gedrag naar ADHD, en naar feministische casestudies over zaken als menstruatie, zwangerschap en abortus.<sup>17</sup> Davis omschrijft deze twee categorieën als medicalisering van deviantie en van ‘natuurlijke levensprocessen’ (p. 212).<sup>1</sup> In recentere studies ziet hij nog weer nieuwe verschijningsvormen, zoals de medicalisering van ‘problemen en moeilijke ervaringen uit het dagelijks leven’ en van ‘verbeteringen in gezonde personen’.<sup>1</sup> Ook verlegen zijn of het hebben van eetbuien worden tegenwoordig tot medisch probleem gemaakt, net als de situatie van mensen die afwijken van de norm maar die niet ziek zijn. Zo worden mensen die om onverklaarbare redenen klein blijven, tegenwoordig behandeld met groeihormonen.<sup>18</sup> Volgens Conrad is er nog een nieuwe categorie in de maak: de medicalisering van risico.<sup>16</sup> Door verbeterde diagnostische technieken en de toegenomen kennis van de genetica kan voor een groeiende groep mensen worden bepaald of zij een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een bepaalde aandoening. De medicalisering van risico leidt ertoe dat zulke mensen zonder dat er sprake is van symptomen medisch worden behandeld, of wordt geadviseerd hun leefwijze aan te passen.

#### 5.4 De relatie tussen medicalisering en betaalbaarheid

Ondanks het feit dat medicalisering op het eerste gezicht een duidelijke relatie heeft met zorgkosten en betaalbaarheid, is het niet gemakkelijk om de kosten van medicalisering in kaart te brengen. Een recent rapport van de Gezondheidsraad concludeert: *‘Doordat de omvang van het verschijnsel ongewenste medicalisering niet goed valt te bepalen, is het ook lastig om de nadelige effecten ervan te kwantificeren. Het is dus moeilijk te zeggen hoeveel ongewenste medicalisering bijdraagt aan de stijging van de zorgkosten. Datzelfde geldt voor de niet-financiële aspecten van ongewenste medicalisering: mogelijke schadelijke effecten van onnodige medische handelingen en de psychologische gevolgen daarvan.’* (p. 10).<sup>19</sup> Dit neemt niet weg dat medicalisering de betaalbaarheid onder druk zet: als de geneeskunde nieuwe problemen tot haar domein gaat rekenen, groeit het aantal behandelingen en worden de kosten dus hoger. De toenemende druk op de kosten kan zich op verschillende manieren uiten. De zorgkosten stijgen onder meer:

- Als problemen waarvoor eerder geen medische oplossing bestond, tot het medisch domein gaan behoren. Voorbeelden van zulke problemen zijn gewrichtsslijtage (heup/knievervanging) en slaapproblemen (slaappillen).

- Als problemen die eerder onder andere sectoren van het (overheids)budget vielen, nu tot het medische domein worden gerekend. Een voorbeeld is het afwijkend gedrag van schoolkinderen dat nu wordt benoemd als een medisch (gedrags)probleem, terwijl het eerder als een educatief of opvoedkundig probleem werd gezien.
- Als voor problemen die al tot het domein van de zorg worden gerekend, intensievere zorgpaden of behandelingen beschikbaar komen. Een voorbeeld is de beschikbaarheid van ivf voor de behandeling van vruchtbaarheidsproblemen.
- Als de indicatie voor behandelingen die al tot het domein van de zorg worden gerekend wordt uitgebreid naar mensen voor wie die indicatie eerder niet gold. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer patiënten met lichtere symptomen nu ook tot de te behandelen populatie worden gerekend of wanneer mensen zonder symptomen in aanmerking komen voor een uitgebreide screening. Voorbeelden zijn de versoepelde indicatiestelling van diabetes en osteoporose en het herdefiniëren van een risico op een ziekte tot een medische conditie (prediabetes).
- Als risico's of gedragingen die tot nu toe nog niet bekend waren of niet als problematisch werden ervaren, preventief worden gemedicaliseerd om toekomstige (medische) symptomen te voorkomen. Voorbeelden zijn preventieve behandelingen of controles bij mensen met genetische risicofactoren of programma's om leefstijlveranderingen te bewerkstelligen.

De bovenstaande opsomming geeft precies het probleem weer van de relatie tussen medicalisering en zorgkosten. Vrijwel alle medische behandelingen, en daarmee dus ook alle zorgkosten, zijn het gevolg van de medicalisering van problemen. Tenzij vooraf duidelijk wordt afgebakend hoe het begrip medicalisering wordt gedefinieerd, is het daarom niet onderscheidend genoeg om het kaf van het koren te scheiden en te bepalen welke vormen van medicalisering ongewenst zijn. Belangrijker is echter dat medicalisering ook heeft geresulteerd in gezondheidswinst en een betere kwaliteit van leven, zoals blijkt uit sommige van de hierboven genoemde voorbeelden. Populairwetenschappelijke publicaties doen doorgaans geen recht aan de toegevoegde waarde van medicalisering, want als die er is wordt in zulke publicaties gesproken over kosteneffectiviteit, innovatie, kwaliteit van leven of gepaste zorg.

Het is belangrijk om ook de ontwikkeling in tegengestelde richting, de demedicalisering, te benoemen. Daarvan is sprake als problemen niet meer tot de zorg worden gerekend of als patiënten een minder intensieve behandeling krijgen. Een veelgenoemd voorbeeld van absolute demedicalisering is dat van homoseksualiteit, dat tot 1973 nog als stoornis in het meest invloedrijke handboek van de psychiatrie, de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) stond. De homobeweging heeft met succes actie gevoerd voor de verwijdering van homoseksualiteit uit de DSM met als argument dat homoseksualiteit geen ziekte is, maar een variant van normaal gedrag.<sup>20</sup> Tegenwoordig staat dit vrijwel niet meer ter discussie, wat dus deels het gevolg is van een proces van demedicalisering.

Voorbeelden van relatieve demedicalisering zijn er ook. In veel landen ontwikkelt de geboortezorg zich van zorg in ziekenhuizen naar een minder gemedicaliseerde begeleiding door verloskundigen (Nederland is hierop een uitzondering omdat hier

altijd al een relatief groot deel van de geboortezorg door verloskundigen is gegeven). Substitutie van de tweede naar de eerste lijn met meer nadruk op zelfzorg of leefstijl kan aandoeningen als diabetes ten dele demedicaliseren. Toch wordt in de literatuur vrij algemeen de overtuiging onderschreven dat medicalisering vaker voorkomt dan demedicalisering.<sup>16</sup>

Er bestaat weinig onderzoek dat de kosten van medicalisering concreet in kaart brengt. Een uitzondering is een studie die in de Amerikaanse context de omvang van het budget voor 12 gemedicaliseerde aandoeningen berekende.<sup>21</sup> Hieruit kwam naar voren dat 3,9 procent van de zorgkosten in de VS herleidbaar zou zijn tot medicalisering. Maar er is reden kritisch te zijn over deze studie, omdat de auteurs de onderverdeling tussen gemedicaliseerde en niet-gemedicaliseerde aandoeningen hebben gemaakt op basis van slechts twee criteria. Ten eerste moest er sinds 1950 ten minste één studie zijn verschenen waarin de medicalisering van de aandoening werd aangetoond. Ten tweede moesten er data over de kosten van deze aandoeningen in de Amerikaanse zorg voor 2005 beschikbaar zijn. Dit leidde tot slechts 12 voor dit onderzoek in aanmerking komende aandoeningen of behandelingen, waaronder erectiestoornissen, geboortezorg, cosmetische chirurgie en verslavingszorg. Alle kosten voor de behandeling van deze aandoeningen samen maken dus een kleine 4 procent van het zorgbudget uit. De auteurs expliciteren echter niet aan welke voorwaarden de casestudies naar medicalisering moeten voldoen of welke definitie van medicalisering zij moeten hanteren. Het is in deze studies dus onduidelijk waar de grens ligt tussen gemedicaliseerd en niet-gemedicaliseerd.

De kosten van medicalisering zijn waarschijnlijk beter te kwantificeren op het niveau van een aandoening dan op macroniveau. Ook op dit niveau echter zijn nauwelijks studies naar medicalisering te vinden. Enkele kwantitatieve studies bieden wel meer inzicht in het toenemende aantal diagnoses voor specifieke situaties. Een uitgebreid uitgewerkte casus betreft ADHD, ofwel de medicalisering van het gedrag van kinderen en in toenemende mate ook dat van volwassenen.<sup>22</sup> Na een aanvankelijk sterke stijging van het aantal diagnoses in de VS, neemt nu ook het aantal diagnoses wereldwijd steeds meer toe.<sup>23</sup> In Nederland steeg het aantal gebruikers van ADHD-medicatie van ruim 40.000 in 2002 naar ruim 212.000 in 2015 (informatie van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) van het Zorginstituut, geactualiseerd op 14-12-2016). Daarnaast blijkt ook het aantal diagnoses en recepten voor slapeloosheid en slaapgerelateerde klachten in de VS tussen 1993 en 2007 sterk gestegen.<sup>24</sup> Een vergelijkende studie binnen verschillende Europese landen laat zien dat antidepressiva vaker worden gebruikt door mensen die niet zeker zijn van hun baan, wat de auteurs interpreteren als een voorbeeld van medicalisering als gevolg van de situatie op de arbeidsmarkt.<sup>25</sup>

Waar kwalitatieve casestudies ingaan op 'de essentie van medicalisering', vormt medicalisering in kwantitatieve studies meer een verklaring voor een bepaalde toename in indicaties of medicijngebruik. Dit zijn twee verschillende invalshoeken. Kosten komen in beide soorten onderzoek niet of nauwelijks aan bod. Hoe is het mogelijk dat medicalisering, kosten en betaalbaarheid zo weinig met elkaar in verband worden gebracht? Daar zijn verschillende verklaringen voor:

- Het onderzoeksveld is van oudsher met name sociologisch en filosofisch van aard. Het onderzoek is altijd meer gegaan over de perceptie van een probleem en de oplossingen daarvoor dan over de kosten ervan. Bovendien is veel energie gestoken in de conceptuele discussie rondom het begrip medicalisering.
- Conceptueel wordt medicalisering gezien als waardenneutraal en beschrijvend, vergelijkbaar met processen als globalisering en rationalisering.<sup>16</sup> Beleidsmatig wordt het doorgaans negatief geïdentificeerd, namelijk als aanjager van zorgkosten. Het grootste gedeelte van de literatuur slaagt er niet in deze kloof te overbruggen.
- Het onderzoek is meer kwalitatief dan kwantitatief geïnteresseerd. In kwalitatieve studies wordt vaak diepgaand geanalyseerd of en hoe een probleem werd of wordt gemedicaliseerd en welke strategische doelen actoren daarbij hebben. In de zeldzamere kwantitatieve studies wordt vaak de getalsmatige ontwikkeling van medicalisering van een aandoening gereconstrueerd, bijvoorbeeld door het aantal keer dat een bepaalde aandoening wordt geregistreerd, in kaart te brengen. Beide soorten studies besteden doorgaans geen aandacht aan de kosten.
- De kwantificering van medicalisering roept veel praktische en conceptuele vragen op. Is de hele aandoening gemedicaliseerd? Is er een mate van medicalisering per aandoening vast te stellen? Is medicalisering een fase in de tijd waarna de aandoening tot de reguliere gezondheidszorg gaat behoren? Is op patiëntniveau onderscheid te maken tussen wel en niet gemedicaliseerde patiënten? Is onderscheid te maken tussen goede en slechte vormen van medicalisering?

Medicalisering lijkt dus niet de goede invalshoek om oplossingen te bieden voor de vraag hoe te hoge of stijgende zorgkosten te beteugelen. Dit ondanks het feit dat medicalisering wel degelijk en aantoonbaar tot meer zorgkosten leidt. Onderscheid maken tussen gewenste en ongewenste medicalisering, zoals de Gezondheidsraad deed in een recent advies, lijkt een oplossing.<sup>19</sup> Ongewenste medicalisering heet dan ‘overmedicalisering’.<sup>26</sup> Maar ook hier ligt een grijs gebied, omdat niet onomstotelijk is vast te stellen wat dat ‘over’ nu precies is.

Een goed voorbeeld is de zwangerschaps- en geboortezorg, die in de afgelopen 120 jaar sterk is gemedicaliseerd, wereldwijd en ook in Nederland.<sup>2,27</sup> Gynaecologen merken soms op dat het allemaal wel een tandje minder kan en ook vroedvrouwen zijn deze mening vaak toegedaan. Niettemin is de tendens eerder naar meer zorg voor de ongeboren en pasgeboren baby dan naar minder. In 2018 wordt het aantal aandoeningen uitgebreid waarop via de hielprik wordt getest. Ook het aantal inleidingen, ruggenprikken en keizersneden neemt toe, terwijl het aantal thuisbevallingen afneemt.<sup>27</sup> Vrouwen leven toe naar de 12- en 24-wekengrens en naar de 20-weeken echo, relatief arbitraire tijdsgrenzen die ze echter ervaren als medische piketpalen die een goede uitkomst waarschijnlijker maken.

Hoewel dit duidelijke voorbeelden zijn van medicalisering, zal niemand in deze gevallen pleiten voor drastische demedicalisering. De samenleving zou dat trouwens ook niet accepteren. Deze vormen van medicalisering hebben grote voordelen gehad en veel vrouwen ervaren de extra controles en de informatie die deze opleveren dan ook uitsluitend als positief. Dit voorbeeld maakt duidelijk dat medicalisering niet alleen

over ‘pillen tegen kaalheid’ of andere onnozele vormen van zorg gaat. Medicalisering gaat over vrijwel alle zorgverrichtingen en levert (in elk geval in de perceptie) vaak voordelen op. Zorg en medicalisering vinden plaats in een maatschappelijke context waarin wensen en verwachtingen een belangrijke rol spelen, zelfs al is het gevolg niet altijd gezondheidswinst. Wat we verstaan onder overmedicalisering is dus afhankelijk van waar de samenleving de grens wil trekken.

## 5.5 Kritiek op medicalisering

De verschillende visies op medicalisering bestaan vooral naast elkaar. Ook staat soms de toegevoegde waarde van het concept zelf ter discussie. Eén invloedrijk kritiekpunt is treffend verwoord door Rose, die opmerkt dat de geneeskunde en het perspectief van mensen op zichzelf, elkaar en de samenleving zo sterk met elkaar verweven zijn geraakt, dat medicalisering niet meer is te scheiden van wie wij zijn.<sup>28</sup> Deze kritiek snijdt in zoverre hout dat medische kennis en biologische kennis tegenwoordig inderdaad onlosmakelijk zijn verbonden met de huidige samenleving en dat zij talloze levensdomeinen vergaand beïnvloeden. Zo heeft onze kennis over de verspreiding en vermeerdering van bacteriën de hygiëne drastisch verbeterd. De aanleg van riolering en waterzuiveringsinstallaties, kritischer omgaan met ons voedsel en elke dag een schone vaatdoek: het zijn allemaal voorbeelden van ontwikkelingen en gedragsveranderingen die zijn ingegeven door biologische ontdekkingen en de gevolgen daarvan voor de gezondheid. Rose pleit er dan ook voor om medicalisering niet (meer) te beschouwen als een beschrijvende of verklarende term, omdat de geneeskunde niet is te scheiden van de inrichting van de hedendaagse maatschappij. Voor een kritische analyse van de reikwijdte van de geneeskunde moeten andere instrumenten worden ontwikkeld.

Andere onderzoekers bekritisieren niet zozeer de verwevenheid van medicalisering met het moderne leven, maar eerder het analytisch vermogen van het concept: doordat de definitie van medicalisering door de jaren heen zoveel breder is geworden, zou het analytisch vermogen ervan zijn uitgehold.<sup>29</sup> Waar medicalisering in het verleden in staat was om de machtsrelaties in de gezondheidszorg bloot te leggen, is het nu geworden tot een beschrijving van de transformatieve kracht van de geneeskunde. Medicalisering betekent tegenwoordig niet alleen meer dat problemen medisch worden gemaakt (of: in medische termen worden geformuleerd), maar ook dat biomedische waarden in medische termen worden geherformuleerd, zoals een laag testosterongehalte dat sinds enige tijd als de ‘aandoening’ Low-T door het leven gaat.

In de loop van de tijd is een steeds bredere visie op medicalisering ontstaan. In haar allerbreedste vorm is medicalisering bijna een historisch begrip geworden, dat beschrijft hoe de geneeskunde zich ontwikkelt en verbreedt. Dat raakt nog wel aan machtsrelaties, maar problematiseert die veel minder dan in de jaren zeventig en tachtig gebeurde. En daar lag destijds nu net de kracht van het onderzoeksveld.<sup>29</sup> Doordat er zoveel verschillende definities van medicalisering in omloop zijn, zijn de studies erover onderling moeilijk vergelijkbaar. Doordat er zoveel discussie is over wát het is, is er relatief weinig onderzoek beschikbaar naar hoe het in de praktijk werkt. Ook

worstelt een concept als medicalisering met kwantificering, zoals eerder is toegelicht. Zodra dat deel van de zorg dat 'te veel' is moet worden afgebakend, stokt de analyse.

Is onderzoek naar medicalisering dan overbodig? Nee, want het nodigt nog steeds uit tot een kritische blik op de uitbreiding van de geneeskunde, hoewel in zwakkere vorm dan oorspronkelijk. Maar om die uitbreiding te kwantificeren, is medicalisering misschien niet het meest zinvolle instrument. De onvrede over de brede opvatting van medicalisering heeft ook bijgedragen aan de ontwikkeling van verwante onderzoeksvelden die raken aan of deels overlappen met medicalisering.

## 5.6 De ontwikkeling van verwante onderzoeksvelden

Een voorbeeld van zo'n nieuw onderzoeksveld betreft het onderzoek naar farmaceuticalisering: 'Het proces waardoor sociale, gedrags- of fysieke condities worden behandeld of geacht worden te worden behandeld met medicijnen, voorgeschreven door artsen of patiënten zelf.' (p. 604).<sup>30</sup> Farmaceuticalisering bestrijkt zowel het toenemende aanbod als het gebruik van medicijnen voor problemen die wel en (nog) niet gemedicaliseerd zijn. Bovendien is er aandacht voor een verschuiving in behandelvoorkeuren van psychotherapie naar medicatie, wat vanuit een medicaliseringsperspectief overigens niet per se een relevante verandering is. Moet ADHD bijvoorbeeld worden behandeld met psychotherapie of met medicatie? Medicatie is een vorm van farmaceuticalisering, psychotherapie niet. Maar vanuit het perspectief van medicalisering zijn het beide voorbeelden van medische oplossingen voor sociaal onacceptabel gedrag. Bell & Figert concluderen daarom dat farmaceuticalisering, naast biomedicalisering, een belangrijke aanvulling is op het medicaliseringsperspectief.<sup>31</sup>

Een andere invloedrijke ontwikkeling is de biomedicalisering: '*Biomedicalization is our term for the increasingly complex, multisited, multidirectional processes of medicalization that today are being both extended and reconstituted through the emergent social forms and practices of a highly and increasingly technoscientific biomedicine.*' (p. 162).<sup>32</sup> Biomedicalisering is lastiger te scheiden van medicalisering dan farmaceuticalisering omdat biomedicalisering gaat over intensievere vormen van medicalisering, op nieuwe en complexe manieren, met veel technische beïnvloeding. Het 'bio' voor medicalization duidt dus op een nieuwe fase van medicalisering, waarbij technische ontwikkelingen een grote rol spelen. Volgens de ontwikkelaars van het concept is een ander kenmerk van biomedicalisering dat het ook gezondheid en de meetbaarheid van gezond zijn omvat.<sup>32</sup> Conrad stelt echter dat het biomedicaliseringsconcept te breed van opzet is en in feite weinig meer inhoudt dan een intensieve vorm van medicalisering. Er is geen sprake van een transformatie.<sup>16</sup> Conrad heeft in zoverre gelijk dat het gebruik van medische middelen voor zelfverbetering of verbetering van de gezondheid ook door andere invloedrijke auteurs tot medicalisering wordt gerekend, waarmee het niet uniek is voor biomedicalisering.<sup>1</sup>

Terwijl de discussie over verschillende vormen van medicalisering voornamelijk buiten de biomedische disciplines werd gevoerd, groeide in de medische vakbladen de interesse voor overdiagnose. Ook over de definitie van overdiagnose woedt een discussie, maar over de essentie is men het eens: het betreft het stellen van een diagnose

bij iemand zonder symptomen van de betreffende ziekte die geen voordeel van die diagnose zal ondervinden.<sup>26</sup> Dit klinkt abstract, maar er zijn heel concrete voorbeelden te noemen, zoals de diagnose van goedaardige tumoren als borst- of prostaatanker terwijl die nooit tot symptomen zouden hebben geleid, of routematig screenen op bloeddruk- of glucoseafwijkingen bij mensen zonder klachten.<sup>33</sup> Overdiagnose is een onderzoeksveld met eigen begrippen, zoals overbehandeling, overdetectie, vals-positieve uitslagen en indicatieverruiming.<sup>26</sup> Ook de term medicalisering komt vaak langs in publicaties over dit onderwerp, waarbij medicalisering dan in een bijzin wordt genoemd als negatief neveneffect van overdiagnose.

Er bestaat inmiddels uitgebreide literatuur over de verschillen en overeenkomsten tussen overdiagnose en medicalisering.<sup>29,34</sup> Het voert te ver om hier uit te weiden over deze verschillen, maar belangrijk voor dit hoofdstuk is het feit dat onderzoek naar medicalisering van oudsher wordt verricht door onderzoekers van buiten de traditionele medische vakgebieden, zoals de sociologie en de filosofie, terwijl overdiagnose een kritiek op de geneeskunde inhoudt die grotendeels van binnenuit komt.<sup>29</sup> In de studies van buitenaf staat ook de rol van de geneeskunde ter discussie. Welke implicaties heeft medicalisering bijvoorbeeld voor de machtsverhoudingen in de samenleving en hoe verhoudt een ‘normaal leven’ zich tot gezondheid en medische controles? De kritiek van binnenuit stipt deze onderwerpen soms ook aan, maar richt zich primair op de vraag hoe de geneeskunde het werk dat zij doet zo goed mogelijk kan doen.

Een kruisbestuiving tussen onderzoekers op de gebieden van overdiagnose en medicalisering doet zich voor in publicaties over *disease mongering*. Dit is de term voor bedrijfsmatige medicalisering met het oogmerk omzet en winst te behalen. In de woorden van vooraanstaande auteurs over dit onderwerp vertaalt dit zich als: ‘*The social construction of illness is being replaced by the corporate construction of disease.*’ (p. 886).<sup>35</sup> Met gerichte marketingcampagnes wordt *disease awareness* gepromoot. Deze term is nauw verwant aan farmaceuticalisering, maar is analytisch niet objectief genoeg om meerwaarde te bieden boven medicalisering of farmaceuticalisering omdat hij een expliciet waardeoordeel bevat.<sup>31</sup> Biomedici die zich zorgen maken over de invloed van het bedrijfsleven – en in het bijzonder de farmaceutische industrie – op de geneeskunde, gebruiken de term ook wel bij onderwerpen als indicatieverruiming, overdiagnose of overbehandeling.<sup>36</sup> *Disease mongering* vertegenwoordigt dus feitelijk geen afgebakend onderzoeksveld, maar is eerder een populairwetenschappelijke aanduiding van een zorgwekkend fenomeen.

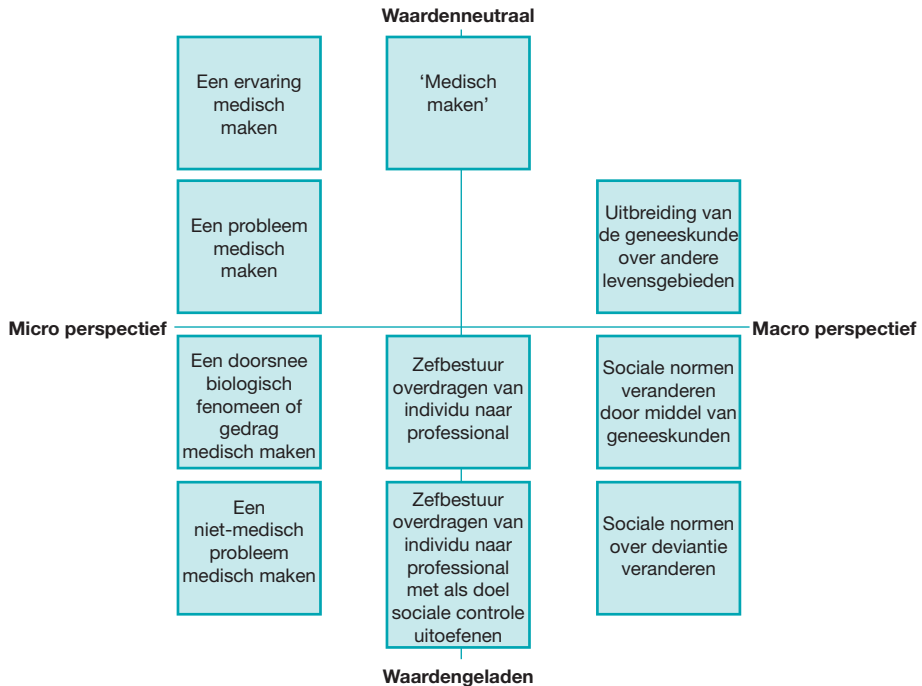
## 5.7 Medicalisering in wetenschappelijk onderzoek

Er worden dus veel verschillende definities van medicalisering naast elkaar gebruikt. Dat bemoeilijkt de vergelijkbaarheid van studies. Om hierin meer inzicht te krijgen, hebben wij een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de gebruikte definities van medicalisering.<sup>12</sup> Alle onderzoeksartikelen die een vorm van medicalisering of biomedicalisering als onderwerp hadden en die definieerden wat de onderzoekers verstaan onder (bio)medicalisering, zijn meegenomen in de analyse. Figuur 5.1 geeft een schematische weergave van de resultaten. Hoewel de stromingen die hierboven werden



geschetst zeker zijn te herkennen in de figuur, vonden wij een nog fijnmaziger net van definities.

**Figuur 5.1** Medicalisering gedefinieerd in wetenschappelijk onderzoek



De definities van medicalisering in de literatuur zijn onder te verdelen in tien categorieën, die in twee opzichten van elkaar verschillen. Aan de ene kant kan de focus worden gelegd op het micro- of het macroniveau, aan de andere kant wordt medicalisering beschouwd als hetzij waardenneutraal hetzij waardegeladen. Definities op het microniveau beschrijven de medicalisering van individuele ervaringen, bijvoorbeeld kaal worden, afwijkende bloedwaarden hebben of ongewenst kinderloos zijn. Dankzij de medicalisering zijn deze problemen nu medisch oplosbaar, waar ze eerder *facts of life* waren. Dit kan ook een maatschappelijk uitwerking hebben, maar dat was niet de focus van de onderzoeken die deze definities hanteren. Medicalisering op macroniveau gaat juist over die invloed op de maatschappij. Als bepaalde levensgebieden meer worden gemedicaliseerd, wordt de maatschappelijke rol van de geneeskunde groter. Als bijvoorbeeld genetische testen voor foetussen gemakkelijker beschikbaar komen, kunnen de opvattingen over de geboorte van gehandicapte kinderen gaan verschuiven.

De tweede as van Figuur 1 gaat over de waardegeladenheid van de definitie. Waardegeladen definities bevatten een (impliciet) oordeel: hoe verandert de maatschappij onder invloed van nieuwe medische kennis en behandelingen? In deze definities staan de objectiviteit en de onbetwistbaarheid van medische kennis en feiten ter discussie.

Aan het andere uiteinde van deze as staan definities die beschrijven en geen impliciet oordeel bevatten, zoals het eerder genoemde *making medical*.

Figuur 5.1 illustreert dat het belangrijk is om expliciet te duiden wat onder medicalisering wordt verstaan, omdat onderzoek naar veranderende maatschappelijke perspectieven op afwijkend gedrag niet zonder meer vergelijkbaar is met onderzoek naar de manier waarop van individuele ervaringen medische problemen worden gemaakt. Figuur 5.1 laat ook zien dat niet alle onderzoek naar medicalisering zonder meer onderling vergelijkbaar is, omdat de gebruikte definitie een grote invloed heeft op de interpretatie van de resultaten. Wetenschappelijk onderzoek naar medicalisering is dan ook zo verschillend van aard en insteek, dat niet alles makkelijk kan worden samengevoegd.

## 5.8 Conclusie

Zoals gezegd zijn er weinig aangrijpingspunten om medicalisering rechtstreeks te beïnvloeden. Medicalisering weerspiegelt hoe wordt aangekeken tegen de oorzaak en oplossing van bepaalde problemen. Uiteraard heeft de overheid wel praktische mogelijkheden om uitingen van medicalisering te beperken, hoewel het effect daarvan waarschijnlijk niet moet worden overschat. Te denken valt aan:

- het uitsluiten van bepaalde aandoeningen van vergoeding vanuit het basispakket;
- het uitsluiten van bepaalde aandoeningen van vergoeding beneden een bepaalde indicatiewaarde;
- het benoemen en ‘oplossen’ van problemen en onderwerpen die gemedicaliseerd (dreigen te) worden maar die ook raken aan andere overheidsdomeinen;
- de geneeskunde stimuleren om overgemedicaliseerde zorg (‘onnodige zorg’) niet meer te verlenen.

De eerste twee mogelijkheden hebben te maken met pakketbeheer: beslissen over de inhoud van het vergoede basispakket. Op dit moment worden deze beslissingen in principe genomen op basis van pakketprincipes. Hierover gaat hoofdstuk 6 van dit boek.

De derde en vierde optie gaan over ‘nieuwe’ beleidskeuzes, maar raken naast de zorg vooral de inrichting van de samenleving en de bestaanszekerheid van mensen. De overheid kan bijvoorbeeld beleid voeren om werk en inkomen minder onzeker te maken. Door regelingen als ouderschapsverlof, ontslagrecht en mantelzorgverlof zo in te richten dat mensen die ermee te maken krijgen wat ruimte en rust ervaren, is wellicht vaker te voorkomen dat mensen afvloeien naar arbeidsongeschiktheid of ziekteverlof. Door als problematisch ervaren gedrag van kinderen vaker op te lossen binnen het onderwijssysteem, neemt het aantal diagnoses van bijvoorbeeld ADHD onder kinderen waarschijnlijk af. Maar aan zulke keuzes kleven ook nadelen. Ten eerste zorgen ze waarschijnlijk voor hoge kosten op andere beleidsterreinen. Ten tweede is het de vraag of deze oplossingen nog aansluiten bij de belevingswereld van burgers. Zou bijvoorbeeld het aantal ADHD-diagnoses werkelijk afnemen, of worden beide mogelijkheden gelijktijdig benut? Ten derde is het effect van zulke maatregelen op de medicalisering van sociale problematiek hooguit indirect. Publiekscampagnes zijn gericht, maar de vraag is hoe effectief ze

zijn. Of slogans als 'laat jongens meer buiten spelen' (zodat ze kunnen uitrazen en zich daarna beter kunnen concentreren) of 'deze mantelzorger is niet ziek maar overbelast' daadwerkelijk effectief zijn als strategie tegen medicalisering, is niet onderzocht.

Vandaar de conclusie dat de meest effectieve manier om medicalisering te verminderen waarschijnlijk diegene is die het beste aansluit bij de belevingswereld van zorgverlener, zorggebruiker en burger. Medicalisering als sociaal proces wijst namelijk niet (meer) expliciet op het handelen van professionals. De discussies rondom overdiagnose, overbehandeling en dergelijke doen dat wel: hiervan staat onomstotelijk vast dat het plaatsvindt binnen de zorg. Het recente advies van de Gezondheidsraad 'Maat houden met medisch handelen' gaat hierop in.<sup>19</sup> Het advies laat zien hoe overdiagnose (bij longembolie), overbehandeling (reflux bij baby's), overtesten (PSA-testen), ongewenste indicatieverruiming (cholesterolverlagers) en *disease mongering* (hormoontherapie bij vrouwen in de overgang) zich ook in Nederland hebben voorgedaan. Dit soort voorbeelden maakt inzichtelijk dat er soms sprake is van te veel medische zorg, zeker bij een deel van de patiënten. Een ander hoofdstuk in dit boek gaat in op het terugdringen van onnodige zorg (zie hoofdstuk 16). De bewustwording hiervan onder artsen en andere medische professionals groeit. Burgers en patiënten zijn zich nog niet zo bewust van de mogelijke schade veroorzaakt door onnodige zorg. Toch kunnen ook zij afwegingen maken over nut en noodzaak van medisch ingrijpen, zeker als de betaalbaarheid van de zorg verder onder druk komt te staan. Om medicalisering tegen te gaan, moeten arts en patiënt zich nadrukkelijker afvragen of het probleem waarvoor zij zich zien gesteld niet ook buiten de zorg kan worden opgelost.

Daarnaast is aan te raden om samenlevingsbrede debatten te blijven voeren over nut en noodzaak van medisch ingrijpen voor de oplossing van tal van levensproblemen. Wat betekent het om oud te worden? Hoeveel medisch ingrijpen is van toegevoegde waarde bij een zwangerschap en bevalling? Welk ongemak hoort bij het leven en wanneer hoort het bij de dokter? Dit kunnen hoe dan ook zinvolle en verdiepende debatten zijn. Of ze een directe invloed hebben op de medicalisering, is echter ongewis.

## Referenties

- 1 J.E. Davis, *Chapter 10: Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering*, in: W.C. Cockerham, *The New Blackwell Company to Medical Sociology*, Singapore: John Wiley & Sons Ltd, 2010, p. 211-241.
- 2 A. Oakley, *The Captured Womb. A history of the medical care of pregnant women*, New York: Basil Blackwell Publisher Ltd., 1984.
- 3 K.K. Barker, 'A ship upon a stormy sea: the medicalization of pregnancy', *Social Science and Medicine*, 1998;47(8):1067-76.
- 4 P. Conrad en C. Stults, *Chapter 17: Contestation and Medicalization*, in: P. Moss en K. Teghtsoonian, *Contesting Illness. Process and Practices*, Toronto, Buffalo, Londen: University of Toronto Press, 2008.
- 5 D. Zarhin, 'Contesting medicalisation, doubting the diagnosis: Patients' ambivalence towards the diagnosis of Obstructive Sleep Apnoea', *Sociology of Health and Illness*, 2015;37(5):715-30.

- 6 M.E. Moloney, 'Sometimes, it's easier to write the prescription: Physician and patient accounts of the reluctant medicalisation of sleeplessness', *Sociology of Health and Illness*, 2016; 39(3): 333-48.
- 7 S. Ayuandini, 'Finger Pricks and Blood Vials: How doctors medicalize 'cultural' solutions to demedicalize the 'broken' hymens in the Netherlands', *Social Science and Medicine*, 2017;177:61-68.
- 8 W. van Dijk, M.J. Faber, M.A.C. Tanke, E. Verkerk, R. Sanders, G.P. Westert en P.P.T. Jeurissen, '*The reluctant medicalisation of Sciatica and its treatment*', Under review.
- 9 I.K. Zola, 'Medicine as an institution of social control', *The Sociological Review*, 1972;20(4):487-504.
- 10 I. Illich, *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (ed R. Smith), Londen: Marion Boyars, 1995 [1976].
- 11 P. Conrad, 'Medicalization and social control', *Annual Review of Sociology*, 1992;18:209-32.
- 12 W. van Dijk, M.J. Faber, N.M. de Vries, M.A.C. Tanke, E. G.P. Westert en P.P.T. Jeurissen. '*Medicalisation in its empirical context – a scoping review*', Under review.
- 13 E. Wentzell, 'How Did Erectile Dysfunction Become 'Natural'? A Review of the Critical Social Scientific Literature on Medical Treatment for Male Sexual Dysfunction', *Journal of Sex Research*, 2017;54(4-5):486-506.
- 14 E. Riska, *Chapter 10: Aging men: Resisting and endorsing medicalization*, in: A. Kampf, B.L. Marshall en A. Petersen, *Aging men, masculinities, and modern medicine*, Londen: Routledge, 2013, p. 71-85.
- 15 K.J. Vainionpää en P. Topo, 'The construction of male menopause in Finnish popular magazines', *Critical Public Health*, 2006;16(1):19-34.
- 16 P. Conrad, *Chapter 10: Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts*, in: W.C. Cockerham, *Medical Sociology on the Move*, Dordrecht: Springer Science en Business Media, 2013, p. 195-214.
- 17 J. Busfield, 'The concept of medicalisation reassessed', *Sociology of Health and Illness*, 2017;39(5): 759-74.
- 18 M.C. Murano, 'Medicalising short children with growth hormone? Ethical considerations of the underlying sociocultural aspects', *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2017; doi: 10.1007/s11019-017-9798-6. [Epub ahead of print]
- 19 Gezondheidsraad, *Maat houden met medisch handelen*, Den Haag: Gezondheidsraad, 2017.
- 20 J. Drescher, 'Out of DSM: Depathologizing Homosexuality', *Behavioral Sciences*, 2015;5(4):565-75.
- 21 P. Conrad, T. Mackie en A. Mehrotra, 'Estimating the costs of medicalization', *Social Science and Medicine*, 2010;70(12):1943-47.
- 22 P. Conrad en D. Potter, 'From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories', *Social Problems*, 2000;47(4):559-82.

- 23 P. Conrad en M. Bergey, 'The impeding globalisation of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder', *Social Science and Medicine*, 2014;122:31-43.
- 24 M. Moloney, T. Konrad en C. Zimmer, 'The Medicalization of Sleeplessness: A Public Health Concern', *American Journal of Public Health*, 2011;101(8):1429-33.
- 25 V. Buffel, R. Dereuddre en P. Bracke, 'Medicalization of the Uncertainty? An Empirical Study of the Relationships between Unemployment or Job Insecurity, Professional Care Seeking, and the Consumption of Antidepressants', *European Sociological Review*, 2015;31(4):446-59.
- 26 S.M. Carter, W. Rogers, I. Heath, C. Degeling, J. Doust en A. Barratt, 'The challenge of overdiagnosis begins with its definition', *British Medical Journal*, 2015;350:h869.
- 27 W. Christiaens, M. Nieuwenhuijze en R. de Vries, 'Tendensen in de medicalisering van geboorte in Vlaanderen en Nederland', *Tijdschrift voor Verloskundigen* 2013;juli-augustus: 23-27.
- 28 N. Rose, 'Beyond medicalisation', *The Lancet*, 2007;369(9562):700-2.
- 29 B. Hofmann, 'Medicalization and overdiagnosis: different but alike', *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2016;19(2):253-64.
- 30 J. Abraham, 'Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions', *Sociology*, 2010;44(4):603-22.
- 31 S.E. Bell en A.E. Figert, 'Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward', *Social Science and Medicine*, 2012;75(5):775-83.
- 32 A.E. Clarke, J.K. Shim, L. Mamo, J.R. Fosket en J.R. Fishman, 'Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness and U.S. Biomedicine', *American Sociological Review*, 2003;68(2):161-94.
- 33 H. Welsh, L. Schwartz en S. Woloshin, *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*, Boston: Beacon Press, 2011.
- 34 W. van Dijk, M.J. Faber, M.A. Tanke, P.P. Jeurissen en G.P. Westert, 'Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine', *International Journal of Health Policy and Management*, 2016;5(11):619-22.
- 35 R. Moynihan, I. Heath en D. Henry, 'Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering', *British Medical Journal*, 2002;324:886-90.
- 36 R.N. Moynihan, G.P. Cooke, J.A. Doust, L. Bero, S. Hill en P.P. Glasziou, 'Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States', *PLOS Medicine*, 2013;10(8):e1001500.

## 6. De waarde(n) van pakketbeheer

Gert Jan van der Wilt, Eddy Adang, Rob Baltussen, Wija Oortwijn

### Kernboodschappen

- Pakketbeheer is een vorm van expliciet keuzes maken in de zorg. Het heeft een betrekkelijk geringe invloed gehad op de groei van de zorguitgaven. Het heeft daarentegen vermoedelijk een grote bijdrage geleverd aan de maatschappelijke bewustwording over de noodzaak om in de zorg keuzes te maken
- Bestuurlijke zorgakkoorden zijn een vorm van impliciet keuzes maken; de bijdrage ervan aan beheersing van de groei van de zorguitgaven is substantieel geweest. De gemaakte keuzes onttrekken zich echter grotendeels aan democratische besluitvorming
- Pakketbeheer en bestuurlijke zorgakkoorden hebben elkaar nodig
- Om willekeur te voorkomen dient pakketbeheer te worden toegepast in alle gevallen waarin sprake is van risico's voor het verzekerde pakket, onafhankelijk van de aard van de zorg
- Van veldpartijen waarmee de minister zorgakkoorden sluit, mag meer transparantie verwacht worden in de keuzes die zij maken en in de overwegingen die daaraan ten grondslag liggen
- De gevolgen van beheersing van de groei van de zorguitgaven bij voortdurende toelating van innovaties moeten beter in kaart worden gebracht, zowel voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg als voor de werkdruk onder zorgverleners

### 6.1

#### Inleiding

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2005 werd iedereen die in Nederland woont en/of loonbelasting betaalt, verplicht om een basisverzekering af te sluiten.<sup>1</sup> Zorgverzekeraars zijn op hun beurt verplicht alle verzekerden te accepteren. Daarmee ontstaat voor de verzekerde het recht op prestaties die bestaan uit zorg waaraan hij of zij behoefte heeft, of op vergoeding van de kosten van deze zorg.<sup>2</sup> De inhoud en omvang van deze prestaties worden nader geregeld bij algemene maatregel van bestuur.<sup>3</sup> In principe heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hiermee een instrument in handen waarmee hij de inhoud van de zorg kan reguleren en daarmee de kosten kan beheersen. In dit hoofdstuk zullen we ingaan op de vraag in welke mate pakketbeheer een bijdrage heeft geleverd aan de beheersing van de uitgaven aan zorg.

De opbouw van het hoofdstuk is als volgt: eerst beschrijven we hoe nieuwe zorg kan instromen in het verzekerde pakket. Vervolgens zullen we ingaan op de rol van het Zorginstituut (ZIN) en de Advies Commissie Pakket (ACP) bij pakketbeheer. We maken onderscheid tussen het open en gesloten verzekerde pakket en concluderen dat de zorg met uitsluitend een optimaal beheer van het gesloten pakket niet duurzaam betaalbaar kan blijven. We beargumenteren dat pakketbeheer het best in samenhang kan worden gezien met de bestuurlijke zorgakkoorden die de minister van VWS met het veld sluit. We zullen zien dat het overgrote deel van de keuzes in de zorg zich onttrekt aan expliciete, publieke (democratische) besluitvorming. Om die reden gaan we kort in

op nieuwe manieren om burgers bij keuzes in de zorg te betrekken, manieren waarmee momenteel wordt geëxperimenteerd. We sluiten af met de stelling dat pakketbeheer in Nederland kan worden geëgitimeerd door een aantal waarden, maar dat er moet worden gezocht naar mogelijkheden om deze waarden langs meer democratische weg concrete invulling te geven. We zullen ons grotendeels beperken tot de curatieve zorg (de zorg die onder de Zvw valt), en ons in mindere mate richten op de langdurige zorg (de zorg die onder de Wet langdurige zorg – Wlz – valt).

## 6.2 Pakket en pakketbeheer

### 6.2.1 Het verzekerde pakket

Onder ‘pakket’ wordt hier verstaan: het verzekerde pakket aan zorg. Dit is het geheel van zorg en medische verrichtingen waarop iedere burger in Nederland op grond van de Zvw en de Wlz aanspraak kan maken, mits er een indicatie voor is. De indicatie wordt gesteld door een geregistreerde beroepsbeoefenaar, bijvoorbeeld een huisarts of een medisch specialist. De kosten van geïndiceerde zorg en behandelingen worden, afgezien van het eigen risico, vergoed. Soms kunnen er voorwaarden gelden, zoals een eigen bijdrage (bijvoorbeeld voor kraamzorg), beperking van het aantal behandelingen (bijvoorbeeld fysiotherapie) of een maximale vergoeding (bijvoorbeeld tandheelkundige zorg). Burgers kunnen bij zorgverzekeraars nagaan welke zorg wel en welke zorg niet wordt vergoed in de verschillende pakketten en welke voorwaarden daarvoor gelden.

### 6.2.2 Basisverzekering en aanvullende verzekering

In Nederland wordt onderscheid gemaakt tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Iedereen die in Nederland woont of werkt, is verplicht een basisverzekering af te sluiten. Zorgverzekeraars, op hun beurt, zijn verplicht iedereen hiervoor te accepteren. De inhoud van het basispakket wordt wettelijk vastgesteld. Zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat hun verzekerden toegang hebben tot de medische zorg die zij nodig hebben (de zogenaamde zorgplicht). De overheid (c.q. de minister van VWS) bepaalt welke zorg wel en welke zorg niet wordt vergoed uit hoofde van de basisverzekering en onder welke voorwaarden dat het geval is. Dit geldt ook voor de Wlz. Voor beslissingen over de inhoud van het basispakket laat de minister zich adviseren door het ZIN. Dit instituut kan de minister gevraagd en ongevraagd adviseren over de samenstelling van het verzekerde pakket. Dit kan zowel betrekking hebben op bestaande zorg die onder de basisverzekering valt als op nieuwe zorg.

### 6.2.3 Open en gesloten systeem

Nieuwe (curatieve) zorg kan op twee manieren het pakket in stromen. In het merendeel (circa 95 procent) van de gevallen gaat dit via een open systeem. De toelating wordt dan primair bepaald door zorgaanbieders en verzekeraars. Criteria die zij daarbij hanteren zijn: de zorg moet ‘aantoonbaar effectief’ zijn en het moet gaan om ‘geneeskundige zorg zoals beroepsgroepen die plegen te bieden’. Zorgverzekeraars, zorgverleners of verzekerden kunnen bij twijfel of een interventie wel tot de verzekerde zorg behoort

een toets (duiding) aanvragen bij het ZIN.<sup>4</sup> Deze toets stelt vast of een interventie effectief is, maar niet of deze kosteneffectief is.

Alle geneesmiddelen die mensen in de apotheek kunnen krijgen, maar ook een aantal dure middelen die mensen in het ziekenhuis krijgen, stromen in via het gesloten systeem en worden expliciet getoetst aan de hand van vier pakketcriteria (zie paragraaf 6.3). Wanneer een fabrikant stelt dat een nieuw geneesmiddel beter werkt dan bestaande middelen of behandelingen, dan moet hij de kosteneffectiviteit van het nieuwe middel aantonen. Dit wordt beoordeeld door de ACP. De minister kan de instroom van nieuwe intramurale geneesmiddelen met een potentieel uitzonderlijk hoog kostenbeslag (tijdelijk) tegenhouden door ze in de zogenaamde sluis te plaatsen. De kosten worden pas vergoed wanneer is aangetoond dat deze zorg 'voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk', er afspraken zijn gemaakt met de beroepsgroep en er sprake is van succesvolle prijsonderhandelingen met de fabrikant (indien van toepassing). Het moge duidelijk zijn dat het open systeem meer ruimte biedt voor het toelaten van niet-(kosten)effectieve behandelingen.

#### 6.2.4 Werkwijze ACP

Het ZIN heeft de ACP ingesteld om de Raad van Bestuur van het ZIN te adviseren. Deze Raad van Bestuur adviseert vervolgens de minister, die de beslissing neemt en daarover weer verantwoording schuldig is aan de Tweede Kamer. Belangengroepen kunnen tot op het laatst lobbyen tegen een voorgenomen pakketmaatregel. Het ZIN bereidt haar adviezen voor door betrokken partijen te raadplegen en wetenschappelijk bewijs te verzamelen waaruit kan worden opgemaakt welke effecten er mogen worden verwacht van bepaalde interventies. Medewerkers van het ZIN vatten hun bevindingen samen in een conceptadvies dat voor commentaar wordt rondgestuurd naar alle betrokken partijen (bijvoorbeeld patiëntenverenigingen, beroepsverenigingen, instellingen, zorgverzekeraars en fabrikanten). Het conceptadvies wordt, met alle reacties vanuit het veld, voorgelegd aan de ACP, die er in een openbare vergadering over beraadslaagt en daarna een eigen advies formuleert: komt de betreffende vorm van zorg wel of niet in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering, wat zijn daarbij de belangrijkste overwegingen en argumenten, en zijn er eventueel voorwaarden? Belanghebbenden kunnen tijdens de openbare vergadering desgewenst specifieke zaken onder de aandacht van de ACP brengen.

### 6.3 Pakketadvies: vier criteria

Om een zekere consistentie en transparantie te bewerkstelligen, baseert de ACP haar advies op vier criteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Anders gezegd: [1] er moet iets aan de hand zijn (er moet sprake zijn van een zekere ziektelast, een aandoening moet een zekere mate van lijden of beperkingen met zich meebrengen) en het is niet reëel om te verlangen dat mensen in staat zijn om het probleem op eigen kracht op te lossen; [2] er moet iets aan gedaan kunnen worden; [3] er moet sprake zijn van een redelijke verhouding tussen de inspanning die geleverd moet worden (de kosten) en de gezondheidswinst (de effecten) die daar tegenover staat; [4] de samenleving moet in staat zijn om de toegang tot de betreffende



zorg te garanderen voor iedereen die erop is aangewezen. Dit laatste hangt onder meer af van de vraag of er voldoende deskundigheid en capaciteit beschikbaar is om de zorg te leveren, maar ook van de betaalbaarheid ervan.

### 6.3.1 Noodzakelijkheid

Op basis van het eerste criterium zouden behandelingen voor aandoeningen die weinig ziektelast met zich meebrengen niet voor vergoeding in aanmerking komen. In dit licht moeten bijvoorbeeld discussies over de vergoeding van de kosten van niet-geïndiceerde plastische chirurgie worden begrepen. Op grond van dit criterium zou de ACP ook tot de conclusie kunnen komen dat de kosten van behandeling van een ongecompliceerde chronische middenoorontsteking bij jonge kinderen (bijvoorbeeld het inbrengen van trommelvliesbuisjes) niet voor vergoeding in aanmerking komen. Een ongecompliceerde chronische middenoorontsteking bij jonge kinderen zou dan worden gezien als een onschuldige aandoening die het merendeel van de kinderen doormaakt, waarvan zij uit zichzelf herstellen, en die geen lijden of beperkingen met zich meebrengt. Uiteraard kan de vraag worden gesteld of dit wel het geval is, maar het is nu juist de taak van de ACP om zich hierover een gefundeerd oordeel te vormen.

### 6.3.2 Effectiviteit

Het tweede criterium betreft effectiviteit: voegt een nieuwe behandeling echt iets toe vergeleken met het natuurlijke beloop van een aandoening of met bestaande behandelingen? En zo ja, is dat overtuigend aangetoond? Ook op basis van dit criterium zou vergoeding van de kosten van het inbrengen van trommelvliesbuisjes bij kinderen met ongecompliceerde chronische middenoorontsteking twijfelachtig zijn. Trommelvliesbuisjes leiden weliswaar tot onmiddellijk herstel van het gehoor, maar dit effect lijkt van voorbijgaande aard te zijn. Na een jaar doen kinderen die trommelvliesbuisjes kregen het in geen enkel opzicht beter dan kinderen bij wie niet werd ingegrepen.<sup>5</sup> Wat dit voorbeeld overigens duidelijk maakt, is dat beslissingen lang niet altijd een 'go-no go'-karakter hoeven te hebben (wel of niet in het pakket), maar vaak eerder een aanscherping behoeven van de indicatiestelling. Trommelvliesbuisjes kunnen in sommige gevallen noodzakelijk zijn, maar de vraag is of dat bij alle kinderen die deze behandeling krijgen het geval is. Het gaat dan eerder om het bevorderen van gepast gebruik van een behandeling. De grote uitdaging lijkt te zijn om gepast gebruik te bevorderen zonder verhoging van de administratieve lastendruk.<sup>6</sup>

Een ander voorbeeld van een behandeling waarvan de effectiviteit twijfelachtig is, is de meniscusoperatie. In recente studies kon geen duidelijk voordeel van deze operatieve ingreep worden gevonden vergeleken met een 'conservatieve' behandeling met fysiotherapie.<sup>7</sup> Vanuit de diagnostiek kan de bijniervene-sampling worden genoemd, die door interventieradiologen wordt toegepast bij patiënten met hoge bloeddruk als gevolg van de verhoogde productie van aldosteron. Recent onderzoek heeft laten zien dat het gebruik van deze diagnostiek de prognose van de patiënt niet verbetert.<sup>8</sup> Ook hierover kan een discussie plaatsvinden. Die discussie kan onder meer gaan over de vraag of de literatuur op dit punt wel eenduidig is en of de studies wel deugdelijk zijn

uitgevoerd. Bij het ZIN buigt de ACP zich over het eerste type vraagstukken; over het tweede type vraagstukken (wetenschappelijke onderbouwing) adviseert de Wetenschappelijke Adviesraad van het ZIN (WAR).

### 6.3.3 Kosteneffectiviteit

Het derde criterium verlangt dat er sprake moet zijn van een redelijke verhouding tussen de inspanning die wordt geleverd en de gezondheidswinst die daartegenover staat. Anders gezegd: laten we proberen de beschikbare middelen zo goed mogelijk te besteden, waarbij 'zo goed mogelijk' inhoudt: op een zodanige manier dat er voor de bevolking als geheel zo veel mogelijk gezondheidswinst wordt gerealiseerd. Het ZIN heeft besloten om gezondheidswinst uit te drukken in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren, vaak aangeduid als Quality Adjusted Life Years (QALYs). Een QALY combineert de te verwachten langere levensduur als gevolg van een behandeling met de toename aan levenskwaliteit. Op deze manier wordt de gezondheidswinst die kan worden gerealiseerd met heel verschillende typen zorg bij patiënten met heel uiteenlopende aandoeningen, onderling vergelijkbaar. In de praktijk is dit criterium nader uitgewerkt door te stellen dat zorg die voor het genereren van een extra QALY meer dan € 80.000 aan kosten met zich meebrengt, in de regel niet vergoed zou moeten worden. Meer recent heeft het ZIN voorgesteld om verschillende referentiewaarden te hanteren, afhankelijk van de ziektelast uitgedrukt in utiliteit.<sup>9</sup> Dat wil zeggen dat de waarde van de behaalde gezondheidswinst afhangt van de ernst van de aandoening, of preciezer: wanneer de gezondheid van patiënten voorafgaand aan een behandeling al vrij goed is, dan is een extra QALY minder waard dan wanneer deze zeer slecht is (zie Tabel 6.1).

Tabel 6.1 Referentiewaarden voor kosten per QALY in relatie tot ziektelast

Ziektelast (in schaal 0 = geen ziektelast tot 1 = hoogst denkbare ziektelast)	Maximale meerkosten (€) per QALY; referentiewaarden in €
0.1-0.4	20.000
0.41-0.7	50.000
0.71-1.0	80.000

Bron: Zorginstituut Nederland. Kosteneffectiviteit in de praktijk (2015).

De kosteneffectiviteit van geneesmiddelen voor patiënten met de ziekte van Pompe of Fabry (Myozyme en Fabrazyme) overschreed ruimschoots de hoogste referentiewaarde. Op grond hiervan heeft de ACP geadviseerd om de kosten van deze behandelingen niet ten laste te brengen van de basisverzekering.

### 6.3.4 Uitvoerbaarheid

Het vierde criterium gaat onder meer over betaalbaarheid: kunnen we de kosten als samenleving opbrengen? Een aandoening kan ernstig zijn en van de betreffende patiënten kan niet worden verlangd dat ze het probleem op eigen kracht oplossen, de behandeling kan bewezen effectief zijn en ook kosteneffectief – maar kunnen we het wel betalen?

Deze discussie speelt onder meer in het geval van nieuwe middelen ter behandeling van hepatitis C.<sup>10</sup> Ook dit kan dus een reden zijn voor de ACP om de minister te adviseren de kosten van een behandeling niet ten laste van de basisverzekering te brengen.

#### 6.4 Recente ACP-adviezen en de impact van pakketbeheer op de zorguitgaven

Het ZIN heeft een overzicht van de adviezen van de ACP sinds 1 januari 2016 opgesteld.<sup>11</sup> In Tabel 6.2 zijn de nieuw uitgebrachte adviezen samengevat (behoudens systeemadviezen).

Tabel 6.2 ACP adviezen vanaf 1 januari 2016

Behandeling:	Datum advies:	Verzekerde pakket?	Argumenten:
<b>Daratuzumab bij multipel myeloom</b>	27-10-2017	Nee	Ongunstige kosten-effectiviteit; er zijn behandelalternatieven; de behandeling is palliatief, niet curatief
<b>Eculizumab bij PNH</b>	12-05-2017	Nee	Ongunstige kosten-effectiviteit; onzekerheid over lange-termijn effectiviteit
<b>Niet-invasieve prenatale test (NIPT)</b>	24-03-2017	Nee	Niet passend binnen Zvw
<b>Palbociclib bij lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker</b>	24-03-2017	Nee	Ongunstige kosten-effectiviteit; onzekerheid over lange-termijn effectiviteit; de behandeling is palliatief, niet curatief
<b>Fysiotherapie en oefentherapie bij artrose van knie of heup</b>	24-02-2017	Ja (maximaal 12 behandelingen)	n.v.t.
<b>Pembrolizumab bij niet-kleincellig longkanker</b>	25-11-2016	Nee	Ongunstige kosten-effectiviteit; de behandeling is palliatief, niet curatief
<b>Zelfzorgmiddelen: vitaminen, mineralen, paracetamol 1000 mg</b>	14-10-2016	Nee	Gelijke toegang voldoende geborgd: lage kosten, patiënt is in staat gepast gebruik te bepalen; onevenredig hoge kosten worden gecompenseerd (bijvoorbeeld via zorgtoeslag)
<b>Orkambi bij cystische fibrose</b>	22-04-2016	Nee	Ongunstige kosten-effectiviteit; klinische relevantie van behandel-effect is beperkt
<b>Specifieke plastisch chirurgische interventies</b>	18-03-2016	Ja	Discussie over medische noodzakelijkheid; risico van indicatie uitbreiding; wenselijkheid en mogelijkheid van maatregelen om gepast gebruik te bevorderen

Bron: Zorginstituut Nederland

Uit het overzicht valt op te maken dat een ongunstige kosteneffectiviteit vaak een rol heeft gespeeld bij een negatief advies. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat de betreffende middelen niet in het pakket werden opgenomen; de minister van VWS kan immers besluiten om het advies niet over te nemen.

De Algemene Rekenkamer (AR) heeft onderzocht of en in hoeverre de minister van VWS de zorguitgaven die onder de Zvw vallen met pakketbeheer effectief kan beheersen dan wel terugdringen.<sup>12</sup> De AR schat dat de besparing als gevolg van de verwijdering van behandelingen uit het pakket over de periode 2007-2013 circa € 0,25 miljard bedroeg. Het ging om onder meer mobiliteitshulpmiddelen, cholesterolverlagers, slaap- en kalmeringsmiddelen, fysiotherapie, antidepressiva, maagzuurremmers en IVF. De AR concludeert dat de bijdrage van het pakketbeheer aan de beheersing van de zorguitgaven in de betreffende periode (totaal: € 13,4 miljard) dus beperkt is geweest.

## 6.5 **Pakketbeheer: een aantrekkelijk beleidsinstrument?**

Als we tussentijds de balans opmaken, kunnen we concluderen dat pakketbeheer een aantal bezwaren kent. Ten eerste is het tamelijk bewerkelijk. In het geval van geneesmiddelen moeten fabrikanten een dossier aanleveren op basis waarvan een behandeling aan de pakketcriteria kan worden getoetst. Medewerkers van het ZIN en leden van de WAR en de ACP moeten zich over dit materiaal buigen, de validiteit en relevantie ervan beoordelen en een gefundeerd advies uitbrengen aan de leiding van het ZIN. Dit moet op zijn beurt een advies uitbrengen aan de minister van VWS, die een besluit moet nemen en zich in de Tweede Kamer moet verantwoorden.

Een negatief advies van het ZIN leidt bovendien vaak tot veel commotie, in een enkel geval zelfs resulterend in een gerechtelijke procedure (bijvoorbeeld in het geval van de Interstitiële Cystitis Patiëntenvereniging die het advies van het ZIN om blaasvloeistoffen niet langer te vergoeden aanvecht bij de rechtbank van Amsterdam).<sup>13</sup> Dat is begrijpelijk. Patiënten voelen zich in de steek gelaten en vrezen voor hun toekomst: 'wij kunnen het toch ook niet helpen dat die behandeling zo duur is?' Zij vragen zich bovendien af waarom de pakketcriteria in hun geval worden toegepast, terwijl elders in de zorg kostbare behandelingen worden ingevoerd zonder een dergelijke toetsing (bijvoorbeeld operaties met de Da Vinci-robot<sup>14</sup>). Wordt hier niet met twee maten gemeten? Fabrikanten vrezen voor hun afzetmogelijkheden. Behandelaars zijn op hun beurt bang dat ze hun patiënten in de toekomst moeten teleurstellen en (mogelijk) tekort moeten doen.

Ten derde lijkt pakketbeheer relatief weinig impact te hebben op de beheersing van de groei van de zorguitgaven. Het gesloten systeem waarvan de ACP deel uitmaakt, vormt maar een heel klein deel van de totale gezondheidszorg. Bovendien blijken negatieve adviezen van de ACP in de praktijk te leiden tot onderhandelingen tussen VWS en fabrikanten over de prijs van een geneesmiddel. De uitkomst van dergelijke onderhandelingen is geheim, maar in de praktijk hebben ze meermaals geleid tot een overeenkomst tussen beide partijen: voor een (vermoedelijk) lagere prijs mag het middel toch worden gebruikt en zullen de kosten worden vergoed vanuit de basisverzekering.

We zullen deze wat negatieve conclusie ten aanzien van pakketbeheer nuanceren. Daartoe zullen we eerst een ander beleidsinstrument bespreken: het bestuurlijke zorgakkoord. Dit is een afspraak die de minister van VWS sluit met diverse partijen in het veld. Een belangrijk onderdeel van een bestuurlijke zorgakkoord is een afspraak over de kostenontwikkeling binnen een bepaald domein van de gezondheidszorg. Zo sprak de minister met de verschillende partijen in de geestelijke gezondheidszorg af dat voor de periode 2015-2017 de toename van de kosten maximaal 1 procent per jaar zou bedragen, exclusief indexatie voor loon- en prijsstijgingen.<sup>15</sup> Een soortgelijk akkoord is afgesloten over de medisch-specialistische zorg.<sup>16</sup> Hiermee is de curatieve gezondheidszorg in Nederland in feite grotendeels gebudgetteerd. Bovendien laat de minister het primair aan het veld over om, waar nodig, keuzes te maken.

Qua volume zijn bestuurlijke akkoorden van een andere orde dan pakketbeheer. De Algemene Rekenkamer heeft berekend dat in de zorgakkoorden afspraken zijn gemaakt die ongeveer 37 procent van de bruto uitgaven aan zorg omvatten.<sup>17</sup> De AR komt tot de conclusie dat de zorgakkoorden daarmee – in tegenstelling tot het pakketbeheer – zeer waarschijnlijk wel hebben bijgedragen aan het tegengaan van de groei van de uitgaven in de curatieve zorg in de periode 2012-2015. Voor 2017 heeft de minister in het kader van de zorgakkoorden een besparing ingecalculeerd van € 2,7 miljard. Daarmee lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat keuzes in de zorg voor het overgrote deel niet transparant worden gemaakt en als zodanig geen onderwerp zijn van publieke oordeelsvorming.<sup>18</sup> De zorgakkoorden lijken dus in dit opzicht recht tegenover het pakketbeheer te staan, maar voordeel is dat het minder bewerkelijk is om ze te sluiten, dat ze tot minder maatschappelijke weerstand leiden, en dat ze wel degelijk bijdragen aan beheersing van de uitgaven aan zorg. Het zou naar onze mening echter onjuist zijn om te denken dat het hier om een keuze gaat tussen pakketbeheer of zorgakkoorden. In het onderstaande zullen we betogen dat zorgakkoorden niet zonder pakketbeheer kunnen, en andersom.

## 6.6 Expliciet versus impliciet rantsoeneren van zorg

Pakketbeheer en zorgakkoorden zijn voorbeelden van respectievelijk expliciet en impliciet rantsoeneren van zorg.<sup>19</sup> In het eerste geval worden *specifieke* vormen van zorg uitgesloten van vergoeding of wordt de toegang tot de zorg beperkt tot *specifieke* deelgroepen van patiënten. Dat gebeurt in het openbaar en daarmee op een manier die vatbaar is voor publiek debat. In het tweede geval wordt de toegankelijkheid van de zorg beperkt, maar is veelal niet duidelijk om welke zorg het gaat, hoe de toegankelijkheid wordt beperkt, wie daartoe besluit, en op grond waarvan. Er zijn zowel voor- als tegenstanders van beide vormen van rantsoenering.<sup>20</sup> Voorstanders van impliciet rantsoeneren benadrukken vooral de effectiviteit ervan,<sup>21</sup> voorstanders van expliciet rantsoeneren benadrukken daarentegen het belang van democratische besluitvorming.<sup>22,23,24</sup> Zij vinden het problematisch wanneer keuzes die worden gemaakt om een financiële doelstelling te halen, grotendeels onzichtbaar blijven, en noch over gemaakte keuzes noch

over de gevolgen daarvan voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg politieke verantwoording wordt afgelegd. Voor de Nederlandse situatie is dit uiterst relevant, omdat er enerzijds voortdurend nieuwe interventies worden toegelaten (denk aan de snelle verspreiding van de Da Vinci-robot in de ziekenhuizen), en anderzijds een plafond is ingesteld voor de zorguitgaven. De situatie is te vergelijken met een gesloten vat, waar voortdurend onder druk lucht in wordt gepompt. Het wordt grotendeels aan het veld overgelaten om oplossingen te zoeken voor de oplopende spanning. Klein en Maybin<sup>25</sup> hebben laten zien dat in die situatie slechts bij uitzondering wordt besloten om te stoppen met bepaalde behandelingen. Veel vaker wordt geprobeerd om in minder tijd en met minder menskracht dezelfde zorg te leveren. Met name in sectoren die arbeidsintensief zijn, zoals de verpleeghuiszorg, kan dit grote gevolgen hebben voor de kwaliteit en de menselijkheid van de zorg.<sup>26</sup> Daarnaast kan het een bovengemiddelde werkdruk tot gevolg hebben.<sup>27</sup> Behalve patiënten kunnen dus ook medewerkers in de gezondheidszorg hiervan de dupe worden.<sup>28</sup>

Hoewel er in het domein van de zorg veel literatuur bestaat over de voor- en nadelen van impliciet en expliciet rantsoeneren, wordt vaak voorbijgegaan aan de mogelijkheid dat beide ook naast elkaar kunnen bestaan. Sterker nog, ze zouden elkaar wel eens hard nodig kunnen hebben. Expliciete keuzes (pakketbeheer) dragen bij aan een bredere maatschappelijke bewustwording over wat zich voltrekt in de zorg: de mogelijkheden om ziekte te voorkomen, vroegtijdig op te sporen en te behandelen nemen voortdurend toe. Dit geldt ook voor de verwachtingen ten aanzien van een lang en gezond leven, gevrijwaard van alle ongemakken die een ziekte met zich mee kan brengen. De vraag is wat we hiervoor over hebben. De noodzaak om expliciete keuzes te maken verhoogt vermoedelijk de acceptatie van het stellen van grenzen aan de groei van de zorguitgaven. In die zin kunnen expliciete keuzes het draagvlak helpen vergroten voor het maken van impliciete keuzes in de vorm van bestuurlijke zorgakkoorden. Omgekeerd lijkt de stelling gerechtvaardigd dat dankzij de beheersing van de groei van de zorguitgaven, bewerkstelligd door bestuurlijke akkoorden, er een zekere ruimte ontstaat om in het geval van expliciete keuzes toegeeflijk te zijn. Weliswaar geeft het ZIN regelmatig een negatief advies af aan VWS, maar voor de minister is dit meestal aanleiding om na prijsonderhandelingen met de fabrikant de betreffende behandeling alsnog in het verzekerde pakket op te nemen (zie Figuur 6.1). Hiermee wordt op een fascinerende manier een mengeling van waarden tot uitdrukking gebracht: niet alleen 'streng doch rechtvaardig', maar ook 'barmhartig'. Streng voor de fabrikanten, die met een iets minder hoge winst genoeg moeten nemen; rechtvaardig naar de burger: gelijke monniken, gelijke kappen (voor iedereen gelden in principe dezelfde regels); barmhartig voor patiënten die uiteindelijk niet in de steek worden gelaten. Het is een subtiel spel dat eerder min of meer toevallig lijkt te zijn ontstaan dan dat het doelgericht is ontwikkeld,<sup>29</sup> en dat makkelijk verstoord kan worden, bijvoorbeeld door de ontdekking dat leden van de Tweede Kamer misleidende informatie hebben gekregen in de 'zaak' Orkambi, een duur geneesmiddelen voor patiënten met taaislijmziekte.<sup>30</sup>

**Figuur 6.1** Wisselwerking tussen impliciet (bestuurlijke akkoorden) en expliciet (pakketbeheer) rantsoeneren van zorg.



Voor de betaalbaarheid van de zorg heeft pakketbeheer vooral een symbolische waarde. Daarmee willen we niet suggereren dat het onbelangrijk is. Met pakketbeheer wordt tot uitdrukking gebracht dat niet alles kan en mag, dat er grenzen zijn aan de zorg, en dat we er gezamenlijk scherp op moeten toezien dat die grenzen worden bewaakt. Tegelijkertijd is er sprake van een interessante wisselwerking tussen de strenge wereld van het pakketbeheer (het gesloten systeem) en de meer liberale wereld van de bestuurlijke akkoorden (het open systeem).

## 6.7 Vier aanbevelingen

We sluiten dit hoofdstuk af met een viertal aanbevelingen. We gaan er daarbij vanuit dat beide strategieën – expliciete keuzes maken via pakketbeheer en impliciete keuzes maken via bestuurlijke akkoorden – elkaar nodig hebben. Binnen dat kader zien wij een aantal mogelijkheden voor verbetering:

### 1. Maak consequenter werk van risicogericht pakketbeheer

Het is praktisch niet mogelijk alle ‘nieuwe’ zorg of alle ‘bestaande’ zorg aan het tijdsintensief proces van expliciet pakketbeheer te onderwerpen. Wat wel kan, is goed kijken naar de risico’s die bepaalde zorg kan hebben voor het pakket. Er lijkt nu echter met twee maten te worden gemeten: voor het gesloten systeem (waarvan pakketbeheer deel uitmaakt) gelden andere criteria dan voor het open systeem. Het gevolg is dat voor (extramurale) geneesmiddelen, hulpmiddelen en langdurige zorg andere regels gelden dan voor andere vormen van zorg. Dit kan makkelijk leiden tot de terechte vraag: waarom gelden hier (bijvoorbeeld in het geval van Myozyme en Fabrazyme voor de behandeling van patiënten met de ziekte van Pompe of Fabry) regels die elders niet lijken te worden gehanteerd? Pakketbeheer zou de norm moeten zijn in die situaties waarin sprake is van substantiële risico’s voor het pakket, ongeacht de aard van de zorg. Dat kan het geval zijn wanneer hoge kosten, potentiële gezondheidsschade, een moeilijk te

beheersen en te verantwoorden uitbreiding van indicaties, capaciteitsproblemen, onvoldoende deskundigheid of specifieke ethische vraagstukken worden voorzien. Hierbij zien wij ook een duidelijke rol voor een *horizon scanning* systeem dat momenteel in Nederland wordt opgezet (alleen nog voor innovatieve geneesmiddelen). Doel daarvan is om zo vroeg mogelijk op de hoogte te zijn van de komst van nieuwe innovaties.<sup>31</sup>

*2. Vergroot de transparantie van de keuzes die de beroepsgroep maakt in het kader van bestuurlijke akkoorden en maak de consequenties van die keuzes duidelijker zichtbaar*  
Een groot deel van de beslissingen die bepalen welke zorg wel en welke zorg niet wordt geleverd, aan wie, door wie en wanneer, onttrekt zich aan publieke en dus expliciete sturing. Toelating van kostenverhogende innovaties tot een systeem waarvan de macrokosten zijn gebudgetteerd leidt onvermijdelijk tot spanning binnen het systeem, terwijl niet goed zichtbaar is op welke wijze en op grond van welke afwegingen die spanning wordt opgelost. Van de beroepsbeoefenaren mag worden verwacht dat zij transparanter zijn in de keuzes die zij maken om de kostenontwikkeling in de zorg te beteugelen. Het ligt voor de hand om hier ook patiëntenorganisaties bij te betrekken. Minstens zo belangrijk is het om te monitoren wat de consequenties zijn van gemaakte keuzes voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg, en voor problemen die patiënten eventueel ervaren.

*3. Versterk het vermogen in de samenleving om onderliggende waarden te benoemen en te vertalen in concrete besluiten*

We moeten ons realiseren dat bij pakketbeheer meerdere waarden in het spel zijn, dat deze waarden met elkaar kunnen conflicteren en dat er altijd een kloof moet worden overbrugd tussen abstracte waarden enerzijds en ons handelen in concrete situaties anderzijds. Om het systeem van de gezondheidszorg in stand te houden, is medewerking van alle partijen noodzakelijk. Wanneer we er in voldoende mate in slagen om zichtbaar, begrijpelijk en invoelbaar te maken wat behoud van het systeem waardevol maakt, mag die medewerking worden verwacht en, in sommige opzichten en in bepaalde gevallen, zelfs worden geëist. Door zorg deel uit te laten maken van het verzekerde pakket, wordt een beroep gedaan op solidariteit: iedereen draagt bij aan de bekostiging ervan, ongeacht of hij of zij er gebruik van maakt, heeft gemaakt of gaat maken. Dit is nader uitgewerkt in de pakketcriteria: voor pakketopname moet er sprake zijn van een reëel gezondheidsprobleem waarvoor individuele burgers niet, maar de samenleving als geheel wel doeltreffende, doelmatige en duurzame oplossingen kan bieden. Dit zijn echter nog steeds abstracte criteria, die bovendien conflicterend kunnen zijn. Vertaling van deze criteria in concrete pakketbeslissingen vergt specificatie.<sup>32</sup> De uiteindelijk gemaakte keuzes zullen echter alleen worden geaccepteerd wanneer de samenleving er voldoende vertrouwen in heeft dat een belangrijk systeem als de gezondheidszorg een uitdrukking is van gemeenschappelijke waarden, en wanneer burgers zich ook medeverantwoordelijk voelen voor het formuleren van die waarden. Dat is een grote uitdaging, en het is de moeite waard om voor dat doel met nieuwe vormen van publieke meningsvorming te experimenteren (zie box 6.1).



#### 4. Zorg voor een solide juridische basis

Wereldwijd vindt op zeer grote schaal onderzoek en ontwikkeling plaats, wat zal blijven leiden tot innovaties in de zorg. Als de overheid de mogelijkheid wil hebben om sommige van deze innovaties uit te sluiten van het verzekerde pakket, dan moet zij ook zorgen voor een solide juridische basis die dit mogelijk maakt. De huidige kaders zouden op dit punt kritisch moeten worden bekeken.<sup>33</sup> Daarnaast kan de overheid nagaan of andere vigerende wet- en regelgeving, bijvoorbeeld de Wet bijzondere medische verrichtingen, gericht kan worden ingezet bij de introductie van kostenverhogende innovaties als de Da Vinci-robot.<sup>34</sup>

#### Box 6.1 Burgerforum

Op dit moment wordt geëxperimenteerd met manieren om burgers te betrekken bij het adviseren over het pakket. Dit past in de trend om burgers en patiënten te laten participeren in de besluitvorming in de gezondheidszorg. Daarvoor is een drietal argumenten van belang: i) het normatieve argument – het recht om mee te praten over zaken die direct van invloed zijn op je leven; ii) het kwaliteitsargument – het idee dat een besluitvormingsproces kwalitatief beter wordt als er meer perspectieven bij worden betrokken, in dit geval de ervaringskennis van patiënten en burgers; iii) het instrumentele argument – als er meer partijen bij een beslissing betrokken zijn, is het draagvlak ervoor breder. Dit laatste argument raakt sterk aan de betaalbaarheid van de zorg. Immers, verwacht mag worden dat ‘neutrale’ burgers de kosten meer zullen laten meewegen in hun overwegingen dan patiëntenorganisaties en andere belangengroepen. Gesteund door een breder maatschappelijk draagvlak kan het voor politici gemakkelijker zijn om lastige pakketbeslissingen te nemen.

Het Radboud Universitair Medisch Centrum en de Erasmus Universiteit Rotterdam organiseerden in het najaar van 2017 eenmalig het burgerforum ‘Keuzes in de zorg’. Dit forum moest burgers nadrukkelijk betrekken bij het maken van keuzes inzake de opname van bepaalde interventies in het basispakket. In het burgerforum werden 24 burgers gedurende drie wekenend zo goed mogelijk geïnformeerd over de zorg en de keuzes die moesten worden gemaakt, waarna zij aan de hand van concrete dilemma’s met elkaar in discussie gingen. Het Burgerforum leverde uiteindelijk een ‘pamflet’ op met daarin de waarden en overwegingen die de deelnemers aan het forum het meest belangrijk vonden voor het maken van verantwoorde keuzes.

## 6.8

### Conclusie

In de sfeer van kostenbeheersing lijkt pakketbeheer op het eerste gezicht een betrekkelijk bescheiden rol te spelen, althans afgemeten aan de bijdrage ervan aan de groei van de zorguitgaven. Dit is zeker het geval vergeleken met de bestuurlijke akkoorden. We hebben echter beargumenteerd dat pakketbeheer, als vorm van expliciete rantsoenering, ook onmiskenbaar een aantal voordelen heeft ten opzichte van de impliciete rantsoenering, in de vorm van bestuurlijke akkoorden. We hebben echter vooral willen betogen dat beide vormen van rantsoenering elkaar in feite nodig hebben, en dat die wederkerigheid tot nu toe onvoldoende is onderkend. Dit laat onverlet dat zowel op het gebied van het pakketbeheer als van bestuurlijke akkoorden nog verbeteringen mogelijk – en wenselijk – zijn.

## Referenties

- 1 Zorgverzekeringswet, Artikel 2. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2017-07-01>; geraadpleegd op 20 november 2017.
- 2 Zorgverzekeringswet, Artikel 11, lid 1.
- 3 Zorgverzekeringswet, Artikel 11, lid 3, 4 en 5.
- 4 *Van goede zorg verzekerd. Hoe Zorginstituut Nederland adviseert over de inhoud van het basispakket*, Rapport, Zorginstituut Nederland, 2015. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/brochure/2015/05/15/van-goede-zorg-verzekerd-hoe-zorginstituut-nederland-adviseert-over-de-inhoud-van-het-basispakket>; geraadpleegd op 30 november 2017.
- 5 M. Rovers, E. van de Lisdonk, M. Hartman, K. Ingels, G.J. van der Wilt en G. Zielhuis, 'Screening en behandeling met trommelvliesbuisjes van jonge kinderen met OME', *Huisarts en Wetenschap*, 2001;44(6):497- 501.
- 6 A. Jiواني, D. Himmelstein, S. Woolhandler en J.G. Kahn, 'Billing and insurance-related costs in United States' health care: synthesis of micro-costing evidence', *BMC Health Services Research*, 2014;14:556.
- 7 N.J. Kise, M.A. Risberg, S. Stensrud, J. Ranstam, L. Engebretsen en E.M. Roos, 'Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up', *British Medical Journal*, 2016;345:i3740.
- 8 T. Dekkers, A. Prejbisz, L.J. Schultze L.J.S. Kool et al., 'Adrenal Vein sampling versus CT scan to determine treatment in aldosteronism: an outcome-based randomised diagnostic trial', *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2016;4(9):739-46.
- 9 ZIN, *Kosteneffectiviteit in de praktijk*, Rapport, aangeboden aan de minister van VWS, juni 2015. Beschikbaar via [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl); geraadpleegd op 21 augustus 2017.
- 10 M. Kamal-Yanni, 'Hepatitis C drug affordability', *Lancet Global Health*, 2015;3(2):e73-e74.
- 11 Zorginstituut Nederland, *Adviezen aan de Raad van Bestuur*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/commissies/adviescommissie-pakket-acp/adviezen-aan-de-raad-van-bestuur>; geraadpleegd op 20 november 2017.
- 12 *Basispakket zorgverzekering. Uitgavenbeheersing in de zorg. Deel 3*, Rapport van de Algemene Rekenkamer, 2015.
- 13 <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:R-BAMS:2014:7727>; geraadpleegd op 21 november 2017.
- 14 P. Abrishami, A. Boer en K. Horstman, 'Understanding the adoption dynamics of medical innovations: affordances of the Da Vinci robot in the Netherlands', *Social Science and Medicine*, 2014;117:125-133.
- 15 [www.rijksoverheid.nl/112574-bestuurlijk-akkoord-ggz-2014-2017](http://www.rijksoverheid.nl/112574-bestuurlijk-akkoord-ggz-2014-2017); geraadpleegd op 2 juli 2017.
- 16 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/06/08/kamerbrief-over-hoofdlijnenakkoord-medisch-specialistische-zorg-2018>; geraadpleegd op 5 december 2017.

- 17 *Zorgakkoorden. Uitgavenbeheersing in de zorg. Deel 4*, Rapport van de Algemene Rekenkamer, 2016.
- 18 L.M. Fleck, *Just caring. Health care rationing and democratic deliberation*, Oxford & New York: Oxford University Press, 2009.
- 19 F. Breyer, 'Implizite versus explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen', *Bundesgesundheitsblatt*, 2012;55:652-659.
- 20 D. Mechanic, 'Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing', *Health Affairs*, 1997;16(5):83-92.
- 21 J. Coast, 'The rationing debate. Rationing within the NHS should be explicit. The case against', *British Medical Journal*, 1997;314:1118-22.
- 22 L. Doyal, 'The rationing debate. Rationing within the NHS should be explicit. The case for', *British Medical Journal*, 1997;314:1114-18.
- 23 C. Ham en A. Coulter, 'Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices', *Journal of Health Services Research & Policy*, 2001;6(3):163-69.
- 24 G. Oei, 'Explicit versus implicit rationing: let's be honest', *American Journal of Bioethics*, 2016;16(7):68-70.
- 25 R. Klein, J. Maybin, *Thinking about rationing*, Londen: The King's Fund, 2012. ([www.kingsfund.org.uk/publications](http://www.kingsfund.org.uk/publications)). 02/07/2017.
- 26 J. Laine, H. Finne-Soveri, M. Bjorkgren et al., 'The association between quality of care and technical efficiency in long-term care', *International Journal for Quality in Healthcare*, 2005;17(3):259-67.
- 27 CBS, Werknemers in zorg ervaren hoge werkdruk. [www.cbs.nl/nl-nl/2016/46/werknemers-in-de-zorg-ervaren-hoge-werkdruk](http://www.cbs.nl/nl-nl/2016/46/werknemers-in-de-zorg-ervaren-hoge-werkdruk); geraadpleegd op 2 juli 2017.
- 28 I.L. Bourgeault, P. Armstrong, H. Armstrong, J. Choiniere, J. Lexchin, E. Mykhalovskiy, S. Peters en J. White, 'Everyday experiences of implicit rationing: comparing the voices of nurses in California and British Columbia', *Sociology of health & illness*, 2001;23(5):633-53.
- 29 C. Weiss, 'Knowledge creep and decision accretion', *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 1980;1(3):381-404.
- 30 E. van Steenberg en J. Wester, 'Valse informatie lobbyist 'vervuilde' debat duur medicijn'. <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/11/18/valse-informatie-lobbyist-vervuilde-debat-duur-medicijn-14079124-a1581689>; geraadpleegd op 29 november 2017.
- 31 <https://www.horizonscangeneesmiddelen.nl/nieuws/site-gelanceerd>; geraadpleegd op 3 september 2017.
- 32 H.S. Richardson, *Democratic autonomy. Public reasoning about the ends of policy*, New York: Oxford University Press, 2002.
- 33 Zie <https://medicineslawandpolicy.org/2017/11/medicines-excitement-in-the-netherlands-new-health-minister-announces-firm-action-on-absurd-medicines-pricing-and-gets-the-european-medicines-agency/>; geraadpleegd op 5 december 2017.
- 34 IBO rapport 2017. Innovatie in de zorg: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/04/24/ibo-innovatie-in-de-zorg>; geraadpleegd op 5 december 2017.

## 7. Eigen betalingen in de zorg

Hans Maarse en Xander Koolman

### Kernboodschappen

- Vanuit internationaal perspectief is het aandeel van eigen betalingen in de financiering van de zorg in Nederland relatief beperkt
- Aan eigen betalingen kunnen meerdere motieven ten grondslag liggen: het besparingsmotief, het gebruiksmotief, het stuurmotief en het remmotief
- Eigen betalingen remmen de zorgvraag af. Enkele uitzonderingen daargelaten lijken zij geen schadelijk effect op de gezondheid van de verzekerden te hebben
- Eigen betalingen kunnen bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg maar dit effect is onzeker
- Eigen betalingen kunnen de risico- en inkomenssolidariteit in de zorgfinanciering verminderen
- De versterking van de doelmatigheid en de rechtvaardigheid vereist fine-tuning in de vormgeving van de eigen betaling. Er moet echter een goede balans met de uitvoeringskosten worden gevonden

### 7.1

#### Inleiding

Eigen betalingen zijn de afgelopen decennia in Nederland zowel politiek als maatschappelijk omstrede geweest. Zo werden de ‘medicijnknaak’ (1983) en het ‘specialistengeeltje’ (1988) al na enkele jaren weer afgeschaft. Een eigen bijdrage voor een aantal zorgvoorzieningen met een maximum per jaar (1997-1998) – in feite een verplicht eigen risico *avant la lettre* – was evenmin een lang leven beschoren. Deze regeling was niet alleen erg onpopulair, ook bleken de opbrengsten niet op te wegen tegen de administratieve kosten.

In dit licht past de felle polemiek over de hoogte van het verplichte eigen risico in de zorgverzekering in de aanloop naar de verkiezingen voor de Tweede Kamer in 2017 in een lange traditie. Terwijl een aantal politieke partijen voor afschaffing van dit risico pleitte, beloofden andere partijen hun kiezers een bevrozing of verlaging ervan. De regeling voor het eigen risico zou wel slimmer moeten worden vormgegeven. Ook zou de mogelijkheid van een inkomensafhankelijk risico moeten worden onderzocht, een idee dat al in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte II was opgenomen.<sup>1</sup> Tijdens de kabinetsformatie in 2017 deed zich zelfs een bijzonder fenomeen voor. De demissionaire minister van Volksgezondheid toonde zich op verzoek van de vier beoogde coalitiepartijen bereid af te zien van een geplande verhoging van het verplichte eigen risico.

In de politieke en maatschappelijke discussie worden diverse argumenten tegen en voor eigen betalingen ingebracht. Deze betreffen overigens primair de eigen betalingen in de curatieve zorg; de eigen betalingen in de langdurige zorg leveren veel minder polemiek op, hoewel zij in deze sector veel hoger kunnen oplopen.

Door tegenstanders worden eigen betalingen vaak geframed als een 'boete op ziek zijn'. Ziekte is geen keuze en gaat bovendien vaak samen met een laag inkomen, is hun redenering. Eigen betalingen zijn daarom onrechtvaardig. Een tweede bezwaar betreft de ongelijke verdeling van de financiële lasten van eigen betalingen. Vooral chronisch zieken worden ermee geconfronteerd. Eigen betalingen in de vorm van een vast (dus niet-inkomensafhankelijk) bedrag hebben bovendien als nadeel dat burgers met een laag inkomen verhoudingsgewijs harder worden getroffen dan burgers met een hoog inkomen. Ook dit is onrechtvaardig, te meer omdat in de praktijk vaak sprake blijkt van cumulatie van eigen betalingen bij dezelfde groep. Een derde bezwaar luidt dat eigen betalingen mogelijk leiden tot zorgmijding. Hiervan is sprake als burgers om financiële redenen van noodzakelijke zorg afzien of het gebruik ervan uitstellen. Zorgmijding zou de zorg zelfs duurder kunnen maken als het de inzet van dure zorg op een later moment noodzakelijk maakt. Alle politieke partijen achten zorgmijding ongewenst.

Voorstanders van eigen betalingen stellen tegenover deze bezwaren dat volledig verzekerde zorg mogelijk resulteert in overgebruik van zorg. Men spreekt in dit verband wel over *moral hazard*. Voor de gebruiker lijkt de zorg immers 'gratis', waardoor een rem op het zorggebruik ontbreekt. Er is echter wel degelijk sprake van een rekening die, onder dwang, moet worden opgebracht door de anonieme premie- annex belastingbetaler. Hierbij aansluitend beklagde voormalig minister Schippers zich over het feit, dat 'te veel partijen doen alsof de zorg gratis is. Als je het eigen risico afschaft, gaat de premie jaarlijks met circa € 284 omhoog. Dát is het eerlijke verhaal'.<sup>2</sup>

In recente discussies over de langdurige zorg en de maatschappelijke dienstverlening zijn ook andere bezwaren tegen eigen betalingen ingebracht. Zo is er kritiek op het feit dat de hoogte van deze betalingen voor Wmo-voorzieningen tussen gemeenten uiteenloopt. Deze verschillen druisen in tegen het in Nederland sterk ontwikkelde gelijkheidsdenken in de zorg. De huidige regering is overigens voornemens om dit probleem weg te nemen door de invoering van een uniform gemeentelijk Wmo-abonnementstarief van € 17,50 per vier weken.<sup>3</sup> Een tweede discussie houdt verband met het feit dat de regimes voor eigen betalingen verschillen. Terwijl in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) wél een eigen betaling van toepassing is, geldt dit niet voor de wijkverpleging. Zeker wanneer zorgvormen substitueerbaar zijn, leiden verschillende regimes mogelijk tot ongewenst strategisch gedrag: burgers kunnen immers kiezen voor die zorg waarvoor geen of een beperkte eigen betaling geldt. Als deze laatste zorg ook nog duurder is, zijn de gevolgen voor de betaalbaarheid dubbel nadelig.

Dit hoofdstuk is gewijd aan een aantal aspecten van eigen betalingen. De volgende vragen komen aan de orde:

1. Welke soorten eigen betalingen kunnen worden onderscheiden?
2. Hoe verhoudt het aandeel van de eigen betalingen in de financiering van de zorg in Nederland zich tot het aandeel ervan in enkele andere landen in Europa?
3. Welke rol spelen eigen betalingen in de financiering van de zorg?
4. Welke motieven liggen aan eigen betalingen ten grondslag?

5. Welke (mogelijke) gevolgen hebben eigen betalingen voor het gebruik van zorg, de gezondheid van verzekerden, de betaalbaarheid van de zorg en de solidariteit in de financiering van de zorg?
6. Hoe staat het met de uitvoeringskosten van eigen betalingen?

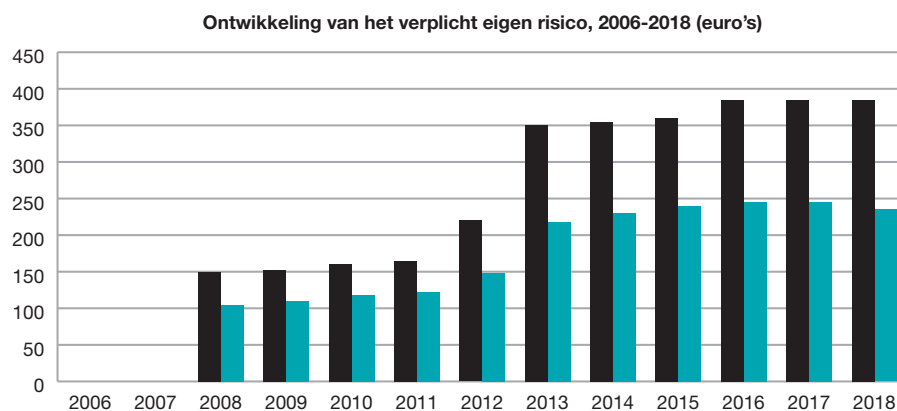
## 7.2 Eigen betalingen in 2018

Ten aanzien van de eigen betalingen maken wij hier onderscheid tussen een verplicht eigen risico, een vrijwillig eigen risico, een eigen bijdrage en overige eigen betalingen.<sup>4</sup>

### 7.2.1 Verplicht eigen risico

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) geldt een eigen risico. Dit is het drempelbedrag dat zorggebruikers bij gemaakte zorgkosten zelf moeten betalen, voordat de zorgverzekeraar de meerdere kosten volledig vergoedt. De wetgeving maakt onderscheid tussen een verplicht en een vrijwillig eigen risico. Het verplicht eigen risico is wettelijk ingevoerd in 2008, geldt voor alle inwoners boven de 18 jaar en vervangt de no-claim korting van € 255 die in 2006 bij de invoering van de Zvw was ingevoerd. Het verplicht eigen risico wordt jaarlijks geïndexeerd. De regering kan hiervan echter afwijken. Zo besloot zij tot een versnelde verhoging in 2012 en 2013. Voor 2018 werd juist van een verhoging afgezien. Figuur 7.1 toont de ontwikkeling van het verplichte eigen risico vanaf 2008. De linkerstaaf betreft het door de regering vastgestelde wettelijk eigen risico en de rechterstaaf het gemiddelde eigen risico per hoofd van de bevolking (alleen personen zonder compensatie).

**Figuur 7.1** Ontwikkeling van het verplicht eigen risico, 2006-2018 (euro's)



De wetgeving staat verzekeraars toe het verplichte eigen risico kwijt te schelden als middel om verzekerden naar voorkeuraanbieders te sturen, of hen te stimuleren tot het gebruik van goedkopere maar vergelijkbare medicijnen. Voor 2018 besloot één verzekeraar het eigen risico voor al zijn verzekerden met € 10 te verlagen.

Een deel van de Zvw-verzekerde zorg is vrijgesteld van het verplichte eigen risico:

- zorg voor kinderen tot 18 jaar;
- huisartsenzorg (exclusief zorg die voortvloeit uit een consult);
- wijkverpleging en -verzorging;
- ketenzorg (multidisciplinaire zorgverlening bij chronische aandoeningen);
- kraamzorg en verloskunde;
- dieetvoeding, voorgeschreven door een specialist (per 2017);
- stimulerende programma's met betrekking tot het stoppen met roken, het bestrijden van overgewicht, diabetes en depressie (per 2017);
- mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar;
- hulpmiddelen in bruikleen.

De Zvw staat verzekeraars toe in aanvulling op het bovenstaande zelf ook vormen van zorg of diensten geheel of gedeeltelijk van het verplichte eigen risico vrij te stellen.

### 7.2.2 Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico is een optioneel eigen risico bovenop het verplichte eigen risico. Verzekeraars mogen verzekerden een vrijwillig eigen risico aanbieden van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. De verzekerden ontvangen een premiekorting in ruil voor een hoger vrijwillig eigen risico. Deze korting verschilt tussen polissen en van jaar tot jaar. In de regel bedraagt zij iets minder dan de helft van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico. De premiekorting is mogelijk vanwege verwachte lagere zorgkosten voor de zorgverzekeraar. Verzekerden betalen immers een groter deel van de zorgrekening zelf. Bovendien zullen zij naar verwachting minder onnodige zorg gebruiken.

In 2017 koos 12 procent van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico. Dit lage percentage duidt erop dat verzekerden zich voor wat betreft de zorg nogal risico-avers betonen. Hier staat echter tegenover dat het percentage al jaren een stijgende tendens vertoont. In 2010 koos nog maar 6 procent van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico.<sup>5</sup>

Een bezwaar tegen de wijze waarop het vrijwillig eigen risico in de Zvw is geregeld betreft de kans op opportunistisch gedrag. Verzekerden met een vrijwillig eigen risico kunnen het gebruik van zorg over de jaarwisseling heen tillen en in het volgende jaar kiezen voor een polis zonder vrijwillig eigen risico met het doel de omvang van de eigen betaling in het jaar van zorggebruik tot het verplichte eigen risico te beperken. De wetgeving staat namelijk toe, dat verzekerden hun vrijwillig eigen risico elk jaar aanpassen. Verzekeraars zijn wettelijk verplicht minimaal één polis zonder (extra) eigen risico aan te bieden.

### 7.2.3 Eigen bijdrage

Een eigen bijdrage is de bijdrage die zorggebruikers per zorgproduct zelf moeten betalen voordat het meerdere wordt vergoed. Eigen bijdragen worden zowel in de curatieve zorg (Zvw) als de langdurige zorg (Wlz en Wmo) toegepast. De inrichting van eigen bijdragen verschilt sterk. In de Zvw zijn zij niet inkomensafhankelijk en worden zij

afgerekend per zorgeenheid zonder maximum. Eigen bijdragen in de Wlz zijn mede inkomensafhankelijk. In de Wmo kunnen gemeenten kiezen voor een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen.

**Tabel 7.1 Eigen bijdragen in de Zvw in 2018**

Zorgvorm	Eigen bijdrage
Bepaalde geneesmiddelen, zoals de duurdere medicijnen voor ADHD	Verschilt per medicijn
Bril of lenzen op grond van medische indicatie	€ 115 per lens of glas (bij gebruik korter dan 1 jaar) of € 57,50 per jaar (bij gebruik langer dan 1 jaar)
Hoortoestel	25 procent van de kosten
Volledig kunstgebit	25 procent van de kosten
Orthopedische schoenen	€ 69 per paar (tot 16 jaar) of € 138 per paar (16 jaar en ouder)
Pruiken	Alle kosten boven de € 431
Ziekenhuisbevalling (zonder medische noodzaak)	Eigen bijdrage is gelijk aan het verschil tussen het tarief voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie en de standaardvergoeding van € 211.
Kraamzorg thuis	€ 4,30 per uur
Kraamzorg in kraamcentrum/ziekenhuis zonder medische noodzaak	€ 17 voor de moeder en € 17 per kind per dag (hogere eigen bijdrage als de zorgverlener meer dan € 121 per dag declareert)
Zittend ziekenvervoer	€ 101 per jaar (vergoeding bedraagt maximaal € 0,30 per kilometer)

De eigen bijdragen in de Wlz zijn anders ingericht. De hoogte ervan is gebaseerd op inkomen en vermogen, de zorgvorm, de duur van de zorg en de vraag of de achterblijvende woning door de partner wordt bewoond. Voor de bepaling van de eigen bijdragen wordt onderscheid gemaakt tussen woon-, service- en zorgcomponenten waarbij de servicecomponent uit hotelmatige diensten als eten, drinken en wassen van beddengoed bestaat. De inkomensgerelateerde component hangt samen met het verzamelinkomen van de gebruiker in de twee jaren voorafgaande aan het zorggebruik; de vermogensinkomensbijtelling bedraagt 8 procent van het bedrag boven het heffingsvrije vermogen van € 30.000 in 2018. De overwaarde van de woning wordt hierin niet meegerekend. Dat geld kan immers minder gemakkelijk worden aangesproken, maar vormt meestal het leeuwendeel van het opgebouwde vermogen. Het kabinet-Rutte III heeft overigens aangekondigd dit percentage te halveren. Een ander besluit was om de anticumulatieregeling intact te laten: wie een eigen bedrag betaalt in de Wlz, blijft vrijgesteld van een eigen bijdrage voor gebruik van een maatwerkvoorziening in de Wmo.<sup>6</sup>

Voor de bepaling van de eigen bijdrage in de Wlz wordt onderscheid gemaakt tussen een laag en een hoog tarief, waarbij het hoge tarief geldt voor zorggebruikers die



langer dan zes maanden intramuraal verblijven, van wie geen partner meer in de woning verblijft, voor wie de indicatie geldt voor zeven dagen per week en voor wie geldt dat zij niet bijdragen aan het levensonderhoud van kinderen. De eigen bijdragen variëren van € 0 tot € 850 per maand voor het lage tarief en tot € 2.332,60 per maand voor het hoge tarief.

Het systeem van eigen bijdragen in de Wmo lijkt sterk op dat in de Wlz. Voor de zogeheten algemene voorzieningen geldt een per gemeente wisselende eigen bijdrage. Voor maatwerkoplossingen is de bijdrage afhankelijk van het inkomen en het vermogen van de gebruiker met een vooraf vastgesteld maximum. In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte III is echter vastgelegd dat deze laatste bijdrage wordt vervangen door een abonnementstarief van € 17,50 per vier weken. Deze maatregel heft niet alleen de ongewenst geachte intergemeentelijke verschillen in eigen bijdragen op, maar is mede ingegeven door het streven naar vereenvoudiging van de administratieve regeling en de hiermee samenhangende beperking van de uitvoeringskosten.

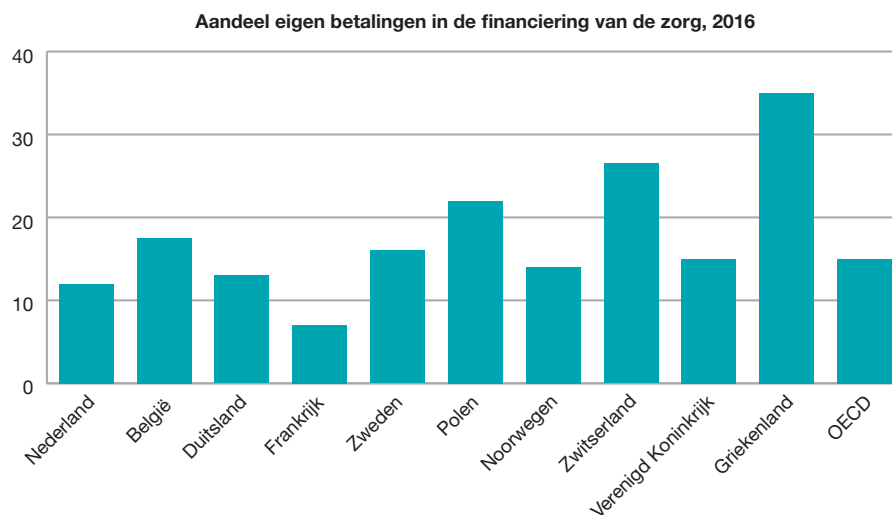
#### 7.2.4 Overige eigen bijdragen

Indien verzekerden met een naturapolis een niet-gecontracteerde zorgaanbieder consulteren, terwijl door hun verzekeraar voldoende zorg in de nabijheid en binnen redelijke wachttijd was gecontracteerd, kunnen zij daarvoor een eigen bijdrage in rekening gebracht krijgen. Dit zou bij kostbare behandelingen sterk in de papieren kunnen lopen, ware het niet dat de rechter heeft bepaald dat de eigen bijdrage geen hinderpaal mag vormen.<sup>7</sup> Daarom wordt een percentage van 25 procent voor de eigen bijdrage aangehouden. Voor zorggebruikers met beperkte financiële middelen vormt dit percentage niettemin al gauw een hinderpaal. Omdat de eigen bijdrage bij niet-gecontracteerde zorg niet inkomensafhankelijk is, is gebruik van deze zorg voor hen geen reële optie. Een wetsvoorstel van de regering om verzekeraars – met het oog op de sturing van verzekerden – te ontslaan van de verplichting om een substantieel percentage van de kosten van niet-gecontracteerde zorg te vergoeden, strandde in de Eerste Kamer. De meerderheid oordeelde dat de afschaffing van deze verplichting een inbreuk op het recht op vrije artsenuitvoering impliceerde.

In de discussie in het resterende deel van dit hoofdstuk blijven de eigen bijdragen in de aanvullende verzekering en de overige eigen bijdragen verder buiten beschouwing.

### 7.3 Eigen betalingen in internationaal perspectief

Wanneer we de eigen betalingen in Nederland in internationaal perspectief plaatsen (zie Figuur 7.2), dan blijkt dat in Nederland verhoudingsgewijs een klein deel van de zorg door middel van eigen betalingen wordt gefinancierd. Bij deze constatering past overigens wel enige voorzichtigheid. De cijfers zijn beperkt vergelijkbaar, vanwege verschillen in definities en in de kwaliteit van registraties (vooral bij de langdurige zorg). Het beperkte aandeel van de eigen betalingen in Frankrijk houdt verband met het feit dat de wetgeving herverzekering van de eigen betalingen verplicht stelt.

**Figuur 7.2 Aandeel eigen betalingen in de financiering van de zorg, 2016**

Bron: OECD, Health at a glance 2017.

Een opvallend verschil tussen het Nederlandse systeem van eigen betalingen in de curatieve zorg en het in veel andere Europese landen toegepaste systeem, is dat in Nederland veel minder eigen bijdragen gelden. Het verplichte eigen risico vormt het hoofdbestanddeel in ons systeem van eigen betalingen. In diverse Oost-Europese landen zijn ook informele eigen betalingen voor medische zorg – ook wel aangeduid als onder-de-tafelbetalingen – gebruikelijk.<sup>8</sup> In Nederland komt deze vorm van eigen betalingen niet voor.

#### 7.4 Eigen bijdragen als financieringsbron

Uit Figuur 7.2 blijkt dat het aandeel van de eigen betalingen in de financiering van de Nederlandse zorg, zeker vanuit internationaal perspectief, beperkt is. Dat is met het oog op de financiële toegankelijkheid van de zorg een groot goed. Collectieve financiering van de zorg door middel van inkomensafhankelijke en niet-risicogerelateerde afdrachten (in de Zvw aangevuld met de zorgtoeslag) moet voorkomen dat verzekerden om financiële redenen besluiten van zorg af te zien.

Eigen betalingen betekenen een inbreuk op dit principe: een deel van de rekening moet immers door de gebruiker zelf worden opgebracht. Er is dus sprake van een verschuiving van collectieve naar private financiering. Dit kan een financiële barrière opwerpen die burgers met een zorgbehoefte mogelijk doet afzien van het gebruik van zorg (zie volgende paragraaf). Hierbij moet echter worden aangetekend dat de mate waarin een eigen betaling de zorgvraag afremt, afhankelijk is van de wijze waarop de regeling voor deze betaling is ingericht. In dit verband is het nuttig om het verplichte eigen risico nader onder de loep te nemen. Dit eigen risico is voor 2018 vastgesteld op € 385. Heeft een verzekerde zijn of haar eigen risico ‘verbruikt’, dan heeft dit risico

geen remmend effect meer. Er is dus sprake van een weliswaar harde maar korte ‘remweg’. Het is zelfs denkbaar dat een verzekerde met een ‘vol’ eigen risico zijn of haar zorggebruik naar voren haalt, met het doel te voorkomen dat een deel van de kosten hiervan in het volgende jaar vanwege het verplichte eigen risico voor eigen rekening komt.

Elke overheid staat voor de politieke vraag hoe de verhouding tussen publieke en private financiering te kiezen. Een hoge publieke financieringsgraad impliceert een hoge collectieve lastendruk. Het beleid van de Nederlandse overheid is erop gericht om de collectieve lastendruk te beheersen. Dit beleid lag mede ten grondslag aan de sterke verhoging van het verplichte eigen risico in 2012 en 2013. Op deze manier bleef (meer) financiële ruimte over voor andere collectieve bestedingen. De rekening van deze handelswijze werd bij de zorggebruiker neergelegd. Voor de hoogte van de zorguitgaven had deze maatregel nauwelijks betekenis.

Een gevolg van de sterke verhoging van het verplichte eigen risico was overigens dat nogal wat verzekerden – in het bijzonder verzekerden met een laag inkomen of een beperkt begrip van de regelgeving – met betalingsachterstanden bij hun zorgverzekeraar te maken kregen. Om hier wat aan te doen hebben veel gemeenten met de zorgverzekeraars samengewerkt om polissen te ontwikkelen waarin het eigen risico wordt afgedekt door een bescheiden premieverhoging. Deze ‘gemeentepolis’ is bedoeld voor burgers met een laag inkomen en hoge zorgkosten. Overigens bieden zorgverzekeraars tegenwoordig ook aan burgers uit andere inkomensgroepen de mogelijkheid om het verplichte eigen risico af te dekken.

## 7.5 Motieven voor eigen betalingen

Aan de invoering van eigen betalingen kunnen verschillende motieven ten grondslag liggen. We maken hier onderscheid tussen het besparingsmotief, het gebruiksmotief, het stuurmotief en het remmotief.

### 7.5.1 Het besparingsmotief

Het besparingsmotief komt erop neer dat het zorggebruik voor de zorggebruiker andere uitgaven vervangt. Het is daarom redelijk om deze besparing via eigen betalingen (gedeeltelijk) af te romen. Het standaardvoorbeeld is een patiënt die in een verpleeghuis wordt opgenomen en een lege woning achterlaat. Op dat moment is veelal duidelijk dat hij of zij niet meer naar de eigen woning zal terugkeren. De maandelijkse woonlasten komen dus te vervallen. Verder hoeft de patiënt niet meer zelf voor eten en drinken te betalen en komen andere zorggerelateerde uitgaven (bijvoorbeeld medicijngebruik) te vervallen. Andere voorbeelden betreffen langdurige opnamen in de psychiatrie, gehandicaptenzorg of revalidatie.

Het besparingsmotief is tevens gebruikt ter onderbouwing van de ouderbijdrage in de Jeugdwet (2015). De ouderbijdrage voor dagopvang of opname bestond al langer. Zij werd op verzoek van de Tweede Kamer in 2015 geëvalueerd. De onderzoekers vonden besparingen in enkele kleine subgroepen van ouders. Deze besparingen bleken vooral samen te hangen met een daling van de kosten van kinderopvang (waarvoor de

rijksbijdrage intussen is verhoogd). Uit de evaluatie bleken tussen gezinnen grote verschillen in de omvang van de besparingen. Bij een grote groep ouders was geen sprake van een besparing. Een generieke regeling deed daarom geen recht aan de werkelijke situatie. Dit probleem had kunnen worden opgelost met behulp van een hardheidsclausule, maar een dergelijke clausule zou ongetwijfeld hoge uitvoeringskosten met zich mee hebben gebracht.<sup>9</sup> Op grond van de evaluatie is besloten de ouderbijdrage vanaf 1 januari 2016 uit de Jeugdwet te schrappen en de gemeenten financieel te compenseren voor de verminderde inkomsten.

Het besparingsargument blijkt door de grote variatie in individuele omstandigheden een lastig te hanteren argument. Besparingen bij langdurig verblijf in de ggz, gehandicaptenzorg en verpleeghuizen zijn echter reëel en substantieel indien de eigen woning kan worden opgegeven. Het vaststellen van de hoogte van de besparingen blijft niettemin een netelige kwestie. Eigen betalingen hebben in veel gevallen een substantieel effect op de verdeling van de koopkracht.

### 7.5.2 Het gebruiksmotief

Een tweede motief voor invoering van eigen betalingen is dat zorggebruikers baat hebben bij de zorg die grotendeels door anderen wordt betaald. Om deze reden zou het redelijk zijn om hen naar draagkracht aan de kosten van de geboden zorg te laten meebetalen. Het moet immers duidelijk zijn dat de zorg niet gratis is. Dit motief holt echter de solidariteit tussen hoge en lage gezondheidsrisico's uit. De mate waarin dit als probleem wordt gezien hangt af van het gekozen ethisch perspectief en de mate waarin eigen betalingen door gebruikers zijn op te brengen. Oud-minister Schippers zag hier geen echt probleem: 'Ik vind het [verplichte eigen risico, *red.*] goed te verantwoorden. Het maximale verschil tussen iemand die extreem veel gebruikmaakt van zorg en iemand die nooit zorg nodig heeft, blijft 385 euro. Ik vind dat heel sociaal.'<sup>10</sup> De tegenstanders van het verplichte eigen risico denken hier echter heel anders over. Elke verschuiving in de lastenverdeling tussen hoge en lage risico's en tussen hogere en lagere inkomens blijkt steeds weer een politiek beladen onderwerp.

Met het doel de hoogte van eigen betalingen te beperken, wordt in veel landen gekozen voor een inkomensafhankelijke eigen betaling of voor een (inkomensafhankelijk) maximum aan eigen betalingen (een combinatie van beide is ook mogelijk). De consequentie van zo'n inkomensafhankelijk model is wel dat burgers met een hoog inkomen en vermogenden een relatief minder complete verzekering voor hun premiegeld krijgen.

### 7.5.3 Het stuurmotief

Eigen betalingen kunnen ook worden ingezet als middel om het zorggebruik van verzekerden in een gewenste richting te sturen. Hiervan is bijvoorbeeld sprake in landen waarin voor zorggebruikers met een verwijzing van de huisarts een lagere eigen betaling voor specialistische zorg geldt dan voor gebruikers van specialistische zorg zonder verwijzing. Doel van deze regeling is om verzekerden met behulp van een eigen betaling aan te sporen tot het consulteren van de goedkopere huisartsenzorg. In

Nederland is deze regeling niet nodig, omdat specialistische hulp in beginsel alleen (volledig) wordt vergoed als de patiënt een verwijzing van zijn of haar huisarts heeft.

Om verzekerden te stimuleren tot het gebruik van goedkopere geneesmiddelen met dezelfde therapeutische werking als duurdere geneesmiddelen, leggen veel verzekeraars in Nederland hun verzekerden tegenwoordig een eigen betaling op als zij voor de duurdere variant kiezen. Aan het slechts beperkt vergoeden van niet-gecontracteerde zorg ligt tevens het stuurmotief ten grondslag. Omgekeerd worden verzekerden door sommige verzekeraars vrijgesteld van het verplicht eigen risico als zij hun geneesmiddelen bij de internetapotheek van hun verzekeraar afnemen.

#### 7.5.4 **Het remmotief**

Het remmotief betreft een specifieke variant van het stuurmotief. De eigen betaling wordt hier ingezet als middel om verzekerden te stimuleren tot kritisch zorggebruik. De veronderstelling is dat verzekerden vanwege de eigen betaling in het geval van niet-noodzakelijke zorg eerder zullen afzien van zorggebruik. Eigen betalingen beogen dus de zorgvraag af te remmen. In enkele ons omringende landen komt dit motief duidelijk tot uitdrukking in de naamgeving van eigen betalingen. Zo spreekt men in België over ‘remgelden’ en in Frankrijk over een ‘*ticket modérateur*’.

Het remmotief houdt verband met het eerder genoemde probleem van *moral hazard*. Een situatie van volledige vergoeding van de kosten biedt verzekerden de mogelijkheid om meer of duurdere zorg te gebruiken dan noodzakelijk is. Er bestaat dan immers geen financiële drempel. Men spreekt in dit geval over vraaggeïnduceerde moral hazard. In hoeverre dit effect daadwerkelijkheid optreedt, hangt af van diverse factoren, zoals de behoeftes en voorkeuren van de zorggebruiker en diens inkomen. Ook de vormgeving van de eigen betaling kan een rol spelen.

Voor zover moral hazard resulteert in het gebruik van onnodige of onnodig dure zorg, is sprake van verspilling die de betaalbaarheid van de zorg uitholt. Voor de zorggebruiker telt de prijs van zorg bij deze situatie immers niet. Maar dit is niet het enige probleem. In een situatie van volledig verzekerde zorg kunnen zorgaanbieders tevens in de verleiding komen om meer of duurdere zorg te leveren dan noodzakelijk is. Bovendien kunnen zij de prijs van de zorg verhogen. Om beide problemen aan te pakken hebben verzekeraars en andere ‘derde partijen’ zoals gemeenten tot taak om namens de verzekerden als kritische zorginkoper op te treden. Het is echter een open vraag in hoeverre zij er daadwerkelijk in slagen om alleen zorg van ‘gezondheidswaarde’ tegen een redelijke prijs in te kopen. Een alternatief is dan om de zorggebruiker door middel van een eigen betaling een grotere rol in de keuze van de zorg te laten spelen.

#### 7.6 **Effecten van eigen betalingen op de zorgvraag**

Eigen betalingen, in het bijzonder op basis van het afremmotief, roepen diverse vragen op. In deze paragraaf besteden we aandacht aan de volgende vragen:

- In hoeverre remmen eigen betalingen de zorgvraag af?
- Wat zijn de effecten van eigen betalingen voor de gezondheid van verzekerden?
- Wat zijn de effecten van eigen betalingen voor de betaalbaarheid van de zorg?

- Wat zijn de effecten van eigen betalingen voor de solidariteit in de zorgfinanciering? In deze paragraaf komt de eerste vraag aan de orde. De andere vragen zijn onderwerp van bespreking in de volgende paragrafen.

Empirisch onderzoek heeft veel aanwijzingen opgeleverd dat eigen betalingen de zorgvraag afremmen. Beroemd is bijvoorbeeld het RAND-onderzoek in de Verenigde Staten naar het effect van eigen betalingen. Een van de resultaten van dit experiment was dat een stijging van de eigen betaling gepaard ging met een daling van de voorspelde kans op het gebruik van medische zorg. Dit effect trad het sterkst op bij de lagere inkomensgroepen.<sup>11</sup> Een ander resultaat was dat verzekerden geen onderscheid leken te maken tussen nuttige en minder nuttige zorg. Het effect van eigen betalingen was voor beide vormen van zorg identiek.<sup>12,13</sup>

Een internationale review van studies naar het vraageffect leverde eveneens als conclusie op dat eigen betalingen een vraagremmend effect hebben. Dit effect treedt vooral op bij het gebruik van geneesmiddelen, bij het consulteren van een huisarts of specialist en bij andere vormen van ambulante zorg. Eigen betalingen zijn echter niet van invloed op ziekenhuisopnames. Er zijn nauwelijks aanwijzingen dat eigen bijdragen leiden tot substitutie van zorg waarvoor een eigen betaling geldt door zorg waarvoor geen eigen betaling geldt.<sup>14</sup>

Ook in Nederland is onderzoek gedaan naar de invloed van eigen betalingen op het zorggebruik.<sup>15</sup> Zo concludeerde Starmans dat de verhoging van de eigen bijdrage voor orthopedisch schoeisel in het eerste jaar na de invoering ervan (1981) had geresulteerd in een vraagdaling van 11,5 procent. In het derde jaar na invoering was deze daling opgelopen tot 43,5 procent. De vraagdaling deed zich het sterkst voor bij ouderen.<sup>16</sup> De invoering van de ‘medicijnknaak’ in 1983 in de vorm van een eigen bijdrage van 2,50 gulden per geneesmiddelenvoorschrift voor hypertensie had een tweevoudig effect: het aantal voorschriften per verzekerde verminderde met circa 20 procent in het jaar na invoering ervan, maar de afgeleverde hoeveelheid medicijnen per voorschrift steeg met circa 12 procent.<sup>17</sup>

In reactie op Kamervragen over het politiek beladen begrip zorgmijding, heeft minister Schippers aan het onderzoeksinstituut NIVEL de vraag voorgelegd of het verplichte eigen risico in de Zvw inderdaad tot zorgmijding leidde. De onderzoekers hanteerden hierbij een brede definitie van zorgmijding, namelijk het afzien van medische zorg om welke reden dan ook. Het blijkt om een complexe materie te gaan. Zo zei 15 procent van de ondervraagden te hebben afgezien van een consult bij de huisarts (wat is vrijgesteld van het eigen risico!), maar slechts 3 procent zei dit om financiële redenen te hebben gedaan. Dit laatste percentage was ondanks de verhoging van het verplichte eigen risico niet toegenomen. Enkele andere bevindingen waren dat het percentage patiënten dat een verwijzing naar specialistische zorg niet had opgevolgd in de periode 2009-2013 was gestegen van 20 naar 27 procent, en het percentage patiënten dat de voorgeschreven medicijnen niet had opgehaald in de periode 2011-2012 was toegenomen van 24 naar 28 procent. Zowel het percentage patiënten dat specialistische zorg had gemeden als het percentage patiënten dat de voorgeschreven medicijnen niet had opgehaald, was nadien min of meer stabiel gebleven. Een verrassende maar verontrustende conclusie

was dat 18 procent van de kinderen ondanks de voor hen geldende vrijstelling voor het eigen risico geen gevolg had gegeven aan een verwijzing naar specialistische zorg.<sup>18</sup>

Een methodologisch bezwaar tegen veel onderzoek naar het effect van eigen betalingen op de vraag naar zorg betreft het gebruik van vragenlijsten. De vraag is immers in hoeverre dit type onderzoek een correct beeld geeft van het werkelijke effect van eigen betalingen. Om dit bezwaar te ondervangen, is door onderzoekers van het NIVEL aan de hand van declaraties onderzoek verricht naar de mate waarin patiënten met een verwijzing van hun huisarts naar medisch specialistische zorg daadwerkelijk een specialist hebben geconsulteerd. Het onderzoek betrof de periode 2008-2013. Het percentage patiënten dat ondanks de verwijzing afzag van een consult bij de specialist, lag tot 2010 min of meer stabiel op een niveau van 18 procent. Daarna trad een stijging op tot 27 procent in 2013. Deze stijging was het grootst in de groep volwassenen in de leeftijdscategorie 25-39 jaar.<sup>19</sup>

Een laatste voorbeeld van onderzoek naar de effecten van eigen betalingen betreft de gespecialiseerde ambulante geestelijke gezondheidszorg. De invoering van een eigen bijdrage van € 200 voor volwassenen in 2012 werd gevolgd door een daling van 35 procent van het aantal initiële behandelingen. Deze daling was het sterkst bij kortdurende behandelingen voor 'vage' klachten. Bij niet-volwassenen (vrijgesteld van deze eigen bijdrage) traden deze veranderingen niet op. Enigszins merkwaardig werd een vergelijkbaar effect niet aangetoond voor de eerstelijns-ggz. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat voor deze zorg al vanaf 2011 een eigen bijdrage van € 10 gold die in 2012 tot € 20 werd verhoogd. De onderzoekers signaleerden ook anticiperend gedrag. In de periode voorafgaande aan invoering van de eigen bijdrage van € 200 euro nam het zorggebruik toe. Toen bekend werd dat deze bijdrage in 2013 weer kwam te vervallen, daalde het zorggebruik, om vervolgens in 2013 weer te stijgen. Het anticipatie-effect deed zich het sterkst voor bij kortdurende behandelingen.<sup>20</sup>

Alles bij elkaar doen deze onderzoeksresultaten vermoeden dat de vraag naar zorg inderdaad prijsgevoelig is. Maar dit betekent niet dat afzien van medische zorg alleen door financiële overwegingen wordt ingegeven. Andere factoren spelen eveneens mee, zoals de geografische afstand tot de zorgverlener, een lange wachttijd, verkeerde informatie, onprettige ervaringen of vrees voor een behandeling. Het verband tussen eigen betalingen en zorgmijding is ook niet lineair: de onderzoeksresultaten suggereren eerder een plafond. In het politieke en maatschappelijke debat ontbreken deze nuances doorgaans en wordt elk afzien van medische zorg geassocieerd met een eigen betaling.

## 7.7

### Effecten van eigen betalingen op de gezondheid van verzekerden

Een groot bezwaar tegen eigen betalingen is dat zij de gezondheid van verzekerden mogelijk schaden. Dit is het geval als verzekerden om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg of die uitstellen. Afstel of uitstel veroorzaakt niet alleen onnodig lijden, maar kan ook resulteren in de noodzaak van duurdere zorg op een later moment. De moeilijkheid is dat het onderscheid tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg niet altijd scherp te trekken is.

Uit het eerder genoemde RAND-onderzoek bleek dat de daling in het gebruik van zorgvoorzieningen geen significant effect had op de meeste in het onderzoek gehanteerde indicatoren voor de gezondheidstoestand van de verzekerden. Op deze conclusie bestaan echter wel uitzonderingen. In een terugblik op het onderzoek schreef de bekende gezondheidseconoom Newhouse, dat eigen betalingen gemiddeld genomen geen of slechts minimale effecten op de gezondheid hebben gehad. Dit geldt echter niet voor verzekerden met lage inkomens en een slechte gezondheid.<sup>21</sup> Ook in het recentere Oregon Health Insurance Experiment werden vrijwel geen gezondheidseffecten van eigen betalingen gevonden.<sup>22</sup>

Recent onderzoek naar de effecten van de in 2012 ingevoerde eigen betalingen in de ggz laat zien, dat zij inderdaad tot een daling van het aantal patiënten (vooral bij de lagere inkomenscategoriën) hebben geleid. Hier stond echter een toename van het aantal crisisbehandelingen en gedwongen opnamen tegenover. Dit resultaat biedt enige empirische evidentie voor de vrees dat uitstel of afstel van zorg gepaard kan gaan met grotere gezondheidsproblemen op een later moment.<sup>23</sup>

## 7.8 Effecten van eigen betalingen op de betaalbaarheid

Op de vraag naar de effecten van eigen betalingen voor de betaalbaarheid van de zorg bestaat geen eenvoudig antwoord. Het Centraal Planbureau schatte het besparingseffect bij een verplicht eigen risico van € 505 per verzekerde in de zorgverzekering op circa € 870 miljoen. Een verlaging van € 385 naar € 305 per verzekerde zou in een uitgavenstijging van € 940 miljoen resulteren en volledige afschaffing in een stijging van € 3,7 miljard (later bijgesteld tot € 4,7 miljard).<sup>24</sup>

Voor zover eigen betalingen daadwerkelijk resulteren in een daling van de vraag naar niet-noodzakelijk zorg, dragen zij bij aan de betaalbaarheid van de zorg. Het is echter om een aantal redenen onzeker of dit positieve effect inderdaad optreedt. De eerste reden houdt verband met het ‘verschuivingseffect’. Als eigen betalingen enkel resulteren in een verschuiving van publieke naar private zorgfinanciering, blijft een positief effect op de betaalbaarheid uit. Bedenk hierbij dat de gebruiker in het geval van noodzakelijke zorg geen keuze heeft.

Als eigen betalingen enkel tot uitstel van noodzakelijke zorg leiden, is er geen sprake van verbetering van de doelmatigheid en dus ook niet van de betaalbaarheid. Mochten de kosten van de behandeling als gevolg van de verslechterde conditie van de gebruiker hoger uitvallen dan bij een tijdige behandeling het geval zou zijn geweest, dan is zelfs sprake van een boemerangeffect.

Zorgaanbieders kunnen het eventuele positieve effect op de betaalbaarheid van de zorg ook neutraliseren door ‘opvulzorg’, bijvoorbeeld in de vorm van extra behandelingen of nieuwe behandelingen. Ook kunnen zij kiezen voor duurdere behandelingen zonder (duidelijke) klinische meerwaarde.<sup>25</sup> Men spreekt in deze gevallen over aanbodgeïnduceerde *moral hazard* die een daling van de eigen inkomsten moet voorkomen. In het voorgaande kwamen we hiervan een voorbeeld tegen. De invoering van de ‘medicijnknaak’ voor geneesmiddelen tegen hypertensie resulteerde niet alleen in een vermindering van het aantal voorschriften per verzekerde, maar ook in een stijging van



de afgeleverde hoeveelheid medicijnen per voorschrift.<sup>17</sup> Een ander voorbeeld betreft een onderzoek naar de gevolgen van de invoering van de DBC-systematiek en de eigen bijdrage in de gespecialiseerde ggz. In het jaar van invoering van de eigen bijdrage (2012) verminderde het aantal patiënten met 15 procent. Tegelijkertijd steeg het aantal behandelminuten per DBC. De onderzoekers schrijven deze stijging mede toe aan het streven van zorginstellingen om het negatieve budgeteffect van de daling van het aantal patiënten op te vangen.<sup>26</sup>

Dat er gegronde redenen zijn om een opvuleffect te veronderstellen, leert het onderzoek naar de reacties van zorgaanbieders op een verandering van financiële prikkels of een verandering in de zorgvraag als gevolg van bijvoorbeeld een daling van het aantal patiënten of een toename van het aantal zorgaanbieders. Studies laten telkens zien dat zorgaanbieders in staat zijn de zorgvraag te stimuleren en vraaguitval te compenseren. Een voorbeeld betreft het aantal keizersneden per 100 bevallingen. Gruber en Owings stelden vast dat gynaecologen in regio's in de Verenigde Staten met een dalend aantal geboorten per gynaecoloog sneller besloten af te zien van een natuurlijke bevalling of lichte ingrepen en vaker kozen voor een duurdere keizersnede. Op deze manier wisten zij hun inkomen op peil te houden.<sup>27</sup> Bekelis en zijn collega's hebben laten zien dat artsen die voor hun inkomen meer afhankelijk zijn van minder effectieve zorgvormen, meer moeite hebben met het uitfaseren van deze zorg (door hen aangeduid als *de-adoption* en *exnovation*) dan artsen die voor hun inkomen minder van deze zorgvormen afhankelijk zijn.<sup>28</sup>

De mate waarin de zorgvraag kan worden afgeremd of gestimuleerd varieert. Zo leert de literatuur over praktijkvariatie dat heldere richtlijnen met objectieve behandeloverwegingen variatie tegengaan, terwijl grijze of ontbrekende richtlijnen en een gebrek aan wetenschappelijk onderzoek juist leiden tot veel behandelvariatie.<sup>29</sup> De mate van beïnvloeding van patiënten door zorgaanbieders (vraaginductie) hangt ook af van de mate van informatie-asymmetrie: naarmate het kennisverschil tussen zorgaanbieder en zorgvrager groter is, zal eerstgenoemde beter in staat zijn om zijn of haar kennisvoorsprong te gebruiken om de vraag te beïnvloeden. Een andere bepalende factor betreft de mate van verzekering. Als zorg voor een groter deel is verzekerd, ondervindt de zorgvrager minder prikkels om vraaginductie af te remmen.

Er zijn echter ook situaties bekend waarin de vraaguitval als gevolg van eigen betalingen door zorgaanbieders niet met een extra zorgaanbod door behandelaars kan worden gecompenseerd. Een voorbeeld hiervan was de verwijdering van extramurale dieetadvisering uit de basisverzekering vanaf 2012. Deze adviezen zouden in aanvullende verzekeringen kunnen worden opgenomen of door de gebruiker zelf moeten worden betaald. Diëtisten slaagden er niet in om de zorguitval te compenseren. Velen kwamen zonder werk op straat te staan.<sup>30</sup>

Soms trachten zorgaanbieders de zorgvraag op peil te houden door de eigen betalingen geheel of gedeeltelijk kwijt te schelden door een lager tarief in rekening te brengen. Een voorbeeld hiervan betreft de geestelijke gezondheidszorg. Hier leidde de eerder genoemde eigen bijdrage van € 200 per jaar in 2012 tot forse vraaguitval. Sommige zorgaanbieders grepen in door de eigen bijdragen van de patiënten in de laagste

inkomenscategorieën voor eigen rekening te nemen waardoor de vraag naar ggz weer toenam.<sup>31</sup>

Het positieve effect van eigen betalingen op de betaalbaarheid kan tevens geheel of gedeeltelijk verdwijnen door het zogeheten ‘waterbedeffect’. In dit geval is sprake van een verschuiving in de zorgvraag, waardoor een besparing in de ene zorgkolom als gevolg van de invoering van eigen betalingen onbedoeld wordt verminderd door uitgavenstijging in een andere zorgkolom. Het verschil tussen het waterbed- en opvuleffect is dat bij het waterbedeffect geen sprake is van een strategische reactie van zorgaanbieders om de verminderde inkomsten als gevolg van de vraaguitval te compenseren. Het eerder genoemde onderzoek naar de effecten van de in 2012 ingevoerde eigen betaling in de gespecialiseerde ggz biedt enig empirisch bewijs voor het waterbedeffect. De onderzoekers toonden aan dat de kostenbesparing als gevolg van vraaguitval voor een deel weglekte door een kostenstijging vanwege een toename van het aantal crisisbehandelingen en gedwongen opnamen.<sup>23</sup>

Samenvattend luidt onze conclusie dat eigen betalingen niet altijd in meer doelmatige en dus beter betaalbare zorg resulteren. Dit positieve effect blijft uit als eigen betalingen resulteren in een verschuiving van publieke naar private financiering of in uitstel van noodzakelijke zorg. Andere factoren die de beoogde vermindering van de zorguitgaven teniet doen zijn het opvul- en het waterbedeffect.

## 7.9

### Eigen betalingen en solidariteit

Eigen betalingen beïnvloeden ook de solidariteit in de financiering van de zorg.<sup>32</sup> Verzekerden met een grote behoefte aan zorg, zoals ouderen en veel chronisch zieken, ondervinden de financiële consequenties van deze betalingen. Ook mensen met lagere inkomens zullen verhoudingsgewijs vaker met eigen betalingen worden geconfronteerd, vanwege de samenhang tussen inkomen en opleiding enerzijds en (gepercipieerde) gezondheid anderzijds. Dit gegeven holt het principe van de *risicosolidariteit* in de zorgverzekering uit, dat wil zeggen de solidariteit tussen gezonde en ongezonde burgers. Dit principe vormt een belangrijk normatief uitgangspunt van de Zvw. Risicosolidariteit wordt onder meer nagestreefd door een verbod op risicogegrelateerde nominale premies, een verbod op risicoselectie door zorgverzekeraars en de aanwezigheid van een breed verzekerd pakket dat door de overheid wordt vastgesteld (verbod op pakketdifferentiatie). Ook de financiering van de langdurige zorg (Wlz) en de maatschappelijke ondersteuning (Wmo) berust op het principe van de risico- en inkomenssolidariteit.

Ook de optie van een vrijwillig eigen risico doet afbreuk aan de risicosolidariteit. Verzekerden die vanwege hun als goed ingeschatte gezondheid kiezen voor een vrijwillig risico, betalen immers een lagere premie. Hier komt bij dat een lagere premie voor de verzekerde met een vrijwillig risico uiteindelijk resulteert in een hogere premie voor verzekerden zonder een vrijwillig eigen risico.

Inkomensonafhankelijke bijdragen beperken de *inkomenssolidariteit* in de zorgfinanciering. Dit normatieve principe houdt in dat de verplichte afdracht voor de verzekering aan het inkomen is gerelateerd: lagere inkomens betalen een lagere premie dan hogere inkomens. Omdat verzekerden met lagere inkomens verhoudingsgewijs over

een slechtere gezondheid beschikken en meer zorg gebruiken, worden zij met hogere eigen betalingen geconfronteerd. Een identieke eigen betaling maakt bij mensen met een laag inkomen tevens een hoger percentage van hun inkomen uit dan bij mensen met een hoog inkomen, met als gevolg dat hun resterende koopkracht relatief sterker daalt.

Teneinde deze gevolgen voor de solidariteit te neutraliseren of te dempen, zijn diverse strategieën mogelijk. Enkele hoofdstrategieën zijn:

- a. introductie van inkomensafhankelijke eigen betalingen;
- b. vrijstelling van eigen betalingen voor bepaalde categorieën verzekerden (chronisch zieken, ouderen, mensen met een laag inkomen) of bepaalde verrichtingen;
- c. vrijstelling van de eigen betaling tot een bepaald bedrag;
- d. maximering van de eigen betaling (wel of niet inkomensafhankelijk);
- e. compensatie van de eigen betaling.

In Nederland vindt een aantal van deze strategieën toepassing. Zo zijn in de langdurige zorg en de maatschappelijke ondersteuning eigen betalingen (mede) afhankelijk van het inkomen (en het vermogen) van de gebruiker. In de zorgverzekering geldt voor het verplichte eigen risico een maximum. Ook in de langdurige zorg is een plafond voor de eigen bijdragen aangebracht en in de Wmo is een anticumulatieregeling van toepassing. Bepaalde zorgproducten, zoals inenting tegen overdraagbare aandoeningen, zijn van eigen betaling vrijgesteld. Voorts kunnen gemeenten besluiten inwoners met de laagste inkomens in individuele gevallen (gedeeltelijk) te compenseren.

In de zorgverzekering bestaat tevens een regeling voor compensatie van het verplichte eigen risico in de vorm van de zorgtoeslag. Vooral mensen met de laagste inkomens profiteren van deze regeling. Om een forse stijging van de totale uitgaven voor de zorgtoeslag te voorkomen, heeft de regering er namelijk voor gekozen de zorgtoeslag voor de mensen met laagste inkomens te verhogen en tegelijkertijd de toeslag voor de overige groepen die voor een toeslag in aanmerking komen te verlagen.

Er bestaan ook andere mogelijkheden om de gevolgen voor de solidariteit af te zwakken (strategie c). In dit verband is onder meer voorgesteld de eigen betaling te differentiëren tussen hoge en lage risico's. Zo kan men ervoor kiezen om het eigen risico voor zware zorggebruikers pas te laten ingaan bij zorggebruik boven een bepaald bedrag (bijvoorbeeld € 2000). Hierdoor hebben burgers die aan het begin van het jaar zeker weten dat zij het eigen risico volmaken, toch een prikkel om hun zorggebruik waar mogelijk te matigen.<sup>33</sup>

## 7.10 Uitvoeringskosten van eigen betalingen

De introductie van eigen betalingen brengt uitvoeringskosten met zich mee. Hierbij geldt: hoe eenvoudiger de regeling, hoe lager de uitvoeringskosten en hoe complexer of gedifferentieerder de regeling, hoe hoger de uitvoeringskosten. In het verleden zijn hoge uitvoeringskosten al eens reden geweest om een regeling te schrappen. De beleidsopgave is dus om een goede balans tussen eenvoud en complexiteit te zoeken. Kiezen voor een experiment of een ruime invoeringsperiode kan 'beleidsongelukken' helpen voorkomen.

Als met het oog op de solidariteit wordt gekozen voor een compensatieregeling, is zichtbaarheid van de regeling van belang. Voor verzekerden die met een eigen betaling worden geconfronteerd, is de compensatie via de zorgtoeslag vermoedelijk niet meer dan een papieren werkelijkheid. Omdat de compensatie voor hen onzichtbaar is, blijft de onvrede over eigen betalingen bestaan.

## 7.11 Toekomstperspectief

In het neoklassieke economische model beschikt de rationele zorgconsument over alle benodigde kennis om de juiste beslissing te nemen. Hij houdt rekening met zijn gezondheid, de effecten van de behandeling op zijn gezondheid, zijn voorkeuren, inkomen, zorgprijzen, en de prijzen en effecten van alternatieve bestedingen. Het lijkt geen twijfel dat aan deze voorwaarden in de zorg veelal niet wordt voldaan. Zo zijn de gezondheidseffecten van een behandeling voor de consument vaak onbekend. Voor een deel is dit (bijna) niet te vermijden, omdat hiervoor gespecialiseerde kennis vereist is. Voor een deel is het echter te voorkomen, maar gebeurt dit in de praktijk niet of onvoldoende. Zo zijn de prijzen van zorgproducten voorafgaand aan het gebruik vaak onbekend. Als tandartsen en ooglaserklinieken het kunnen, waarom kunnen andere zorginstellingen dan geen duidelijkheid over de prijzen van eenvoudige behandelingen verschaffen?

Met de komst van beter opgeleide burgers, de ontsluiting van kennis via internet, medische apps (zoals thuisarts.nl), breed toegankelijke sensoren (zoals hartdrukmeters), datakoppelingen (zoals het elektronisch patiëntendossier), kunstmatige intelligentie en nieuwe communicatiemiddelen, wordt het voor de burger in principe eenvoudiger om zijn of haar rol als zorgconsument goed in te vullen. De ongelijkheid in kennis tussen zorgaanbieder en zorgconsument zal afnemen. De opkomst van *shared decision-making* toont een nieuw geloof in het betrekken van de patiënt bij de besluitvorming rondom diagnostiek en behandeling.<sup>34</sup> Deze ontwikkelingen bevatten een belofte voor de middellange tot lange termijn. De ervaringen in de afgelopen jaren laten zien dat er nog veel obstakels zijn te overwinnen voordat de patiënt een meer evenwichtige partner is.

## 7.12 Conclusie

Eigen betalingen vormen een controversieel thema in de Nederlandse gezondheidszorg. De voor- en tegenstanders bestoken elkaar met diverse argumenten voor of tegen eigen betalingen. De discussie spitst zich vooral toe op het verplichte eigen risico. Gelet op de complexiteit van het onderwerp en de politieke lading ervan, lijkt depolitisering van de discussie over eigen betalingen ver weg.

Wetenschappelijk onderzoek heeft uitgewezen dat eigen betalingen de zorgvraag afremmen. Op een aantal uitzonderingen na is geen schadelijk effect van deze betalingen op de gezondheid vastgesteld. Of eigen betalingen bijdragen aan de doelmatigheid van het zorgstelsel en daarmee ook aan de betaalbaarheid ervan is om een aantal redenen onzeker (verschuivings-, opvul- en waterbedeffect).

Met het oog op de doelmatigheid en de betaalbaarheid is de vormgeving van het verplichte eigen risico niet optimaal. In de huidige regeling is gekozen voor een eigen

risico aan de voet ter beheersing van de collectieve zorguitgaven. Daarmee is sprake van een harde maar korte remweg. Deze vormgeving is niet doelmatig en holt tevens de solidariteit uit. Het risico verlaagt alleen het collectieve aandeel in de zorgfinanciering.

Om redenen van doelmatigheid en rechtvaardigheid valt er daarom veel voor te zeggen de vormgeving van eigen betalingen te differentiëren. Maar *fine-tuning* is in de praktijk verre van eenvoudig, want hoe complexer de regeling, hoe hoger vermoedelijk de uitvoeringskosten.

### Referenties

- 1 'Bruggen slaan'. Regeerakkoord kabinet-Rutte III, Den Haag: 2012.
- 2 'Minister Schippers verdedigt eigen risico in de zorg', *Trouw*, 20 september 2016.
- 3 'Vertrouwen in de toekomst'. Regeerakkoord kabinet-Rutte III, Den Haag: 2017.
- 4 Er bestaan ook meer gedetailleerde indelingen. Zie CPB, *Zorgkeuzes in kaart. Analyses van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen*, Den Haag: 2015.
- 5 Vektis, *Verzekerden in beeld 2017*, Zeist: 2017.
- 6 'Vertrouwen in de toekomst'. Regeerakkoord kabinet-Rutte III, Den Haag: 2017.
- 7 W. van de Ven, 'Onbeheersbare kostenstijging dreigt in de zorg', *TPE Digitaal*, 2017;12(1):1-11.
- 8 T. Stepurko, M. Pavlova, I. Griga en W. Groot, 'Making patients pay: informal payments in Central and Eastern European countries', *Front Public Health*, 2015;3:192.
- 9 KPMG, *Inzicht in de ouderbijdrage in de Jeugdwet, 'Een onderzoek naar de (uitvoerings)praktijk van de) ouderbijdrage*, Amstelveen: 2015.
- 10 'Stelling: het eigen risico moet worden afgeschaft', [www.plusonline.nl](http://www.plusonline.nl), 19-9-2016, gewijzigd op 06-12-2017; geraadpleegd op 2 februari 2018.
- 11 W. Manning, J. Newhouse, N. Duan, E. Keeler, A. Leibowitz en M. Marquies, 'Health insurance and the demand for medical care: evidence of a randomized experiment', *American Economic Review*, 1987;77:251-77.
- 12 K. Lohr, R. Brook, C. Kamberg, G. Goldberg, A. Leibowitz, J. Keesey, D. Rebusin en J. Newhouse, 'Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial', *Medical Care*, 1986;24:S1-S87.
- 13 J. Gruber, *The role of consumer copayments for health care: lessons from the RAND Health Insurance Experiment and beyond*, Massachusetts Institute of Technology en national Bureau of Economic Research, 2006.
- 14 A. Kiil en K. Houlberg, 'How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011', *European Journal of Health Economics*, 2014;15(8):813-28.
- 15 Ecorys, *Evaluatie naar het verplicht eigen risico*, Rotterdam: 2011.
- 16 B. Starmans, *The use of health care facilities in the Netherlands. Dutch investigations and international evidence*, Maastricht: 1998 (dissertatie).

- 17 B. Starmans en M. Verkooijen, *Het effect van een eigen betaling en een prescriptieregeling op het gebruik van geneesmiddelen op recept met als indicatie hypertensie: een onderzoek bij Limburgse ziekenhuizen*, Rijksuniversiteit Limburg, 1991.
- 18 T. van Esch, A. Brabers, Chr. van Dijk, P. Groenewegen en J. de Jong, *Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*, Utrecht: NIVEL, 2015.
- 19 T. van Esch, A. Brabers, Chr. van Dijk, L. Gusdorf, P. Groenewegen en J. de Jong, 'Increased cost sharing and changes in noncompliance with specialty referrals in The Netherlands', *Health Policy*, 2017;121(2):180-88.
- 20 T. Lambregts en R. van Vliet, 'The impact of copayments on mental healthcare utilization: a natural experiment', *The European Journal of Health Economics*, 2017;1-10.
- 21 J. Newhouse, 'Consumer-directed health plans and the RAND health insurance experiment', *Health Affairs*, 2004;23(6):107-13.
- 22 K. Baicker, S. Taubman, H. Allen, M. Bernstein, J. Gruber, J. Newhouse, E. Schneider, B. Wright, A. Zaslavsky, A. Finkelstein en de Oregon Health Study Group, 'The Oregon Experiment – Effects of Medicaid on Clinical Outcomes', *The New England Journal of Medicine*, 2013;368(18):1713-22.
- 23 B. Ravesteijn, E. Schachar, A. Beekman, R. Janssen en P. Jeurissen, 'Association of cost sharing with mental health care use, involuntary commitment and acute care', *JAMA Psychiatry*, 2017;74(9):1-9.
- 24 Centraal Planbureau, *Zorgkeuzes in kaart. Analyse van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen*, Den Haag: 2015.
- 25 N. Wallace, K. McConnell, C. Gallia en J. Smith, 'How Effective Are Copayments in Reducing Expenditures for Low-Income Adult Medicaid Beneficiaries? Experience from the Oregon Health Plan', *Health Services Research*, 2008;43(2): 515-30.
- 26 E. Oberjé, M. Tanke, W. van Dijk en P. Jeurissen, *De relatie tussen behandelduur en behandelingsucces in de GGZ*, Nijmegen: Celsus, Academie voor betaalbare zorg, 2016.
- 27 J. Gruber en M. Owings, 'Physician Financial Incentives and Cesarean Section Delivery', *The RAND Journal of Economics*, 1996;27(1):99-123.
- 28 K. Bekelis, J. Skinner, D. Gottlieb en Ph. Goodney, 'De-adoption and exnovation in the use of carotid revascularization: retrospective cohort study', *British Medical Journal*, 2017;359:j4695.
- 29 J. Skinner, *Causes and Consequences of Regional Variations in Health Care*, in: M. Pauly, T. McGuire en P. Barros, *Handbook of Health Economics, deel I*, North Holland, 2011: p. 45-93.
- 30 J. Tol, I. Swinkels, C. Leemrijse en C. Veenhof, *Minder diëtistische behandeling door grotendeels schrappen diëtetiek uit de basisverzekering*, Utrecht: NIVEL, 2012 (factsheet).
- 31 'GGZ-instellingen betalen eigen bijdrage patiënten', NRC, 7 mei 2012.

- 32 B. Wouterse, H. ter Rele en D. van Vuuren, *Financiering van de zorg op de lange termijn*, Den Haag: Centraal Planbureau, 2017.
- 33 R. van Kleef, W. van de Ven en R. van Vliet, 'Shifted deductibles for high risks: more effective in reducing moral hazard than traditional deductibles', *Journal of Health Economics*, 2009;28(1):198-209.
- 34 Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg, *De patiënt als kracht*, Den Haag: 2010.

## 8. Budgettaire processen en de betaalbaarheid van de zorg

Christiaan Schakel

### Kernboodschappen

- Begrotingsbeleid voor de zorg draagt bij aan de beheersing van de collectieve uitgaven. Begrotingsregels voor de zorg zijn – ook in internationaal verband – succesvol gebleken
- Het realiseren van budgettaire doelstellingen heeft in de afgelopen jaren geprevaleerd boven maatregelen gericht op een transparant begrotingsproces
- Het Centraal Planbureau (CPB) beoordeelt maatregelen op hun financiële deugdelijkheid en stelt ramingen voor de zorg op. Het kabinet treft in toenemende mate maatregelen ter bevordering van de doelmatigheid. Het CPB is hier kritisch over, maar valideert wel maatregelen die van overheidswege afdwingbaar zijn

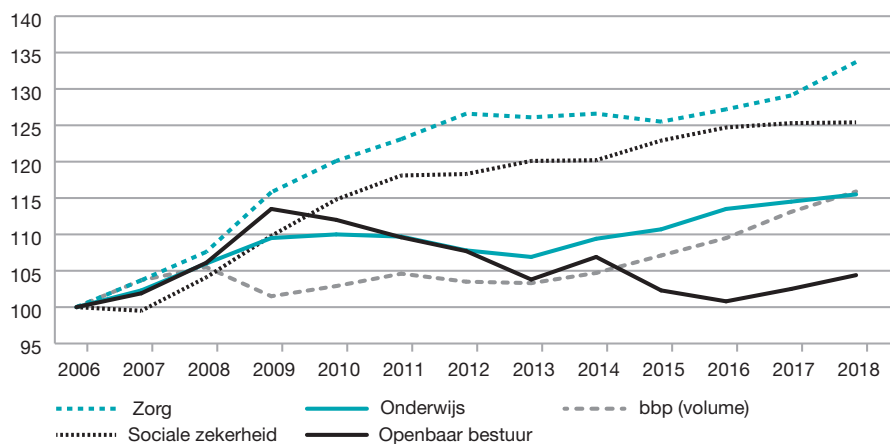
### 8.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 (*over de geschiedenis van de kostenbeheersing*) hebben we kunnen lezen hoe de Nederlandse overheid zich de afgelopen decennia in toenemende mate heeft toegelegd op het beheersen van de zorguitgaven. Richtte het beleid zich in de jaren zestig en zeventig veelal op overheidssturing door ordening, planning en regulering van de zorg, in de periode vanaf eind jaren tachtig veranderde de politieke en maatschappelijke visie geleidelijk en verschoof de focus naar het onder toezicht van de overheid ontwikkelen van gereguleerde concurrentie bij de verzekering en het aanbod van zorg. Tegelijkertijd ontstond zowel in Nederland als internationaal meer aandacht voor budgettaire processen die de toewijzing van overheidsmiddelen reguleren. In dit hoofdstuk staan we stil bij deze processen en de wijze waarop die van invloed zijn op de betaalbaarheid van de zorg.

De beheersing van de collectieve zorguitgaven is de afgelopen twintig jaar hoog op de agenda komen te staan van landen binnen de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling). De aandacht hiervoor is nog eens toegenomen sinds de financiële crisis van 2008, toen de overheidsuitgaven in veel landen onder druk kwamen te staan door teruglopende inkomsten en toenemende uitgaven aan bijvoorbeeld de sociale zekerheid. In de OESO-landen stegen de uitgaven aan zorg als percentage van het bruto binnenlands product (bbp) van gemiddeld circa 7 procent in 1995 tot zo'n 9 procent in 2015, met uitschieters in Zweden (11 procent), Zwitserland (12 procent) en Nederland (11 procent).<sup>1</sup> Een stijging van 1 procentpunt betekent ruim € 400 aan extra zorgkosten per jaar voor iedere Nederlander. In Figuur 8.1 is de ontwikkeling van de reële collectieve zorguitgaven vergeleken met die in andere sectoren.



**Figuur 8.1** Ontwikkeling reële collectieve zorguitgaven vergeleken met andere sectoren (referentiejaar 2006)



Bron: CPB, ministerie van Financiën.

Wat opvalt is dat de zorguitgaven in ons land sinds 2006 harder gegroeid zijn dan de uitgaven in andere sectoren, zoals de sociale zekerheid, het onderwijs en het openbaar bestuur. De toename van de zorguitgaven is vanaf 2011 weliswaar afgevlakt, maar in de jaren na 2014 is ten opzichte van het basisjaar 2006 weer een forse groei waarneembaar. Als deze ontwikkeling doorzet, bestaat het risico dat de zorg bij ongewijzigd beleid op langere termijn andere collectief gefinancierde sectoren op de begrotingen van de OESO-lidstaten, zoals onderwijs of defensie, verdringt en daarmee ‘onhoudbaar’ wordt. Ondanks forse maatregelen van de kabinetten-Rutte om de kosten voor zowel de langdurige als de curatieve zorg in toom te houden, zal de groei van de zorguitgaven de komende jaren onverminderd hoog blijven. Volgens recente berekeningen van een ambtelijke werkgroep zal de zorg in de kabinetsperiode tot 2021 bij ongewijzigd beleid verantwoordelijk zijn voor circa 75 procent van de totale groei van de overheidsuitgaven. De zorg is en blijft daarmee de categorie overheidsuitgaven met de hoogste groei. Om op een ‘houdbaar’ groeipad terecht te komen, heeft het huidige kabinet daarom een pakket maatregelen geformuleerd. Hoewel het vanuit economisch gezichtspunt betwistbaar is om in dit verband de term ‘onhoudbaar’ te hanteren, aangezien een hoge uitgavengroei een maatschappelijke voorkeur kan weerspiegelen, maakt het gebruik van die term inzichtelijk dat politici en beleidsmakers er in meerderheid naar streven om de sterke groei van de zorguitgaven terug te dringen.<sup>2</sup>

Bij pogingen om greep te krijgen op de zorguitgaven werd de afgelopen decennia niet alleen gebruikgemaakt van meer traditionele instrumenten als aanbodsturing, pakketbeheer of eigen betalingen, zoals deze zijn behandeld in voorgaande hoofdstukken. Ook zijn – met wisselend succes – talloze maatregelen genomen om de doelmatigheid van de zorg te verhogen en daardoor de betaalbaarheid te verbeteren. Te denken valt aan gepaste zorg, stringenter pakketbeheer en het transparant maken van

kwaliteitsnormen. Overheden hebben zich bovendien in toenemende mate bediend van instrumenten die tot doel hadden de macrobeheersbaarheid van de collectieve uitgaven te versterken. Het gaat hierbij om instrumenten in de sfeer van de budgettaire governance: de inrichting van het begrotingsproces, het afspreken van begrotingsregels, het gebruik van uitgavenplafonds en onafhankelijk opgestelde uitgavenramingen. Deze instrumenten hebben als gezamenlijk doel het transparant maken van het begrotingsproces en het inperken van de collectieve uitgaven.<sup>3,4</sup> De toegenomen aandacht voor begrotingsbeleid was nodig gegeven de financieel-economische ontwikkelingen na 2008, een periode waarin stijgende overheidsuitgaven gepaard gingen met een zeer beperkte of zelfs negatieve economische groei.

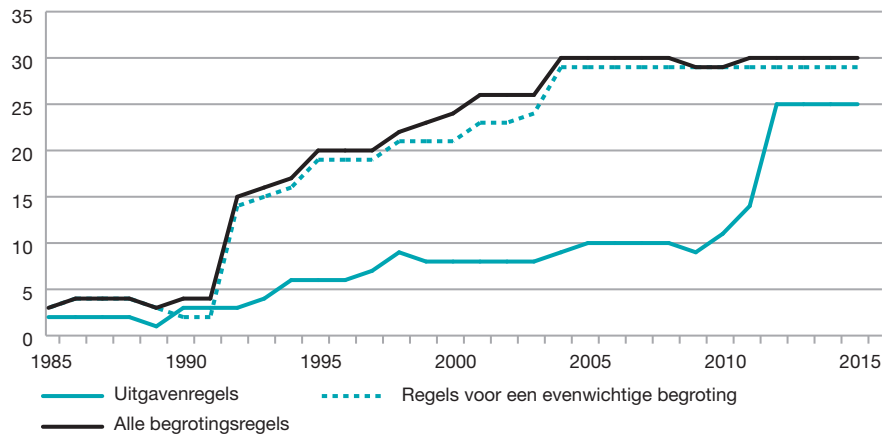
In dit hoofdstuk staan we stil bij de ontwikkeling van deze budgettaire processen en instrumenten en hun impact op de zorg. We onderzoeken hoe zulke processen en instrumenten eruit (kunnen) zien en hoe succesvol interventies in het zorgbudget tot nu toe zijn geweest. We bespreken zowel de keuzes die zijn gemaakt ten aanzien van de inrichting van de zorg als het succes van de nieuw gekozen inrichting. In de volgende paragrafen gaan we achtereenvolgens in op 1) de instrumenten gericht op budgettaire beheersing die OESO-landen de afgelopen decennia in toenemende mate zijn gaan gebruiken, 2) het relatieve succes van deze instrumenten voor de beheersing van de zorguitgaven en 3) enkele aanbevelingen op het gebied van budgettaire governance ter verbetering van de beheersbaarheid van die uitgaven.

## 8.2 Macro-budgettaire governance

De noodzaak om door middel van budgettair beleid greep te krijgen op de collectieve uitgaven is een gevolg van de zogenoemde *deficit bias*, de neiging van politici om expansiegericht beleid te ontwikkelen waardoor het overheidstekort in potentie toeneemt. Een snel gemaakte keuze daarbij is vaak om nu extra geld uit te geven en later te bezuinigen. Dat is niet altijd een verstandige keuze en mede om die reden is een duidelijk kader gewenst voor het maken van goede afwegingen. Door budgettaire processen zodanig in te richten dat de keuzemogelijkheden van politici worden beperkt, of door af te spreken dat nieuw beleid en extra uitgaven gepaard moeten gaan met inkrimping elders, wordt gepoogd de groei van de collectieve uitgaven te beheersen. Zo kennen we in Nederland sinds 1994 het trendmatig begrotingsbeleid, dat als primaire taak heeft om conjunctuurschokken op te vangen en daarmee de algemene economie te beheersen. Dit beleid impliceert een strikte scheiding tussen inkomsten en uitgaven, wat bijvoorbeeld betekent dat uitgaventegenvallers moeten worden opgevangen met extra bezuinigingen en niet met hogere belastingen en premies, en dat meevallers in de uitgavensfeer alleen ingezet mogen worden voor het compenseren van tegenvallers (en dus niet voor 'nieuw' beleid). Ook mogen de uitgaven binnen elk van de drie sectoren waarin de rijksbegroting is verdeeld (Rijksbegroting in enge zin, Zorg en Sociale Zekerheid) niet hoger zijn dan de vooraf afgesproken uitgavenplafonds per sector. Een overschrijding op het gebied van de zorguitgaven moet in beginsel dan ook binnen de zorg worden opgevangen.

Een studie van het Internationaal Monetair Fonds (IMF) laat zien dat het aantal en de reikwijdte van begrotingsregels – regels die een limiet stellen aan eenzelfde categorie uitgaven – en van verwante maatregelen om de overheidsuitgaven te beheersen, sinds de crisis van 2008 in zowel ontwikkelde als in opkomende economieën aanzienlijk zijn toegenomen.<sup>5</sup> Deze regels variëren van land tot land en hebben een eigen historische ontwikkeling doorgemaakt, waarbij landen verschillende inrichtingskeuzes hebben gemaakt, afhankelijk van de institutionele setting.<sup>6</sup> De invloed van supranationale organisaties en nationale parlementen, en de mate van decentralisatie van het beleid zijn daarbij belangrijke variabelen geweest. Zo zijn landen binnen de Europese Monetaire Unie onderworpen aan het zogenoemde ‘Europees Semester’, een kader waarbinnen de EU-landen hun economisch beleid coördineren. Zij overleggen over hun economische plannen en begrotingsplannen en evalueren hun vooruitgang op gezette tijden. Andere OESO-landen hebben hun eigen stelsels van wet- en regelgeving ontwikkeld met als doel het overheidstekort terug te dringen of te beheersen. Resultaat zijn begrotingsregels die grenzen stellen aan de overheidsuitgaven. De afgelopen jaren hebben we kunnen zien dat sommige landen succesvoller zijn geweest dan andere in het omgaan met tekorten en het beheersen van hun uitgaven via budgettaire spelregels.<sup>7</sup> Zo maakte de Europese Commissie zich bij de beoordeling van de conceptbegrotingen voor 2018 zorgen over de huishoudboekjes van Frankrijk en Italië, omdat deze landen zich niet houden aan de afspraken over het terugdringen van het tekort in het kader van het Stabiliteit- en Groeipact (SGP).<sup>8</sup>

**Figuur 8.2** Het aantal OESO-landen waar een begrotingsregel actief was tussen 1985 en 2015



Bron: IMF 2015.<sup>9</sup>

In Figuur 8.2 is het aantal begrotingsregels weergegeven dat op enig moment sinds 1985 werd gehanteerd in de in totaal 35 OESO-landen. In 1993 is sprake van een sprong als gevolg van het in werking treden van het Verdrag van Maastricht. Daarin spraken twaalf EU-landen onder meer af dat hun schuld niet groter mocht zijn dan

60 procent van het bbp en het begrotingstekort niet groter dan 3 procent. Deze supranationale *balanced budget rules* vormen sindsdien de kern van het begrotingsbeleid in de lidstaten van de EU.

De zorg neemt in de discussie over begrotingsregels een bijzondere plaats in. In veel landen ligt via wettelijke aanspraken vast welke zorg al dan niet collectief wordt vergoed. Dit maakt bijsturen in deze categorie uitgaven lastig: bijsturing vereist vaak een wetswijziging, waarvoor een meerderheid in het parlement benodigd is. Bezuinigingsmaatregelen op dit terrein vergen daarmee ‘per definitie’ een langer implementatietraject dan veel bezuinigingen in ‘reguliere’ overheidsdomeinen. De groei van de zorguitgaven bevat tevens een flinke autonome component: open aanspraken in het verzekerd pakket, de vergrijzing en de ontwikkeling van medische technologie dragen ertoe bij dat de zorguitgaven zonder ingrijpen automatisch stijgen. Ook staat de zorg vaak in de publieke belangstelling en is het doorvoeren van bezuinigingsmaatregelen politiek controversieel.

Het voeren van budgettair beleid op het gebied van de zorg is op voorhand dan ook niet zonder problemen. Meer nog dan bij andere uitgavencategorieën hangt het succes af van de wil van politici om de uitgaven daadwerkelijk te beheersen. Dit zagen we bijvoorbeeld in de jaren na de introductie van de Zorgverzekeringswet (2009-2011), toen forse uitgavenoverschrijdingen op het gebied van de zorg deels werden opgevangen vanuit de andere twee sectoren van de rijksbegroting. Deze overschrijdingen laten zich op verschillende wijzen verklaren. Een eerste verklaring kan zijn dat het stelsel van gereguleerde marktwerking (nog) niet goed functioneerde en vrijgekomen doelmatigheidswinst werd opgevuld met aanvullend zorgaanbod. Ook bleef de nagestreefde arbeidsproductiviteit van medisch specialisten uit. Een andere verklaring kan zijn dat de zorgramingen te krap waren opgesteld en overschrijdingen op het budgettair kader welhaast onvermijdelijk waren. Mogelijk was sprake van een combinatie van beiden. Zo was in de Miljoenennota van 2011 sprake van een overschrijding van € 1,1 miljard in de sector Zorg, die werd betaald met geld uit de sector Rijksbegroting. Strikte interpretatie van de Nederlandse begrotingsregels schrijft echter voor dat de drie afzonderlijke sectoren geen meerjarige overschrijding mogen laten zien.

Een strikt budgettair beleid bepaalt overigens niet automatisch de uitkomst van het begrotingsproces. Politieke wil is ook belangrijk. Het depolitiseren van beleidskeuzes gedurende een regeerperiode werkt dan ook alleen als politici er volmondig mee instemmen. Dit geeft meteen het dilemma weer: autonome ontwikkelingen hebben de potentie de uitgaven op te stuwen, terwijl het beheersen ervan vaak politiek ingewikkeld ligt en het budgettair beleid er daardoor lastig grip op krijgt.

Het begrotingsbeleid (de regels), de uitgavenramingen voor de zorg en specifieke budgettaire maatregelen (bezuinigingen om aan de regels te voldoen) zijn nauw met elkaar verbonden. In de komende paragrafen gaan we hier dieper op in. Eerst bespreken we de werkzaamheden van het Centraal Planbureau (CPB), dat ramingen voor de zorg opstelt en bij de start van een nieuwe kabinetsperiode budgettaire maatregelen beoordeelt. We bespreken hoe het CPB deze taak het afgelopen decennium heeft uitgevoerd, en we inventariseren enkele dilemma's en onzekerheden. Vervolgens gaan we in op het

begrotingsproces zelf en bespreken we hoe het kabinet tot afspraken komt om de overheidsuitgaven tussentijds te laten aansluiten bij de vooraf vastgelegde uitgavenkaders.

### 8.3 De invloed van onafhankelijke rekenmeesters

Solide overheidsfinanciën zijn gebaat bij een onafhankelijke instantie die adviseert over budgettaire ramingen en maatregelen om de uitgaven te beheersen. Politieke overwegingen kunnen immers een realistische raming voor de zorg in de weg staan. Het organiseren van tegenkracht draagt bij aan de robuustheid van het budgettaire beleid. In Nederland ligt deze taak bij het Centraal Planbureau. Het CPB geeft bij de start van een kabinet een geactualiseerde meerjarenraming af voor elk van de drie sectoren van de rijksbegroting voor de duur van de kabinetsperiode. Het kabinet neemt deze raming gewoonlijk over. De onafhankelijke raming krijgt daarmee politieke status en vormt in budgettaire zin de basis voor de gehele kabinetsperiode. Daarnaast adviseert het CPB over maatregelen in verkiezingsprogramma's (deze rapportages verschijnen onder de naam 'Keuzes in Kaart') en rekent het de maatregelen in het regeerakkoord door. Deze externe beoordeling moet garanderen dat politieke partijen met financieel deugdelijke voorstellen komen, en dat zij de kiezers en elkaar 'geen sprookjes vertellen'. Tot slot publiceert het CPB gedurende een kabinetsperiode rapporten over specifieke onderwerpen, die door een kabinet vaak als input worden gebruikt voor het aanscherpen van bestaand of het introduceren van nieuw beleid.

Het CPB neemt ook zelf een belangrijke positie in bij het opstellen van nieuw beleid. CPB-analyses en -adviezen hebben immers directe invloed op de voorstellen die politici opnemen in verkiezingsprogramma's en die het kabinet uitvoert. Hoewel verschillende partijen in recente jaren kritiek hebben geuit op de werkwijze van het Planbureau, is het halen van een 'vinkje' van het CPB in Den Haag nog altijd erg belangrijk. Politici zijn zich vaak bewust van de invloed van het CPB en modelleren hun beleidsvoorstellen soms zodanig dat die op een gunstige beoordeling kunnen rekenen.<sup>10</sup> Tegelijkertijd reflecteren de rekenmeesters van het Planbureau op basis van voortschrijdend wetenschappelijk inzicht voortdurend op hun eigen analyses en passen zij hun modellen dienovereenkomstig aan. Dit gebeurt ook op het terrein van de gezondheidszorg. Vanwege de vele afhankelijkheden in het stelsel en de beperkte mogelijkheden voor de overheid om direct in de zorg te interveniëren, zijn maatregelen vaak complex en is de raming van de bijbehorende budgettaire opbrengst onzeker. Om dergelijke maatregelen te kunnen analyseren en beoordelen, is vaak *state of the art* (wetenschappelijke) kennis nodig.

Dit laatste heeft het kabinet onderkend toen het in 2014 een speciale werkgroep instelde bestaande uit vertegenwoordigers van het CPB en de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Algemene Zaken, Economische Zaken en Financiën. 'Zorgkeuzes in Kaart' was het resultaat van het aanbod aan politieke partijen om hun opties voor beleidsmaatregelen voor de zorg in een vroegtijdig stadium, dat wil zeggen buiten de verkiezingsperiode om, geanonimiseerd te laten uitwerken. De werkgroep putte daarbij onder meer uit inzichten uit de gedrags- en gezondheidseconomie. Het rapport beschreef een totaal van ruim honderd maatregelen op het terrein van de langdurige en curatieve zorg en de preventie, werkte daarin complexe hervormingen uit en

beschreef gedrags- en transitie-effecten van de voorgestelde maatregelen. Die maatregelen en de beoordeling ervan door het CPB zijn door de politieke partijen gebruikt als input voor hun partijprogramma's voor de Tweede Kamerverkiezingen van maart 2017.<sup>17</sup>

De wijze waarop het CPB maatregelen voor de zorg waardeert, heeft de afgelopen decennia een ontwikkeling doorgemaakt. Deze ontwikkeling roept vragen op over de gehanteerde criteria. Voortschrijdend inzicht en nieuwe wetenschappelijke literatuur hebben erin geresulteerd dat het Planbureau sommige maatregelen na verloop van tijd anders is gaan waarderen. Een recente analyse van de wijze waarop het CPB sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 heeft geoordeeld over doelmatigheidsmaatregelen, brengt dit voortschrijdend inzicht in beeld.<sup>9</sup> Centraal in deze hervorming stond het realiseren van doelmatigheidswinst binnen het bestaande stelsel, met behoud of verbetering van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg.

In de aanloop naar de introductie van de Zvw, ongeveer vanaf het jaar 2000, was het CPB met name gericht op het beoordelen van traditionele budgettaire maatregelen, zoals eigen betalingen en pakketbeheer. In 2003 werd een verkenning naar de effecten van de mogelijke introductie van gereguleerde marktwerking uitgevoerd. Deze transitie zou in potentie de arbeidsproductiviteit vergroten en wachtlijsten verminderen.<sup>10</sup> Het bureau legitimeerde een dergelijke transitie weliswaar door ook enige doelmatigheidswinst te veronderstellen, maar kende hier geen besparingen aan toe omdat de langetermijneffecten nog ongewis waren.

In 2006 trad de Zorgverzekeringswet in werking. Het CPB rekende in dat verkiezingsjaar met name besparingen toe aan traditionele maatregelen: eigen betalingen, beperking van het verzekerde pakket, aanpassing van de zorgtoeslag en enkele andere doelmatigheidsmaatregelen. Tegelijkertijd verwachtte het CPB echter ook een besparing op de zorguitgaven, als gevolg van de liberalisering van de prijzen en het feit dat verzekeraars meer risico gingen dragen.<sup>11</sup> Rond de verkiezingen van 2010 werden de eerste effecten van de introductie van de Zvw zichtbaar. Deze suggereerden dat de eventuele doelmatigheidswinst vooral werd ingezet voor extra capaciteit. De verwachte toename van de arbeidsproductiviteit van medisch specialisten op basis van productiviteitsprikkels bleef uit.<sup>12</sup> Om de groei van de uitgaven voor de medisch-specialistische zorg te beteugelen, werd in 2009 het beheermodel medisch specialisten ingevoerd dat een bovengrens aan hun inkomen stelde.<sup>13</sup> Dit model was vergelijkbaar met de aftopping van boven-norminkomens in de periode 1979-1987 (zie hoofdstuk 3).

In de doorrekening van de verkiezingsprogramma's in 2010 en 2012 verwachtte het CPB wederom met name besparingen van traditionele maatregelen. Toch leefde de hoop dat ook enkele doelmatigheidsmaatregelen zouden leiden tot minder uitgaven: aan de ene kant de introductie van gepaste zorg, die gestalte kreeg in de oprichting van het Kwaliteitsinstituut, aan de andere kant 'stringente beheersing' van het verzekerd pakket. Een belangrijke stok achter de deur voor het bewerkstelligen van besparingen was de introductie van het zogeheten macrobeheersinstrument (MBI). Met dit MBI kon de minister de zorgaanbieders binnen een (deel-)sector achteraf een korting opleggen wanneer zij hun uitgavenplafond hadden overschreden. De

overschrijding zou vervolgens bij de individuele aanbieders worden teruggevorderd naar rato van hun marktaandeel. Omdat toepassing van dit instrument ongetwijfeld op groot verzet zou stuiten, kozen overheid, verzekeraars en aanbieders in de curatieve zorg voor het afsluiten van zorgakkoorden. Deze akkoorden bevatten tal van inhoudelijke (doelmatigheids-)maatregelen, met het macrobeheersinstrument als slot op de deur. Het MBI is overigens omstreden en tot op heden nooit toegepast. In de gekozen vorm is sprake van perverse prikkels omdat goed presterende instellingen (die de productie weten te beperken) toch een korting opgelegd krijgen indien de totale productie de maximum toegestane groei overschrijdt. Eventuele overschrijdingen zijn ofwel kwijtgescholden ofwel in het daaropvolgende jaar in mindering gebracht op het uitgavenplafond.<sup>14</sup>

Bij de doorrekening van de partijprogramma's voor de verkiezingen van 2017 rekende het CPB met doelmatigheidswinst als gevolg van het continueren van de hoofdlijnenakkoorden, wederom met het MBI als slot op de deur. Partijen kozen er daarbij voor om via de hoofdlijnenakkoorden de volumegroei in de ziekenhuiszorg en de ggz met 1 procent te beperken. Vijf partijen (VVD, SP, ChristenUnie, SGP en VNL) stelden voor om een vergelijkbaar akkoord af te sluiten voor de wijkverpleging. Het CPB stelt dat 'een verbetering van de doelmatigheid in de zorg mogelijk [is, red.] als partijen erin slagen hierover gerichte afspraken te maken, bijvoorbeeld in het kader van een hoofdlijnenakkoord'.

Bij de doorrekening van het regeerakkoord van het kabinet-Rutte III ging het CPB in oktober 2017 op basis van de hoofdlijnenakkoorden uit van een besparing op de zorguitgaven van € 0,9 miljard tot 2021. In het regeerakkoord wordt echter uitgegaan van een structurele besparing van € 1,9 miljard. Het CPB laat hierover weten dat 'het verschil (€ 1,0 miljard euro in 2021) komt doordat het Planbureau voor de intentie om hoofdlijnenakkoorden in combinatie met een macrobeheersinstrument af te sluiten, een maximum ombuiging van uiteindelijk € 0,9 miljard euro hanteert voor de jaren 2019-2021. Voor het geval partijen in de toekomst overeenstemming bereiken over een hogere besparing (zoals in het regeerakkoord is opgenomen), zal het CPB het effect van het onderhandelingsresultaat op de zorguitgaven op dat moment beoordelen, mede op basis van de extra waarborgen die worden ingebouwd voor het bereiken van deze hogere besparing'.<sup>15</sup>

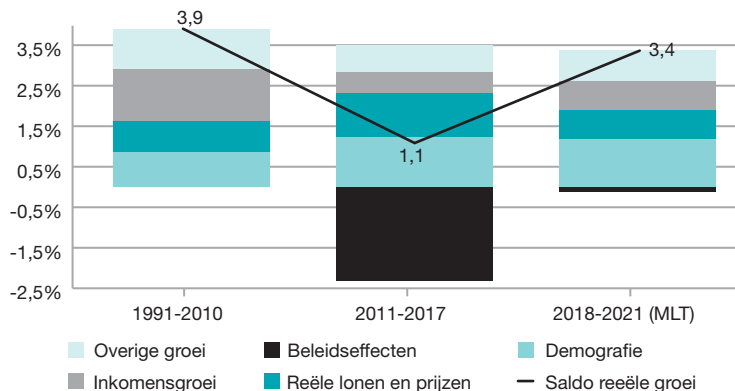
De geschetste ontwikkeling laat zien dat het CPB bij het doorrekenen van de financiële effecten van zorgmaatregelen een zekere ontwikkeling heeft doorgemaakt. Waar oorspronkelijk uitsluitend rekening werd gehouden met besparingen op grond van traditionele bezuinigingsmaatregelen, kregen na verloop van tijd ook besparingseffecten als gevolg van maatregelen ter verbetering van de doelmatigheid een plaats in de voorspellingen. Een belangrijke observatie hierbij is echter dat doelmatigheidsmaatregelen altijd met een van overheidswege afdwingbare maatregel gepaard moeten gaan. Met andere woorden: doelmatigheid zonder stok achter de deur kan nog steeds op weinig enthousiasme van het CPB rekenen, vanwege het niet-afdwingbare karakter ervan.

Een tweede belangrijke taak van een onafhankelijke rekenmeester is het opstellen van een uitgavenraming voor de zorg. Zoals hiervoor aangegeven, geeft het CPB

een uitgavenraming af voor de duur van een kabinetsperiode. Dit wordt het basispad genoemd. Voor de zorg is de onderliggende methodiek relatief overzichtelijk: het CPB baseert zich op een groeipad op basis van historische data en gaat daarbij uit van 'ongewijzigd beleid'. Hoe eenvoudig een dergelijke aanpak ook lijkt, zij is niet zonder consequenties. Een sterke kostengroei in het verleden dwingt een nieuw kabinet immers tot een ambitieuzer groeipad. Daarmee wordt de budgettaire ruimte voor andere overheidssectoren beperkt. In de periode 2001-2008 was bijvoorbeeld sprake van een uitzonderlijk hoge gemiddelde reële groei van de zorguitgaven van circa 4,25 procent. Het extrapoleren van een dergelijk hoge groei naar de toekomst en het opnemen daarvan in het basispad, noopt het kabinet vrijwel direct tot het nemen van maatregelen. Indien een minder ambitieus groeipad wordt verondersteld, is de noodzaak tot het treffen van maatregelen uiteraard minder urgent. Aan de andere kant is het risico van overschrijdingen dan wellicht groter.

Het kiezen van een geschikte referentieperiode voor het vaststellen van het groeipad is onderwerp van intensief debat, zowel binnen het CPB als daarbuiten. Zo adviseerde de technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart (waar ook het CPB zitting in had) in 2015 om te overwegen een langere referentieperiode te kiezen, die zowel restrictief als expansief beleid omvat en die behalve jaren van recessie ook jaren van hoogconjunctuur telt. Op basis van vergelijkingen van de groei in verschillende landen gemeten over verschillende periodes, stelde de werkgroep voor om een referentieperiode van twintig jaar (1990-2010) te kiezen, omdat die een 'alleszins redelijke indicatie geeft van de onderliggende groei voor de komende jaren'.<sup>16</sup> In de Middellangetermijnverkenning 2018-2021 nam het CPB het advies van de Technische Werkgroep over.<sup>17</sup>

**Figuur 8.3** Opbouw CPB-raming



Bron: MLT 2018-2021.<sup>18</sup>

In Figuur 8.3 zien we hoe de middellangetermijnraming voor 2018-2021 zich verhoudt tot de gerealiseerde uitgavengroei in eerdere referentieperiodes, uitgesplitst naar categorie: demografie, reële lonen en prijzen, beleids effecten, inkomensgroei en overige



groei.<sup>18</sup> Demografie en de loon- en prijsontwikkeling beslaan een flink deel van de groei. Daarnaast is inkomensgroei een belangrijke factor: zorguitgaven zijn inkomens-elastisch, wat betekent dat hogere inkomens tot een hogere groei van de zorguitgaven leiden. Voor beleidseffecten geldt dat in de periode 2011-2017 sprake was van een beperkte groei als gevolg van de hoofdlijnenakkoorden. Dit werkt in geringe mate door in de periode 2018-2021. Tot slot is er sprake van overige groei, omdat de groei uit het verleden niet volledig te verklaren is op basis van de hiervoor genoemde variabelen. Deze overige groei houdt bijvoorbeeld verband met technologische of sociaal-culturele ontwikkelingen.

Wat opvalt is dat in de middellangetermijnraming voor 2018-2021 een zeer gering beleidseffect wordt verondersteld ten opzichte van 2011-2017. Dit komt doordat het effect van de ombuigingen uit die eerdere periode afloopt (lees: men gaat weer uit van het oude historische groeipad). Hieruit volgt dat een nieuw kabinet maatregelen moet treffen om de groei van de zorguitgaven te beperken. Tegelijkertijd komt ook in dit geval, net als bij de discussie over de bezuinigingsmaatregelen, duidelijk naar voren dat de systematiek van het door het CPB opgestelde basispad en het kiezen van een referentieperiode permanent onderwerp van discussie zijn en dikwijls worden aangepast aan de laatste (wetenschappelijke) inzichten. De eerste nieuwe maatregel is overigens al in de raming verwerkt: een toename van de uitgaven voor verpleeghuizen met € 2,1 miljard. De CPB-raming komt daarmee uit op 4,0 procent groei.

In deze paragraaf hebben we kunnen zien dat onafhankelijke rekenmeesters, zoals het CPB, een belangrijke rol spelen in de budgettaire governance van de zorg. Hun ramingen van zowel de groei van de zorguitgaven als de opbrengst van (doelmatigheids-) maatregelen zijn richtinggevend voor de keuzes van politieke partijen en (te vormen) kabinetten. De term onafhankelijk is in dit verband het best uit te leggen als ‘onafhankelijk van een regering opererend’. De rekenmeesters laten zich echter wel degelijk beïnvloeden door de nieuwste wetenschappelijke inzichten. Dit geldt zowel voor het beoordelen van maatregelen als voor het opstellen van uitgavenramingen.

#### 8.4 Budgettaire spelregels voor de zorg

Nu we de rol van een onafhankelijke rekenmeester hebben behandeld, bespreken we het begrotingsproces voor de zorg. Dit doen we om een beter beeld te krijgen van hoe dit proces eruit ziet en op welke wijze het van invloed is op de (uitgaven voor de) zorg.

Zoals in de inleiding besproken, vallen de publiek gefinancierd zorguitgaven in Nederland onder de sector Zorg van de rijksbegroting. Daarmee zijn ze onderdeel van het trendmatig begrotingsbeleid van de regering. De belangrijkste consequentie hiervan is dat overschrijdingen van het zorgbudget in beginsel binnen dat budget moeten worden opgelost. Ook de overheidsuitgaven in hun totaliteit moeten in de pas lopen met het vastgestelde meerjarenkader. Op het zogenoemde hoofdbesluitvormingsmoment in april worden, in opmaat naar de begroting van het daaropvolgende jaar, alle plussen en minnen op de rijksbegroting onder elkaar gezet. De optelling ervan moet leiden tot een sluitende begroting. De algemene karakteristieken van begrotingsregels, zoals opgesteld door het IMF, zijn in Tabel 8.1 opgenomen.

Tabel 8.1 Karakteristieken van begrotingsregels

Kenmerk	Omschrijving
Juridische basis	De juridische basis voor een begrotingsregel kan statutair zijn of vastgelegd in een coalitieakkoord of politieke afspraak.
Reikwijdte	Reikwijdte beschrijft in hoeverre een overheidsprogramma of – uitgave onderworpen is aan een bepaalde begrotingsregel.
Ontsnappingsclausule	Een ontsnappingsclausule biedt de mogelijkheid om een begrotingsregel onder omstandigheden te herroepen.
Automatische stabilisator	Automatische stabilisatoren verlagen publieke uitgave of schulden via een standaardregel, binnen een vooraf overeengekomen tijdpad.
Nalevingsmechanisme	Dit mechanisme beschrijft de controle op de naleving van het begrotingsproces en de begrotingsregels door een extern orgaan.
Ondersteunende procedures en instituties	Aanvullende procedures en instituties bestaan bijvoorbeeld uit onafhankelijke begrotingsramingen of het gebruik van meerjarige uitgavenplafonds.

Bron: IMF 2015.<sup>5</sup>

White beschrijft het belang van ‘top-down’ sturing voor (de uitkomst van) het begrotingsproces.<sup>19</sup> Bij het opstellen van een begroting voor een bepaalde periode (bijvoorbeeld een kabinetsperiode) worden begrotingsdoelstellingen vastgelegd. Hiermee worden één- en meerjarige inhoudelijke beleidsprioriteiten vervolgens met elkaar in overeenstemming gebracht. Gecombineerd met een begrotingshorizon voor de middellange termijn met strikte uitgavenkaders, worden op deze wijze beleidsdoelstellingen en begrotingsdoelstellingen met elkaar in evenwicht gebracht. Het Nederlandse begrotingsbeleid volgt deze werkwijze sinds minister Zalm in 1994 besloot om over te stappen op een trendmatig begrotingsbeleid.

Een analyse van het begrotingsproces voor de zorg in Nederland sinds 2011 laat echter zien dat het in de praktijk vaak lastig is om beleidsdoelstellingen in overeenstemming te brengen met de begrotingsdoelstelling. Om dat te illustreren zoomen we nader in op drie aspecten van het begrotingsbeleid: 1) het hoofdbesluitvormingsmoment, 2) de strikte naleving van het uitgavenplafond en 3) het voldoen aan de Brusselse norm van maximaal 3 procent begrotingstekort. De eerste doelstelling beoogt de besluitvorming transparant te maken, terwijl de overige twee tot doel hebben de overheidsuitgaven in lijn te brengen met de vastgestelde ramingen en ze daarmee te beheersen.

Twee gebeurtenissen domineerden het begrotingsproces vanaf 2011. Als gevolg van de economische en financiële crisis van 2008 werd de Nederlandse regering tussentijds geconfronteerd met oplopende tekorten. De regeerakkoorden van kabinet-Rutte I (2010-2012) en kabinet-Rutte II (2012-2017) bevatten een fors aantal maatregelen om het begrotingstekort terug te dringen, maar het kabinet zag zich toch genoodzaakt om tussentijds in te grijpen om te blijven voldoen aan de 3 procent-norm. Het gevolg was dat in meerdere ad-hocbegrotingsonderhandelingen afspraken werden gemaakt over aanvullende bezuinigingspakketten.

### Box 8.1 Politiek buiten spel bij miljardeninvestering verpleeghuiszorg

- In oktober 2016 stemde de Tweede Kamer ermee in dat het Zorginstituut (het adviesorgaan van de regering dat adviseert over kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem) nieuwe kwaliteitsrichtlijnen voor de langdurige zorg zou opstellen. De aanzet hiertoe werd gegeven door staatssecretaris Martin van Rijn, die onder druk van de publieke opinie en de Tweede Kamer een verzoek om zulke richtlijnen aan de Kamer ter goedkeuring had voorgelegd. Stilzwijgend stemde de Kamer in met een bureaucratisch proces dat achteraf echter onomkeerbaar bleek.
- Het voldoen aan de nieuwe kwaliteitsstandaarden maakt namelijk deel uit van de verplichting voor een zorgaanbieder om op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) goede zorg te bieden. Met het verzoek van de staatssecretaris verplichtte de politiek zich dan ook om bij het verschijnen van de nieuwe richtlijnen de financiële middelen te leveren om hun invoering mogelijk te maken. Die invoering werd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in eerste instantie becijferd op een kostenpost van ruim € 3 miljard structureel, een bedrag dat later door het Centraal Planbureau werd bijgesteld tot circa € 2,1 miljard.<sup>20</sup> Het nieuwe kabinet en de in 2017 aangetreden Tweede Kamer werden aldus geconfronteerd met een voldongen feit en moesten accepteren dat de nieuwe richtlijnen onder meer zullen leiden tot het aantrekken van circa 70.000 nieuwe medewerkers in de langdurige zorg.

Wat duidelijk wordt, is dat niet alleen de Tweede Kamer buitenspel is gezet, maar dat deze investering in de langdurige zorg ook los van het reguliere besluitvormings- en begrotingsproces heeft plaatsgevonden, zonder nadere afweging tussen deze en andere investeringen in de zorg, laat staan dat er sprake is geweest van een afweging binnen het totale kabinetsbeleid. Het CPB kon vervolgens niets anders dan haar raming voor het aandeel van de zorg in de rijksbegroting bijstellen van 3,4 procent naar 4,0 procent.

Een tweede factor van betekenis was het feit dat het kabinet-Rutte II niet over een meerderheid beschikte in de Eerste Kamer. Aangezien alle wetgeving ook langs de Eerste Kamer moet, moest de regering intensief onderhandelen met oppositiepartijen om steun te verwerven voor de wetgeving op sommige gebieden en voor de begrotingen van de departementen. Het kabinet diende het daarom niet alleen eens te worden binnen de coalitie, maar ook met de partijen in de Eerste Kamer die het aan (wisselende) meerderheden konden helpen. Dit illustreert het belang van voldoende politieke wil voor het naleven van begrotingsregels.

Het hoofdbesluitvormingsmoment – sinds de introductie in 1994 een centraal element in het begrotingsbeleid – bleek dan ook op meerdere momenten geen echt hoofdbesluitvormingsmoment. In het voorjaar van 2013 maakte het kabinet afspraken met de zogenoemde ‘constructieve oppositie’ over een aanvullend bezuinigingspakket van € 6 miljard. In het najaar van datzelfde jaar namen de betreffende partijen – buiten de reguliere begrotingsafspraken om – een aanvullend besluit, waarbij middelen naar onderwijs en defensie gingen ten laste van de VWS-begroting. Tot dit pakket aan maatregelen werd besloten om bredere steun te verwerven voor wetsvoorstellen van het kabinet. Het was dus niet gericht op het voldoen aan de 3 procent-norm.

Wat nog meer opvalt bij bestudering van de begrotingsafspraken tussen 2013 en 2015, is dat overschotten in de zorg zijn ingezet om tekorten elders op te vangen. Er

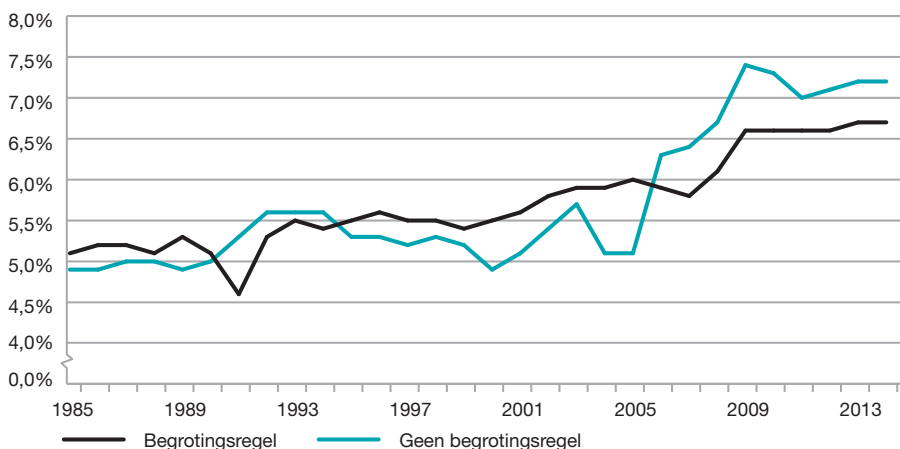
werden dus niet alleen beleidsmaatregelen getroffen om aan de begrotingsdoelstelling te voldoen, ook de ontstane budgettaire ruimte werd hiervoor gebruikt.<sup>21</sup> Het was overigens redelijk uniek dat de zorg bijdroeg aan de oplossing van de budgettaire problematiek van de overheid.<sup>22</sup>

Het ministerie van Financiën lijkt nogal veel invloed te hebben gehad in de hierboven beschreven periode van aanvullende bezuinigingen. De begrotingsregels van het kabinet-Rutte I bevatten voor het eerst een passage over 'intertemporele compensatie': het in latere jaren terugbetalen van overschrijdingen die in het lopende jaar niet kunnen worden gecompenseerd. Dit was een maatregel die met name impact had in de beginjaren van Rutte I, toen er sprake was van forse overschrijdingen van het zorgbudget. Het kabinet besloot tot meerdere bezuinigingsronden om budgettaire doelstellingen te halen en parlementaire steun te verwerven voor het pakket aan maatregelen. Overschotten op de zorgbegroting werden vanaf 2013 ingezet om overschrijdingen elders op de rijksbegroting op te vangen.

De hierboven beschreven uitkomsten van de begrotingsonderhandelingen lijken de stelling te ondersteunen dat de begrotingsregels voor de zorg effectief zijn geweest. Tegelijkertijd maakt die beschrijving inzichtelijk dat het begrotingsproces ondergeschikt lijkt te zijn geweest aan het streven om het tekort terug te brengen. Een integrale weging van beleidsdoelstellingen lijkt niet op alle momenten in het proces te hebben plaatsgevonden.

Om de impact van begrotingsregels voor de zorg te kunnen kwantificeren, is het nodig om meerdere landen over een langere periode te volgen. In een recent onderzoek heeft de auteur dat gedaan voor 32 OESO-landen gedurende de periode 1985-2014.<sup>23</sup> IMF-data over begrotingsregels zijn daarbij afgezet tegen de uitgaven aan publiek gefinancierde zorg, gecorrigeerd voor variabelen als demografie, bbp, schuld en de vraag of een land in enig jaar onder regie van het IMF is gekomen en gebruik heeft gemaakt van een IMF-reddingspakket. De resultaten vallen in een aantal onderdelen uiteen.

**Figuur 8.4** Publiek gefinancierde zorguitgaven als percentage van het bbp voor OESO lidstaten, geclusterd naar begrotingsbeleid



Bron: eigen berekening op basis van IMF<sup>5</sup> en OESO.<sup>1</sup>

Figuur 8.4 geeft de ontwikkeling weer van de zorguitgaven als percentage van het bbp, geclusterd naar begrotingsbeleid: landen en jaren met begrotingsregels voor de zorg zijn afgezet tegen landen en jaren zonder zulke regels. De grafiek kan erop duiden dat begrotingsregels, met name na de financiële crisis van 2008, een uitgavenbeperkende werking hebben gehad.

Voorts laat het voornoemde onderzoek zien dat een begrotingsregel wordt geassocieerd met circa 3 procent lagere zorguitgaven. Supranationale *balanced budget rules*, afgedwongen door de Europese Commissie en het *European Semester*, lijken daarbij het meest effectief. Het onderzoek laat ook zien dat het type zorgstelsel van belang lijkt te zijn voor de effectiviteit van een begrotingsregel. Landen die minder zijn gericht op kostenbeheersing, en die passieve inkoopstructuren kennen, lijken grotere moeite te hebben om via begrotingsregels uitgavenbeheersing af te dwingen.

Verder blijkt uit de analyse dat begrotingsregels pas een jaar of twee jaar na implementatie maximaal effect hebben. Dit kan worden verklaard door informatieachterstanden in de zorg. Overheden sturen vaak op uitvoeringsgegevens die een halfjaar tot twee jaar oud zijn.<sup>24</sup> Daardoor wordt het moeilijker om overschrijdingen snel aan te pakken. Tot slot draagt een meerjarig onafhankelijk opgesteld budgettair kader voor de zorg bij aan het beperken van de zorguitgaven.

## 8.5

### De impact van budgettaire governance voor de zorg

In dit hoofdstuk hebben we de institutionele context geschetst waarbinnen geld aan de zorg wordt uitgegeven. Een belangrijke notie daarbij is dat het Nederlandse zorgstelsel – zie ook Figuur 8.1 – niet uit zichzelf tendeert naar een ‘houdbaar groeipad’. Zorguitgaven groeien harder dan de economie en creëren daarmee een houdbaarheidsprobleem op de middellange termijn, zeker omdat het instrumentarium dat de overheid tot haar beschikking heeft om de zorguitgaven te beheersen beperkt is. Begrotingsbeleid, onafhankelijke ramingen en de externe beoordeling van maatregelen beogen bij te dragen aan de algehele beheersing van de uitgaven. Een analyse van de wijze waarop zorgramingen tot stand komen en hoe het afgelopen decennium is omgegaan met (doelmatigheids-)maatregelen voor de zorg, leidt tot een aantal observaties.

Traditionele maatregelen, zoals het verkleinen van het verzekerde pakket of het verhogen van de eigen betalingen, leiden doorgaans tot een goed onderbouwde budgettaire raming, op basis waarvan het CPB de opbrengst op een redelijk betrouwbare manier kan voorspellen. De budgettaire opbrengst van efficiencymaatregelen is lastiger te ramen. Het CPB heeft dergelijke maatregelen weliswaar onderzocht, maar vrijwel nooit geconcludeerd dat ze tot besparingen zouden leiden, tenzij de maatregel gepaard ging met een van overheidswege afdwingbare budgetkorting als stok achter de deur. Zorgramingen zijn cruciaal voor de budgettaire ruimte van de zorg gedurende een kabinetsperiode, en de wijze waarop de raming tot stand komt is aan verandering onderhevig geweest. Zowel de door het CPB gehanteerde methodiek als de gekozen referentieperiode wisselden de afgelopen jaren, en daarmee ook de geraamde groei van het zorgbudget.

Een beschrijving van het begrotingsproces en meer specifiek van de rol van begrotingsregels laat zien dat de wijze waarop dit proces vorm krijgt van invloed is op de

uitkomst. Hoeveel we als land uitgeven aan de zorg en hoe men in Den Haag tot deze afweging komt, is echter per definitie een politieke wegingsvraag. Deze wegingsvraag wordt wel mede beïnvloed door het gevoerde begrotingsbeleid. We hebben gezien dat de inrichting van het begrotingsbeleid ertoe doet. De volgende elementen vallen daarin op.

Toen het recent nodig bleek om te bezuinigen op de overheidsuitgaven, is ook vanuit de zorg een bijdrage geleverd. Daarmee zijn echter ook de uitgangspunten van het aan de start van de kabinetsperiode geformuleerde begrotingsbeleid geweld aangedaan. Afsproken was dat alle schaarstevraagstukken op één hoofdbesluitvormingsmoment integraal tegen elkaar zouden worden afgewogen. Op die doelstelling is ingeleverd. Het proces wordt daarmee minder transparant, net als de politieke afwegingen.

Ook internationaal vergelijkend perspectief laat zien dat begrotingsregels voor de zorg ertoe doen. Begrotingsregels gaan op de lange termijn samen met lagere zorguitgaven. Zoals eerder gezegd hebben begrotingsregels pas een jaar of twee jaar na implementatie serieus invloed. Dit is in lijn met de verwachting, maar biedt beleidsmakers ook handvatten voor het verder ontwikkelen van begrotingsbeleid. Van begrotingsregels die in een supranationale context worden opgesteld en afgedwongen, zoals in het geval van het *European Semester*, blijkt een krachtiger werking uit te gaan. Dit vraagt om een nadere verkenning van deze institutionele setting, de succesfactoren ervan en de wijze waarop Brussel meekijkt in de keukens van de individuele lidstaten. De institutionele setting waarbinnen begrotingsbeleid wordt gevoerd is van invloed op de uitkomst van dat beleid. OESO-landen verschillen onderling behoorlijk van elkaar ten aanzien van hun zorgstelsels en daarmee hun invloed op de zorguitgaven. Zo zien we dat begrotingsregels minder effectief zijn in landen die beschikken over een passieve inkoop en die daarmee dus minder gericht zijn op macrobeheersbaarheid.

Ook is er een wisselwerking zichtbaar tussen de door het CPB afgegeven raming van de zorguitgaven enerzijds en het afdwingen van budgettaire regels anderzijds. Indien het CPB een relatief hoge groei van de zorguitgaven raamt, is het bij verder gelijkblijvende omstandigheden (*ceteris paribus*) gedurende een kabinetsperiode niet zo noodzakelijk om de regels toe te passen en daarmee de uitgaven terug te dringen. Als een lagere groei wordt verwacht, zijn eerder overschrijdingen van het budget te verwachten en dienen begrotingsregels er uiteindelijk toe om de uitgaven weer in het gelid te brengen. Welke raming wordt afgegeven is een enigszins beladen thema. In hoeverre de afgegeven raming de daadwerkelijke uitgavenontwikkeling goed voorspelt, zal onderwerp van discussie blijven.

Terug naar de in het begin van dit hoofdstuk opgeworpen hoofdvraag: hoe succesvol zijn interventies in de budgettaire governance geweest voor de zorg? Op basis van wat in dit hoofdstuk is beschreven, kan met enige stelligheid worden vastgesteld dat begrotingsbeleid voor de zorg ertoe doet. (Aangepaste) begrotingsdoelstellingen zijn, ook in tijden van crisis, gehaald en voor de Nederlandse situatie is duidelijk dat vanuit de zorg in de recente historie een wezenlijke bijdrage is geleverd aan het streven om binnen de uitgavenkaders te blijven en de ambities ten aanzien van tekortreductie te behalen. Dit wordt ook bevestigd door kwantitatief internationaal vergelijkend

onderzoek. In 1992 gaf gezondheidseconoom T. Getzen al aan dat ‘op de hoogste niveaus van besluitvorming budgettaire [doelstellingen, *red.*] doorslaggevend zijn voor de hoeveelheid middelen die aan zorg worden besteed, en niet de hoeveelheid ziekte’.<sup>25</sup> De beschrijvingen van de budgettaire processen voor de zorg in dit hoofdstuk lijken deze stelling te onderschrijven.

### Referenties

- 1 OECD, ‘OECD Health Statistics 2017.’ <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>; geraadpleegd op 15 juli 2017.
- 2 Zie bijvoorbeeld het rapport van de technische werkgroep ‘Beheersinstrumentarium Zorguitgaven’, april 2017.
- 3 H.C. Schakel, P. Jeurissen en S. Glied, *What Dominates: Budget Policies or Political Agreement*, Nijmegen: Celsus Academie voor betaalbare zorg, 2015.
- 4 H.C. Schakel, P. Jeurissen en S. Glied, ‘The influence of fiscal rules on health-care policy in the United States and the Netherlands’, *the International Journal of Health Planning and Management*, 2016;32(4):595-607.
- 5 N. Budina, A. Schaechter, A. Weber en T. Kinda, *Fiscal Rules in Response to the Crisis: Toward the ‘Next-Generation’ Rules: A New Dataset*. IMF Working Papers 12(187), 2012. <http://elibrary.imf.org/view/IMFO01/12972-9781475505351/12972-9781475505351/12972-9781475505351.xml>; geraadpleegd op 23 maart 2016.
- 6 OECD, ‘The Legal Framework for Budget Systems: An International Comparison’, *OECD Journal on Budgeting*, 2004;4(3):1-479.
- 7 M. Marcel, ‘Budgeting for Fiscal Space and Government Performance’, *OECD Journal on Budgeting*, 2013(2): 1-41.
- 8 <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/com-2017-800-en.pdf>
- 9 A. Klink, H.C. Schakel, S. Visser en P. Jeurissen, ‘The Arduous Quest for Translating Health Care Productivity Gains into Cost Savings. Lessons from Their Evolution at Economic Scoring Agencies in the Netherlands and the US’, *Health Policy*, 2017;121(1):1-8.
- 10 CPB, *Zorg voor concurrentie; een analyse van het nieuwe zorgstelsel*, 2003. <http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/zorg-voor-concurrentie-een-analyse-van-het-nieuwe-zorgstelsel.pdf>
- 11 CPB, *Keuzes in kaart 2008-2011; economische effecten van acht verkiezingsprogramma’s*, 2006. <http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/keuzes-kaart-2008-2011-economische-effecten-van-acht-verkiezingsprogrammas.pdf>
- 12 RIVM, *Dutch health care performance report 2014*, 2014. <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:277134&type=org&disposition=inline>
- 13 Kamerstukken. Voorhang Beheersingsmodel Medisch Specialisten; 2010. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32123-XVI-63.pdf>

- 14 Advies commissie macrobeheersinstrument, 2012. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2012/06/05/advies-commissie-macrobeheersinstrument/advies-commissie-macrobeheersinstrument.pdf>
- 15 Antwoord op schriftelijke vragen over verschillen tussen het CPB- rapport *Analyse economische en budgettaire effecten van de financiële bijlage van het Regeerakkoord*, en het Regeerakkoord *Vertrouwen in de toekomst 2017-2021*. <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Beantwoording-vragen-verschillen-Regeerakkoord-en-doorrekening-CPB.pdf>
- 16 CPB, *Zorgkeuzes in Kaart, Analyse van Beleidsopties Voor de Zorg van Tien Politieke Partijen*, 2015. <http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-boek-14-zorgkeuzes-kaart-analyse-van-beleidsopties-voor-de-zorg-van-tien-politieke-partijen.pdf>
- 17 CPB, *Middellangetermijnverkenning 2018-2021, 2016*, <https://www.cpb.nl/publicatie/middellangetermijnverkenning-2018-2021>
- 18 CPB, *Achtergronddocument, een raming van de zorguitgaven 2018-2021*, <https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-achtergrond-document-30mrt2016-een-raming-van-de-zorguitgaven-2018-2021.pdf>
- 19 J. White, 'What Are Budgeting's Purposes? Comments on OECD's Principles of Good Budgetary Governance', *OECD Journal on Budgeting*, 2015;14(3):1-18.
- 20 Brief Voortgang Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, VWS, 31-5-2017. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/05/31/brief-voortgang-kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>
- 21 H.C. Schakel, 'Gedetailleerd regeerakkoord werkt niet meer', *Het Financieele Dagblad*, 2 juli 2015.
- 22 P.P.T. Jeurissen, *Steeds meer zorg, een betaalbare oplossing?* Inaugurale rede, Nijmegen: Radboud Universiteit, 2016.
- 23 H.C. Schakel, E.H. Wu, P.P.T. Jeurissen 'Fiscal rules, powerful levers for controlling the health budget? Evidence from 32 OECD countries'. *BMC Public Health*, (2018) 18:300.
- 24 OECD, *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, Parijs: OECD Publishing, 2015;doi:10.1787/9789264233386-en
- 25 T.E. Getzen, 'Population Aging and the Growth of Health Expenditures', *Journal of Gerontology*, 1992;47(3):S98-S104.





## 9. De betaalbaarheid van de langdurige zorg

Hans Maarse en Patrick Jeurissen

### Kernboodschappen

- Binnen Europa beschikt Nederland over een van de meest uitgebreide stelsels van langdurige zorg. Het is echter ook een kostbaar stelsel dat vragen oproept over de toekomstige betaalbaarheid ervan
- De kern van de langdurige zorg in Nederland kan als volgt worden samengevat: zorgverlening door een private zorgaanbieder met publieke financiering en recht op zorg of ondersteuning bij een positieve indicatie
- Mede met het oog op de betaalbaarheid is de langdurige zorg na jaren van vruchteloze besprekingen in 2015 ingrijpend hervormd. Deze hervorming kreeg haar beslag met de vervanging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten door de Wet Langdurige Zorg en de (vernieuwde) Wet Maatschappelijke Ondersteuning
- Het is onzeker of met deze hervorming de betaalbaarheid van de langdurige zorg op lange termijn is veiliggesteld. Nieuwe moeizame politieke discussies, nu over grenzen aan de kwaliteit van de publiek gefinancierde langdurige zorg en over privatisering van financiering, liggen in het verschiet
- Een structurele verhoging van het budget voor langdurige zorg moet de uitkomst zijn van een politieke afweging

### 9.1

#### Inleiding

Binnen Europa beschikt Nederland over een van de meest uitgebreide stelsels van langdurige zorg.<sup>1,2</sup> In de afgelopen decennia is een rijkgeschakeerd aanbod van voorzieningen tot stand gekomen voor mensen met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening en voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap. Langdurige zorg wordt zowel geboden aan bewoners van instellingen voor residentiële zorg, zoals een verpleeg- of verzorgingshuis, als aan mensen die nog thuis wonen. In beide gevallen gaat het om persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. Voor bewoners van een instelling is de zorg bovendien dag en nacht beschikbaar. In 1995 werd het persoonsgebonden budget (pgb) ingevoerd waarmee cliënten zelf langdurige zorg kunnen inkopen.

De langdurige zorg telt veel gebruikers. Volgens een opgave van de Nederlandse Zorgautoriteit verbleven in juli 2015 ongeveer 279.000 personen in een instelling voor residentiële zorg.<sup>3</sup> Ruim 57 procent van hen maakte gebruik van ouderenzorg in een verpleeg- of verzorgingshuis. Het aantal zelfstandig wonende personen dat in 2016 van publiek bekostigde zorg en ondersteuning in de thuissituatie gebruikmaakte, werd door het Sociaal en Cultureel Planbureau op 950.000 geschat (7 procent van de leeftijdsgroep 18+).<sup>4</sup>

De kwaliteit van de zorgverlening wordt door veel gebruikers als redelijk tot goed gewaardeerd. Op de website [www.zorgkaartnederland.nl](http://www.zorgkaartnederland.nl) van de Nederlandse Patiëntenfederatie krijgt de zorgverlening in verpleeg- en verzorgingshuizen een gemiddelde

waardering van 7,7 (gebaseerd op ruim 80.000 beoordelingen).<sup>5</sup> Recent onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau laat zien dat acht van de tien bewoners van een verpleeghuis positief oordelen over de kwaliteit van de verzorging.<sup>6</sup> Niet dat er geen kritiek te beluisteren valt, maar toch een opvallend resultaat tegen de achtergrond van de overwegend negatieve bewoordingen waarin politiek en media doorgaans over de kwaliteit van de Nederlandse verpleeghuiszorg spreken.

De langdurige zorg in Nederland is ook kostbaar. Qua uitgavenniveau zou Nederland zelfs ‘wereldkampioen langdurige zorg’ zijn.<sup>7</sup> Het overgrote deel van die zorg wordt uit de collectieve middelen gefinancierd en is voor iedere burger met een indicatie toegankelijk. De uitgaven in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) – tot 2015 het ‘vlaggenschip’ van de langdurige zorg – namen toe van € 11,4 miljard in 1998 tot € 25,6 miljard in 2014. Voor de komende periode wordt vanwege de vergrijzing van de bevolking een verdere stijging van de uitgaven verwacht.

Er dient zich dus een betaalbaarheidsprobleem aan. Dit probleem was voor de overheid reden om een ingrijpende hervorming van de langdurige zorg door te voeren. De eerste stap daartoe werd in 2007 gezet met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Met deze wet werd de verantwoordelijkheid van gemeenten voor de maatschappelijke ondersteuning uitgebreid, in het bijzonder door de overheveling van de huishoudelijke hulp vanuit de AWBZ naar de gemeenten. In 2015 volgde een tweede majeure hervorming. Op 1 januari van dat jaar kwam de Wet Langdurige Zorg (Wlz) voor de AWBZ in de plaats. Twee andere ingrijpende veranderingen betroffen de overheveling van de wijkverpleging naar de zorgverzekeraars en de verdere verbreding van de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke ondersteuning door middel van een herziening van de Wmo, aangeduid als Wmo 2015. Beide hervormingen gingen gepaard met een forse financiële bezuiniging. Een hoofddoel van de hervorming betrof het veiligstellen van de betaalbaarheid van de langdurige zorg in de toekomst en daarmee de blijvende toegankelijkheid ervan voor alle burgers.

In dit hoofdstuk staat de betaalbaarheid van de langdurige zorg in Nederland centraal. De volgende vragen komen aan de orde:

1. Welke ontwikkelingen hebben zich in het overheidsbeleid ten aanzien van de langdurige zorg voorgedaan? Hoe ziet het historische ontwikkelingspad eruit?
2. Hoe hebben de uitgaven voor langdurige zorg zich sinds de eeuwwisseling ontwikkeld? Welke factoren hebben in het bijzonder tot de uitgavenstijging bijgedragen?
3. Hoe zagen de hervormingen van de langdurige zorg in 2007 en 2015 eruit? Welke doeleinden werden nagestreefd en welke maatregelen werden daartoe genomen? Welke beleidsveronderstellingen lagen aan de hervormingen ten grondslag?
4. Welke gevolgen hadden deze hervormingen voor de ontwikkeling van de uitgaven in de langdurige zorg?
5. Hoe staat het met de betaalbaarheid van de langdurige zorg in de toekomst?

## 9.2 Korte historische schets

De langdurige zorg was rondom 1900 primair een zaak voor het particulier initiatief. Gemeenten speelden in de Armenwet (1912) slechts een residuele rol; zij dienden pas in

actie te komen als kerken, liefdadigheidsinstellingen of de naaste omgeving geen hulp konden bieden. Een in 1926 ingestelde commissie die de regering moest adviseren over de organisatie van de zorg voor 'onvolwaardigen', kwam in haar eindrapport (pas gepubliceerd in 1936!) tot de conclusie dat het particulier initiatief goed functioneerde. Zij zag geen reden voor een actiever optreden van de overheid.<sup>8</sup> Ongetwijfeld speelde op de achtergrond ook het vraagstuk van de betaalbaarheid mee. Nederland was juist aan het herstellen van een diepe economische crisis na de beurskrach van 1929. Werkgevers waren mordicus gekant tegen een verhoging van de collectieve uitgaven, vanwege de verwachte schadelijke gevolgen voor de economie.

Na de Tweede Wereldoorlog werd de discussie over de rol van de overheid hervat, maar de tijd bleek nog lang niet rijp voor ingrijpende wetsvoorstellen. Langzamerhand echter kwam hierin verandering. Want terwijl de zorgkosten opliepen, bleek het particulier initiatief steeds minder in staat om de zorgverlening uit eigen middelen te bekostigen. Particuliere instellingen zagen zich tegen wil en dank gedwongen om bij de overheid voor financiële steun aan te kloppen. Zo raakte de overheid via de 'achterdeur' van subsidies aan het particulier initiatief geleidelijk aan meer bij de financiering van de langdurige zorg betrokken. Het zou echter tot 1968 duren voordat er in de vorm van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wetgeving op dit gebied kwam. Het basisprincipe van deze wet, waaraan veel politieke strijd vooraf was gegaan, berustte op een voor de Nederlandse bestuurlijke verhoudingen klassiek compromis: de langdurige zorg zou uit de collectieve middelen worden gefinancierd maar door het particulier initiatief worden verleend. Dit compromis werd door de socioloog Van Doorn ooit als volgt kernachtig samengevat: 'baas in eigen huis en het huis ten laste van de gemeenschap'.<sup>9</sup> Alle beleidswijzigingen die na de invoering van de AWBZ tot stand zijn gekomen, hebben deze basisstructuur onaangetast gelaten.

De invoering van de AWBZ had drie belangrijke implicaties. Om te beginnen ging de overheid politieke verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg dragen. Er was dus sprake van een verplaatsing van de verantwoordelijkheid van het particulier initiatief naar de overheid. In de tweede plaats verschoof het zwaartepunt van deze politieke verantwoordelijkheid binnen de overheid van het lokale naar het nationale niveau. In de derde plaats verleende de AWBZ de burger bij een positieve indicatie een wettelijk vastgelegd recht op collectief gefinancierde zorg. De overheid was wettelijk verplicht om daartoe voldoende financiële middelen ter beschikking te stellen. De concrete betekenis hiervan werd rondom de eeuwwisseling duidelijk. In enkele rechtszaken oordeelde de rechter namelijk dat lange wachtlijsten in strijd waren met het recht op AWBZ-gefinancierde zorg. Als gevolg hiervan zag de overheid zich gedwongen tot een forse ophoging van het budgettaire kader.<sup>10</sup> Het formele recht op zorg had tevens tot gevolg dat de burger de collectief gefinancierde langdurige zorg als een onbetwistbaar recht ging zien.

Vanuit internationaal perspectief was de totstandkoming van de AWBZ een unieke gebeurtenis. Nederland was namelijk het eerste land dat koos voor een specifieke sociale verzekering voor langdurige zorg. Duitsland volgde pas in 1995. In bijvoorbeeld België is de langdurige zorg in de zogeheten rusthuizen en rust- en verzorgingshuizen weliswaar in de ziektekostenverzekering ondergebracht, maar deze verzekering dekt

– anders dan in Nederland – niet de verblijfskosten. In Frankrijk werd pas in 2002 een belangrijke stap op weg naar een brede verzekering voor langdurige zorg gezet.<sup>11</sup>

De AWBZ kreeg de structuur van een brede volksverzekering. Elke burger moest via een inkomensafhankelijke contributie aan de financiering ervan bijdragen en elke burger met een indicatie kreeg toegang tot de beschikbare voorzieningen. Er werd dus afgezien van *means testing*, waarbij de toegang tot de publiek gefinancierde langdurige zorg afhankelijk wordt gesteld van iemands financiële positie. Dat is binnen Europa onder meer het geval in Engeland.

Aanvankelijk maakte alleen de residentiële zorg voor kwetsbare ouderen en personen met een handicap deel uit van het verstrekkingspakket. De AWBZ had echter de structuur van een kaderwet en bood de mogelijkheid om het verstrekkingspakket met nieuwe voorzieningen uit te breiden. Van deze mogelijkheid is in de loop van de tijd volop gebruik gemaakt. Zo werden achtereenvolgens de medische kindertehuizen (1970), de dagbehandeling in het verpleeghuis (1973), het kruiswerk (1980), de regionale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (1982), de gezinszorg, de gehele geestelijke gezondheidszorg (1989), de langdurige thuiszorg (1996), de ouderenzorg (1997) en de verzorgingshuizen (2001) aan het verstrekkingspakket toegevoegd. Overigens waren veel van deze voorzieningen al eerder via de achterdeur van een subsidie-regeling de AWBZ binnengeloodst, een mogelijkheid die de wet bood.

De expansie van de AWBZ bleef niet tot de overheveling van bestaande voorzieningen beperkt. Ook andere factoren droegen eraan bij. De aanspraken bleken ruim geformuleerd en werden in een aantal gevallen zelfs extra verruimd. Zo werd in 2003 begeleiding opgenomen in het rijtje diensten waarop cliënten aanspraak konden maken. Ook ontbraken vaak heldere indicatiecriteria. Pas medio jaren negentig van de vorige eeuw maakte toenmalig minister Borst een begin met de aanscherping en tevens uniformering van de indicatiestelling. Met de instelling van regionale indicatiecommissies (RIO's) kwam een centralisering van de indicatiestelling op gang, die in 2005 culmineerde in de oprichting van het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ).

De betekenis van deze centralisering moet niet worden onderschat. Tot medio jaren negentig was de indicatiestelling voor de verpleeg- en verzorgingshuizen namelijk in handen van honderden gemeentelijke commissies. De kruisverenigingen en de instellingen voor de gezinszorg waren zelf voor de indicatiestelling verantwoordelijk.<sup>12</sup> Het gevolg van deze decentrale structuur was een gebrek aan uniformiteit. Daar kwam nog bij dat de indicerende partijen in principe weinig belang bij een strenge indicatiestelling hadden. De oprichting van de RIO's en later van het CIZ betekende dat er een institutionele scheiding tussen indicatiestelling en zorgverlening werd aangebracht. Dit institutionele arrangement (waarvan in de praktijk overigens tussenvormen bestaan) wijkt sterk af van de organisatie van de curatieve zorg, waarin diagnostiek en zorgverlening juist veel meer geïntegreerd plaatsvinden.

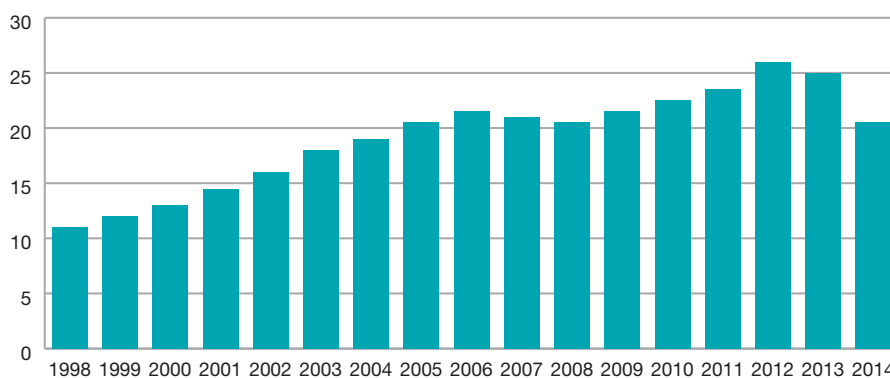
Blikken we terug op de historische ontwikkeling, dan kunnen we concluderen dat met de totstandkoming van de AWBZ in 1968 definitief een nieuw beleidspad werd ingeslagen. De overheid trok de verantwoordelijkheid voor personen met een behoefte aan langdurige zorg nadrukkelijk naar zich toe. Langdurige zorg werd onderdeel van

de verzorgingsstaat en dat zich in de drie decennia na 1968 stapsgewijs steeds verder zou ontwikkelen. Aan de aanbodzijde kwam een rijkgeschakeerd palet van voorzieningen tot stand en aan de vraagzijde een even rijkgeschakeerd geheel van doelgroepen die voor hun recht op zorg opkwamen. Dit proces ging gepaard met de oprichting van talloze organisaties die als doel hadden de belangen van zorgaanbieders en zorggebruikers te behartigen. Er ontstond een dicht netwerk van belangenorganisaties die als een denkbeeldige ‘ijzeren ring’<sup>13</sup> rondom de overheid functioneerden en zo het doorvoeren van hervormingen blokkeerden. Betaalbaarheid was niet de primaire zorg van de organisaties die de ‘ijzeren ring’ vormden.

### 9.3 Uitgaven en financiering van de langdurige zorg

Figuur 9.1 laat zien dat de uitgaven voor AWBZ-bekostigde zorg in de periode 1998-2014 met bijna 125 procent zijn gestegen. Vooral tussen 2000 en 2002 – de periode waarin de overheid zich door uitspraken van de rechter tot een forse budgetverhoging zag gedwongen om de lange wachtlijsten weg te werken – was er sprake van een snelle stijging (48 procent). De stabilisering van het uitgavenniveau in 2007 valt toe te schrijven aan de overheveling van de huishoudelijke hulp vanuit de AWBZ naar de Wmo. De daling van het uitgavenniveau in 2008 was een gevolg van de overheveling van de geneeskundige ggz naar de Zorgverzekeringswet (verplaatsing van de uitgaven naar een ander wettelijk regime). In beide gevallen ging het dus om een optisch effect. In de hele genoemde periode ging ruim 60 procent van de AWBZ-middelen naar de intramurale zorg (iets dat niet in Figuur 9.1 zichtbaar is gemaakt).

**Figuur 9.1** Stijging van de uitgaven voor de AWBZ in miljarden euro's, 1998-2014



Bron: CBS StatLine zorguitgaven.

Figuur 9.1 biedt overigens een geflatteerd beeld van de totale kosten van de langdurige zorg. Uitgaven vanwege informele zorg en ondersteuning door mantelzorgers, bijvoorbeeld als gevolg van het verlies aan inkomen uit een betaalde baan, blijven namelijk buiten beschouwing. De omvang van deze verborgen uitgaven is onder meer afhankelijk van het aantal uren zorg en ondersteuning dat per week wordt verleend. Als we

uitgaan van minimaal acht uur per week ondersteuning gedurende een periode langer dan drie maanden (intensieve informele zorg), dan telde Nederland in 2014 naar schatting tussen de 540.000 en 610.000 mantelzorgers. Wordt alle ondersteuning meegeteld, dan loopt hun aantal in die periode op tot minimaal vier miljoen. Deze cijfers zijn exclusief de zorg en ondersteuning door vrijwilligers (die in tegenstelling tot mantelzorgers aan het begin van hun activiteit geen persoonlijke band met de hulpbehoevende hebben). Het aantal vrijwilligers dat wekelijks minimaal vier uur hulp bood, werd voor 2014 geraamd op 545.000 personen.<sup>14</sup> Recentelijk schatte het Sociaal en Cultureel Planbureau het aantal zelfstandig wonenden dat in 2016 een beroep deed op informele zorg op 1,26 miljoen personen.<sup>4</sup>

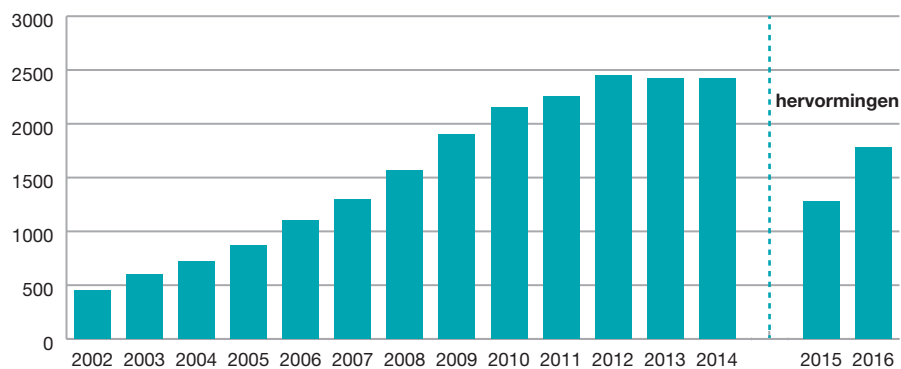
Een tweede opmerking bij Figuur 9.1 is dat de uitgaven voor langdurige zorg al jaren niet in de pas liepen met de inkomsten. Het cumulatieve exploitatietekort op de AWBZ bedroeg op het moment van inwerkingtreding van de Wlz een slordige € 20 miljard.<sup>15</sup> Dit tekort telt mee bij de staatsschuld.

De uitgavengroei in de AWBZ valt uit een drietal factoren te verklaren. Om te beginnen heeft de stijging van de gemiddelde leeftijd in de genoemde periode geresulteerd in een toename van de vraag naar langdurige zorg. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat vanaf de leeftijdscategorie 75-80 jaar de uitgaven voor langdurige zorg een steeds groter deel van de totale zorguitgaven per persoon uitmaken, vanaf de leeftijdscategorie 85-90 jaar zelfs de helft of meer (zie hoofdstuk 2). Voorts was er sprake van prijs- en loonstijgingen. Voor wat betreft de prijs van arbeid moet in dit verband worden benadrukt dat de productiviteitsstijging in de langdurige zorg altijd is achtergebleven bij de productiviteitsstijging in de marktsector, en ook de curatieve zorg (het zogeheten Baumol-effect): hulp bij het douchen van een cliënt kan wellicht doelmatiger worden georganiseerd, maar hieraan bestaat wel een natuurlijke grens.

In de derde plaats hebben beleidsmaatregelen aan de uitgavengroei bijgedragen. Hierbij valt onder meer te denken aan extra investeringen om de lange wachtlijsten weg te werken, de verruiming van de indicatiestelling, de maatregelen gericht op de verbetering van de kwaliteit en de invoering van het pgb. Voor wat betreft het budgettaire effect van een verruiming van de indicatiestelling wordt in het rapport van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven onder meer gewezen op de spectaculaire groei van de uitgaven voor begeleiding in de verpleging en verzorging (een gemiddelde jaarlijkse stijging van 39 procent in de periode 2005-2007) en op de snelle toename van het aantal indicaties voor personen met een lichte verstandelijke handicap.<sup>16</sup> De Taskforce repte in dit verband over *camel noses*: 'kleine' maatregelen met grote budgettaire gevolgen. De extra uitgaven voor de verbetering van de kwaliteit hadden onder meer betrekking op de omschakeling van meerpersoons- naar éénpersoonskamers. In de afgelopen periode is het bruto aantal vierkante meters per cliënt in verpleeghuizen toegenomen van 30 in 1980 naar 72 in 2010. Uit becijferingen van Dumay blijkt dat de productiviteitsstijging in de verpleging, de verzorging en de thuiszorg al jaren negatief is. Voor de periode 1972-1996 daalde zij gemiddeld met 0,6 procent per jaar en in de periode 1997-2010 zelfs met gemiddeld 2 procent. Met

enkele slagen om de arm schrijft hij deze daling toe aan de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.<sup>17</sup>

**Figuur 9.2** Groei van de pgb-uitgaven, 2002-2016 (miljoenen euro's)



Bron: College voor de Zorgverzekeringen en Zorginstituut Nederland.

Een andere maatregel die heeft bijgedragen aan de groei van de uitgaven was de invoering van het persoonsgebonden budget in 1995. Dit bekostigingsinstrument stelt cliënten in staat om zelf zorg in te kopen en zo de regie over hun zorgverlening te voeren. Het pgb maakte tot aan de invoering van de Wlz in 2015 geen deel uit van het verstrekkingenpakket van de AWBZ, maar werd als subsidieregeling in die wet ondergebracht. Figuur 9.2 laat zien dat de uitgaven voor het pgb na 2000 een spectaculaire groei hebben doorgemaakt. In de periode 2002-2014 was bijna sprake van een vervijfvoudiging van het uitgavniveau. Alleen al in de periode 1998-2008 nam het aantal budgethouders toe van 13.000 tot 148.000, wat neerkomt op een gemiddelde stijging van 25 procent per jaar. Het pgb werd in de gehandicaptenzorg vooral benut voor zorgverlening in kleinschalige verblijven, in de ouderenzorg voor zorg thuis en in de geestelijke gezondheidszorg voor zorg aan personen met behoefte aan ondersteuning in hun maatschappelijk functioneren en aan kinderen met gedragsproblematiek. De invoering van het pgb-nieuwe stijl in 2003 opende de mogelijkheid tot monetarisering van de informele zorg. Onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau doet vermoeden dat het pgb een aanzuigende werking heeft gehad: zonder pgb zou 43 procent van de budgethouders geen gebruik van zorg in natura hebben gemaakt.<sup>18</sup> Overigens had de 'pakketmaatregelbegeleiding' in 2009 een beperkend effect op de groei van het aantal budgethouders. Deze maatregel behelsde een aanscherping van de voorwaarden om voor vergoeding van begeleiding in aanmerking te komen en beperkte tevens de omvang van de begeleiding.

Ondanks de spectaculaire groei van de pgb-uitgaven en het aantal budgethouders moet worden benadrukt dat het aandeel van het pgb in de financiering van de langdurige zorg in relatieve zin altijd beperkt is gebleven. Vanaf 2010 bedroeg dit aandeel

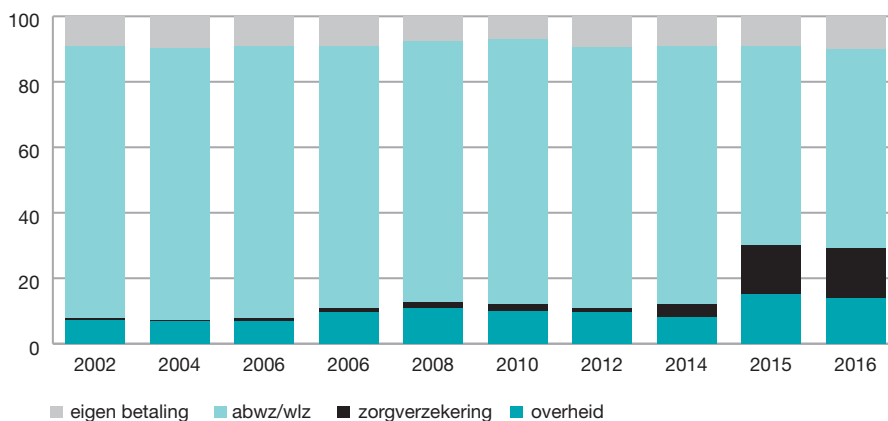


ongeveer 10 procent van de totale uitgaven. Hieraan dient echter te worden toegevoegd dat het pgb in feite als *add-on* functioneerde. Er zijn niet of nauwelijks aanwijzingen dat het pgb heeft geresulteerd in vervanging van zorg in natura (substitutie). De invoering van het pgb betekende dus een forse extra uitgavenstijging. Kennelijk was het bestaande zorgaanbod niet of onvoldoende in staat om de gevraagde zorg op maat te bieden.

De oorzaken voor de uitgavenstijging in de langdurige zorg wijken af van de oorzaken van de uitgavenstijging in de curatieve zorg. De demografische factor tikt in de langdurige zorg veel harder aan dan in de curatieve zorg. Hier staat tegenover dat de technologische vooruitgang de uitgavenontwikkeling in de langdurige zorg in *directe* zin tot dusver veel minder sterk heeft beïnvloed dan in de curatieve zorg. *Indirect* was echter wel sprake van een uitgavenverhogend effect, omdat het succes van de geneeskunde zich als gevolg van meer en betere behandelingsopties uiteindelijk ook vertaalt in een toenemende vraag naar langdurige zorg.

Het aandeel van de uitgaven voor langdurige zorg (inclusief de Wmo) in het totaal van de overheidsuitgaven, uitgedrukt als percentage van het bruto nationaal product (bnp), nam toe van 3,6 procent in 2006 tot 4,3 procent in 2014. Het aandeel van deze uitgaven in de zorguitgaven is eveneens substantieel. In 2014 was dit 43 procent.<sup>19</sup> Dit percentage is wel aangegeven om te betogen dat de kosten van de curatieve zorg in Nederland helemaal niet uit de pas lopen met die in andere Europese landen. Dat Nederland met zijn hoge zorguitgavenniveau deel uitmaakt van de Europese kopgroep heeft alles te maken met het hoge uitgavenniveau voor langdurige zorg.

**Figuur 9.3** De financiering van de langdurige zorg, 2012-2014



Bron: CBS StatLine zorggebruikers en financiering.

Figuur 9.3 laat zien dat het overgrote deel van de uitgaven voor langdurige zorg (90 procent of meer) uit publieke middelen wordt gefinancierd. Het aandeel van de eigen betalingen is altijd bescheiden gebleven (maximaal 10 procent) en in de loop van de jaren

zelfs gedaald. Deze daling valt toe te schrijven aan de geleidelijke extramuralisering van de langdurige zorg en aan het feit dat de loonstijging jarenlang is achtergebleven bij de uitgavenstijging in de langdurige zorg. De groei van het aandeel van de zorgverzekering in de financiering is het gevolg van de overheveling van de wijkverpleging en de verzorging naar de Zorgverzekeringswet (zie volgende paragraaf).

#### 9.4 Internationale vergelijking van uitgaven voor langdurige zorg

Vergelijken we het Nederlandse uitgavenniveau voor langdurige zorg met het niveau in enkele andere Europese landen, dan springt Nederland er, op welke manier je er ook naar kijkt, uit (zie Tabel 9.1).

Tabel 9.1 Internationale vergelijking van publieke uitgaven voor intramurale langdurige zorg (2015)

	Uitgaven LZ per capita (in US dollars)	Uitgaven LZ als percentage van de totale zorguitgaven	Uitgaven LZ als percentage van het bnp
België	401	10,3	2,3
Duitsland	279	8,9	1,3
Frankrijk	315	6,9	1,7
Nederland	1173	24,5	3,7
Noorwegen	870	16,4	2,5
Spanje	140	5,6	0,8
Engeland	260	11,6	1,5
Zweden	888	16,2	3,2
Zwitserland	808	18,4	1,7

Bron: OECD, Health Data 2017, Parijs 2017.

Bij deze cijfers dient te worden opgemerkt dat de OECD een andere definitie van langdurige zorg hanteert dan in Nederland gebruikelijk is. Een groot deel van de gehandicaptenzorg wordt door deze organisatie niet bij de uitgaven voor langdurige zorg meegeteld. Een tweede opmerking is dat de cijfers vanwege een vergelijkbaarheidsprobleem met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een deel van de patiënten die in Nederland in het circuit van de langdurige zorg terechtkomen, in het buitenland langdurig in het ziekenhuis verblijven. In deze landen wordt een deel van de kosten van langdurige zorg dus aan de curatieve zorg toegerekend.<sup>20</sup> Hier komt nog bij dat in de Nederlandse situatie sprake is van duidelijk afgebakende publieke geldstromen (AWBZ respectievelijk Wlz, Zvw voor de verpleging, en Wmo). In veel landen ontbreken dergelijke goed afgebakende geldstromen en is de bekostiging van de langdurige zorg versnipperd over diverse 'potjes'. Dit kan in die landen in een onderschatting van de uitgaven voor langdurige zorg resulteren.

## 9.5 De Wmo als eerste stap op weg naar een hervorming van de langdurige zorg

De politieke discussie over de inrichting en financiering van de AWBZ had tot aan de hervorming in 2015 alle kenmerken van een ‘gespleten werkelijkheid’. Terwijl er aan de ene kant sprake was van een voortgaande expansie van de AWBZ, namen aan de andere kant de zorgen toe over een uit haar voegen groeiende AWBZ en de daarmee verbonden uitgavenontwikkeling. Al in zijn ‘Romeinse notitie’ pleitte toenmalig staatssecretaris Van der Reijden voor een herschikking. In zijn visie waren in de AWBZ om opportunistische redenen allerlei voorzieningen ondergebracht die daarin helemaal niet thuishoorden. De AWBZ zou in overeenstemming met haar oorspronkelijke opzet alleen de kosten van de onverzekerbare zorg moeten dekken.<sup>21</sup> Zijn notitie leidde echter niet tot enig concreet resultaat.

De ‘Romeinse notitie’ bleek slechts het begin van een lange reeks van gedachten, notities en rapporten. In de loop van de tijd maakte de gedachteontwikkeling over de hervorming van de langdurige zorg een evolutie door en werd de beleidsagenda aanzienlijk verbreed. Zo kwam er steeds meer kritiek op de sterk aanbodgeoriënteerde structuur van de langdurige zorg. Cliënten hadden weinig rechten en de zorg was onvoldoende op hun behoeften afgestemd. De AWBZ was aan ‘modernisering’ en met name aan vermaatschappelijking toe: cliënten gaven steeds meer de voorkeur aan zorg in de eigen leefomgeving, maar de wet was daar niet op ingericht. Andere onderwerpen die regelmatig aan bod kwamen waren onder meer de kwaliteit van de langdurige zorg en de snelle uitgavenstijging.<sup>22,23</sup>

De beleidsvorming bleef echter lange tijd steken in de productie van documenten. Pas in 2007 werd met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) een eerste stap op het hervormingspad gezet. Als motto voor deze wet gold: ‘niet leunen, maar steunen’. De burger zou voor wat betreft zorg en ondersteuning minder automatisch een beroep op publiek gefinancierde voorzieningen moeten doen; de taak van de overheid was om burgers met een indicatie ondersteuning te bieden met als doel dat zij, voor zover mogelijk, thuis konden blijven wonen en aan het maatschappelijk verkeer blijven deelnemen (participatie).<sup>24</sup> De Wmo bevatte ook een institutionele component: de huishoudelijke hulp werd samen met andere voorzieningen voor maatschappelijke opvang en met de verslavingszorg uit de AWBZ gelicht en naar de gemeenten overgeheveld. Die kregen daartoe een ophoging van hun budget. De gedachte achter deze overhevelingsoperatie was dat gemeenten de huishoudelijke hulp veel doelmatiger konden organiseren dan de regionale zorgkantoren die tot dan toe met de inkoop van de huishoudelijke hulp waren belast. Een belangrijk aspect van deze zogeheten decentralisatie van de huishoudelijke hulp was echter dat nu ook de financiële verantwoordelijkheid bij de gemeenten kwam te liggen. Eventuele tekorten konden niet op het rijk worden verhaald en anders dan bij de één jaar eerder ingevoerde zorgverzekering het geval was, ontbrak ook een financieel vangnet. De regering boekte alvast een doelmatigheidswinst in door het budget voor de Wmo-gefinancierde voorzieningen te verlagen van € 1,4 naar € 1,25 miljard.

Een tweede, dieper ingrijpende hervorming volgde pas in 2015 (zie volgende paragraaf). Dit roept de vraag op waarom het allemaal zo lang moest duren. Een deel

van het antwoord moet ongetwijfeld worden gezocht in het verzet van het veld. Niemand kon natuurlijk tegen de opvatting 'de cliënt centraal' zijn, maar velen vreesden de concretisering van deze wiebelige beleidsfrase. Er was ondanks politieke steun bij de gemeenten voor decentralisatie alom sprake van wantrouwen dat de hervorming zou uitdraaien op een forse bezuiniging en daarmee op een aantasting van de *policy legacy*. In feite liep de beleidsvorming vast in een moeras van geïnstitutionaliseerde opvattingen, deelbelangen en machtsverhoudingen. Hier kwam nog bij dat de AWBZ in de loop van de tijd was uitgegroeid tot een eigen beleidssector met tientallen regelingen en even zovele doelgroepen. Dit maakte van de hervorming een buitengewoon complexe operatie. Samenvattend kunnen we concluderen dat de beleidsontwikkeling tot 2015 alle kenmerken droeg van een 'padafhankelijk' proces. Het bleek in feite onmogelijk om de richting van het in het verleden ingeslagen beleidspad te verleggen.

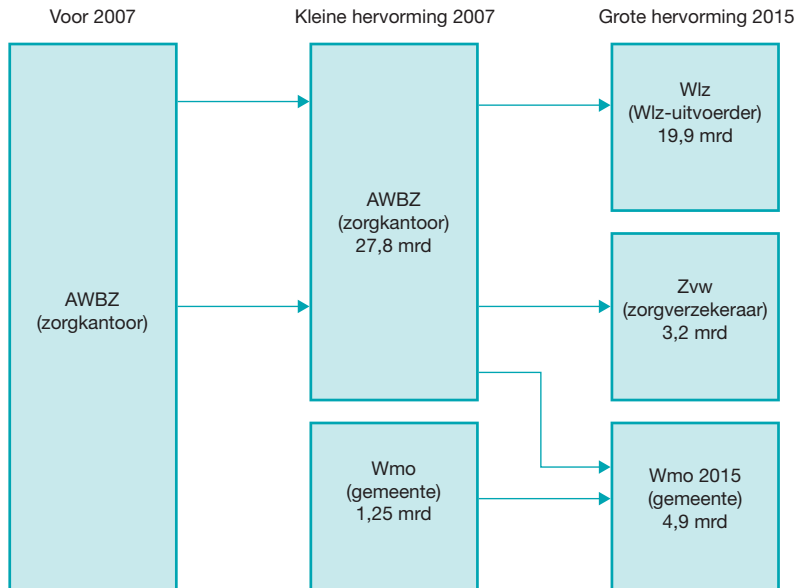
## 9.6 De 'grote' hervorming van de langdurige zorg

De financiële crisis, die in 2009 ook Nederland zwaar trof, bracht hierin aanvankelijk geen verandering. Het kabinet-Rutte I – een coalitie van CDA en VVD met gedoogsteun van de PVV – bleek politiek onmachtig om verdere stappen te zetten. Dit zou echter met het kabinet-Rutte II – een coalitie van VVD en PvdA – veranderen. In 2012 was in de terminologie van politicoloog Kingdon<sup>25</sup> sprake van een *window of opportunity*: de financiële crisis noopte tot handelen en het bleek mogelijk een regeringscoalitie te smeden die haar schouders onder een ingrijpende hervorming wenste te zetten. Het regeerakkoord 'Bruggen bouwen' kondigde een dergelijke hervorming van de langdurige zorg aan, inclusief een bezuiniging die in 2017 structureel € 2,5 miljard zou moeten bedragen.<sup>26</sup>

Het grote 'beleidsverhaal' waarmee de noodzaak van een hervorming werd bepleit, bestond uit vier hoofdlijnen. In de eerste plaats had zich naar het oordeel van de regering in de loop van de tijd een sluipende medicalisering in de langdurige zorg voltrokken. Door allerlei vormen van persoonlijke verzorging en ondersteuning in de AWBZ onder te brengen, hadden die ten onrechte het predikaat 'zorg' opgeplakt gekregen. In de tweede plaats diende de inrichting van de langdurige zorg beter aan te sluiten bij de maatschappelijke trend dat steeds meer burgers met een behoefte aan zorg en ondersteuning zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. In de derde plaats onderstreepte de regering de noodzaak van meer eigen verantwoordelijkheid en meer verantwoordelijkheid voor elkaar. In dit verband werd over de 'participatiesamenleving' gesproken. De diepgewortelde neiging tot een bijna vanzelfsprekend beroep op publiek gefinancierde voorzieningen diende te worden doorbroken. In de vierde plaats hamerde de regering op het belang van de betaalbaarheid. Zonder ingrepen zou de langdurige zorg onbetaalbaar worden, met ernstige gevolgen voor de brede toegankelijkheid en solidaire financiering ervan.

De voorgestelde hervorming van de langdurige zorg omvatte drie samenhangende hoofdelementen<sup>27</sup>: een herinrichting van de institutionele structuur; een aanscherping van de indicatiestelling en de sluiting van de verzorgingshuizen; en een taakstellende structurele bezuiniging.

**Figuur 9.4** Schematische weergave van de hervorming van de langdurige zorg



Figuur 9.4 biedt een schematisch overzicht van de herinrichting van de institutionele structuur. De AWBZ werd ingetrokken en vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze wet regelt de inrichting en de financiering van de zorg voor cliënten met een blijvende behoefte aan permanente zorg. De uitvoering van deze zorg blijft in handen van regionale zorgkantoren die werden omgedoopt tot ‘Wlz-uitvoerders’. Zorgverzekeraars kregen de verantwoordelijkheid voor de wijkverpleging en de ‘lijfgebonden’ verzorging die daartoe aan het verstrekkingenpakket van de Zorgverzekeringswet werden toegevoegd. Deze institutionele maatregel moest een geïntegreerde inkoop van zorg door de zorgverzekeraars bevorderen. In de financiering van de wijkverpleging werd gekozen voor een vijfjarig invoeringstraject. In het eerste jaar nam de regering 80 procent van de kosten voor haar rekening, in het tweede jaar 60 procent, enzovoort. Deze aanpak moest voorkomen dat de overheveling met een forse premiestijging in de Zvw gepaard zou gaan, iets dat politiek en maatschappelijk ongetwijfeld de nodige opschudding zou hebben veroorzaakt. Ten slotte werd de Wmo vervangen door een nieuwe Wmo, de zogeheten Wmo-2015. In de nieuwe wet kregen de gemeenten de verantwoordelijkheid voor een breed palet aan voorzieningen voor de ondersteuning van hun burgers. Parallel hieraan werd de jeugdzorg naar de gemeenten overgeheveld (wat hier verder buiten beschouwing wordt gelaten).

In het nieuwe stelsel blijft het recht op zorg en ondersteuning gehandhaafd. De Wlz formuleert een ‘aanspraak’ op zorg voor burgers met een geïndiceerde behoefte aan dag-en-nacht-zorg, terwijl in de Zvw een recht op wijkverpleging is vastgelegd. Voor wat betreft de Wmo-2015 ligt de situatie echter gecompliceerder. Ook de Wmo verschafft burgers ‘aanspraak’ op ondersteuning om daardoor zelfredzaam te blijven

en te kunnen blijven participeren in de samenleving, maar de wet laat gemeenten een bepaalde vrijheid om dit recht op hun eigen manier te interpreteren. Deze vrijheid is echter aan grenzen gebonden. Gemeenten die deze grenzen hebben overschreden, bijvoorbeeld door de huishoudelijke hulp af te schaffen, zijn door de rechter teruggefloten en moesten hun beleid wijzigen.

Een ander element van de hervorming van 2015 betrof de decentralisatie van de wijkverpleging naar de zorgverzekeraars, en van de ondersteuning naar de gemeenten. De overheveling van de wijkverpleging moet verzekeraars tot een geïntegreerde inkoop van zorg in staat stellen. De decentralisatie van de ondersteuning (inclusief het beschermd wonen, de ondersteuning van mantelzorgers en de aanpak van huiselijk geweld) naar de gemeenten berust op de veronderstelling dat gemeenten op dit gebied een doelmatig aanbod van voorzieningen kunnen realiseren. Zij staan immers veel dichterbij de burger dan de regionale zorgkantoren die voordien voor de zorginkoop verantwoordelijk waren. Bovendien zijn gemeenten verantwoordelijk voor verwante beleidsterreinen, zoals lokaal vervoer, welzijn, wijkinrichting, huisvesting en schuldhulpverlening. Door middel van wat een 'keukentafelgesprek' zou gaan heten, kan de ondersteuning goed op de behoeften van de cliënt worden afgestemd. Financiële criteria mogen hierbij echter niet meespelen: *means testing* blijft formeel verboden.

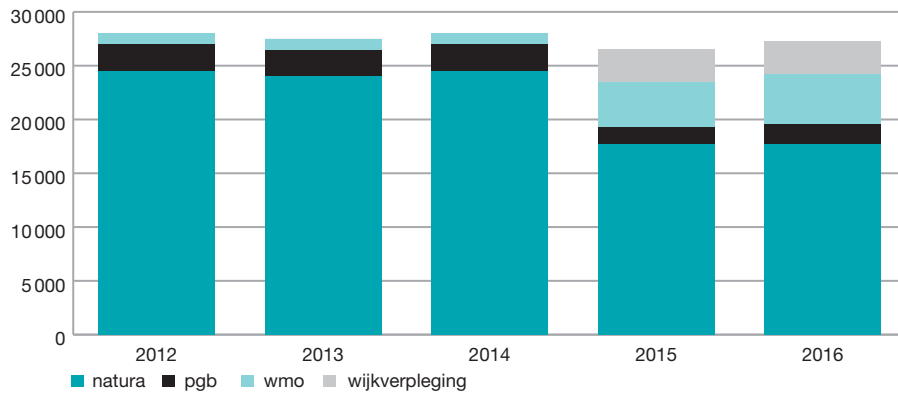
Het spreekt bijna vanzelf dat er in het veld veel verzet tegen de hervormingsplannen rees. Om er steun voor te krijgen, sloot de regering afzonderlijke akkoorden met werkgevers- en werknemersorganisaties (de FNV weigerde ondertekening) en met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Onderdeel van deze akkoorden was onder meer de afspraak dat de bezuinigingstaakstelling werd afgezwakt. Een extra complicatie in het besluitvormingsproces betrof het feit dat de regering niet over een meerderheid in de Eerste Kamer beschikte. Om die te verkrijgen, sloot zij ook een akkoord met de 'bevriende oppositie', waarin onder meer extra geld voor een soepele overgang van de bestuurlijke taken naar de gemeenten beschikbaar werd gesteld. Uiteindelijk kwam de taakstellende structurele bezuiniging neer op 0,5 miljard voor de Wlz en 0,4 miljard voor de wijkverpleging. Op de herziene Wmo werd 0,7 miljard gekort.

Alvorens in te gaan op de gevolgen van deze hervorming voor de uitgaven voor langdurige zorg, moet worden benadrukt dat de in 2015 doorgevoerde veranderingen weliswaar ingrijpend zijn, maar geen radicale breuk met het verleden betekenen. De nationale overheid behoudt haar verantwoordelijkheid voor de zorg. Ondanks het feit dat de toegang tot dag-en-nacht-zorg door de sluiting van de verzorgingshuizen wordt beperkt, blijft het recht erop gehandhaafd. De Zvw biedt personen met een indicatie recht op wijkverpleging en verzorging, en de Wmo 2015 biedt recht op ondersteuning, zij het dat de gemeenten bij de concrete invulling van deze ondersteuning een bepaalde beleidsvrijheid wordt gelaten. De gevolgen van de hervorming voor de langdurige zorg duiden op een proces van gedeeltelijke transformatie. Enerzijds zijn door de hervormingen institutionele veranderingen tot stand gebracht, anderzijds is in velerlei opzicht sprake van beleidscontinuïteit. Het in 1968 ingeslagen pad is dus wel flink bijgestuurd, maar niet radicaal verlaten.

## 9.7 Gevolgen van de hervorming

De hervorming van de langdurige zorg heeft ingrijpende consequenties voor de uitgaven voor langdurige zorg gehad. In het voorgaande zagen we hiervan al enkele signalen. Zo daalden de uitgaven voor het pgb van 2,4 miljard in 2014 naar 1,7 miljard in 2016 (zie Figuur 9.2). Een klein deel van deze daling werd echter gecompenseerd door een stijging van de pgb-uitgaven voor wijkverpleging (€ 286.000) en maatschappelijke ondersteuning (geen cijfers beschikbaar).<sup>28</sup> In dezelfde periode verminderde het aandeel van de collectief gefinancierde langdurige zorg in het bbp van 4,3 naar 3,8 procent.<sup>19</sup>

**Figuur 9.5** Effect van hervorming op uitgaven voor langdurige zorg, 2012-2014



Bron: CBS StatLine zorguitgaven.

Figuur 9.5 toont de gevolgen van de hervorming van de langdurige zorg voor de uitgavenontwikkeling. Uit de figuur blijkt dat het aandeel van Wlz-gefinancierde zorg in natura aanzienlijk is verminderd. Het aandeel van de Zvw-gefinancierde wijkverpleging en de Wmo-gefinancierde ondersteuning is tegelijkertijd fors uitgebreid. In 2015 was het totale uitgavenniveau 6,1 procent gedaald ten opzichte van het niveau van 2014; in 2016 waren de uitgaven weer licht toegenomen.

Voor wat betreft de Wmo moet worden opgemerkt dat een substantieel deel van de beschikbare middelen als gevolg van de hervormingen vermoedelijk opgaat aan administratieve kosten, bij zowel gemeenten als zorginstellingen. De gemeentelijke uitvoeringskosten zijn op basis van een niet-representatieve steekproef onder gemeenten (kleine gemeenten waren ondervertegenwoordigd en grote gemeenten oververtegenwoordigd) voor de periode 2008-2012 geschat op 12,7 procent van de totale kosten.<sup>29</sup> Hierbij moeten dan nog de uitvoeringskosten van zorgaanbieders worden opgeteld. Deze kosten hangen onder meer samen met de organisatie van openbare aanbestedingen, de verantwoording van de uitgaven door de zorginstellingen en de controle op de bestedingen door de gemeenten. Een extra complicerende factor is het ontbreken van een uniform gemeentelijk administratief systeem voor verantwoording en controle. Dit gebrek aan uniformiteit (aan de oplossing waarvan overigens wordt gewerkt) confronteert zorginstellingen met een extra stijging van hun administratieve lasten. Een

tweede opmerking betreft het optreden van onderbesteding bij de gemeenten. Volgens informatie van de regering zouden de gemeenten in 2015 een slordige € 1,1 miljard minder aan jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning hebben uitgegeven dan wat hen daarvoor beschikbaar was gesteld. Deze brief lokte bij de gemeenten scherp protest uit omdat de cijfers niet zouden kloppen. Ook de Kamer toonde zich ontstemd en gelastte een onderzoek naar de omvang van de onderbesteding.<sup>30</sup> De conclusies van dit onderzoek zijn nog niet bekend.

Over de effecten van de hervorming op de prijzen is weinig bekend. Uit gemeenschappelijk onderzoek van het Centraal Planbureau en het Sociaal en Cultureel Planbureau blijkt dat de prijzen voor huishoudelijke hulp vanaf 2010 licht zijn gedaald. Ook trad er een verschuiving op van huishoudelijke hulp met regievoering (ofwel huishoudelijke zorg inclusief het organiseren van de huishoudelijke taken) (HH2) naar gewone huishoudelijke hulp (HH1). Verder daalde het aantal gebruikers van huishoudelijke hulp van 4,1 procent van de bevolking ouder dan 20 jaar in 2008 naar 3,6 procent in 2013.<sup>31</sup> Over de gevolgen van de hervorming in 2015 voor het zorggebruik is vanwege een gebrek aan vergelijkbare gegevens nog minder bekend. Wel zijn er aanwijzingen dat het aantal gebruikers van een ondersteunende voorziening is gedaald met circa 14 procent in 2015 en met nog eens 7 procent in 2016, tegenover gemiddeld 3 procent per jaar in de periode 2012-2014.<sup>32</sup> Het aantal cliënten in een verzorgings- of verpleeghuis daalde van 196.000 in januari 2013 naar 160.000 in juli 2015. Deze daling komt geheel op het conto van de sluiting van verzorgingshuizen.<sup>3</sup>

## 9.8

### Betaalbaarheid van de langdurige zorg in de toekomst

Hoe staat het met de betaalbaarheid van de langdurige zorg in de toekomst? Vast staat dat de uitgaven bij ongewijzigd beleid ook in de periode tot 2040 fors zullen blijven stijgen. De vergrijzing leidt er volgens de laatste schatting van het CBS toe dat het aandeel van 65-plussers in de bevolking zal doorgroeien van 18,5 procent in 2017 naar 26,6 procent in 2040.<sup>33</sup> In de ‘*Verkenning Toekomst Volksgezondheid 2018*’ raamt het RIVM de groei van het aantal personen met dementie in de periode tot 2040 op ruim 176.000.<sup>34</sup> Ter vergelijking: in 2017 hadden in Nederland ongeveer 270.000 personen een vorm van dementie van wie er 70.000 in een verpleeghuis waren opgenomen.<sup>35</sup> Het CPB schatte in een in 2011 uitgebracht rapport dat het aandeel in het bbp van de collectieve uitgaven voor langdurige zorg kan oplopen van 4,1 procent in 2010 tot 7 procent (lagere kosten scenario) of zelfs 9 procent (betere zorg scenario) in 2040.<sup>36</sup>

Wanneer we ons afvragen hoe de stijging van de uitgaven voor langdurige zorg te beheersen, dan is duidelijk dat alleen de prijsvorming en het beleid aangrijpingspunten zijn voor maatregelen. De demografische ontwikkeling vormt immers een gegeven. Een relatief gunstige bijkomstigheid is dat technologische innovaties de uitgaven voor langdurige zorg in *directe* zin veel minder sterk opdrijven dan de uitgaven voor de curatieve sector. Hier staat tegenover dat er wel sprake is van een *indirect* opwaarts effect op de uitgaven.

De prijsvorming van de langdurige zorg wordt voor een deel bepaald door de inflatie. In dit verband moet worden bedacht dat ongeveer 85 procent van de kosten aan personeel wordt uitgegeven. Loonstijgingen zullen dus een fors effect hebben op de



uitgaven voor langdurige zorg. Hier staat tegenover dat er kansen liggen ten aanzien van de productiviteit. Terugdringing van de administratieve lasten biedt extra ruimte voor zorgverlening. Een vraag die best mag worden gesteld is of de registratie- en verantwoordingsplicht niet dreigt door te schieten. Snijden in het management biedt ongetwijfeld ook enig soelaas. Hierbij mag echter niet uit het oog worden verloren dat goed management een voorwaarde voor goede zorg blijft. In het publieke debat over de zorg lijkt niet iedereen hiervan goed doordrongen.

Ook de institutionele structuur van de langdurige zorg biedt goede aanknopingspunten voor beheersing van de uitgaven. De budgettering van de regionale Wlz-uitvoerders (aangeduid als ‘contracteerruimte’), bestuurlijke afspraken met de zorgverzekeraars over het beschikbare budget voor de wijkverpleging en -verzorging, en de verplaatsing van het financiële risico van de maatschappelijke ondersteuning naar de gemeenten zijn eveneens te beschouwen als factoren die aan een beheerste kostenontwikkeling bijdragen. Niettemin mag het effect van de ‘institutionele factor’ niet worden overschat. Er zal continu druk op de politiek worden uitgeoefend om extra financiële middelen ter beschikking te stellen.

Daarom moet worden benadrukt dat betaalbaarheid altijd een kwestie is van politieke afweging. Hoeveel is een samenleving uiteindelijk bereid voor een publiek gefinancierde voorziening te betalen (zie hoofdstuk 1)? Elke euro die aan langdurige zorg wordt besteed kan immers niet aan andere publieke doeleinden of in de private sector worden uitgegeven. Een belangrijke overweging in dit verband is dat de kwaliteit van de langdurige zorg altijd beter kan. De afgelopen twee decennia is hierin ook fors geïnvesteerd (denk aan de omzetting van meerpersoons- in éénpersoonskamers). De vraag dringt zich niettemin op of er toch niet ergens een bovengrens aan de uitgaven moet worden gesteld, hoe ongemakkelijk en ingewikkeld dit ook is. Het uit de weg gaan van deze vraag dreigt uiteindelijk te leiden tot een verminderd draagvlak voor de solidaire financiering van de langdurige zorg.

Een recente ervaring leert dat politieke afwegingen helaas niet altijd op een goede manier plaatsvinden. Onder sterke politieke druk, waarbij het manifest ‘Scherp op zorg’ een belangrijke rol speelde, vroeg de regering in 2016 aan het Zorginstituut om samen met het zorgveld een kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg op te stellen. Omdat het overleg hierover in onenigheid bleef steken, formuleerde de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut zelf een kwaliteitskader. Dit bleek uiteindelijk 2,1 miljard euro te kosten. Omdat het Zorginstituut ook richting overheid over doorzettingsmacht beschikt, was de overheid gedwongen dit bedrag beschikbaar te stellen. Vanuit de optiek van het primaat van de politieke afweging is dit een hoogst ongewenste ontwikkeling. Wanneer de beslissingsmacht, zoals in dit geval, bij niet-politici ligt, is er immers helemaal geen sprake van politieke afweging. De extra verhoging van het budget wordt niet afgewogen tegen alternatieve bestedingen in de zorg of in andere publieke sectoren. Sterker nog, zelfs binnen de sector van de langdurige zorg ontbreekt een afweging. De extra middelen moeten immers aan verpleeghuiszorg worden besteed en mogen niet worden gebruikt voor thuiszorg en maatschappelijke ondersteuning. Ook de curatieve zorg moet om deze reden flink inleveren (volgens het Regeerakkoord van

kabinet-Rutte III structureel bijna € 2 miljard in 2021).<sup>37</sup> Het spreekt voor zich dat een dergelijke bestuurlijke *déconfiture* in de toekomst niet meer mag plaatsvinden. Alleen regering en parlement dienen over de hoogte van de zorguitgaven te beslissen.

Met het oog op de betaalbaarheid rijst ook de vraag naar de verhouding tussen publiek en privaat. Deze vraag geldt in het bijzonder de ouderenzorg. Veroudering brengt nu eenmaal kosten met zich mee en het valt niet goed in te zien waarom deze kosten allemaal collectief moeten worden gedragen. Burgers zouden toch ook voor ‘de oude dag’ kunnen sparen? Uiteraard is dit geen pleidooi voor afschaffing van de publieke financiering van de langdurige zorg. De kosten van veel voorzieningen zijn voor veel burgers immers niet op te brengen. Zeker in het geval van intramurale zorg gaat het om een onverzekerd risico. Maar de verhouding tussen publiek en privaat zou best onderwerp van discussie mogen zijn.

Overigens moet men zich van een privatisering van de uitgaven voor langdurige zorg ook weer geen overdreven voorstelling maken. Het Sociaal en Cultureel Planbureau schatte het aantal personen dat in 2016 van particulier bekostigde zorg en ondersteuning gebruikte maakte op 0,4 miljoen.<sup>4</sup> Zoals te verwachten, maakten vooral Nederlanders uit de hogere inkomenscategorieën gebruik van deze optie. Hadden zij van publiek gefinancierde zorg en ondersteuning gebruikgemaakt, dan waren de uitgaven voor langdurige zorg veel hoger uitgevallen.

Privatisering van de financiering van de langdurige zorg kan ook door hogere eigen bijdragen worden nagestreefd. In 2016 bedroeg het aandeel van de eigen betalingen in de langdurige zorg 12,8 procent. De verwachting is dat dit percentage zal dalen nu het nieuwe kabinet heeft besloten om de vermogensbijtelling in de Wlz af te bouwen van 8 naar 4 procent. Ook wordt overwogen om een uniform gemeentelijk tarief van € 17,50 per maand voor gebruikmaking van Wmo-gefinancierde ondersteuning in te voeren. Deze maatregel zal vermoedelijk tevens een vermindering van de eigen bijdragen in de publiek gefinancierde langdurige zorg tot gevolg hebben, maar daar staat dan wel een vermindering van de administratieve last tegenover.

Eigen bijdragen vormen steevast een controversieel element in de politieke discussie over de zorg. Tot dusver speelt deze discussie vooral in de curatieve zorg, maar het ligt in de lijn van de verwachting dat het ook een *issue* in de langdurige zorg wordt. Met het oog op de bescherming van de lage en middeninkomens valt dit wel te begrijpen. Tot dusver is *means testing* verboden, maar de vraag dringt zich op in hoeverre dit verbod in de toekomst houdbaar zal blijken? Omschakeling van zorg in natura naar financiering met behulp van een persoonsgebonden budget als tegemoetkoming in de kosten zoals in Duitsland wordt toegepast, is een tweede mogelijkheid. Deze omschakeling zal zorgaanbieders op straffe van marktverlies dwingen tot scherpe tarieven. Wellicht komt zo tevens een meer gedifferentieerd aanbod van voorzieningen tot stand dat beter inspeelt op de wensen van de gebruikers.

Zoals eerder aangegeven, zet de overheid met het oog op de betaalbaarheid ook in op uitbreiding van de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de gemeenten voor de maatschappelijke ondersteuning. Deze decentralisatie van de bestuurlijke verantwoordelijkheid is om allerlei redenen altijd omstrede geweest. In de eerste plaats zouden

de gemeenten onvoldoende kennis van en ervaring met de langdurige zorg hebben. Een ander bezwaar was dat de gemeentelijke beleidsvrijheid bij de invulling van de Wmo op lokaal niveau zowel in termen van het aanbod van voorzieningen als van het vaststellen van de hoogte van eigen bijdrage tot verschillen in toegankelijkheid zou leiden. Een derde punt van kritiek betrof de stijging van de administratieve lasten bij gemeenten en zorginstellingen. Die stijging werd in 2015 geschat op € 100-150 miljoen.<sup>38</sup> Dit is dus exclusief de stijging van deze kostenpost voor de zorginstellingen. Deze en andere bezwaren (bijvoorbeeld minder ondersteuning en lagere prijzen) leidden al snel tot een roep om herziening van de ingezette decentralisatie. De vermoedelijke invoering van het eerder genoemde abonnementstarief betekent een stap richting centralisering.

Er valt echter veel voor te zeggen om aan de ingezette decentralisatie vast te houden. De essentie van de beleidstheorie erachter is dat de gemeente aan allerlei relevante bestuurlijke knoppen draait en daarom beter dan welke overheidsinstantie ook in staat is om een geïntegreerd zorgaanbod op lokaal niveau te bieden. Het zou veel te vroeg zijn om de geldigheid van deze theorie nu al te betwisten. Gemeenten en instellingen bevinden zich immers nog altijd in een transitieperiode waarin zij het nieuwe bestuurlijke ‘spel’ moeten leren. Het kost nu eenmaal tijd voordat de uitvoering van wetgeving goed is uitgekristalliseerd en zich *good practices* hebben ontwikkeld. Uitspraken van de rechter spelen hierbij ook een rol. Enkele gemeenten die bij de uitvoering van de Wmo de wettelijke regels hebben overtreden, zijn door de rechter gedwongen om hun beleid aan te passen. Deze uitspraken hebben ook op andere gemeenten die in overtreding zijn een disciplinerend effect.

Tot dusver heeft de zorginkoop vanuit het oogpunt van de betaalbaarheid al de nodige resultaten opgeleverd. Zo zagen we dat de gemiddelde prijs van de huishoudelijke hulp is gedaald en dat er minder indicaties worden gegeven voor huishoudelijke hulp met regievoering. Van groot belang is het verminderen van de omvang van de administratieve lasten door standaardisatie van de administratieve procedures. Nieuwe vormen van zorginkoop, bijvoorbeeld aanbesteding van een perceel met afspraken over de kwaliteit van de ondersteuning en over het beschikbare budget, kunnen voor zowel gemeenten als zorgaanbieders wellicht eveneens aan een vermindering van de administratieve lasten bijdragen.

Decentralisatie van de Wmo impliceert dat verschillen in toegankelijkheid tot op zekere hoogte onvermijdelijk zijn. Dit botst met het in Nederland zeer sterk ontwikkelde gelijkheidsdenken in de zorg. Wie echter kiest voor decentralisatie, zal ook een zekere ongelijkheid moeten accepteren. Overigens moet nog blijken of zich inderdaad grote verschillen in toegang zullen gaan voordoen.

## 9.9

### Conclusie

Vanuit internationaal perspectief beschikt Nederland over een rijkgeschakeerd aanbod van voorzieningen voor langdurige zorg. Belangrijke systeemkenmerken zijn publieke financiering, zorgverlening door private aanbieders en recht op zorg en ondersteuning bij een positieve indicatie. Het is echter ook een kostbaar systeem dat vragen oproept over de toekomstige betaalbaarheid ervan. Mede met het oog hierop heeft de overheid

na vele jaren van vruchteloze discussies in 2015 een ingrijpende hervorming van de langdurige zorg doorgevoerd. Of met deze hervorming de houdbaarheid van het stelsel op langere termijn verzekerd is, zal echter nog moeten blijken. Recente beslissingen, zoals een structurele ophoging van het budgettaire kader, de verlaging van de vermogensbijtelling in de Wlz en de invoering van een uniform gemeentelijk tarief voor gebruikmaking van ondersteuning, werken vanuit het oogpunt van betaalbaarheid vermoedelijk averechts. Zo komt de betaalbaarheid verder onder druk te staan en dreigt de maatschappelijke steun voor een solidaire financiering, toch een van de steunpilaren van de langdurige zorg, af te brokkelen.

### Referenties

- 1 F. Colombo, A. Llana-Nozal, J. Mercier en F. Tjadens, *Help wanted. Providing and paying for long-term care*, Parijs: OECD, 2011.
- 2 K.P. Comanje (red), *Financing high medical risks: discussion, developments, problems and solutions on the coverage of the risk of long-term care in Norway, Germany and the Netherlands since 1945 in European perspective*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 2014.
- 3 Nederlandse Zorgautoriteit, *Marktscan langdurige zorg 2015*, Utrecht: NZa, 2015.
- 4 L. Putman, D. Verbeek-Oudijk en M. de Klerk, *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017.
- 5 [www.zorgkaartnederland.nl](http://www.zorgkaartnederland.nl); geraadpleegd op 24 december 2017.
- 6 C. van Campen en D. Verbeek-Oudijk, *Gelukkig in een verpleeghuis?*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017.
- 7 'Geen land geeft zoveel uit aan langdurige zorg als Nederland', *Financieel Dagblad*, 7 oktober 2013.
- 8 A.H.M. Kerkhoff en W.P.M. Dols, *De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: debatten en ontwikkelingen tot 1987*, in: K.P. Comanje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, Amsterdam: Aksant, 2008, p. 709-794.
- 9 J.A.A. van Doorn, *De verzorgingsmaatschappij in de praktijk*, in: J.A.A. van Doorn en C.J.M. Schuyt, *De stagnerende verzorgingsstaat*, Meppel: Boom, 1978.
- 10 W.P.M. Dols en A.H.M. Kerkhoff, *De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: debatten en ontwikkelingen vanaf 1987*, in: K.P. Comanje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, Amsterdam: Aksant, 2008, p. 795-880.
- 11 N. Morel, *Providing coverage against new social risks in Bismarckian welfare states: the case of long-term care*, in: K. Armingeon en G. Bonoli, *The politics of post-industrial welfare states: adapting social policies to new social risks*, Londen: Routledge, 2006: p. 195-205.
- 12 J.M. Peeters en A.L. Francke, *Indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg Ontwikkelingen, knelpunten en oplossingsrichtingen*, Utrecht: NIVEL, 2007.
- 13 J.Th.J. van de Berg en H.A.A. Molleman, *Crisis in de Nederlandse politiek*, Alphen aan den Rijn: Samsom, 1975.

- 14 M. de Klerk, A. de Boer, I. Plaisier, P. Schyns en S. Kooiker, *Informeel hulp: Wie doet er wat?*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2015.
- 15 *Rijksbegroting VWS 2014-2015*, Den Haag: 2014.
- 16 Taskforce Beheersing Zorguitgaven, *Naar beter betaalbare zorg*, Den Haag: 2012.
- 17 A.C.M. Dumay, *Productiviteitstrends in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg*, Delft: 2011 (IPSE).
- 18 K. Sadiray, D. Oudijk, H. van Kempen en J. Stevens, *De opmars van het PGB: De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
- 19 Centraal Planbureau, *Macro-economische verkenning 2018*, Den Haag: 2017.
- 20 A.M. Bijenhof en L.C.J. Slobbe, *Kosten van langdurige zorg in Europa: een vergelijking tussen Nederland en buurlanden*, Bilthoven: RIVM, 2013.
- 21 J.P. van der Reijden, *Onze kostelijke gezondheidszorg*, Amsterdam: Uitgeverij Balans, 1987.
- 22 Ministerie van VWS, *Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ*, Den Haag: 1999.
- 23 MDW-werkgroep, *De ontvoogding van de AWBZ*, Den Haag: 2000.
- 24 VWS, *Memorie van Toelichting bij wetsontwerp Wmo*, Den Haag: 2005.
- 25 J.W. Kingdon, *Agenda, alternatives and public policies*, Boston: HarperCollins Publishers, 1984.
- 26 Regeerakkoord 'Bruggen Bouwen', Den Haag: 2012.
- 27 J.A.M. Maarse en P.P.T. Jeurissen, 'The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands', *Health Policy*, 2016;120(3):241-45.
- 28 VWS, *Monitor langdurige zorg*, Den Haag: 2017.
- 29 A. de Groot en M.A. Albers, *Gemeentelijke uitvoering van de Wmo 2008-2012*, Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Centrum voor onderzoek van de Economie van de lagere Overheden, 2014.
- 30 Y. de Koster, 'Kamer gelast onderzoek naar overschotten Wmo en Jeugd', *Binnenlands Bestuur*, 16 december 2016.
- 31 R. van Eijkel, A. van der Torre, M. Kattenberg en E. Eggink, *De markt voor huishoudelijke hulp*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017.
- 32 E. Pommer en J. Boelhouwer, *Overall rapportage social domein 2016*, Den Haag: Centraal Planbureau en Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017.
- 33 <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication>
- 34 RIVM, *Verkenning Toekomst Volksgezondheid 2018*, Bilthoven: RIVM, 2017.
- 35 *Factsheet Alzheimer Nederland*.
- 36 A. van der Horst, F. van Erp en J. de Jong, *Financiering onder druk: trends in gezondheid en zorg*, Den Haag: CPB, 2011 (policy brief 2011/11).
- 37 Regeerakkoord kabinet-Rutte III, *Vertrouwen in de toekomst*, Den Haag: 2017.
- 38 S. Hartholt, '150 miljoen extra administratiekosten door decentralisaties', *Binnenlands Bestuur*, 23 april 2015.

## 10. Gereguleerde competitie en betaalbaarheid in de curatieve zorg

Patrick Jeurissen, Marit Tanke, Niek Stadhouders en Hans Maarse

### Kernboodschappen

- Op grond van de in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet (Zvw) is gereguleerde competitie de motor die de zorg zowel kwalitatief goed als betaalbaar moet houden. Tussen 2006 en 2012 zijn de uitgaven voor curatieve zorg fors gestegen; sinds 2012 is er echter sprake van een sterke afvlakking van de uitgaven en van substantiële overschotten op het zorgbudget
- Landelijke convenanten over een beperking van de uitgavengroei en de toename van de financiële risico's voor zorgverzekeraars zijn de belangrijkste oorzaken van de positieve ontwikkeling sinds 2012. Ondanks de lagere uitgavengroei is de reservepositie van zowel verzekeraars als instellingen verder verstevigd
- Verzekeraars dragen door actief in te kopen in toenemende mate bij aan een beheerste ontwikkeling van de zorgkosten. Dit is vooral zichtbaar bij de apotheken en in mindere mate bij de verpleging, de verzorging en de geestelijke gezondheidszorg. Er is overigens wel sprake van 'disbalans' in de zorginkoop. De inkoop van kwaliteit en het stimuleren van doelmatige innovaties komt moeizaam op gang; en bij de inkoop van medisch-specialistische zorg zijn verzekeraars aanmerkelijk minder succesvol dan in andere sectoren van de zorg. Mede hierdoor is er nog maar weinig sprake van substitutie
- Het model van gereguleerde competitie leidt niet automatisch tot betaalbare zorg. Er is wel degelijk sturing door de overheid op de uitgaven nodig

### 10.1 Inleiding

In 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) van kracht geworden. Samen met andere wetten, zoals de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi), reguleert de Zvw sindsdien het stelsel van curatieve gezondheidszorg. De wetten die tot dan toe op de sector van toepassing waren, zijn tegelijkertijd geschrapt. Deze nieuwe wetten illustreren een paradigmaverschuiving. Waar de uitvoering van de zorg voorheen voor een groot deel in handen was van publieke ziekenfondsen, geldt nu – binnen publieke randvoorwaarden die de toegang van eenieder tot de noodzakelijke zorg moeten borgen en die marktimperfecties moeten wegnemen – het 'primaat' van concurrerende verzekeraars en private instellingen. Het doel van deze gereguleerde competitie is het bevorderen van de doelmatigheid van de zorgverlening. Dit is een van de noodzakelijke voorwaarden om de zorg op de lange termijn betaalbaar te houden.

De curatieve zorg bestaat uit een breed spectrum van functies en voorzieningen, onder andere medisch-specialistische zorg, huisartsenzorg, genees- en hulpmiddelen, paramedische zorg en een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg. In 2018 bedragen de totale uitgaven voor curatieve zorg naar verwachting zo'n € 51,5 miljard, waarvan het overgrote deel wordt bekostigd vanuit de Zvw.<sup>1</sup>

Dit hoofdstuk gaat over de gevolgen van de introductie van de gereguleerde competitie in 2006 voor de betaalbaarheid van de curatieve zorg. Om pragmatische redenen beperken we ons vooral tot ziekenhuizen, de eerste lijn (de huisartsenzorg), geneesmiddelen en de geestelijke gezondheidszorg. In paragraaf 10.2 bespreken we de belangrijkste mechanismen binnen de gereguleerde competitie en hoe deze tot beter betaalbare zorg kunnen leiden. De feitelijke ontwikkeling van de zorguitgaven sinds 2006 bespreken we in paragraaf 10.3. Paragraaf 10.4 is gewijd aan de actieve zorginkoop, theoretisch hart van de competitiegedachte. Tot slot vatten we onze belangrijkste bevindingen samen en formuleren we beleidsaanbevelingen (zie paragraaf 10.5).

## 10.2 Gereguleerde competitie

De oorsprong van het model van gereguleerde competitie ligt in de Verenigde Staten. Daar werd in de jaren zeventig een alternatief ontwikkeld voor een nationale zorgverzekering met als doel universele toegang met (private) competitie te combineren.<sup>2</sup> Health maintenance organizations – combinaties van verzekeraars en aanbieders – en preferred provider organizations moesten door actieve inkoop en onderlinge competitie zorgen voor een doelmatiger zorgverlening. Dit gedachtegoed vormde ook de leidraad voor een fundamenteel hervormingsproces binnen de Nederlandse gezondheidszorg dat meerdere decennia omspande en dat in 1987 met het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg van start ging.<sup>3</sup> In 2006 volgde de voorlopige bekroning van dit proces met de komst van de Zorgverzekeringswet: een combinatie van privaatrechtelijke zorguitvoering en publieke randvoorwaarden, waarbij een systeem van gereguleerde competitie het stelsel in evenwicht houdt. De politieke en bestuurlijke processen achter deze hervorming zijn elders goed beschreven.<sup>4,5</sup> Het hervormingsproces was met de komst van de Zvw echter zeker nog niet afgerond, met name veel belangrijke liberalisering en recentere datum.

Een aantal academici heeft in 2013 de (theoretische) randvoorwaarden voor een goed functionerende gereguleerde competitie samengevat. Tabel 10.1 presenteert deze randvoorwaarden. Men was van mening dat Nederland beter aan deze randvoorwaarden voldoet dan andere landen met een op competitie georiënteerd privaat zorgstelsel, zoals Duitsland, Zwitserland, België en Israël.<sup>6</sup>

De kern van de nieuwe ordening van de curatieve zorg binnen de Zvw is in de meeste van deze randvoorwaarden goed te herkennen. Nederlanders hebben de plicht zich te verzekeren bij een zorgverzekeraar voor een basispakket. Zij hebben keuzevrijheid en kunnen elk jaar van verzekeraar veranderen. Verzekeraars kennen een acceptatieplicht, een zorgplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Om ongewenste risicoselectie tegen te gaan, bestaat er een systeem van risicoverevening tussen verzekeraars, die ook moeten voldoen aan bepaalde solvabiliteitsvoorwaarden om zo de kans op een faillissement te beperken. Voorts is er nog steeds een moratorium van kracht op het uitkeren van winst. De bedoeling is dat zorgverzekeraars concurreren om de gunst van zo veel mogelijk verzekerden. Daarvoor hebben ze een paar opties. Ze kunnen aantrekkelijke pakketten ontwikkelen (met daarin onder meer collectiviteiten, een vrijwillig eigen risico en keuzevrijheid). Ook kunnen ze de uitvoeringskosten laag proberen te

houden. Meer dan 95 procent van hun inkomsten gaat echter op aan uitkeringen aan verzekerden of zorgaanbieders. Ze kunnen wel proberen de hoogte van de uitkeringen te beïnvloeden door zorg selectief of actief in te kopen. Daarvoor is binnen de Zvw een aantal vrijheidsgraden gecreëerd (vrije prijzen voor een groot deel van de zorg, geen contracteerplicht onder conditie van vrije artskeuze, een lager verplicht eigen risico als verzekerden gebruik maken van de zorg van voorkeursaanbieders). Vanuit de gedachte van competitie concurreren aanbieders met elkaar om goede contracten. De gedachte is dat aanbieders door (proces)innovaties steeds productiever (betere kwaliteit tegen lagere kosten) worden en daardoor aantrekkelijk zijn voor patiënten en verzekeraars. Hierdoor ontstaat een opwaartse spiraal van productiviteitswinst. Om dit mogelijk te maken hebben aanbieders, naast de vrijheid om contracten af te sluiten, vanaf 2008 ook de volledige vrijheid gekregen om zelf te beslissen over alle (grootschalige) investeringen. Wel blijft het voor (intramurale) zorgaanbieders verboden om winst uit te keren. Het is de rol van de overheid en van toezichthouders om deze vrijheden te garanderen en om eventuele belemmeringen uit de weg te ruimen. In die zin is er met de nieuwe wet misschien vooral gezocht naar een nieuw bestuurlijk evenwicht. In het oude systeem waren de *checks and balances* matig ontwikkeld. De overheid hield toezicht op het zorgstelsel, maar moest dat doen in een ‘politieke’ omgeving. Onder het nieuwe wettelijke regime hebben zorgverzekeraars die rol van ‘boeman’ gekregen, met name waar het gaat om het letten op de kosten.<sup>7</sup>

**Tabel 10.1** Randvoorwaarden gereguleerde competitie

1. Vrijheid van keuze voor verzekeraar Acceptatieplicht, voldoende keuze verzekerden, weinig drempels om te switchen (inclusief aanvullende verzekering)
2. Consumenteninformatie en markttransparantie Verzekeraarsmarkten en aanbiedersmarkten
3. Risicodragende verzekeraars en aanbieders Maximaal binnen voorwaarden solidariteit
4. Voldoende competitie op zorgmarkten Verzekeraarsmarkten en aanbiedersmarkten
5. Vrije contractering, inclusief de mogelijkheid tot verticale integratie
6. Effectieve mededingingsregulering Verzekeraarsmarkten en aanbiedersmarkten
7. Kruissubsidies zonder prikkels risicoselectie verzekeraars Risicovereveningssysteem zonder prikkels voor risicoselectie
8. Geen opportunistisch gedrag verzekerden Verzekerden moeten meebetalen aan solidariteit binnen de verzekering
9. Effectief toezicht op kwaliteit van zorg
10. Gegarandeerde toegang tot alle noodzakelijke basiszorg

Een antwoord op de vraag of deze aaneenschakeling van veronderstellingen in de praktijk zal blijken te werken, hangt grotendeels af van voldoende ‘rationeel’ keuzegedrag.



Dit betekent dat patiënten en verzekerden er in voldoende mate op moeten kunnen vertrouwen dat verzekeraars in hun belang (kunnen) opereren. Waar ze dat vertrouwen niet hebben, moeten transparantie en informatie hen helpen om zelf goede keuzes te maken of om dat vertrouwen alsnog te krijgen. Deze verwachting stuit echter op substantiële theoretische en praktische problemen. Burgers en patiënten vertrouwen hun professionele zorgaanbieder namelijk (veel) meer dan een willekeurige verzekeraar. Hun wantrouwen is met name gebaseerd op het feit dat zij verzekeraars zien als partijen die geld en lage kosten boven kwaliteit van zorg stellen. Het probleem is verder dat verzekeraars zich met kwaliteit van zorg maar moeilijk kunnen onderscheiden van de concurrentie, omdat aanbieders in de regel op morele gronden niet bereid zijn om (substantieel) onderscheid in de behandeling te maken op basis van de verzekering die patiënten hebben. Bovendien hebben burgers in hun rol van verzekerde andere belangen en voorkeuren dan wanneer ze patiënt zijn. Voor de laatste is de prijs van de zorgpolis een stuk minder belangrijk dan voor de verzekerde die geen of weinig zorg gebruikt.

Betaalbaarheid van zorg – het onderwerp van dit boek – blijft binnen het kader van gereguleerde competitie een impliciete doelstelling. Van de tien genoemde randvoorwaarden voor gereguleerde competitie heeft er niet één rechtstreeks betrekking op het belang van betaalbare zorg. Voor zover deze randvoorwaarden de zorg betaalbaar helpen maken, doen ze dat door bij te dragen aan meer doelmatigheid. Dat is op termijn inderdaad cruciaal voor een betere betaalbaarheid, maar voornamelijk is onduidelijk of en zo ja hoe actieve zorginkoop sec voldoende waarborgen biedt om te garanderen dat een eventuele groei in productiviteit leidt tot betere betaalbaarheid, dat wil zeggen tot een geringere toename van de zorgpremies. Verzekeraars zouden ook kunnen kiezen voor het inkopen van extra zorg, voor versterking van hun reserveposities of (in de toekomst) voor het uitkeren van winst. Bovendien hebben de zorgverzekeraars als collectief geen intrinsiek belang bij lagere uitgaven. Hogere zorguitgaven vergroten in het algemeen immers de kans op of meer winst of het verzilveren van andere eigen doelstellingen, zoals het versterken van de eigen positie.<sup>8</sup> Door voldoende competitie tussen verzekeraars onderling en tussen verzekeraars en aanbieders moet echter een spiraal van doelmatigheid tot stand komen waardoor individuele verzekeraars toch kiezen voor lagere prijzen en premies voor hun verzekerden.

De genoemde randvoorwaarden maken het beperken van de collectieve zorguitgaven ook in andere opzichten lastig. Een ruime aanvullende verzekering is volgens de opstellers van de randvoorwaarden bijvoorbeeld niet wenselijk met het oog op de extra mogelijkheden voor risicoselectie die zo'n verzekering biedt. De noodzakelijke keuzevrijheid van verzekerden kan hierbij onder druk komen te staan. Dit betekent dus dat de overheid in dit model verplicht is om voor een 'brede' en 'diepe' basisverzekering te kiezen. Iets soortgelijks geldt ook voor de omvang van de eigen betalingen, met name als deze een vrijwillig karakter hebben. Gezonde burgers zullen vaker voor een hoog eigen risico kiezen, waardoor verzekeraars deze groep met hoge kortingen kunnen lokken ten koste van mensen met een minder goede gezondheid. De conclusie luidt dus dat de collectieve betaalbaarheid van de curatieve zorg met name afhankelijk is van de

mate waarin de doelmatigheid toeneemt en van de vraag of een eventuele doelmatigheidswinst vervolgens ook wordt ingezet voor lagere premies.

In aanvulling op de hier genoemde theoretische randvoorwaarden heeft de overheid binnen het model van de gereguleerde competitie twee instrumenten geïntroduceerd die specifiek tot doel hebben de betaalbaarheid van de curatieve zorg te garanderen. Allereerst stelt het kabinet een Budgettair Kader Zorg (BKZ) vast; de budgetregels bepalen wat er gebeurt als de zorguitgaven dit kader overschrijden, waarbij compensatie door aanvullende maatregelen de rode draad vormt. Omdat 'harde' budgettaire grenzen binnen het overgrote deel van de curatieve zorg ontbreken, heeft men voor specifieke deelgebieden zogenaamde macrobeheersinstrumenten (Mbi's) ontwikkeld. Deze geven de overheid de wettelijke mogelijkheid om een overschrijding van het kader achteraf bij de verschillende aanbieders terug te vorderen naar rato van hun omzet. Tot dusver echter is dit instrument nog niet ingezet. De conclusie is dat de overheid het blijkbaar niet aandurft om de omvang van de zorguitgaven te laten bepalen door de theoretische principes van het ideaaltypische model van gereguleerde competitie.

## 10.3 Gereguleerde competitie en de ontwikkeling van de zorguitgaven

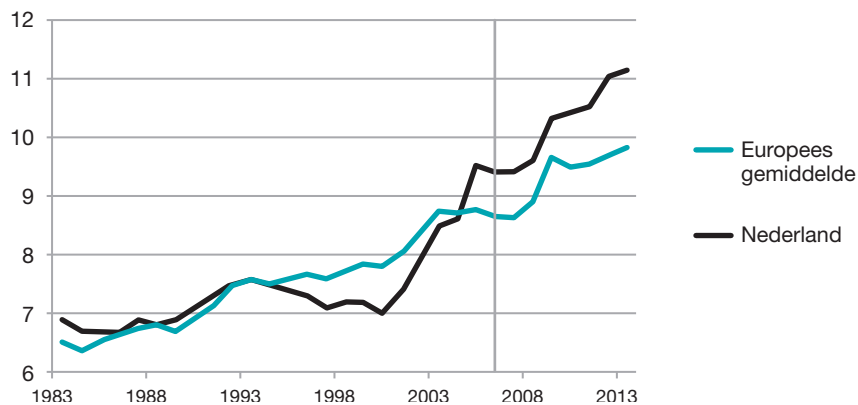
### 10.3.1 De eerste jaren na de introductie: implementatie met ruime vangnetten

De jaren na de introductie van de Zorgverzekeringswet (2006-2012) stonden in het teken van de verdere implementatie van de gereguleerde competitie. Zo nam het aandeel in de omzet van behandelingen waarvoor ziekenhuizen zelf de prijs mochten bepalen (vrije prijzen) toe, van 10 procent in 2005 naar 70 procent in 2012. Voorts werd een bekostigingssysteem ingevoerd waarbij aanbieders niet meer werden betaald voor individuele verrichtingen, maar voor vastgestelde bundels van zorg, de diagnosebehandelcombinaties (DBC's). De gedachte hierachter was dat dit de doelmatigheid zou stimuleren. Ook in andere delen van de zorg, zoals de eerste lijn, nam het aandeel van de behandelingen met vrij te onderhandelen prijzen toe. Onder het mom van prestatiebekostiging werd een steeds groter deel van de omzet van aanbieders gekoppeld aan het door hen geleverde zorgvolume in plaats van aan vaste componenten. In 2008 zijn tenslotte de kapitaallasten geliberaliseerd, waardoor ziekenhuizen hun vermogen naar eigen inzicht mochten gaan beheren, en is ook de oude bouwregulering afgeschaft.<sup>9</sup>

Dit alles ging in deze jaren gepaard met omvangrijke vangnetten, waardoor de financiële risico's voor de meeste betrokken partijen feitelijk afnamen ten opzichte van de situatie van voor 2006.<sup>10</sup> Patiënten hadden tot 2008 een no-claim van € 255 in hun verzekering, daarna een oplopend (beperkt) eigen risico. Verzekeraars hadden sinds 2006 te maken met een macronacalculatie, waardoor ze de facto werden gecompenseerd voor overschrijdingen van het BKZ. Ook werden financiële risico's buiten een bepaalde bandbreedte grotendeels gecompenseerd en namen de nacalculatiepercentages in delen van de verevening toe.<sup>11</sup> Ziekenhuizen kregen sinds 2006 bovendien extra financiële compensatie voor de kosten van dure geneesmiddelen. In 2009 (het crisispakket Balkende-Bos) volgde nog een eenmalige injectie van honderden miljoenen om extra te investeren in de ziekenhuisbouw,<sup>12</sup> geld dat echter grotendeels werd benut

om de balansen verder te versterken. Ook kregen ziekenhuizen die in financiële problemen verkeerden, zoals de IJsselmeerziekenhuizen, steun van de overheid.<sup>13</sup> Vooral voormalig particuliere patiënten zagen hun eigen betalingen dalen; en doordat de financiële vangnetten de ‘prijs’ van een financieel risico naar beneden brachten, kozen aanvankelijk maar weinig mensen voor een vrijwillig eigen risico omdat daarop weinig premiekorting werd gegeven. Tussen 2006 en 2011 koos maar zo’n 3 procent van de verzekerden hiervoor. Verzekeraars contracteerden de facto bijna elke zorgaanbieder en ook het aantal zelfstandige behandelcentra nam snel toe.

**Figuur 10.1** Groei Nederlandse versus Europese zorguitgaven (procent bnp)<sup>14</sup>



Binnen dit scenario van meer liberalisering, maar minder financieel risico bleven de uitgaven stijgen. Figuur 10.1 maakt duidelijk dat 2006 voor de totale zorguitgaven geen trendbreuk betekende; de groei was al vanaf ongeveer 2000 sneller geweest dan het Europese gemiddelde. Dit was overigens ook een reactie op de beperkte budgettaire ruimte die de zorg onder de paarse kabinetten in de jaren negentig had gekregen. De gemiddelde nominale premie steeg van € 1050 per jaar in 2008 naar € 1226 per jaar in 2012; het BKZ werd in deze periode in totaal met zo’n 7 miljard overschreden. De curatieve zorg had hierin een substantieel aandeel (onder andere de in 2008 naar de Zvw overgehevelde curatieve geestelijke gezondheidszorg en de medisch-specialistische zorg).<sup>14</sup>

Verzekeraars slaagden er wel in om hun operationele kosten te verlagen. In 2007 lagen de bedrijfskosten als percentage van de schadelast nog op 4,8 procent, maar in 2011 was dit percentage gedaald naar 3,3.<sup>15</sup> Dit was mogelijk doordat de complexe administratieve procedures van de particuliere verzekeraars konden worden gestroomlijnd, maar ook doordat bij verzekeraars, die immers een groot financieel risico liepen over deze uitvoeringskosten, een sterke prikkel bestond voor operationele efficiency. Er was nog één ander niet onbelangrijk lichtpunt: niet al het extra geld werd daadwerkelijk uitgegeven, zorginstellingen en verzekeraars kozen ook voor de versterking van hun balansen. De solvabiliteit nam dan ook behoorlijk toe.<sup>10</sup> De werkelijke kostengroei lag daarom al snel zo’n 1 procent lager dan de ramingen van het BKZ. Deze trend zette in afgezwakte vorm ook na 2012 door. De verschillen tussen goed en slecht presterende

instellingen namen daarbij steeds meer toe. Daarnaast hebben vooral de ziekenhuizen sinds 2012 behoorlijk ingeteerd op hun investeringsuitgaven.<sup>16</sup>

### 10.3.2 Hoofdlijnenakkoorden en toename financiële risico's: een beheerste uitgavenontwikkeling sinds 2012

De uitgaven voor curatieve zorg zijn sinds 2012 minder hard gegroeid dan in de periode daarvoor en ook minder hard dan in andere landen. De gemiddelde nominale ziektekostenpremie voor de basisverzekering steeg nauwelijks, van € 1226 in 2012 tot € 1286 in 2017, overschrijdingen kwamen nog maar weinig voor, en de totale optelsom van de budgettaire onderschrijdingen vanaf 2013 bedroeg bijna € 10 miljard (zie Tabel 10.2)! De zorg leverde daarmee voor het eerst<sup>14</sup> een substantiële positieve bijdrage aan het gezond houden van de boekhouding van de overheid.

Tabel 10.2 Over- en onderschrijdingen Budgettair Kader Zorg (€ miljard)<sup>17</sup>

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BKZ	63,1	65,8	67,1	65,7	67,9	70,1
Realisatie	64,3	64,2	64,2	64,1	66,1	68,1
Resultaat	1,2	-1,6	-2,9	-1,6	-1,8	-2,0

Deze onderschrijdingen kunnen voor het grootste deel op het conto van de curatieve zorg worden geschreven. Met name bij de genees- en hulpmiddelen is sinds 2012 jaarlijks sprake geweest van forse meevallers, net als trouwens – in recente jaren – in de geestelijke gezondheidszorg en de verpleging en verzorging. Dat wil zeggen dat verzekeraars minder zorg hebben gecontracteerd dan ze volgens de begroting van VWS mochten doen. De toename van de uitgaven voor medisch-specialistische en huisartsenzorg loopt ruwweg gelijk op met de beperkte groei van de budgettaire kaders.

Wat verklaart deze plotselinge omslag? De lagere uitgavengroei was in elk geval een politiek gekozen doel. De schatkist stond er als gevolg van de financiële crisis niet goed voor en de broekriem moest worden aangehaald, ook in de zorg. De sector toonde daarvoor ook zeker begrip. De bestuurlijke vertaling van dit begrip leidde tot een serie convenanten (hoofdlijnenakkoorden) waarin overheid, verzekeraars, aanbieders en patiëntenorganisaties budgettaire doelstellingen formuleerden die een stuk bescheidener waren dan sinds het einde van de jaren negentig gebruikelijk was geweest. Er kwamen bestuurlijke afspraken met medisch specialisten, de eerste lijn en de geestelijke gezondheidszorg (die laatste is overigens tussentijds min of meer ontbonden). Later zijn er ook akkoorden met de paramedische zorg en de verpleging en verzorging gesloten. De geneesmiddelensector bleef als enige 'grote' sector buiten dit bestuursmodel.

De financiële kant van de afspraken had uitsluitend betrekking op de zogenaamde volumegroei. Dit betekende dat extra kosten om de lonen te laten meestijgen met de lonen in de marktsector buiten beschouwing bleven, net als prijsindexeringen boven de reguliere inflatie. Doordat de lonen in de markt echter nauwelijks stegen, waren de budgettaire consequenties te overzien. In de periode 2012 tot 2014 werd gerekend met een volumegroei

van 2,5 procent; daarna werd dit percentage verlaagd tot 1,5 (2014) en later tot 1 procent (2017). Voor 2018 als tussenjaar is weer 1,6 procent afgesproken. De huisartsen mochten bovendien extra geld uitgeven voor de overheveling van zorg vanuit de tweede lijn of voor zorgvernieuwing.<sup>18</sup> De beschikbare jaarlijkse volumegroei lag overigens veelal iets lager dan de genoemde percentages doordat ook de meerkosten als gevolg van niet-gehaalde specifieke bezuinigingsmaatregelen in mindering konden worden gebracht op het beschikbare budget. Naast budgettaire doelstellingen bevatten de akkoorden allerlei flankerende afspraken die het mogelijk moesten maken om doelmatiger te werken, om zo de pijn voor de samenleving van een lager budget voor de zorg te verzachten.

De Algemene Rekenkamer concludeert in een recente evaluatie dat de verschillende sectoren – op de medisch-specialistische zorg in een enkel jaar na (2012) – allemaal binnen de afgesproken kaders zijn gebleven. Ze hebben daardoor een bijdrage geleverd aan de beheerste ontwikkeling van de uitgaven. Daarbij laten de sectoren echter wel relatieve verschillen zien. Zo houden de ziekenhuizen zich meerjarig (2012-2015) zeer stipt aan de afgesproken percentages, terwijl in de veel kleinere eerste lijn tot 2015 sprake is van een cumulatief overschot van bijna € 200 miljoen. De ook veel kleinere geestelijke gezondheidszorg hield zelfs ongeveer € 700 miljoen over.<sup>18</sup> Blijkbaar waren de zorgverzekeraars niet in staat om bij de ziekenhuizen ‘minder’ zorg in te kopen dan maximaal toegestaan; bij de eerste lijn en vooral bij de geestelijke gezondheidszorg is hen dat wel gelukt. Ook in de extramuraal verpleging- en verzorging, sinds 2015 onderdeel van de curatieve zorg, is sprake van behoorlijke overschotten. Bij de genees- en hulpmiddelen, die helemaal niet met een bestuurlijk akkoord werkten, waren die overschotten echter veruit het grootst, een jaarlijks overschot van bijna €1,5 miljard.

Budgettair hebben de hoofdlijnenakkoorden dus voldaan aan de verwachtingen van de overheid. De zorginhoudelijke afspraken zijn echter minder goed van de grond gekomen. Volgens veel bestuurders was de beweging naar meer gepaste zorg en naar meer zorg buiten de instellingsmuren namelijk al bestaand beleid.<sup>19</sup> Het betreft onderwerpen als het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, minder niet-noodzakelijke zorg en minder praktijkvariatie, substitutie van zorg, transparantie van kwaliteit en de afbouw van overbodige intramuraal capaciteit (vooral in de geestelijke gezondheidszorg). De Algemene Rekenkamer constateert dat de met doelmatiger voorschrijven beoogde besparingen maar deels zijn gehaald, dat de uitrol van de agenda kwaliteit en doelmatigheid traag verloopt, dat substitutie maar moeizaam van de grond komt, en dat eventuele besparingen niet te traceren zijn.<sup>18</sup>

### 10.3.3 Meer financieel risico

De effectiviteit van de hoofdlijnenakkoorden berustte niet alleen op bestuurlijke wil, geholpen door de laagconjunctuur. Zij bevatten voor met name de zorgverzekeraars ook goede instrumenten om het sinds 2012 sterk toegenomen financiële risico te beheersen. Als antwoord op de financiële crisis pleitte een ambtelijke werkgroep in 2010 voor beëindiging van de situatie van stuck-in-the-middle waarin de curatieve zorg zich bevond: men zou de sprong naar echte competitie moeten wagen.<sup>20</sup> Dit gebeurde in 2012. Zorgverzekeraars liepen vanaf dat moment veel meer financieel risico: de

macro-nacalculatie werd afgeschaft, de risicoverevening achteraf werd fors verlaagd (en in 2017 helemaal afgeschaft); en het aantal behandelingen waarvoor ziekenhuizen (maar ook andere sectoren) zelf de prijs mochten bepalen, werd opgeschroefd. Verzekeraars liepen nu bedrijfsrisico over 90 cent van elke euro.<sup>14</sup> Toezichhouders hebben de aan te houden solvabiliteit geleidelijk aangescherpt. In 2006 ging het nog om 8 procent van de omzet, inmiddels om rond de 17 procent. Het toenemende risico had ook consequenties voor de zorgaanbieders. Ziekenhuizen moesten vanaf 2012 bovendien de snel stijgende prijzen van dure geneesmiddelen weer zelf betalen (overheveling dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget).

De in de hoofdlijnenakkoorden vastgelegde maximale percentages volumegroei vormden voor verzekeraars een houvast waarmee ze hun risico konden beperken. Als de groei van het volume binnen een bepaalde bandbreedte rond die percentages bleef, dan bleef de facto ook het financiële risico binnen de perken. Onder invloed van de akkoorden ontwikkelde de inkoop zich in de richting van een systeem met aanneemsommen (een budget) en plafondafspraken (budget met doorleverplicht). De hoofdlijnenakkoorden gaven het uitgavenplafond aan: de ziekenhuizen gingen er niet overheen, de overige sectoren bleven er onder, soms substantieel. Bij de inkoop van geneesmiddelen liepen verzekeraars al langer het volledige financiële risico. Hier werd het strakst ingekocht door de verzekeraars.

Verzekerden en patiënten zelf zijn ook meer financieel risico gaan lopen. Verzekerden deden dat vooral op vrijwillige basis. In 2011 koos 2,7 procent van de verzekerden voor een eigen risico van € 500, in 2017 was dit percentage opgelopen tot 8,9. Tegelijkertijd daalde het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering in die periode met 4,9 procent, ook kozen steeds meer verzekerden voor een budgetpolis, waardoor in 2017 13,1 procent van de Nederlanders zo'n polis had.<sup>21</sup> Het is onduidelijk of we hier te maken hebben met de selectie van goede risico's of dat verzekeraars er op deze manier echt in slagen om de kosten te bedwingen. Naast een vrijwillige keuze voor meer financieel risico zijn patiënten geconfronteerd met een stijging van het verplichte eigen risico. In 2013 nam dit toe van € 220 tot € 350; in 2012 zijn ook eigen betalingen voor de geestelijke gezondheidszorg ingevoerd, maar deze zijn na één jaar weer afgeschaft vanwege scherpe protesten uit het veld waar men dit zag als slecht voor patiënten (een reden om zorg te mijden) en onredelijk in vergelijking met de somatische zorg.

#### 10.3.4 Hoe is er bespaard?

Wat is het beeld achter deze gunstige cijfers? Hoe houdbaar zijn de onderliggende trends op de wat langere termijn? De vertraging van de groei van de zorguitgaven komt op het conto van een aantal trends. In ziekenhuizen en in de gespecialiseerde ggz zijn minder patiënten behandeld en zijn dus ook minder zorgprestaties geleverd, de uitgaven per patiënt zijn echter gestegen. In de gespecialiseerde ggz is het aantal patiënten het snelst gedaald. Dit is enerzijds veroorzaakt door vraagtuitval als gevolg van eigen betalingen in 2012<sup>22</sup>; daarnaast worden sinds de komst van de basis-ggz (2014) meer patiënten in de eerste lijn behandeld. In de specialistische ggz zijn in 2015 200.000 patiënten minder behandeld dan in 2012. Per patiënt is de behandelduur toegenomen

– een combinatie van zwaardere *case mix* en langer doorbehandelen bij de overgebleven populatie – waardoor een deel van het omzetverlies is gecompenseerd. KPMG heeft berekend dat de kosten per patiënt zijn gestegen van € 4274 in 2011 naar € 5803 in 2015, deels als gevolg van de grotere zorgzwaarte. Ook in de generalistische basis-ggz zijn de kosten per behandeling hard gestegen: van circa € 350 voor de ‘oude’ eerstelijnspsychologische zorg naar circa € 800 voor de generalistische basis-ggz na 2014.<sup>23</sup> In de ggz in zijn totaliteit zijn de kosten afgenomen, maar is het aantal patiënten nog veel meer afgenomen waardoor de kosten per patiënt zijn toegenomen.

Bij de ziekenhuizen zien we dezelfde trend, zij het veel minder uitgesproken. Onderzoek over een langere periode wijst ook hier op enige vraaguitval door de verhoging van het eigen risico.<sup>24</sup> In 2014 werd voor 3,5 procent minder patiënten een DBC geopend dan in 2012. In 2015, het jaar waarin de aangescherpte hoofdlijnenakkoorden van kracht werden, daalde de productie in de algemene ziekenhuizen verder: het aantal operaties nam nog licht toe (0,5 procent), maar dat gold niet voor de klinische opnamen (-2,6 procent), het aantal eerste polikliniekbezoeken (-3,3 procent) en vooral het aantal dagbehandelingen (-11,6 procent).<sup>25</sup> In 2016 is het aantal patiënten vervolgens met 1,4 procent weer licht gestegen.<sup>26</sup> De Nederlandse Zorgautoriteit concludeert dan ook dat de kosten per patiënt (licht) stijgen, vooral voor patiënten met infectieziekten, kanker, stofwisselingsziekten en letsel.<sup>27</sup> De toename van het gebruik van dure geneesmiddelen speelt hierbij een belangrijke rol. Elk jaar komen ongeveer 2,4 miljoen patiënten op de spoedeisende hulp. Dit aantal neemt nauwelijks toe, maar de zorgzwaarte van deze groep wel: met name steeds meer ouderen bezoeken de spoedeisende hulp.<sup>28</sup>

In de eerste lijn blijft het aantal van ongeveer 12,1 miljoen patiënten dat jaarlijks de huisarts bezoekt, stabiel.<sup>29</sup> Gemiddeld bezocht men de huisarts in 2013 volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek 4,1 keer per jaar, in 2017 was dit opgelopen tot 5,2 keer.<sup>30</sup> Onderzoeksinstituut NIVEL komt voor haar eigen huisartsenpanel tot een iets lager getal, namelijk van 4,2 contacten in 2012 naar 4,4 in 2016, maar hierin zijn contacten voor ketenzorg (diabetes, COPD en hartfalen) niet meegenomen. Verder constateert men een stijgend percentage lange consulten, terwijl ook het aantal patiënten met minimaal één voorgeschreven geneesmiddel iets toeneemt. Per duizend patiënten die een huisarts bezochten, steeg het aantal dat werd doorverwezen naar een medisch specialist tussen 2014 en 2016 van gemiddeld 279,9 naar gemiddeld 303,6.<sup>31</sup> Ook in de huisartsenzorg nemen de kosten per patiënt toe. Dit kan erop duiden dat er in de afgelopen jaren sprake is geweest van substitutie.

Het sterkst stagneerde de groei van de uitgaven voor geneesmiddelen. Er is daar zelfs sprake van een lichte daling, die overigens niet ten koste is gegaan van het volume, want vanaf 2007 zijn de farmaceutische verstrekkingen met 65 procent gestegen. De kosten per afgifte zijn echter met maar liefst 23 procent gedaald.<sup>32</sup> Hierdoor zijn de absolute kosten gedaald. Vanuit het oogpunt van betaalbaarheid kunnen we in deze sector dus spreken van een groot succes. Een belangrijke oorzaak daarvoor is het zogenaamde preferentiebeleid van de zorgverzekeraars. Door grootschalige aanbestedingen van met name generieke geneesmiddelen zijn de prijzen sterk gedaald, zelfs zo sterk dat door fabrikanten inmiddels nog maar weinig winst wordt gemaakt. Ook

apotheken zijn efficiënter gaan werken: een fulltime medewerker handelde in 2016 18 procent meer prestaties af dan in 2010. De vraag is nu trouwens wel of het punt bereikt is waarop een verdere kostendaling gepaard zal gaan met een afname van de kwaliteit. Hier speelt ook mee dat de afgelopen jaren een aantal externe ontwikkelingen de geneesmiddelenkosten gunstig heeft beïnvloed. Er verliepen belangrijke patenten, terwijl nieuwe (dure) middelen naar het ziekenhuisbudget werden verplaatst.

Al met al luidt de conclusie van deze paragraaf dat de gematigde uitgavenontwikkeling sinds 2012 vooral is veroorzaakt door (en heeft geleid tot) minder patiënten in de geestelijke gezondheidszorg en de ziekenhuizen. De uitgaven per patiënt zijn in die sectoren namelijk wel gestegen. Dat laatste gold niet voor het geneesmiddelengebruik. Op dit gebied hebben lagere prijzen de volumegroei volledig gecompenseerd en waren er zelfs onderschrijdingen. Voor zover het dalende aantal patiënten in de geestelijke gezondheidszorg en in de ziekenhuizen te danken zijn aan niet-verleende onnodige zorg of aan gesubstitueerde zorg, en voor zover de stijgende prijzen worden verklaard door toegenomen zorgzwaarte of door verbeteringen van de kwaliteit, is dat prima. Dat weten we echter niet zeker. We zien nu in de ziekenhuizen al een stevige toename van het zorgvolume voor ouderen en voor patiënten met meerdere chronische ziekten en oncologische aandoeningen. Het aantal patiënten met een acute aandoening neemt juist iets af.<sup>33</sup> Het lijkt redelijk om te constateren dat de vraag naar meer zorg binnen niet al te lange tijd weer zal gaan toenemen. Om te kunnen voldoen aan de eis van betaalbaarheid zijn lagere prijzen voor reguliere zorg dan noodzakelijk om aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen en om (kostenverhogende) nieuwe technologieën en innovaties te kunnen blijven aanbieden. Een groot deel van de stijging van de zorguitgaven bestaat uit prijseffecten, zoals ook de Algemene Rekenkamer constateert.<sup>18</sup>

## 10.4 Actieve inkoop door zorgverzekeraars

Fundamenteel voor het succes van de werking van gereguleerde competitie is een antwoord op de vraag of zorgverzekeraars erin zullen slagen om goede kwaliteit van zorg tegen lage kosten in te kopen. Deze paragraaf poogt om een eerste en voorlopig antwoord op die vraag te geven. Dat antwoord luidt dat kwaliteit van zorg een beperkte rol speelt bij de inkoop; dat vooral bij geneesmiddelen met name op prijs wordt ingekocht; dat de inkoop van ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheidszorg tot minder volume heeft geleid waarbij onduidelijk is of dit ongepaste zorg betrof; en tot slot dat verzekeraars geen grote rol bij zorginnovaties spelen.

Tabel 10.3 Gewogen gemiddeld betaalde premie per polissoort (in euro's)<sup>21</sup>

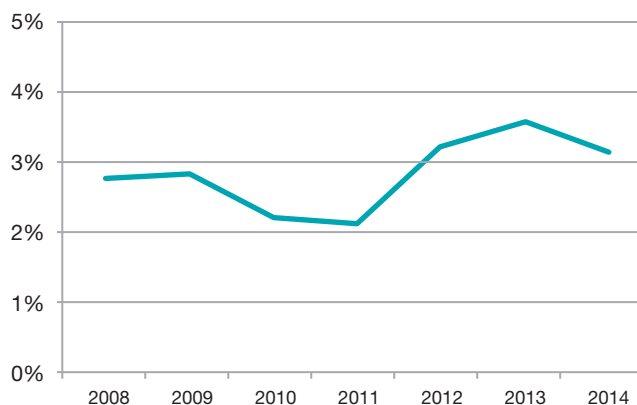
	2013	2014	2015	2016	2017
Budgetpolis	1.143	1.004	1.056	1.116	1.206
Combinatiepolis	1.208	1.116	1.148	1.221	1.271
Natura	1.215	1.089	1.174	1.211	1.302
Restitutie	1.223	1.117	1.169	1.203	1.297
Eindtotaal	1.213	1.089	1.158	1.201	1.286



Met uitzondering van de budgetpolis kennen de verschillende in Nederland aangeboden soorten zorgpolissen nauwelijks of geen verschil in jaarpremie (zie Tabel 10.3). Dit duidt erop dat actieve inkoop door verzekeraars beperkt van omvang is, dan wel dat selectieve inkoop maar een beperkt effect op de prijsverschillen van de polissen heeft. Restitutiepolissen zijn in 2017 zelfs iets goedkoper dan naturapolissen. De onderlinge verschillen namen de afgelopen jaren bovendien niet verder toe. De Zorgautoriteit meende eerder echter dat de zorginkoop goed functioneert, mede omdat er geen problemen met de toegankelijkheid zijn: er wordt voldoende zorg ingekocht.<sup>34</sup>

Om te meten hoe actief er door verzekeraars wordt ingekocht, kan ook worden bekeken in hoeverre zij van jaar tot jaar met geld schuiven om de marktaandelen van zorgaanbieders te beïnvloeden. Idealiter worden middelen naar beter presterende aanbieders verschoven. Figuur 10.2 laat op basis van gegevens uit openbare jaarrekeningen zien hoe groot die relatieve verschuivingen tussen 2008 en 2014 zijn geweest. Daaruit blijkt dat verzekeraars sinds 2012, het jaar waarin zij fors meer risico gingen lopen, actiever zijn gaan inkopen. De verschuivingen in marktaandeel tussen zorgaanbieders bleven echter beperkt. Temeer als we ons realiseren dat zich op instellingsniveau van jaar tot jaar tegengestelde bewegingen kunnen voordoen.

**Figuur 10.2** Relatieve omzetveranderingen aanbiedersmarkten (Zvw)<sup>35</sup>



Het is ook niet goed mogelijk om het marktaandeel van ziekenhuizen te relateren aan bepaalde kwaliteitsindicatoren, zoals de gestandaardiseerde ziekenhuissterfte of de plek van een ziekenhuis op de 'kwaliteitsranglijsten' van *Elsevier* of het *AD* (niet afgebeeld).<sup>35</sup> De Nederlandse Zorgautoriteit ziet ook geen wezenlijke verschillen tussen budgetpolissen en andere polissen waar het de kwaliteit van zorg betreft.<sup>21</sup> Veelgebruikte kwaliteitsnormen bij de zorginkoop – implementatie van een veiligheidsmanagementsysteem, wachttijden binnen de vastgestelde norm, accreditatie, de toepassing van richtlijnen en van de kwaliteitseisen van de beroepsverenigingen – leiden ook door hun aard niet tot toenemende onderlinge kwaliteitsverschillen tussen verzekeraars. Zorginstellingen willen op morele gronden bovendien helemaal geen onderscheid maken in de kwaliteit van zorg voor hun patiënten. Dit doet niet af aan het feit

dat zorgaanbieders de zorg natuurlijk wel steeds meer willen verbeteren en dat op die manier een vorm van impliciete kwaliteitsconcurrentie ontstaat.

Verzekeraars kennen dan ook maar een beperkte differentiatie in hun inkoopstrategieën met betrekking tot de kwaliteit van zorg. In een aantal gevallen krijgen zorgaanbieders van verzekeraars toestemming om – in zogeheten proeftuinen – naar eigen inzicht kwaliteitsprojecten op te zetten, met de garantie dat eventuele besparingen hun budget gedurende een bepaalde periode niet zullen aantasten. Bij andere verzekeraars mogen instellingen met goede prestaties op basis van vrij volume zorg leveren. Bij de inkoop van bijvoorbeeld IVF-zorg zien we echter (nog) niet dat centra met betere zorguitkomsten ook een groter marktaandeel verwerven.<sup>36</sup> Bij de huisartsenzorg spitsen onderhandelingen zich in de praktijk toe op zorggroepen (ketenzorg, innovatie, doelmatig voorschrijven en substitutie). Beleid heeft hier veel impact. Zo heeft de komst van de basis-ggz tot een behoorlijk substitutieslag geleid met klaarblijkelijk weinig negatieve effecten op de kwaliteit van zorg.<sup>37,38</sup> Voor de resterende curatieve geestelijke gezondheidszorg constateert de Algemene Rekenkamer een sterke focus op de kosten, maar nauwelijks aandacht voor kwaliteit.<sup>39</sup> Ook bij de geneesmiddelen, de zorgsector waarin volgens eenieder het meest strikt wordt ingekocht en waarin, bijvoorbeeld bij voorkeursgebruik, ook kortingen op het eigen risico aan verzekerden worden teruggegeven, zeggen artsen weinig belemmeringen te ondervinden bij het voorschrijven van bepaalde middelen. Apothekers geven wel aan dat ze de nodige hinder ondervinden van dit preferentiebeleid.<sup>40</sup>

We moeten constateren dat kwaliteit nog steeds een beperkte rol speelt bij de zorginkoop. Ruim tien jaar na de introductie van gereguleerde competitie is dit niet meer alleen te wijten aan transitieproblematiek. Er is meer aan de hand. Verzekeraars kunnen zich met dit beleid in de praktijk niet goed onderscheiden, ze lopen al snel het risico van een vertrouwensprobleem met hun verzekerden. Het is overigens wel denkbaar dat competitie het denken over de resultaten en de kwaliteit van de zorg heeft gestimuleerd. Zo heeft zorgverzekeraar CZ in 2010 geprobeerd om enkele ziekenhuizen niet meer te contracteren omdat de artsen er te weinig ervaring zouden hebben met het opereren van vrouwen met borstkanker. Dit heeft er mede aan bijgedragen dat medische beroepsgroepen eigen volumennormen gingen opstellen, waardoor zij de regio bleven houden.

Zorgverzekeraars slagen er in sommige sectoren beter in om de uitgaven in de hand te houden dan in andere. In de praktijk zijn zij succesvoller bij de geneesmiddelen, de geestelijke gezondheidszorg en in delen van de eerste lijn, zoals de verpleging en de verzorging waar in 2017 een onderschrijding van € 300 miljoen werd voorspeld.<sup>29,41</sup> Ook zonder bestuurlijke akkoorden lukt het in deze sectoren om ruim binnen het budget te blijven. In relatie tot de medische-specialistische zorg kenmerken deze sectoren zich door hun grotere prijsgevoeligheid.<sup>42</sup> Zo werd 29 procent van de door een huisarts voorgeschreven geneesmiddelen in 2014 niet opgehaald bij de apotheek.<sup>43</sup>

Verzekeraars zijn aanmerkelijk minder succesvol in het verwezenlijken van besparingen binnen de ziekenhuissector en in mindere mate de huisartsensector. De band tussen patiënt en arts is hecht, veel hechter dan die tussen patiënt en verzekeraar, en

dit beperkt de speelruimte van de laatste. Door fusies is, vooral in de afgelopen paar jaar, een concentratie van het aanbod ontstaan. De onderhandelingspositie van veel ziekenhuizen is daardoor versterkt.

Ziekenhuiszorg wordt in de regel ingekocht met aanneemsommen, plafondafspraken (meestal met doorleverplicht) en (vooral door kleinere verzekeraars) een prijslijst. De ont koppeling van budget en geleverde zorg impliceert dat de prijzen die ziekenhuizen rekenen sterk uiteen kunnen lopen. Ze zijn immers niet zozeer gebaseerd op een kostprijs, eerder op hun rol bij het ‘vullen’ van de aanneemsom of het plafond. Ziekenhuizen slagen er de laatste jaren wel beter in om hun volume af te stemmen op hun inkoopcontract; ze krijgen daardoor een steeds groter deel van de geproduceerde omzet vergoed: 97,6 procent in 2016 versus 94,6 procent in 2014.<sup>44</sup> Bij de vergoeding van een aantal dure geneesmiddelen wordt gewerkt met nacalculatieafspraken. De kosten voor deze middelen namen in 2016 met 6 procent toe, het meest in de universitaire medische centra (9,6 procent). Deze slagen er ook beter dan algemene ziekenhuizen in om nacalculatieafspraken met zorgverzekeraars te maken.<sup>45</sup> Een drietal oncologische middelen (nivolumab, pembrolizumab en enzalutamide) is samen verantwoordelijk voor 60 procent van de recente uitgavengroei voor dure geneesmiddelen.<sup>43</sup> De snelle groei van het gebruik van deze nieuwe geneesmiddelen en de beperkte groei van de budgettaire kaders dwingt ziekenhuizen steeds meer om keuzes te maken en kan (daardoor) andere zorgverlening onder druk zetten (verdringing).

Doelmatige zorg is ook afhankelijk van voldoende innovaties. Naast productinnovaties gaat het ook om procesinnovaties. Een voorbeeld is de snelle opkomst van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) sinds de introductie van gereguleerde competitie in 2006. De laatste jaren is de groei van deze instellingen afgevlakt. Een mogelijke oorzaak is dat zorgverzekeraars zich mede als gevolg van de hoofdlijnenakkoorden gedwongen zien om eerst de ziekenhuizen te contracteren, waarna er minder ruimte voor de groei van ZBC's overblijft. Dit wordt in een ander hoofdstuk besproken. Het lijkt er echter op dat de betrokkenheid van zorgverzekeraars bij procesinnovaties beperkt is. Het is het zorgaanbod zelf dat innoveert. Verzekeraars worden er in een latere fase bij betrokken, vaak pas als er extra middelen nodig zijn. Ze zijn dan echter vaak terughoudend – soms terecht, soms niet.<sup>46</sup> Bij innovaties zou in dit opzicht een rol kunnen spelen dat verzekeraars bang zijn zich onvoldoende van hun concurrenten te kunnen onderscheiden, zeker als die concurrenten op de door hen gefinancierde ontwikkeling kunnen meeliften. Al met al lijkt er momenteel sprake van een zekere ‘disbalans’ in de zorginkoop.

## 10.5 Conclusie

Dit hoofdstuk heeft duidelijk gemaakt dat de uitgavenontwikkeling in de curatieve zorg sinds 2012 zeer gematigd is geweest. Er zijn grote onderschrijdingen geweest. Verzekeraars en aanbieders beschikken bovendien over ruim voldoende kapitaal. Omdat 2012 het jaar is waarin de financiële vangnetten verdwenen en de gereguleerde competitie (met als consequentie meer financieel risico) ‘feitelijk’ van start ging, kunnen we stellen dat de positieve ontwikkeling in elk geval deels aan dit stelsel te danken is. Het ‘succes’ lijkt echter vooral toe te schrijven aan enkele aanpassingen op de zuivere

vormen van gereguleerde competitie. Zo bleef de overheid werken met een centraal budgettair kader en maakte ze afspraken met het veld om deze te handhaven. Ook is er sprake van een wettelijk verbod om winst uit te keren, waardoor overtollige middelen niet gemakkelijk uit de zorg kunnen wegvloeien.

De beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven is met name veroorzaakt door scherpe prijsdalingen voor (generieke) geneesmiddelen en door een minder groot zorgvolume in ziekenhuizen en (vooral) de geestelijke gezondheidszorg. Op termijn zit hieraan echter een natuurlijke grens. De prijzen van generieke geneesmiddelen kunnen niet veel verder meer zakken en een vergrijzende samenleving kan niet elk jaar toe met steeds een beetje minder zorg. Bovendien staan ook de technologische ontwikkelingen niet stil. Idealiter zouden we verbeteringen van de doelmatigheid moeten terugzien in prijsverlagingen. De relatief riante compensaties voor stijgende lonen en prijzen zijn echter onaangetast gebleven.

Zorginkoop is het sleutelmechanisme in het model van gereguleerde competitie. Zorgverzekeraars hebben binnen de bestuurlijke kaders van de hoofdlijnenakkoorden inderdaad met actieve inkoop bijgedragen aan een beheerste ontwikkeling van de zorgkosten. Maar er is wel sprake van een zekere 'disbalans'. Verzekeraars zijn minder succesvol geweest bij de inkoop van medisch-specialistische zorg dan bij de inkoop in andere sectoren, met name geneesmiddelen, de geestelijke gezondheidszorg en recentelijk ook de wijkverpleging. Ze zijn met andere woorden veelal niet opgewassen tegen de marktmacht van de grotere ziekenhuizen. Mede hierdoor blijft de substitutie van zorg beperkt. Het is onduidelijk in hoeverre zorginkoop en bestuurlijke akkoorden hebben geleid tot een omslag naar meer gepaste zorg. Wel is duidelijk dat verzekeraars maar een beperkte rol hebben gespeeld bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en bij het stimuleren van innovaties. Dit zal naar verwachting voorlopig zo blijven omdat verzekeraars door een betere kwaliteit van zorg te bieden onvoldoende onderscheidend kunnen zijn en omdat niet duidelijk is hoe ze op dit terrein het 'volledige vertrouwen' van patiënten kunnen krijgen.

Beleidsmakers kunnen op een aantal vlakken nog wel verdere winst boeken. Kwaliteit van zorg is niet onderscheidend genoeg voor het marktaandeel dat zorgaanbieders hebben, dit mede omdat voor verzekerden en patiënten onvoldoende duidelijk is wat goede en minder goede zorg is en welke zorg zij precies nodig hebben. Omdat verzekeraars dit dilemma vanwege een gebrek aan 'vertrouwen' van hun verzekerden niet zelf kunnen oplossen, ligt hier een belangrijke taak voor de overheid. Verzekeraars kunnen aanbieders in hun contracteerbeleid wel 'verleiden' om meer in te zetten op doelmatigheid door beter aan te sluiten bij de intrinsieke motivatie van de bij hen werkende professionals. Tot slot zullen, na inmiddels vijf jaar van relatieve volumebeperkingen, ook de prijzen van de zorg naar beneden moeten.

## Referenties

- 1 Kamerstukken II 2017/18, 34775 XVI, nr. 1-2.
- 2 A.C. Enthoven, 'The history and principles of managed competition.' *Health Affairs*, 1993;12:24-48 (supplement).

- 3 Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Bereidheid tot verandering*, Den Haag: Distributiecentrum Overheidspublicaties, maart 1987.
- 4 J.A.M. Maarse, *Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid*, Maastricht: Maastricht University, 2011.
- 5 J-K. Helderma, *Bringing the Market Back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health care*, Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2007.
- 6 W.P.M.M. van de Ven, K. Beck, F. Buchner, E. Schokkaert, F.T. Schut, A. Shmueli en J. Wasem. 'Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets. Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?', *Health Policy*, 2013;109:226-45.
- 7 'Waarom zorgverzekeraars met liefde de boeman uithangen', *De Correspondent*, 2 april 2015.
- 8 W.A. Niskanen Jr., *Bureaucracy and representative government*, New Brunswick: AldineTransaction, 2007.
- 9 J.A.M. Maarse, P.P.T. Jeurissen en D.W. Ruwaard, 'Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review', *Health Economics, Policy, and Law*, 2016;1:1-20.
- 10 P.P.T. Jeurissen en J.T. Trienekens, 'Leidt gereguleerde competitie tot betaalbare zorg?' *TPE-Digitaal*, 2014;8(2):18-30.
- 11 Kamerstukken II 2006/07, 31031.
- 12 Kamerstukken II, 24 maart 2009, Aanvullend beleidsakkoord bij Samen werken, samen leven.
- 13 B. Kiers, 'Circus rond IJsselmeerziekenhuizen', *Zorgvisie*, 4 februari 2009.
- 14 P.P.T. Jeurissen, *Steeds meer zorg, een betaalbare oplossing?*, Nijmegen: Radboud Universiteit, 2016.
- 15 Nederlandse Zorgautoriteit, *Markscan en beleidsbrief Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2009-2013*, Utrecht: NZA, 2013.
- 16 Skipr, *Investerings ziekenhuizen lopen terug*, 18 september 2017.
- 17 Kamerstukken II, Jaarverslagen VWS (2017 is een voorlopige raming).
- 18 Algemene Rekenkamer, *Zorgakkoorden. Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*, Den Haag: 2016.
- 19 SiRM – Celsus Academie – Talma Institute, *Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden*, Den Haag: 2017.
- 20 *Curatieve zorg 2.0 (rapport brede heroverwegingen, werkgroep 11)*, Den Haag: april 2010.
- 21 Nederlandse Zorgautoriteit, *Markscan zorgverzekeringsmarkt 2017*, Utrecht: NZA, 2017.
- 22 B. Ravesteijn, E.B. Schachar, A.B. Beekman, R.T.J.M. Janssen en P.P.T. Jeurissen, 'Association of cost-sharing with mental healthcare use, involuntary commitment and acute care', *JAMA Psychiatry*, 2017;74(9):932-39.
- 23 KPMG, *Monitor generalistische basis ggz. Verslagperiode 2011-2015*, 2017.

- 24 T. van Esch, A.E.M. Brabers, Ch. van Dijk, L. Gusdorf, P. Groenewegen en J.D. de Jong, 'Increased cost sharing and changes in non-compliance with specialist referrals in the Netherlands', *Health Policy*, 2016;121(2):180-88.
- 25 Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen, *25 jaar patiënt in beeld. Branche-rapport algemene ziekenhuizen 2016*, Utrecht: 2016.
- 26 Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen, *Ziekenhuiszorgcijfers.nl. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2017*, Utrecht: 2017.
- 27 Nederlandse Zorgautoriteit, *Marktscan medisch specialistische zorg 2016*, Utrecht: NZA, 2017.
- 28 Nederlandse Zorgautoriteit, *Marktscan acute zorg 2017*, Utrecht: NZA, 2017.
- 29 Nederlandse Zorgautoriteit, *Marktscan eerste lijn 2016*, Utrecht: NZA, 2017.
- 30 www.cbs.nl; geraadpleegd op 31 december 2017.
- 31 NIVEL, *Zorg door de huisarts. Jaarcijfers 2016 en trendcijfers 2011-2016*, Utrecht: NIVEL, 2017.
- 32 E. McCallum, *De Nederlandse Apotheek. Efficiënt in hoogwaardige kwaliteit*, 2017.
- 33 Dutch Hospital Data (DHD), *Rapport Kostenontwikkeling 2016*, december 2017.
- 34 Nederlandse Zorgautoriteit, *Monitor en beleidsbrief zorginkoop*, Utrecht: NZA, 2014.
- 35 N. Stadhouders, H. Maarse, X. Koolman, M. Tanke en P. Jeurissen, 'Does managed competition improve active purchasing? Effects of purchaser system on market dynamics', ingediend ter publicatie, 2018.
- 36 N.S. Stadhouders, J.A.M. Kremer, P.P.T. Jeurissen en M.A. Tanke, 'Marktprikkels verbeteren zorg niet bij reageerbuisbevruchting', *Economische Statistische Berichten*, 2017;102(4755):546-49.
- 37 K. van Mens, J. Lokkerbol, R. Janssen, M.L. van Orden, M. Kloos en B. Tiemens, 'A Cost-Effectiveness Analysis to Evaluate a System Change in Mental Healthcare in the Netherlands for Patients with Depression or Anxiety', *Administration in Mental Health and Mental Health Service Research*, 2017: <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0842-x>
- 38 E. Oberjé, M. Tanke, W. van Dijk en P.P.T. Jeurissen, *De relatie tussen behandelduur en behandel succes in de GGZ*, Nijmegen: Celsus Academie voor Betaalbare Zorg, 2016.
- 39 Algemene Rekenkamer, *Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg*, Den Haag: 2017.
- 40 M. Harmsen, F. Vlaanderen, J.W. Weenink, P.P.T. Jeurissen, G.P. Westert en P. van der Wees, *Factoren van invloed op het voorschrijfgedrag van artsen en het aflevergedrag van apothekers*, Nijmegen: IQ healthcare, 2017.
- 41 Nederlandse Zorgautoriteit, *Monitor contractering wijkverpleging*, Utrecht: 2017.
- 42 F.A. Sloan en Ch.R. Hsieh, *Health Economics*, (tweede druk), The MIT press, 2016.

- 43 T.E.M. van Esch, A.E.M. Brabers, Ch. van Dijk, L. Gusdorf, P. Groenewegen en J.D. de Jong, *Inzicht in zorg mijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*, Utrecht: NIVEL, 2015.
- 44 Dutch Hospital Data (DHD), *Rapport Kostenontwikkeling 2016*, december 2017.
- 45 Nederlandse Zorgautoriteit, *Monitor geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg*, Utrecht: NZA, 2017.
- 46 B.R. Bloem, L.M. Rompen, N.M. de Vries, A. Klink, M. Munneke en P.P.T. Jeurissen, 'ParkinsonNet: a low-cost health care innovation with a systems approach from the Netherlands', *Health Affairs*, 2017;36(11):1987-96.

## 11. Betaalbaarheid door meer preventie

Luc Hagens en Niek Klazinga

### Kernboodschappen:

- Preventie kan bijdragen aan betaalbare zorg, door de potentiële dreiging van gebrek aan noodzakelijke onderlinge solidariteit bij de financiering van zorg weg te nemen, en als een kosteneffectieve manier voor het bereiken van meer gezondheid
- Preventie kan op de korte termijn zorgkosten verlagen; op de langere termijn zijn de effecten onzeker
- De praktijk van preventiebeleid is weerbarstig: er is vaak geen duidelijk probleemgenootschap, prikkels ontbreken en politieke *windows of opportunity* zijn niet altijd aanwezig
- Gezondheidsbevordering op of via het werk verdient aandacht, omdat we 'ouder' en 'zieker' worden terwijl de pensioenleeftijd stijgt. Populatiemanagement vormt voor preventie in de zorg een veelbelovende benadering

### 11.1

#### Inleiding

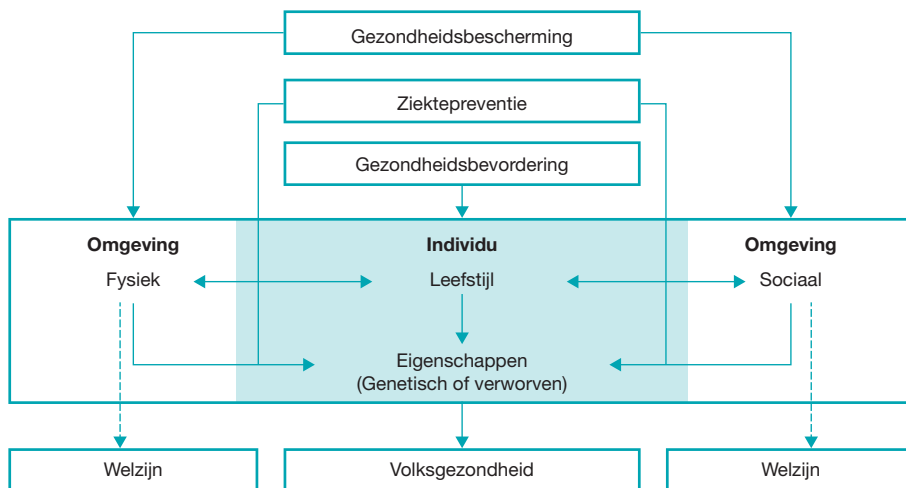
Wie is verantwoordelijk voor de grootste medische doorbraak sinds 1840? Volgens de *British Medical Journal (BMJ)* was dat geen arts of biomedisch wetenschapper, maar een advocaat genaamd Edwin Chadwick. Chadwick maakte zich in de negentiende eeuw met succes sterk voor riolering en schoon drinkwater, wat in een poll onder lezers van de *BMJ* in 2007<sup>1</sup> op de meeste stemmen kon rekenen van in totaal 15 medische mijlpalen. De ontdekking van antibiotica kwam als nummer 2 uit de bus, gevolgd door de ontdekking van vaccinaties en DNA.

Chadwick handelde niet zozeer uit altruïstische motieven, maar had als auteur van de Britse armenwet van 1834 vooral voor ogen de belastingdruk te verminderen. Het ontbreken van riolering veroorzaakte namelijk veel sterfte aan infectieziekten. Ook kostwinnaars overleden aan tuberculose en andere te voorkomen ziekten, en zij lieten families achter die een beroep deden op de zich ontwikkelende verzorgingsstaat.<sup>2</sup>

Sinds de negentiende eeuw zijn de uitdagingen op het gebied van preventie veranderd. Sanitaire voorzieningen en andere vormen van gezondheidsbescherming worden tegenwoordig als vanzelfsprekend gezien, en ziektepreventie heeft sinds de tweede helft van de twintigste eeuw flinke gezondheidswinst opgeleverd. De uitdaging van deze tijd ligt vooral op het vlak van gezondheidsbevordering gericht op individueel gedrag en op de inrichting van een leefomgeving die gezond gedrag stimuleert.<sup>3</sup> De reikwijdte van preventie is dus vergroot, maar het blijft belangrijk om preventieve maatregelen in samenhang met elkaar te zien (zie Figuur 11.1).



**Figuur 11.1** Kader voor preventie



Bron: RIVM, 2007.<sup>4</sup>

De focus van preventie is dus veranderd, maar ook vandaag de dag wijzen leken en experts regelmatig op het potentieel van preventie om de sociale voorzieningen betaalbaar te houden. Dit hoofdstuk behandelt de vraag of preventie een bijdrage kan leveren aan de betaalbaarheid van de zorg. We beantwoorden deze vraag in twee etappes. In het eerste deel van dit hoofdstuk onderzoeken we of meer gezondheid door middel van preventie een positieve invloed heeft op de betaalbaarheid van de zorg. In het tweede deel beschrijven we vanuit een bestuurskundig en politiek perspectief de factoren die preventie bevorderen en belemmeren. In onze analyse hanteren we het begrippenkader uit box 11.1. Dit is gebaseerd op het leerboek *Volksgezondheid en gezondheidszorg*<sup>5</sup> en op het oordeel van het voormalige College voor Zorgverzekeringen over de vormen van preventie die onder verzekerde zorg vallen<sup>6</sup>.

### Box 11.1 Definities van preventie

Preventieve maatregelen kunnen worden onderscheiden naar 1) type maatregel, 2) stadium van de ziekte en 3) doelgroep. Preventiebeleid wordt door verschillende partijen uitgevoerd: publieke partijen als ggd'en, private partijen als verzekeraars en individuen.

1) De indeling naar type maatregel maakt onderscheid tussen:

- Gezondheidsbescherming (het beschermen van de hele bevolking of van risicogroepen tegen blootstelling aan factoren waarop een individu geen invloed heeft);
- Ziektepreventie (vroeg diagnosticeren en behandelen van een specifieke ziekte);
- Gezondheidsbevordering (bevorderen van gezond gedrag).<sup>5</sup>

2) Bij de indeling naar het stadium van de aandoening waarin preventief wordt ingegrepen, wordt onderscheid gemaakt tussen:

- Primaire preventie (voorkomen van ziekte bij gezonde mensen);

- Secundaire preventie (ziekten of afwijkingen vroegtijdig opsporen bij mensen met een verhoogd risico);
- Tertiaire preventie (voorkomen van ziekteverergering bij patiënten).<sup>5</sup>

3) De indeling naar doelgroep wordt gebruikt om te bepalen wanneer preventie onder verzekerde zorg valt. Bij universele preventie (gericht op de gehele bevolking) en selectieve preventie (gericht op een groep met verhoogd risico) is dat niet het geval, en zijn gemeenten of de Rijksoverheid verantwoordelijk. Bij geïndiceerde preventie (gericht op een individu met een verhoogd risico) en zorggerelateerde preventie (voorkomen van verergering van bestaande ziekten bij individuen) zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk.<sup>6</sup>

## 11.2 Bevordert langer gezond leven de betaalbaarheid van de zorg?

De gezondheidszorg is de laatste decennia spectaculair verbeterd, met als keerzijde stijgende zorgkosten. Een belangrijke verklaring hiervoor is dat we tegelijk ‘gezonder’ en ‘zieker’ worden. Door medische vooruitgang daalt de sterfte van chronisch zieken, waardoor chronische ziekten vaker voorkomen en de totale zorgvraag dus toeneemt. Gruenberg<sup>7</sup> beschreef dit eerder als *the failure of success*. Het uitstellen van sterfte door preventie bevordert dit proces, waarmee preventie op het eerste gezicht niet bijdraagt aan betaalbare zorg.

Deze redenering vertelt echter niet het hele verhaal. Fries<sup>8</sup> voorspelde in 1980 dat uitstel van chronische ziekte dankzij preventie op termijn kan leiden tot compressie van morbiditeit. Sterfte wordt immers steeds meer onvermijdbaar naarmate de leeftijd vordert, maar wanneer daar een sterkere toename van het aantal gezonde levensjaren tegenover staat, kan dit betekenen dat de totale ziektelast juist daalt. Bovendien gaat betaalbare zorg niet alleen over *zorgkosten*, maar ook over het *kunnen* en *willen* betalen van zorg (zie hoofdstuk 1). In dit hoofdstuk lichten we toe hoe preventie al deze aspecten beïnvloedt.

### 11.2.1 Macro-economische effecten van ongezondheid en preventie

#### ***Kortetermijneffecten op zorgconsumptie***

Ongezonder gedrag veroorzaakt extra zorgkosten, vooral op de korte termijn. Zo hebben rokers in Nederland op jaarbasis € 3,5 miljard euro hogere zorgkosten dan niet-rokers<sup>9</sup>; bijna 4 procent van de totale zorguitgaven. Obesitas veroorzaakt 1 tot 2,5 procent van de zorgkosten in Canada en de Europese Unie<sup>10</sup>, en overmatig drankgebruik 1,2 procent van de totale zorgkosten in de VS<sup>11</sup>. Als we daar de zorgkosten als gevolg van andere vormen van ongezond gedrag (bijvoorbeeld drugsgebruik, ongezonde voeding, onveilige seks) en risicofactoren als luchtvervuiling bij optellen, wordt duidelijk dat veel zorgkosten het gevolg zijn van gezondheidsklachten die in principe voorkomen hadden kunnen worden.

#### ***Langetermijneffecten op zorgconsumptie***

De zorgkosten van een ongezonde leefstijl gemeten over de hele levensloop leveren een meer genuanceerd beeld op. Er lijkt wetenschappelijke consensus te bestaan over het

feit dat rokers gedurende hun leven uiteindelijk minder zorgkosten maken dan niet-rokers.<sup>12</sup> Voor obesitas bestaat die consensus niet. Amerikaanse studies suggereren dat mensen met obesitas daar ondanks hun kortere levensduur hoger dan gemiddelde zorgkosten hebben<sup>13</sup>, maar in Nederland zijn die kosten lager.<sup>14</sup> Het radicaal uitbannen van overgewicht zal in ieder geval over een langere termijn meer netto zorgkosten besparen dan het radicaal uitbannen van roken. Relatief veel ziekten gerelateerd aan roken zijn namelijk ‘goedkoop’, omdat ze ernstig van aard zijn en snel sterfte veroorzaken. Longkanker is een bekend voorbeeld. De uitbanning van roken veroorzaakt dus op korte termijn een besparing van zorgkosten, maar deze wordt al snel ongedaan gemaakt door de stijgende kosten van ‘vervangende ziekten’ op latere leeftijd. Overgewicht veroorzaakt vaker chronische ziekten (diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker), waardoor uitbanning van overgewicht langer een besparing van kosten oplevert voordat ‘vervangende’ ziekten deze besparing al dan niet ongedaan maken.<sup>12</sup>

Langer gezond blijven lijkt uiteindelijk dus extra zorguitgaven te veroorzaken of leidt in het gunstigste geval tot even hoge kosten. Toch verdient deze conclusie twee methodologische kanttekeningen. Ten eerste zijn voor andere risicofactoren dan roken en overgewicht nog nauwelijks studies verricht naar de zorgkosten gedurende de hele levensloop. Ten tweede wordt aangenomen dat externe factoren gelijkblijven. Ontwikkelingen in beleid, technologie en andere contextvariabelen worden daarmee buiten beschouwing gelaten. Voor roken geldt echter dat de zorgkosten snel toenemen door nieuwe dure medicijnen voor longkanker.<sup>9</sup> Wanneer de gezonde levensverwachting sneller stijgt dan de absolute levensverwachting, kan gezondheidsbevordering zoals eerder beschreven bovendien leiden tot een kortere ziekteperiode op latere leeftijd.<sup>8</sup> Ook speelt het toekomstige zorgaanbod mee. Als bijvoorbeeld de ouderenzorg minder uitgebreid wordt, dalen de zorgkosten van ouderdomskwalen waardoor preventie eerder kostenbesparend kan uitpakken.

### ***Langetermijneffecten op zorglasten en risicosolidariteit***

Wanneer mensen langer leven, betalen ze langer premies en belastingen. Dit aspect wordt meestal niet meegenomen in studies naar de zorgkosten van risicofactoren. Deze benadering maakt tevens de risicosolidariteit zichtbaar, en is toegepast door het Centraal Planbureau (zie Tabel 11.1).<sup>15</sup>

**Tabel 11.1** Zorggebruik en zorglasten (Zvw & AWBZ) per opleidingsgroep gedurende de hele levensloop, gemiddeld per jaar in euro

	Basisschool	Vmbo	Mbo/havo/vwo	Hbo/wo
Zorggebruik	3.200	3.200	2.200	2.000
Zorglasten (premie Zvw, contributies Zvw & AWBZ)	1.800	2.200	2.900	4.000
Netto gebruik	1.400	1.000	-700	-1.900

Bron: CPB, 2013.<sup>15</sup>

Waar hoogopgeleiden (hbo/wo) over hun hele leven gemiddeld per jaar € 1900 meer aan zorglasten dragen dan dat ze van zorg gebruikmaken, gebruiken laagopgeleiden (basisonderwijs) jaarlijks € 1400 meer aan zorg dan dat ze ervoor betalen. Hoogopgeleiden zijn dus wat de zorg betreft relatief duurder uit dan laagopgeleiden. Dit heeft drie oorzaken. Ten eerste maken zowel hoogopgeleiden als laagopgeleiden vooral zorgkosten aan het einde van hun leven, maar omdat laagopgeleiden korter leven, is hun gemiddelde zorggebruik per levensjaar hoger. Ten tweede betalen hoogopgeleiden als gevolg van hun langere leven langer premie. Ten derde zijn hun zorglasten hoger dan die van lager opgeleiden als gevolg van de zorgtoeslag en de inkomensafhankelijke premie voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

### ***Macro-economische effecten buiten de zorg***

Tabel 11.1 is incompleet, omdat meer gezondheid en een langer leven ook buiten de zorg kosten en baten met zich meebrengen, bijvoorbeeld bij de pensioenen. Studies naar de kosten van ziekten pogen deze te kwantificeren voor specifieke ziekten of risicofactoren, terwijl met maatschappelijke kosten-batenanalyses beleidsmaatregelen worden doorgerekend. Deze studies maken onderscheid tussen ‘harde en zachte’ euro’s. In zachte euro’s wordt de geldelijke waardering uitgedrukt voor de waarde die mensen toekennen aan immateriële zaken als gezondheid; harde euro’s duiden de kosten en baten aan van materiële zaken die in de portemonnee worden gevoeld, zoals arbeidsproductiviteit. We nemen eerst de harde euro’s onder de loep.

In Nederland zijn dit soort studies onlangs uitgevoerd voor roken<sup>9</sup> en alcohol.<sup>16</sup> De materiële kosten en baten van roken ontlopen elkaar niet veel: netto kost roken € 2,3 miljard meer dan het oplevert. De kosten worden vooral veroorzaakt door ziekteverzuim (€ 1,4 miljard), een lagere productiviteit (€ 2,2 miljard) en arbeidsongeschiktheid (€ 1 miljard). Roken kost ook geld doordat rokers minder zorgpremie betalen (€ 1,5 miljard), door brandschade (€ 0,2 miljard) en de productie van rookwaren (€ 1,7 miljard). Doordat wordt aangenomen dat rokers gemiddeld twee jaar eerder met pensioen gaan dan niet-rokers, gaat € 5 miljard verloren aan productiviteit en wordt € 1,7 miljard minder opgehaald aan pensioenpremies.

Roken kent ook baten. Ten eerste hebben rokers als gevolg van hun lagere levensverwachting een lager zorggebruik (€ 5,1 miljard) en gebruiken ze minder mantelzorg (€ 1,1 miljard). Bovendien consumeren rokers minder, wat € 6 miljard oplevert. De accijns en de btw (€ 3,4 miljard) kunnen in deze berekening tegen elkaar worden weggestreept omdat het kosten zijn voor rokers, maar baten voor de overheid. Vestzak-broekzak dus, maar wel van de broekzak van rokers naar de vestzak van niet-rokers. Een vergelijkbare studie naar alcohol maakt geen separate berekening van de materiële kosten en baten. Omdat deze studie tijdens het schrijven van dit hoofdstuk nog niet was afgerond, kunnen we geen bedrag noemen van de netto materiële kosten van alcoholgebruik. De voorlopige resultaten maken wel duidelijk dat roken fors duurder is dan drinken. Tegenover de genoemde € 2,2 miljard aan productiviteitsverlies als gevolg van roken staat een bedrag van € 1,6 miljard door alcoholgebruik.

In de VS zijn veel kosten-batenanalyses uitgevoerd naar maatregelen op het vlak van dieet en fysieke activiteit.<sup>17</sup> Deze studies nemen meestal slechts enkele factoren mee, maar geven aan dat obesitas en gerelateerde risicofactoren de arbeidsinzetbaarheid verminderen. Mensen met obesitas werken minder vaak, verdienen tot 18 procent minder dan mensen zonder obesitas in dezelfde functie, verzuimen meer en langer, en het productiviteitsverlies doordat zij ziek op het werk verschijnen (presenteïsme) is 12 procent hoger.<sup>18</sup> Vanzelfsprekend is de impact groter als ook overgewicht wordt meegenomen, maar kleiner in andere landen omdat de VS internationaal koploper is op het gebied van overgewicht en obesitas.

Ook geestelijke gezondheidsklachten hebben impact op de arbeidsinzetbaarheid. Mensen met zware geestelijke gezondheidsklachten zijn drie tot vier keer zo vaak werkloos en mensen met lichte klachten bijna twee keer zo vaak als mensen zonder zulke klachten.<sup>18</sup> Bij werkenden leiden psychische problemen als depressiviteit soms tot verzuim, maar een groot deel van de impact van het probleem blijft buiten beeld, omdat deze mensen meestal gewoon naar hun werk komen maar daar ondermaats presteren. Zo bleek uit Amerikaans onderzoek dat 81,1 procent van de totale verloren productieve tijd kan worden verklaard door verminderd presteren op het werk.<sup>19</sup>

### ***Werk, werk, werk***

Kosten-batenanalyses wijzen dus op een samenhang tussen gezondheid en arbeidsinzetbaarheid. Robert Fogel won in 1993 de Nobelprijs met die conclusie, toen hij berekende dat zo'n 30 procent van de economische groei in het Verenigd Koninkrijk sinds de industriële revolutie te danken is geweest aan betere voeding en gezondheid.<sup>20</sup> Dit is belangrijk voor de betaalbaarheid van de zorg, omdat een productievere en daarmee welvarender bevolking hogere collectieve lasten kan dragen.

Twee ontwikkelingen onderstrepen het belang van gezonde werkenden. Ten eerste zal hun aandeel in de bevolking door de vergrijzing afnemen, waardoor het financiële beroep op werkenden om voorzieningen als de zorg in stand te houden, groter wordt. Ten tweede wordt de periode waarin mensen een chronische ziekte hebben steeds langer<sup>21</sup>, terwijl we van meer ouderen verwachten dat zij langer blijven werken door de pensioenleeftijd aan de levensverwachting te koppelen. Maar 'langer doorwerken' is niet voor iedereen even vanzelfsprekend: diverse beroepen met zware fysieke belasting en weinig zelfautonomie hebben een negatieve impact op de gezondheid, zeker op oudere leeftijd.<sup>22,23</sup> Dit maakt preventie met het oog op duurzame inzetbaarheid bij bepaalde beroepen extra belangrijk.

Tenslotte wijzen we nog op het belang van gezondheid voor informele economische activiteiten, zoals oppassen of mantelzorg. Studies nemen zulke factoren meestal niet mee in de beschouwing, waardoor een belangrijk effect van langer gezond blijven in de berekeningen onderbelicht blijft.

## **11.2.2 De waarde van gezondheid**

In de voorgaande analyse hebben we het wellicht belangrijkste element van preventie nog niet aan de orde gesteld: mensen hechten veel waarde aan gezondheid en zijn

bereid om er de portemonnee voor te trekken. Voormalig president van Frankrijk Nicolas Sarkozy dacht dat kennelijk ook, toen hij in 2008 advies vroeg aan een commissie onder leiding van Nobelprijswinnaar Joseph Stiglitz over de vraag hoe economisch presteren en sociale vooruitgang kunnen worden uitgedrukt in meer dan alleen de groei van het verdienvermogen.<sup>24</sup> Een belangrijke maatstaf om welzijn te meten is de kwaliteit van leven, en gezondheid is daarvan een belangrijk element. De registratie van ziekte en risicofactoren voor de gezondheid en van de impact ervan op de kwaliteit van leven laat echter nog te wensen over.<sup>25</sup> Dit werkt belemmerend voor beleid gericht op preventie, want als de maatschappelijke vraag niet te kwantificeren valt, kan dat beleidsmakers huiverig maken om schaarse financiële en politieke middelen ervoor in te zetten.

Toch hebben onderzoekers een kwantitatieve duiding gegeven aan de immateriële baten van gezondheid, waarmee we zijn aangekomen bij de ‘zachte euro’s’ uit de studies naar ziektekosten. Voor roken is het duidelijk: waar materiële kosten en baten elkaar niet veel ontlopen, kost roken de samenleving € 33 miljard netto als rekening wordt gehouden met aan de ene kant de negatieve waardering van verloren levensjaren (€ 24,3 miljard) en het verlies aan kwaliteit van leven (€ 11 miljard), en aan de andere kant de positieve waardering van het rookgenot (€ 4,6 miljard).<sup>9</sup> Dit bedrag zal voor alcoholgebruik waarschijnlijk lager liggen, doordat de kosten van verloren levensjaren (€ 2,1 miljard) en een mindere kwaliteit van leven (€ 1 miljard) aanzienlijk lager liggen dan die voor roken. Voor alcohol kunnen we echter geen totaalbedrag noemen omdat aan deze studie tijdens het schrijven van dit hoofdstuk nog werd gewerkt.<sup>16</sup> Er was namelijk kritiek op de berekening gekomen: de immateriële private kosten (het gezondheidsverlies) waren apart opgevoerd maar tegelijkertijd ook afgetrokken van het consumentensurplus.<sup>26</sup> Deze kritiek geeft aan dat het geen sinecure is om alle kosten en baten van ongezond gedrag op een verantwoorde wijze te meten. Bovendien vraagt de weging van de immateriële kosten en baten van gezondheid om een normatief oordeel over de waarde van een gezond leven, die van persoon tot persoon sterk kan verschillen.

### ***Kosteneffectiviteit van preventie***

Er is ook onderzocht hoe kosteneffectief preventieve interventies zijn. Het RIVM verzamelt studies hiernaar in een literatuurdatabase<sup>27</sup> en daaruit ontstaat het beeld dat preventie buitengewoon kosteneffectief is. Uit 80 procent van de studies komt naar voren dat preventie per gewonnen gezond levensjaar (QALY) minder dan € 50.000 per jaar kost; 60 procent komt zelfs uit op minder dan € 20.000 per QALY. Daarmee is preventie doelmatiger en goedkoper dan bijvoorbeeld ziekenhuiszorg, die gemiddeld op € 73.600 per QALY geschat wordt (zie hoofdstuk 15). Er bestaan overigens ook opmerkelijk grote verschillen tussen de kosten van preventieve en curatieve ingrepen voor bepaalde aandoeningen. Zo wordt geschat dat rookpreventieve interventies ongeveer 100 keer meer kosteneffectief zijn vergeleken met de behandeling van longkanker.

Deze hoge kosteneffectiviteit verdient wel een methodologische kanttekening. Onderzoek naar curatieve zorg kent een korte tijdshorizon doordat beter worden het doel

is, terwijl onderzoek naar preventie een lange tijdshorizon kent doordat gezond blijven het doel is. Hiervoor zijn grotere onderzoekspopulaties nodig, terwijl de deelname aan preventieve interventies niet altijd goed te voorspellen is. Hierdoor bevatten kosteneffectiviteitsstudies aannames die niet altijd op evenveel bewijs berusten.<sup>12</sup> Dit heeft zijn weerslag op het beleid, omdat imperfecte kennis goede besluitvorming kan verhinderen.

### 11.2.3 **Beperkte solidariteit bij ongezonde leefstijl**

De relatie tussen preventie en de betaalbaarheid van de zorg blijkt complex: zorgkosten nemen op de korte termijn wel, maar op de lange termijn waarschijnlijk niet af. De materiële baten zijn groot, maar liggen buiten het zorgdomein; immateriële baten en kosteneffectiviteit zijn vaak moeilijk te kwantificeren. Afhankelijk van het perspectief en de soort preventie kunnen dus verschillende conclusies worden getrokken.

Voor leken ligt het simpeler: mensen betalen niet graag mee aan zorgkosten als gevolg van een ongezonde leefstijl. Ongeveer de helft van de Nederlanders vindt dat rokers en mensen die veel drinken een hogere zorgpremie moeten betalen. Daar staat tegenover dat slechts 3 procent vindt dat deze hoger moet zijn voor mensen met een laag inkomen. Slechts 5 procent vindt dat mensen met een niet zo goede gezondheid meer premie moeten betalen.<sup>28</sup> Er is dus minder solidariteit met mensen die ongezond leven dan met mensen met een laag inkomen. Dat is opmerkelijk omdat rokers en drinkers via het betalen van accijnzen geld overhevelen naar mensen die niet roken en drinken. Rijkere en gezondere mensen betalen juist veel meer voor zorg ten opzichte van het gebruik dat zij ervan maken (zie Tabel 11.1). Omgekeerd geldt dat rokers meebetalen aan de pensioenen van niet-rokers omdat de pensioenpremie geen rekening houdt met verschillen in levensverwachting.

Hoewel dit lekenperspectief de eerder uiteengezette complexiteit sterk reduceert, is het van belang voor de ervaren zorglasten en voor de bereidheid om bij te dragen aan zorgpremies. Ook die bereidheid is belangrijk om de zorg voor iedereen betaalbaar te houden.

## 11.3 **Meer preventie door verantwoordelijkheidstoedeling, prikkels en populaties**

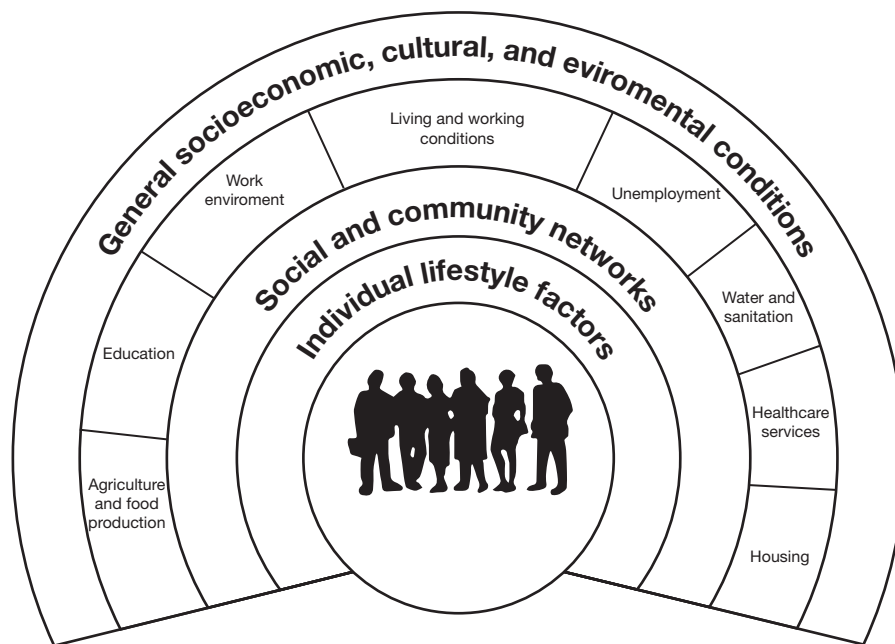
Preventie is belangrijk omdat mensen veel waarde hechten aan gezondheid en omdat het de mogelijkheid en bereidwilligheid om voor zorg te betalen bevordert. De beleidspraktijk op het gebied van preventie blijkt echter weerbarstig. De vraag naar preventie is latent aanwezig, maar er zijn vaak meerdere partijen bij betrokken, waardoor er geen duidelijke probleemeigenaar is. Wat dit voor gevolgen heeft voor preventiebeleid werken we nader uit voor intersectoraal gezondheidsbeleid en voor preventie binnen de gezondheidszorg.

### 11.3.1 **Betaalbaarheid door intersectoraal gezondheidsbeleid**

De gezondheid van een individu wordt op allerlei manieren beïnvloed. Een mens maakt keuzes over zijn of haar leefstijl, keuzes die worden beïnvloed door de sociale en

fysieke omgeving en die een directe impact hebben op de gezondheid. Een veelgebruikt model om de verschillende determinanten van gezondheid weer te geven, is het Dahlgren-Whitehead model (zie Figuur 11.2).<sup>29</sup>

**Figuur 11.2** Dahlgren-Whitehead model met determinanten van gezondheid<sup>29</sup>



Slechts één domein heeft gezondheid als expliciet doel: de gezondheidszorg. In andere domeinen is gezondheid hooguit een subdoel en niet het einddoel voor de verantwoordelijke vakministeries, een stand van zaken die wordt weerspiegeld in de organisatie van regionale en lokale overheden. De financiële sector is zo'n sector die op het eerste gezicht weinig van doen heeft met gezondheid, maar 'stiekem' toch invloed heeft. Zo veroorzaakte de recente bankencrisis een toename van het aantal zelfmoorden, verkeersongevallen en uitbraken van infectieziekten. Dit effect was groter in Zuid-Europa, waar bezuinigingen de toegang tot zorg en sociale zekerheid verslechterden, terwijl het juist kleiner was in IJsland waar veel minder sterk werd bezuinigd.<sup>30</sup> Een sociaal vangnet kan dus ook als gezondheidsbescherming worden aangemerkt.

Dit roept de vraag op wie nu eigenlijk verantwoordelijk zijn voor de vele determinanten van gezondheid. Logischerwijze wordt deze rol allereerst toegeschreven aan ministeries op het gebied van de volksgezondheid, maar deze zitten bijvoorbeeld bij een bankencrisis niet aan de knoppen. Bovendien worden ministeries financieel en politiek vooral afgerekend op datgene waarvoor zij primair verantwoordelijk zijn. Dit belemmert intersectoraal gezondheidsbeleid<sup>31</sup>, doordat een beleidsinvestering van het ene domein gemakkelijk kan resulteren in baten bij andere domeinen. Dit bestuurlijke



*wrong-pocket* probleem maakt van intersectoraal gezondheidsbeleid zeker geen makkelijke strategie voor een gezondheidsministerie waar het in toom houden van de zorgkosten hoge prioriteit geniet.

Een snelle oplossing voor dit probleem van de verantwoordelijkheidstoedeling bestaat niet. Een kleine stap kan worden gezet door beter in kaart te brengen wat de opbrengsten van preventiemaatregelen zijn voor verschillende beleidsterreinen, zodat men zich er bij de betrokken overheidsorganen meer van bewust wordt. Maatschappelijke kosten-batenanalyses zijn hier – ondanks hun methodologische manco's – een hulpmiddel voor.

Vanuit het perspectief van betaalbaarheid is vooral de integratie van gezondheidsbeleid en sociale zekerheidsbeleid belangrijk. Ongezondheid zet het arbeidsvermogen onder druk, en deze druk neemt toe bij chroniciteit en langer doorwerken. Deze relatie kent een sterke empirische basis, en met de collectieve zorgverzekeringen bestaat al een instrument om via het werk extra op preventie in te zetten. Minder goed bekend is echter hoe gezondheid op of via het werk bevorderd kan worden. Ministeries van Gezondheid en Sociale Zaken zouden daarom op dit gebied een stevige kennisinfrastructuur moeten ontwikkelen, waarvan werkgevers, werknemers, bedrijfsartsen, human resources professionals en de zorgsector bij hun streven naar betere preventie gebruik kunnen maken.

### 11.3.2

#### Betaalbaarheid door populatiegerichte gezondheidszorg

Figuur 11.2 suggereert misschien dat de bijdrage van de gezondheidszorg aan gezondheid marginaal is. Dat is niet het geval: zorg heeft zelfs de grootste bijdrage geleverd aan de stijgende levensverwachting in de voorbije decennia.<sup>32</sup> Tegelijkertijd luidt de kritiek dat de gezondheidszorg te weinig nadruk legt op preventie. Deze discussie heeft een flinke impuls gekregen door de hernieuwde aandacht voor 'positieve gezondheid', een herformulering van de WHO-definitie uit 1948, waarbij het bredere welbevinden van mensen centraal staat in plaats van uitsluitend de afwezigheid van fysiek ongemak of ziekte.<sup>33</sup> Omdat bij preventie in de zorg wel sprake is van een duidelijke bestuurlijke probleemeigenaar – ministeries van Gezondheid gaan erover – lichten we problemen en oplossingsrichtingen bij deze vorm van preventie uitgebreider toe.

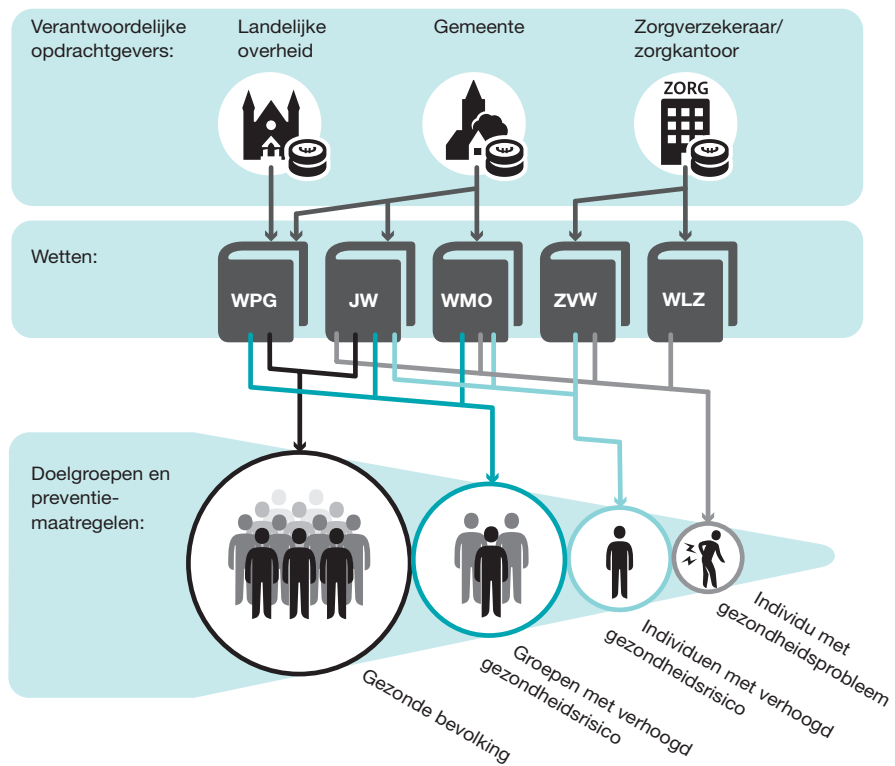
#### **Probleemanalyse**

De organisatie en de financiering van de zorg zijn er de oorzaak van dat het curatieve aspect – het beter maken van zieke mensen – nog steeds centraal staat in de gezondheidszorg. Er bestaan separate financieringsstromen voor zorgprofessionals en zorginstellingen, maar die hangen grotendeels af van zorgvolumes in plaats van dat ook wordt gekeken naar gezondheidsverbetering. De baten van preventieve investeringen komen bovendien niet altijd bij de investeerder zelf terecht doordat er meerdere zorgfinanciers zijn. Dit speelt bijvoorbeeld tussen verzekeraars en gemeenten, en tussen verzekeraars onderling omdat mensen naar een andere verzekeraar kunnen overstappen. In de zorg is de *wrong-pocket* problematiek dus eveneens aan de orde, een problematiek die nog wordt versterkt doordat de kosten van preventie vaak voor

de baten uit gaan. Dat vergt kennis over kosteneffectiviteit, maar die ontbreekt of kent methodologische hiaten. Ook zijn nog niet alle zorgprofessionals bereid om preventief te handelen, als gevolg van cultuurverschillen en de hoge werkdruk.<sup>34</sup>

Figuur 11.3 geeft helder weer welke vormen van preventie voor de verantwoordelijkheid van welke zorgfinanciers komen. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor zorggerelateerde en geïndiceerde preventie, gemeenten voor groepen en individuen met een verhoogd gezondheidsrisico, en gemeenten of de landelijke overheid voor universele preventie.

**Figuur 11.3** Schematische weergave doelgroepen en preventiemaatregelen, wetten en financiers in Nederland.



Ontworpen door het RIVM en het ministerie van VWS.<sup>34</sup>

Het feit dat de baten niet terechtkomen bij de investeerder hoeft geen probleem te zijn als de verantwoordelijkheidsverdeling helder is en partijen navenant worden gecompenseerd. Maar ook hier wringt voor preventie de schoen, want stelselwetten kennen verschillende definities van preventie, terwijl in het geval van een individu of een groep met verhoogd risico niet altijd duidelijk is welke vorm van preventie werkt. Dit speelt met name bij selectieve preventie, waarbij inzet nodig is van gemeenten en verzekeraars, maar waarbij vaak onduidelijk is wie welke rol heeft en wat de inzet oplevert.

### ***Minder partijen = meer preventie?***

Bovenstaande probleemanalyse suggereert dat zorgstelsels minder preventievriendelijk worden naarmate het aantal betrokken partijen toeneemt. Want meer partijen betekent meer transacties en dus minder kans dat de baten van een investering bij de betalende partij terechtkomen. Om deze hypothese te toetsen, kunnen we de hoogte van de administratieve lasten van verschillende soorten zorgstelsels vergelijken, omdat die het aantal transacties weerspiegelt. We deden hier eerder internationaal vergelijkend onderzoek naar en vonden aanzienlijk hogere administratieve lasten bij organisaties die een vrijwillige private verzekering aanbieden (prominent aanwezig in de VS) dan bij overheden of verzekeraars die een verplichte dekking verzorgen. Ook bij private verzekeraars die verplichte verzekeringen aanbieden (zoals in Duitsland en Nederland) zijn de administratieve lasten significant hoger.<sup>35</sup> Volgens onze hypothese zou dit kunnen betekenen dat een *single payer* systeem het meest uitnodigend is voor preventie.

### ***Populatiebekostiging en populatiemanagement***

Toch wordt preventie ook in landen met een *single payer* systeem belemmerd, omdat hier eveneens sprake is van separate financieringsstromen die vooral volume stimuleren.<sup>34</sup> Om de *wrong-pocket* dynamiek te vermijden, lijkt de bekostigingsvorm belangrijker dan het zorgstelsel. In hoofdstuk 19 wordt beschreven dat populatiebekostiging de belangrijkste prikkel voor preventie vormt. Hierbij wordt vooraf een budget afgesproken voor de zorg voor een hele populatie in een bepaalde regio. Met *shared savings* afspraken loont inzetten op preventie omdat dit op de korte termijn de ziektelast kan verminderen.

In Nederland bestaan sinds 2010 experimenten met integrale bekostiging voor patiënten met een specifieke chronische ziekte. Deze experimenten kennen enig succes: er wordt vaker volgens richtlijnen en met elektronische patiëntendossiers gewerkt, waardoor de zorgcoördinatie bij bijvoorbeeld diabetes is verbeterd, en er zijn ook indicaties dat dit leidt tot betere gezondheidsuitkomsten.<sup>36</sup> Van zulke *bundled payments* is echter veelal pas sprake vanaf het moment dat de diagnose is gesteld. Dit betekent dus juist geen prikkel om de ziekte te voorkomen, maar een prikkel om meer mensen te diagnosticeren. Zo wordt geschat dat een overstap van betaling per verrichting naar integrale bekostiging bij kinderen met astma in South Carolina leidde tot een toename van 29,9 procent van het aantal diagnoses, zonder dat daar gezondheidswinst tegenover stond.<sup>37</sup>

Populatiebekostiging lijkt een kansrijker instrument voor preventie. Het is de moeite waard om de haken en ogen hiervan te verkennen met experimenten zoals dat eerder gebeurde bij integrale bekostiging, waarbij moet worden erkend dat populatiebekostiging moet zijn ingebed in zorgorganisatiemodellen die de populatiebenadering ondersteunen. Voor Nederland betekent dat een model waarin sturing, uitvoering en financiering van de verschillende vormen van preventie op elkaar worden afgestemd.

Internationale voorbeelden van populatiebekostiging kennen allemaal een stevige ondersteuningsstructuur voor de coördinatie en de risicostratificatie. Er is in deze modellen sprake van een geïnstitutionaliseerde vorm van samenwerking tussen zorgverleners en zorgfinanciers, oftewel een duidelijk populatiemanagement. In hoofdstuk

13 en 19 wordt beschreven hoe dit eruitziet bij respectievelijk de *Accountable Care Systems* in de VS en *Gesundes Kinzigtal* in Duitsland. Populatiemanagement kent drie met elkaar samenhangende succesfactoren: intrinsieke motivatie, goede afspraken en beschikbaarheid van informatie (een effectieve data-infrastructuur).<sup>38</sup> We lichten deze achtereenvolgens toe.

### ***Intrinsieke motivatie***

Zorg organiseren op basis van een populatiebenadering vergt nieuwe en nauwe samenwerkingsverbanden, soms tussen in ander opzicht concurrerende partijen. Dit kan – bijvoorbeeld in een stelsel met gereguleerde concurrentie – botsen, en kan bij financiers en aanbieders handelingsverlegenheid creëren door hun onbekendheid met prikkels en wetgeving. Desondanks kent ook Nederland vormen van populatiemanagement waaruit blijkt dat deze aanpak hier juridisch niet onmogelijk is.

De complexiteit van dit model vergt wel een sterke intrinsieke motivatie bij aanbieders en financiers. Motivatie geldt daarom als een op zichzelf staande succesfactor. De overheid kan hierop inspelen door populatiemanagement expliciet als een oplossing te benoemen voor het probleem van preventie in de zorg. Dat vergt allereerst het ondersteunen van bestaande initiatieven, wat het ministerie van VWS al doet door expertise en een subsidieregeling beschikbaar te stellen aan initiatiefnemers van selectieve preventie.<sup>39</sup> Dat is een stap in de goede richting, maar een extra stap kan worden gezet door de beleidsambitie te formuleren dat regionale vormen van populatiemanagement binnen een bepaalde termijn landelijk dekkend moeten zijn. Actieve monitoring van tussenstappen op weg naar deze ambitie creëert bewustwording bij financiers en aanbieders. Wanneer tegelijkertijd de kosten-batenverhouding van bestaande modellen in kaart wordt gebracht, kan dit het maken van bestuurlijke afspraken bevorderen.

### ***Afspraken***

Een publiek probleem als preventie vergt het maken van beleidskeuzes. Omdat geïnstitutionaliseerde samenwerking de kern vormt van populatiemanagement, kan de overheid besluiten om voor het bevorderen van die samenwerking een aparte organisatie in het leven te roepen. Enkele decennia geleden was het bevorderen van de coördinatie van alle werkzaamheden op het gebied van de volksgezondheid binnen provincies de taak van de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid. Deze regionaal georiënteerde sturing van zorg is als gevolg van de huidige inrichting van ons zorgstelsel op basis van gereguleerde concurrentie grotendeels losgelaten. De ontwikkeling van populatiemanagement vraagt echter om een hernieuwde balans tussen sturing op samenhang en samenwerking binnen regionale verbanden en wetgeving die vooral marktconcentraties wil tegengaan.

Het lijkt daarom noodzakelijk dat zowel verzekeraars onderling als verzekeraars en gemeenten hierover tot bestuurlijke afspraken komen. Een concreet probleem vormen regio's zonder duidelijke marktleider op de verzekeringsmarkt. Verzekeraars kunnen afspreken wie voor die regio's verantwoordelijk is en in geval van populatiemanagement meer langdurige contracten afsluiten. Verzekeraars dienen over voldoende

interne capaciteit te beschikken om zulke innovatieve vormen van zorg in te kopen. De beheerskosten van zorgverzekeraars voor de basisverzekering zijn echter gedaald van 4,6 procent in 2006 tot 2,9 procent in 2016<sup>40</sup>, en er zijn signalen dat verzekeraars vooral hebben bezuinigd op de zorginkoop. Wij pleiten voor meer – maar wel functionele – overhead bij verzekeraars door middel van afspraken met gemeentes over het percentage van hun budget dat zij mogen uitgeven aan de totstandkoming van populatiemanagement. Inzicht in de kosten-batenverhoudingen tussen verzekeraars en gemeenten kan worden gebruikt om *shared savings* afspraken te maken tussen zorgfinanciers. Deze afspraken dienen wel goedgekeurd te worden door markttoezichthouders, om zo te voorkomen dat er onduidelijkheid over ontstaat die de handelingsverlegenheid van de betrokkenen kan aanwakkeren.

#### **Data-infrastructuur**

De keuze voor populatiemanagement kent ook een risico. Populatiebepaling bevat een prikkel tot onderproductie en kan daarmee de toegang tot de zorg verslechteren, bijvoorbeeld wanneer afspraken niet zijn gebaseerd op data over de kwaliteit van zorg en over gezondheidsuitkomsten. Om dit te voorkomen is een goede infrastructuur nodig waarbinnen data veilig kunnen worden gedeeld, vertaald naar bruikbare informatie voor zorgprofessionals en ingezet voor risicostratificatie. Momenteel is die nog onvoldoende aanwezig, maar experimenteren met populatiebepaling kan helpen, omdat naarmate meer zorgverleners en zorgfinanciers samen financieel verantwoordelijk worden voor populaties, er steeds meer behoefte zal ontstaan aan een goede data-infrastructuur. Die kan niet alleen de uitwisseling van informatie in de regio verbeteren, maar ook meer bestuurlijke ruimte creëren om de landelijke data-infrastructuur te versterken.

## **11.4 De politiek van langetermijnbetaalbaarheid en kortetermijnhaalbaarheid**

We behandelden in dit hoofdstuk eerst de vraag of langer leven door preventie goed is voor betaalbare zorg, en beschreven vervolgens institutionele arrangementen en financiële prikkels voor preventie. In deze paragraaf belichten we de politieke context van preventie.

### **11.4.1 Politieke opvattingen**

Een veelgehoord argument tegen preventie in de vorm van gezondheidsbevordering is dat het de keuzevrijheid van mensen inperkt. Ook de mening dat het niet aan de overheid is om uitspraken te doen over de leefstijl van mensen kent aanhangers. Terughoudendheid ten aanzien van preventie is dan ook vooral te vinden binnen organisaties en partijen met een liberale ideologie.

Dit verband is empirisch onderzocht. Mackenbach & McKee<sup>41</sup> bestudeerden hoe in Europese landen de mate van democratie, de politieke vertegenwoordiging, de machtsverdeling en de kwaliteit van de overheid samenhangen met het gezondheidsbeleid. Inzet op preventie bleek vooral verband te houden met de mate van democratie en de

kwaliteit van de overheid, en niet zozeer met de politieke kleur van de regering en de machtsverdeling. Als enige significante relatie tussen preventie en de samenstelling van de regering werd gevonden dat regeringen met daarin centumpartijen minder doen aan alcoholpreventie en minder over hebben voor screeningprogramma's. Tussen preventie en linkse regeringen werd geen relatie gevonden.

### 11.4.2 Framing

Politieke opvattingen over de normatieve rol van de overheid spelen natuurlijk wel een rol in beslissingen rond preventie. Eigen onderzoek<sup>42</sup> naar belastingheffing op ongezond voedsel en suikerhoudende dranken duidt er echter op dat de rol van politieke opvattingen dynamisch is. We vonden dat relatief veel conservatief/liberale regeringen deze maatregel invoerden, terwijl de rationale voor deze belasting per geval behoorlijk verschilde. Sommige overheden verdedigden hun beleid door te wijzen op volksgezondheidseffecten (bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk), andere wezen op de bestemming van belastingopbrengsten (bijvoorbeeld de lonen voor zorgverleners in Hongarije), terwijl de maatregel ook zonder veel ruchtbaarheid werd gepresenteerd als een 'gewone' belasting (bijvoorbeeld in Frankrijk).

Preventiebeleid heeft behoefte aan een vorm van *framing* die aansluit bij de sociale norm ten aanzien van het probleem waarvoor een oplossing gewenst is. Die sociale norm wordt beïnvloed door allerlei factoren, en ziektelast is daarbij niet altijd doorslaggevend. De casus van de Britse suikertaks spreekt boekdelen. Het Verenigd Koninkrijk kent hoge obesitascijfers, maar tot 2016 wilde de conservatief-liberale regering niets weten van een belasting op suikerhoudende dranken omdat dit de levensstandaard zou verlagen en inging tegen de individuele keuzevrijheid. Het land kende echter een beleidsentrepreneur pur sang in de vorm van Jamie Oliver, een wereldberoemde chef-kok die de belastingmaatregel consequent als een 'kwestie van ouderlijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van kinderen' aanpreef. Mede als gevolg hiervan groeide het draagvlak en introduceerde dezelfde regering die er eerst geen heil in zag, uiteindelijk de *sugar industry levy*.

### 11.4.3 Trends ten aanzien van een sociale norm voor gezond gedrag

Gezond gedrag lijkt voor grote groepen in de samenleving steeds meer de norm te worden. Het aantal rokers is gestaag afgenomen en deze ontwikkeling lijkt zich door te zetten. Eenzelfde trend zien we bij bewegen. Het aantal mensen met overgewicht, een ongezond eetpatroon en overmatig alcoholgebruik heeft zich de laatste jaren gestabiliseerd, maar toekomstige ontwikkelingen zijn onzeker. Verder is er steeds meer aandacht voor een gezonde leefstijl in het algemeen en voor gezonde voeding in het bijzonder, zoals de *superfoods* trend aantoont. Een belangrijke kanttekening hierbij is wel dat er sprake is van toenemende verschillen tussen groepen. Het percentage Nederlanders met ernstig overgewicht neemt meer toe onder mensen met een lage sociaal economische status, en waarbij het percentage mensen dat rookt in deze groep langzamer dan gemiddeld afneemt.<sup>21</sup> Gegeven de beperkte leefstijlsolidariteit, versterkt dit het pleidooi voor effectieve preventie.

Ook in de wereld van beleid en bestuur is de aandacht voor preventie gegroeid. Het advies van het Zorginstituut uit 2015 over een toekomstgerichte beroepenstructuur in de zorg vestigde veel aandacht op voorzorg<sup>43</sup>, net als de discussie over positieve gezondheid. Een logisch gevolg vormde de wens van het kabinet-Rutte III om een ‘nationaal preventieakkoord’ te sluiten.<sup>44</sup>

Wij wijzen echter ook op het *dirty little secret* van preventie. Veel determinanten van gezondheid liggen buiten de reikwijdte van de zorg, zoals betoogd in paragraaf 11.3.1. Als dit onvoldoende wordt erkend, kan dit medicalisering veroorzaken doordat de zorg de aanbodgedreven vraag in de hand werkt. De vraag naar meer preventie leidt dan tot een nieuwe markt voor secundaire en tertiaire preventie, en op die manier tot meer zorg en vals positieve uitslagen, in plaats van tot meer gezondheid door primaire preventie. De vraag naar meer preventie in het publieke debat kan daarom voornamelijk bijdragen aan betaalbare zorg als die het intersectoraal gezondheidsbeleid en een populatiegerichte gezondheidszorg stimuleert.

## 11.5

### Conclusie

Aandacht voor preventie biedt kansen voor een betere betaalbaarheid van de zorg. Immers, zoals beschreven in paragraaf 11.2.1 zorgt preventie op de korte termijn vaak voor lagere zorguitgaven. Echter, op de lange termijn zijn die effecten met veel onzekerheden omgeven. Daarnaast neemt preventie een potentiële bedreiging weg voor de noodzakelijke onderlinge solidariteit bij de financiering van de zorg, doordat mensen niet graag meebetalen aan zorg als gevolg van ongezond gedrag. Dit veronderstelt allerm minst dat ‘meer preventie’ een makkelijke strategie is. Preventie kent veel verschijningsvormen en voor een integrale aanpak moeten veel partijen samenwerken. Er is sprake van een bestuurlijk *wrong pocket* probleem bij intersectoraal gezondheidsbeleid, en in de zorg zijn prikkels voor preventie afwezig of onduidelijk. Het preventieakkoord dat het kabinet-Rutte III wil afsluiten, biedt een mooie kans om deze problemen aan te pakken. Wij komen op basis van de analyse in dit hoofdstuk tot de volgende beleidsaanbevelingen:

- De zorgsector moet het preventieakkoord niet ‘kapen’ door uitsluitend in te zetten op secundaire en tertiaire preventie, maar het zien als een kans voor intersectoraal gezondheidsbeleid met focus op primaire preventie. Studies naar de kosten van ziekten en maatschappelijke kosten-batenanalyses kunnen worden gebruikt om de bewustwording over gezondheid binnen andere domeinen dan de zorg te vergroten.
- Met name gezondheidsbevordering op of via het werk verdient aandacht, omdat we ‘ouder’ en ‘zieker’ worden terwijl de pensioenleeftijd stijgt. Een steviger kennisinfrastructuur is *conditio sine qua non*.
- Populatiemanagement vormt voor preventie in de zorg dé oplossingsrichting. Monitoring van expliciete beleidsambities en bestaande initiatieven kan leiden tot gezamenlijke bewustwording en bestuurlijke afspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten.
- Een infrastructuur om data veilig en adequaat te delen en te vertalen naar bruikbare informatie is een andere voorwaarde voor populatiemanagement. Momenteel

is deze onvoldoende aanwezig. Experimenteren met populatiebepaling kan een positieve rol spelen, omdat dit de noodzaak creëert om data beter te delen en te gebruiken bij de sturing op populatiegerichte gezondheidsuitkomsten.

## Referenties

- 1 A. Ferriman, 'BMJ readers choose sanitation as greatest medical advance since 1840', *British Medical Journal*, 2007;334(7585):111.
- 2 J.P. Mackenbach, 'Sanitation: pragmatism works', *British Medical Journal*, 2007;334(suppl 1):s17.
- 3 Centers for Disease Control and Prevention, 'Ten Great Public Health Achievements-United States, 2001-2010', *Journal of the American Medical Association*, 2011;306(1):36-38.
- 4 RIVM, *Kosten van preventie in Nederland 2007*, Bilthoven: RIVM, 2007.
- 5 J.P. Mackenbach en K. Stronks, *Volksgesondheid en Gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
- 6 College voor Zorgverzekeringen, *Van preventie verzekerd*. Diemen: CVZ, 2007.
- 7 E.M. Gruenberg, 'The Failures of Success', *The Milbank Quarterly*, 2005;83(4):779-800.
- 8 J.F. Fries, 'Aging, natural death, and the compression of morbidity', *The New England Journal of Medicine*, 1980;303:130-35.
- 9 J.J. Polder, P.F. van Gils, L. Kok, R. Talhout en T.L. Feenstra, 'De rekening van roken', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2017;161(D833).
- 10 A.G. Tsai, D.F. Williamson en H.A. Glick, 'Direct medical cost of overweight and obesity in the USA: a quantitative systematic review', *Obesity Reviews*, 2011;12(1):50-61.
- 11 E.E. Bouchery, H.J. Harwood, J.J. Sacks, C.J. Simon en R.D. Brewer, 'Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006', *American Journal of Preventive Medicine*, 2011;41(5):516-24.
- 12 J.J. Polder, R. Hoogenveen, G. Luijben, M. van den Berg, H.C. Boshuizen en L. Slobbe, , in: F.T. Schut en M. Varkevisser, *Een economisch gezonde gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 2012.
- 13 D.N. Lakdawalla, D.P. Goldman en B. Shang, 'The health and cost consequences of obesity among the future elderly', *Health Affairs*, 2005;24(Suppl. 2):W5R30-41.
- 14 P.H.M. van Baal, J.J. Polder, G.A. de Wit, R.T. Hoogeveen, T.L. Feenstra, H.C. Boshuizen, P.M. Engelfriet en W.B.F. Brouwer, 'Lifetime medical costs of obesity: Prevention no cure for increasing health expenditure', *PLOS Medicine*, 2008;5(2):e29.
- 15 Centraal Planbureau, *Gezondheid loont, tussen keuze en solidariteit*, Den Haag: CPB, 2013.



- 16 G.A. de Wit, P.F. van Gils, E.A.B. Over, et al., *Social cost-benefit analysis of regulatory policies to reduce alcohol use in The Netherlands*, Bilthoven: RIVM, 2016.
- 17 R.A. McKinnon, S.M. Siddiqi, F.J. Chaloupka, L. Mancino en K. Prasad, 'Obesity-related policy/environmental interventions: A systematic review of economic analyses', *American Journal of Preventive Medicine*, 2016;50(4):543-49.
- 18 M. Devaux en F. Sassi, 'The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases', *OECD Health Working Papers*, 2015;86.
- 19 W.F. Stewart, J.A. Ricci, E. Chee, S.R. Hahn en D. Morganstein, 'Cost of lost productive work time among US workers with depression', *Journal of the American Medical Association*, 2003;289(23):3135-44.
- 20 R.W. Fogel, 'Economic Growth, Population Theory, and Physiology: The Bearing of Long-Term Processes on the Making of Economic Policy', *The American Economic Review*, 1994;84(3):369-95.
- 21 RIVM, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*; <https://www.vtv2018.nl/>
- 22 R.A. Karasek, 'Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign', *Administrative Science Quarterly*, 1979;24:285-308.
- 23 B. Ravesteijn, H. van Kippersluis en E. van Doorslaer, 'The Wear and Tear on Health: What Is the Role of Occupation?' *Health Economics*, 2017; Epub ahead of print.
- 24 J.E. Stiglitz, A. Sen en J-P. Fitoussi, *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*, 2009.
- 25 OECD, *How's Life? 2015: Measuring Well-being*, Parijs: 2015.
- 26 A.J. Hummel, B. Jacobs en M. Oosterveen, 'Een nuchtere blik op de kosten en baten van alcohol', *Economisch Statistische Berichten*, 2016;101(4744):766-69.
- 27 RIVM, *Kosteneffectiviteit van Preventie*, [http://www.rivm.nl/Onderwerpen/K/Kosteneffectiviteit\\_van\\_preventie](http://www.rivm.nl/Onderwerpen/K/Kosteneffectiviteit_van_preventie)
- 28 NIVEL, *Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel. Een onderzoek naar de bereidheid om voor anderen te betalen onder de algemene bevolking*, Utrecht: NIVEL, 2017.
- 29 G. Dahlgren en M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
- 30 M. Karanikolos, P. Mladovsky, J. Cylus, S. Thomson, S. Basu, D. Stuckler, J.P. Mackenbach en M. McKee, 'Financial crisis, austerity, and health in Europe', *The Lancet*, 2013;381:1323-31.
- 31 I. Storm, *Towards a HiAP cycle: Health in All Policies as a practice-based improvement process*, Amsterdam: Vrije Universiteit, 2016.
- 32 OECD, *Health at a Glance 2017*, Parijs: OECD, 2017.
- 33 M. Huber, J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, et al., 'How should we define health?', *British Medical Journal*, 2011;343:d4163.
- 34 RIVM, *Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland?*, Bilthoven: RIVM, 2015.

- 35 L.L. Hagedaars, N.S. Klazinga, M. Mueller, D.J. Morgan en P.P.T. Jeurissen, 'How and why do countries differ in their governance and financing-related administrative expenditure in health care? An analysis of OECD countries by health care system typology', *The International Journal of Health Planning and Management*, 2017; epub ahead of print.
- 36 J.N. Struijs, H.W. Drewes, R. Heijink en C.A. Baan, *Netherlands: The Potentials of Integrating Care via Payment Reforms*, in: V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, N. Balicer, E. Nolte en E. Suter, *Handbook Integrated Care*, Cham: Springer International Publishing, 2017, p. 561-72.
- 37 A. Chorniy, J. Currie en L. Sonchak, 'Exploding Asthma and ADHD Caseloads: The Role of Medicaid Managed Care', *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*, 2017;23983.
- 38 D.M. Berwick, T.W. Nolan en J. Whittington, 'The Triple Aim: Care, health, and cost', *Health Affairs*, 2008;27(3):759-69.
- 39 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerstuk 32 793, 213. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016.
- 40 CBS StatLine, *Zorguitgaven; aanbieders van zorg en financieringsbron*, Den Haag: CBS, 2017.
- 41 J.P. Mackenbach en M. McKee, 'Government, politics and health policy: A quantitative analysis of 30 European countries', *Health Policy*, 2015;119(10):1298-308.
- 42 L.L. Hagedaars, P.P.T. Jeurissen en N.S. Klazinga, 'The taxation of unhealthy energy-dense foods (EDFs) and sugar-sweetened beverages (SSBs): An overview of patterns observed in the policy content and policy context of 13 case studies', *Health Policy*, 2017;121(8):887-94.
- 43 Zorginstituut Nederland, *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*, Diemen: Zorginstituut Nederland, 2015.
- 44 VVD, CDA, D66, Christenunie, *Vertrouwen in de toekomst*, Den Haag: Bureau Wordvoering Kabinetsformatie, 2017.



## 12. Kwaliteit van zorg in relatie tot kosten

Inger Abma, Philip van der Wees, Hilly Calsbeek en Gert Westert

### Kernboodschappen

- Het begrip kwaliteit omvat verschillende dimensies: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en gelijkwaardigheid
- Zowel kosten als kwaliteit kunnen worden bestudeerd vanuit zorgverlenerperspectief of vanuit het perspectief van de maatschappij als geheel
- Het verbeteren van kwaliteit van zorg door het voorkomen van complicaties verlaagt de zorgkosten veelal
- Het verbeteren van kwaliteit van zorg door zorginhoudelijke innovaties (bijvoorbeeld nieuwe hulpmiddelen of medicatie) verhoogt de zorgkosten veelal
- Transparantie wat betreft de kwaliteit en de kosten van de zorg is belangrijk om verbetering van de zorg te bewerkstelligen

### 12.1 Inleiding

Investeringen in bijvoorbeeld technologische innovaties of nieuwe geneesmiddelen kunnen de kwaliteit van de zorg verhogen, maar zijn vaak heel duur. Tegelijkertijd heerst de gedachte dat de zorg door het verbeteren van de kwaliteit juist betaalbaarder kan worden. Hoe zit dit? In dit hoofdstuk beschrijven we eerst wat kwaliteit is, uit welke dimensies ze kan bestaan, en vanuit welk perspectief ze kan worden bekeken (zie paragraaf 12.2). In paragraaf 12.3 beschrijven we hoe kwaliteit kan worden gemeten ten behoeve van kwaliteitsverbetering. Daarna bespreken we in paragraaf 12.4 de mogelijke samenhang tussen kwaliteit en kosten en onderzoeken we in paragraaf 12.5 de beschikbare literatuur over de invloed van kwaliteitsverbetering op de kosten van de zorg. Tot slot reflecteren we in paragraaf 12.6 op de beschikbare kennis over de samenhang tussen kwaliteit en kosten.

### 12.2 Kwaliteit: een begrippenkader

#### 12.2.1 Wat is kwaliteit van zorg?

Er bestaan veel definities van 'kwaliteit van zorg'. Het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) definieert in haar rapport 'Crossing the Quality Chasm' uit 2001 kwaliteit van zorg als volgt: *'The degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.'*<sup>1</sup> Het Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) in de VS hanteert een kortere definitie: *'Doing the right thing at the right time in the right way for the right person and having the best results possible.'*<sup>2</sup>

Beide definities worden, ook in Nederland, veel gebruikt om het begrip kwaliteit van zorg te duiden. Om in de praktijk uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van de zorg, dus om de geleverde kwaliteit te kunnen meten, kunnen verschillende dimensies van kwaliteit worden onderscheiden.<sup>1</sup>

Kwalitatief goede zorg is:

- **Veilige zorg:** het vermijden van ongelukken en incidenten. Door fouten en inefficiënte werkwijzen kan aan patiënten onnodige schade worden toegebracht wat veel leed en hoge kosten met zich mee kan brengen.
- **Effectieve zorg:** het leveren van op wetenschappelijke evidentie gebaseerde zorg waarvan wordt verwacht dat die gezondheidswinst oplevert, alsook het onthouden van zorg aan diegenen voor wie geen gezondheidswinst wordt verwacht.
- **Patiëntgerichte zorg:** het leveren van zorg met respect voor de patiënt en toegepast op diens individuele voorkeuren, behoeften en waarden, waarbij met name de waarde voor de patiënt leidend is voor klinische beslissingen. De patiënt wordt betrokken bij beslissingen en goed geïnformeerd, en staat centraal in de aanpak van zijn zorgvraag.
- **Tijdige zorg:** goed georganiseerde zorg waarbij iemand snel wordt geholpen en er geen tijd wordt verloren of onnodige handelingen worden verricht. Wachttijden worden vermeden, net als mogelijk schadelijke vertragingen in het ontvangen en leveren van zorg.
- **Efficiënte zorg:** het vermijden van verspilling, inclusief verspilling van materiaal, voorzieningen, ideeën en energie. Voorbeelden van ondoelmatige zorg zijn het onterecht voorschrijven van antibiotica, het onterecht doorverwijzen naar een andere zorgverlener, het voorschrijven van ‘niet-eerste keus’-medicatie of het routinematig aanvragen van onnodige laboratoriumbepalingen.
- **Gelijkwaardige zorg:** het leveren van zorg die niet varieert in kwaliteit vanwege de persoonlijke eigenschappen van patiënten, zoals hun geslacht, etniciteit, woonplaats of sociaaleconomische status.

Deze verschillende dimensies van kwaliteit hangen direct of indirect met elkaar samen. Veilige zorg is bijvoorbeeld een belangrijke voorwaarde voor effectieve en efficiënte zorg. En tijdige zorg hangt nauw samen met patiëntgerichte zorg, met het leveren van ‘zorg op maat’. Het evalueren van de verschillende dimensies van kwaliteit en het leggen van relaties ertussen biedt houvast voor het meten en verbeteren van kwaliteit.

De samenhang tussen deze kwaliteitsdimensies krijgt soms vorm in een nieuw begrip dat zelf weer een nieuwe dimensie vormt. Zo wordt het begrip ‘gepaste zorg’ gebruikt om zorg uit te drukken die ‘patiëntgericht, noodzakelijk, effectief en doelmatig is’.<sup>3</sup> Gepaste zorg is dus een term die wordt gebruikt om uit te drukken dat er geen sprake is van over- of onderbehandeling. Bekend is de soms grote variatie in het handelen van zorgaanbieders, waarbij al dan niet behandelen meer lijkt af te hangen van de regio waarin iemand woont of in welk ziekenhuis iemand wordt behandeld, dan van de beschikbare evidentie voor dit handelen.

### 12.2.2 **Verschillende perspectieven op kwaliteit van zorg**

Bij het in kaart brengen van kwaliteit is het belangrijk om te bepalen vanuit welk perspectief ernaar wordt gekeken. In de spreekkamer gaat het om de kwaliteit van de zorg vanuit het individuele perspectief, waarin de best passende zorg in samenspraak tussen

patiënt en zorgverlener tot stand komt. Zorginstellingen als ziekenhuizen evalueren hun kwaliteit vanuit organisatorisch perspectief. Zij meten en verbeteren de geleverde kwaliteit in een continu proces dat vaak door een stafafdeling wordt ondersteund. Op regionaal, nationaal en internationaal niveau wordt kwaliteit in kaart gebracht vanuit maatschappelijk perspectief. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de gezondheid van de bevolking of om de beschikbare zorg in een regio of land.

Voor elk van deze perspectieven zijn de in de vorige paragraaf besproken dimensies van kwaliteit relevant. Er kunnen echter wel verschillen bestaan in de toepassing ervan. Op individueel niveau maken zorgverlener en patiënt samen een integrale afweging. Wat is de beste optie voor diagnostiek of behandeling gegeven de specifieke omstandigheden en wensen van de patiënt, rekening houdend met alle aspecten van kwaliteit? In de spreekkamer spelen die aspecten een andere rol dan op organisatorisch niveau waar meer naar zorgprocessen van groepen patiënten wordt gekeken. Op dat niveau bieden de kwaliteitsdimensies vooral houvast voor het systematisch meten en verbeteren van de kwaliteit, omdat ze daar in samenhang kunnen worden geanalyseerd. Vanuit maatschappelijk perspectief is kwaliteit vaak maar één aspect in een bredere evaluatie van het functioneren van het gezondheidszorgsysteem. Zo presenteert het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) met de Staat van Zorg periodiek de stand van zaken in de Nederlandse gezondheidszorg aan de hand van de aspecten kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, onderverdeeld in 140 indicatoren. Voor kwaliteit worden in dat overzicht drie dimensies uit de opsomming van het Amerikaanse Instituut of Medicine gebruikt, te weten effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid.

Ook op internationaal niveau is kwaliteit vaak onderdeel van een bredere evaluatie van het functioneren van zorgsystemen. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) beoordeelt – net als het RIVM – kwaliteit (onderverdeeld in effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid), toegankelijkheid en de kosten/uitgaven van het zorgsysteem.<sup>4</sup> Zowel de zorg voor het individu als initiatieven voor het verbeteren van de algemene volksgezondheid worden door de OESO bij de beoordeling betrokken. Een dergelijke brede kijk op de gezondheidszorg past binnen de ambitie van *Triple Aim*, een driedelige doelstelling op populatieniveau waarbij een betere gezondheid van populaties, betere kwaliteit van zorg en lagere kosten centraal staan.<sup>5</sup> Deze ambitie heeft zich inmiddels vertaald in brede toepassing in de gezondheidszorg in verschillende landen, waaronder Nederland.<sup>6</sup>

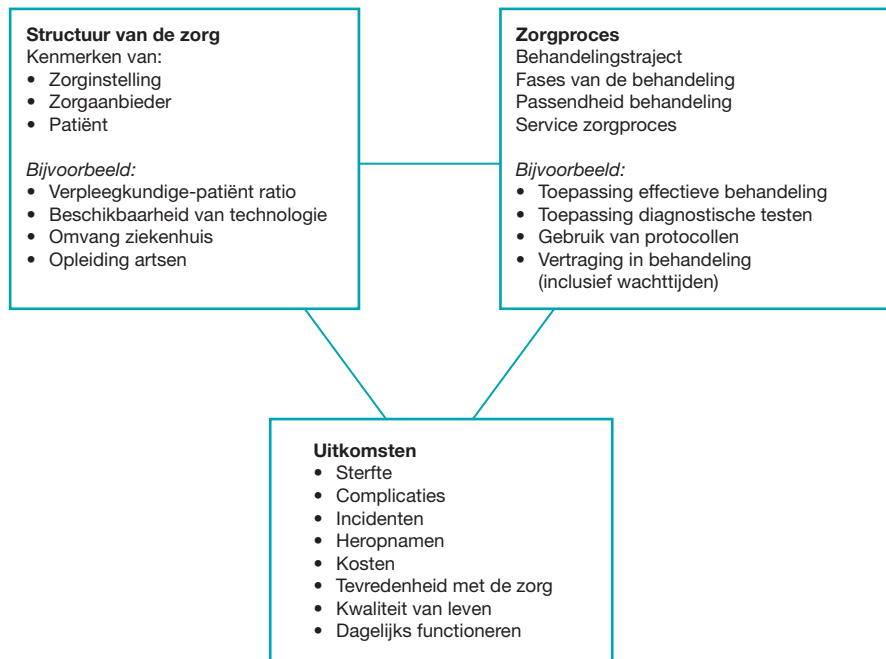
### 12.3 Meten en verbeteren van de kwaliteit van zorg

Inzicht in de kwaliteit van de zorgverlening is essentieel voor het bewerkstelligen van een verandering in de zorg.<sup>7</sup> Inzicht in de discrepantie tussen de gewenste, optimale zorg en de feitelijke zorgverlening maakt duidelijk welke doelen moeten worden nagestreefd om de patiëntenzorg te verbeteren en kan velen motiveren om aan de slag te gaan met een verbeterproject. Vanuit maatschappelijk perspectief biedt (openbaar) rapporteren aan externe instanties (zoals dat bijvoorbeeld gebeurt op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) of [www.zorgkaartnederland.nl](http://www.zorgkaartnederland.nl)) handvatten voor het maken van keuzes in de zorg, of voor het belonen van kwalitatief goede zorg (zoals *pay-for-performance*). Een goede

meting van de feitelijke zorgverlening is ook van belang voor de evaluatie van een verandering: in hoeverre is de zorg verbeterd?

Om de kwaliteit van de zorg goed te kunnen meten, zijn valide en betrouwbare indicatoren nodig. Een kwaliteitsindicator is een ‘meetbaar element van de zorgverlening, waarvoor bewijs is of waarover consensus bestaat, dat gebruikt kan worden om de kwaliteit van zorg en veranderingen daarin te evalueren’.<sup>8</sup> Kwaliteitsindicatoren worden meestal onderverdeeld in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren, zoals beschreven door Donabedian.<sup>9</sup> Structuurindicatoren gaan over de context waarin de zorg wordt geleverd, zoals het gebouw, het personeel, financiën en materialen. Procesindicatoren beschrijven de interactie tussen zorgverlener en patiënt gedurende de verschillende fasen van het zorgproces. Uitkomstindicatoren beschrijven het resultaat van de zorgverlening. Meestal gaat het daarbij over het effect van de behandeling op de gezondheid van de patiënt, maar uitkomstindicatoren kunnen ook betrekking hebben op de ervaringen van patiënten. Figuur 12.1 laat enkele voorbeelden van kwaliteitsaspecten zien die door middel van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren kunnen worden gemeten.

**Figuur 12.1** Model van Donabedian om kwaliteit van zorg te meten



Toepassing van deze indicatoren voor het meten van de kwaliteit van de zorg dient meerdere doelen. De uitkomsten van de metingen kunnen worden gebruikt voor (1) continue kwaliteitsverbetering, (2) publieke informatie, (3) *pay-for-performance* en (4) externe verantwoording, met als doel certificatie en accreditatie.<sup>10,11,12</sup> Informatie op basis van kwaliteitsindicatoren kan dus door verschillende partijen worden gebruikt,

waarbij de verschillende perspectieven op de kwaliteit van de zorg weer terugkomen. Zo kunnen zorgverleners en zorgorganisaties kwaliteitsindicatoren gebruiken voor continue kwaliteitsverbetering; zorgverzekeraars kunnen met behulp van deze indicatoren de door zorgaanbieders geleverde kwaliteit vergelijken, dit in verband met het sluiten van contracten en voor *pay-for-performance*-doeleinden; consumenten/patiënten kunnen de kwaliteitsinformatie gebruiken voor het kiezen van zorgverleners; en overheden gebruiken de indicatoren om op geaggregeerd niveau de kwaliteit van de gezondheidszorg te beoordelen.<sup>13</sup> Elk gebruiksdoel stelt specifieke eisen aan de formulering van een kwaliteitsindicator, net als aan de presentatie ervan en aan de dataverzameling die aan de berekening van de indicatorscore ten grondslag ligt. In het algemeen geldt dat de aan kwaliteitsmetingen gestelde eisen voor wat betreft betrouwbaarheid en validiteit hoger zijn bij het gebruik van de uitkomsten voor externe transparantie dan bij intern gebruik ervan voor kwaliteitsverbetering.<sup>14</sup>

Kwaliteitsverbetering is mogelijk voor alle genoemde dimensies van kwaliteit. Daarover zijn alle partijen in de gezondheidszorg het eens. Over *hoe* de verbetering het best kan worden gerealiseerd, lopen de meningen vaak uiteen.<sup>7</sup> Zo zijn zorgverleners vaak geneigd om de verbetering zelf ter hand te nemen door middel van goede (na) scholing en onderlinge afspraken. Verzekeraars en overheid staan voor de verantwoordelijkheid om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en tegelijkertijd de kosten ervan in de hand te houden. Zij doen dit door selectief in te kopen en door middel van financiële prikkels of sancties, volumeafspraken en regelgeving voor tarieven.

In de dagelijkse praktijk kiezen verschillende partijen vaak voor verschillende benaderingen om een kwaliteitsverbetering door te voeren.<sup>7</sup> Bij een cognitieve benadering is informatievoorziening – op welke manier dan ook – een belangrijke strategie om de introductie van een nieuwe werkwijze te ondersteunen. In een andere benadering wordt een beroep gedaan op de intrinsieke motivatie van de doelgroep door de nadruk te leggen op ervaringen en problemen die professionals en patiënten hebben met de huidige werkwijze. Ook is het denkbaar dat externe controle en dwang worden uitgeoefend om de werkwijze te veranderen. Op de vraag welke benadering het meest effectief is, is geen eenduidig antwoord te geven. Vaak wordt gezocht naar een combinatie van benaderingen, afhankelijk van het type interventie, de setting en de doelgroep. Een goede analyse van de doelgroep en de setting is essentieel en vormt de basis voor een degelijk veranderplan, ook wel implementatieplan genoemd. Een kwaliteitsverbetering ten slotte kan voortkomen uit (nieuwe) wetenschappelijke inzichten of richtlijnen voor goede zorg, maar ook uit goede ervaringen in de praktijk, ook wel *best practices* genoemd.

## 12.4 De relatie tussen kwaliteit en kosten van de zorg

Er zijn verschillende invalshoeken om de relatie tussen kwaliteit(verbetering) en kosten te onderzoeken. Grofweg kan de relatie tussen kwaliteit en kosten in vier kwadranten worden ingedeeld. Die indeling wordt ook gebruikt bij het bepalen van kosteneffectiviteit. Ten eerste kunnen de kosten dalen als gevolg van een betere kwaliteit, wat natuurlijk de meest gewenste situatie is. Voorbeelden daarvan zijn het voorkomen van onnodige zorg en het verminderen van incidenten en complicaties. Ten tweede



kan verbeterde kwaliteit van zorg ook leiden tot hogere kosten. Daarbij kan worden gedacht aan meer handen aan het bed of aan de implementatie van innovaties, zoals nieuwe technologieën die tot betere uitkomsten van zorg leiden. Ten derde kunnen de kosten dalen als gevolg van (iets) lagere kwaliteit, bijvoorbeeld als gevolg van het gebruik van een geneesmiddel dat bijna net zo goed werkt als een ander middel, maar dat (veel) goedkoper is. Het vierde kwadrant betreft de situatie waarin de kosten toenemen terwijl de kwaliteit daalt. Dit kan het geval zijn als patiënten te lang op een wachtlijst staan en daardoor duurdere zorg nodig hebben omdat hun gezondheidssituatie door het wachten is verslechterd. Logischerwijs is dit een ongewenste situatie. In Figuur 1.1 van hoofdstuk 1 staat een visuele weergave van de vier kwadranten.

Bij het beoordelen van de relatie tussen kosten en kwaliteit is het van belang dat wordt vermeld vanuit welk perspectief dat gebeurt. Vanuit een maatschappelijk perspectief wordt gekeken naar de impact van de kosten op de gerealiseerde kwaliteit (lees: gezondheidswinst) voor de samenleving als geheel. Zo leveren lange wachtlijsten voor chirurgie gezondheidsverlies op voor een deel van de patiënten die wachten. Voormalig minister Borst heeft vlak voor de eeuwwisseling extra middelen vrijgemaakt voor het oplossen van de te lange wachtlijsten die er destijds in Nederland waren. Dit beleid heeft de toegang tot de chirurgie verbeterd en dat betekent voor veel mensen meer kwaliteit.<sup>15</sup>

Op het niveau van de arts-patiëntrelatie kan de relatie tussen kosten en kwaliteit er heel anders uitzien. Binnen het huidige bekostigingssysteem in Nederland krijgt een zorgverlener veelal betaald voor zijn of haar activiteiten: meer (curatieve) zorg betekent meestal meer inkomen of budget. Complicaties na een behandeling of het leveren van minder gepaste – of zelfs ineffectieve – zorg, zijn voor de zorgverlener echter geen kostenpost. Sinds de invoering van diagnosebehandelcombinaties zijn complicaties overigens wel een kostenpost voor het ziekenhuis, omdat het ziekenhuis de eventuele meerkosten ervan voor eigen rekening moet nemen. Het perspectief van de zorgaanbieder sluit hierdoor beter aan op het maatschappelijk perspectief dan voorheen.

Een andere manier om de relatie tussen kwaliteit en kosten te analyseren is het koppelen van het resultaat van een behandeling aan de ervoor betaalde prijs. Deze invalshoek is dominant in de beweging van *value-based health care* waarin de waarde van de zorg wordt uitgedrukt in uitkomsten die voor de patiënt belangrijk zijn in relatie tot de kosten van de zorg. De waarde van de zorg neemt toe als de uitkomsten beter worden tegen gelijke – of liever lagere – kosten. Dit principe wordt onder andere in de hoofdstukken 13, 19 en 20 verder uitgewerkt.

#### 12.4.1 **Kwaliteitsdimensies van het IOM en kosten**

De kwaliteitsdimensies zoals besproken in paragraaf 12.2 zijn op een aantal manieren van invloed op de kosten van de zorg. Efficiëntie is de dimensie die op de meest directe en intuïtieve manier met de kosten samenhangt. In zekere zin zit dat al opgesloten in de betekenis van het woord, want in feite is het tegengaan van ‘onnodige’ kosten een belangrijk element van efficiëntie en daarmee dus een onderdeel van kwaliteit. Het verbeteren van de veiligheid en de effectiviteit en het geven van tijdige zorg zal in

veel gevallen ook leiden tot een vermindering van kosten, doordat complicaties worden voorkomen. En het leveren van (uitsluitend) effectieve zorg voorkomt kosten door overbehandeling. Effectieve zorg voorkomt ook ondergebruik, wat in eerste instantie eveneens minder zorgkosten oplevert, maar op latere momenten tot hogere kosten kan leiden.

Een door het Institute of Medicine genoemde dimensie van kwaliteit die een minder duidelijke relatie heeft met de zorgkosten, is patiëntgerichtheid. Zorg die is toegespitst op de individuele voorkeuren van de patiënt is niet noodzakelijkerwijs optimaal passend volgens wetenschappelijke maatstaven. Denk bijvoorbeeld aan het voorschrijven van antibiotica omdat een patiënt dat graag wil, terwijl het gezien het soort infectie niet zinnig is. Niet optimaal passende zorg is mogelijk minder effectief en levert niet de optimale gezondheidswinst op. Dit kan vanuit maatschappelijk perspectief kosten met zich meebrengen. Aan de andere kant kan zorg die de voorkeur heeft van de patiënt ook effectiever zijn, bijvoorbeeld omdat die hem of haar leidt tot een betere therapietrouw. Daardoor zou patiëntgerichtheid mogelijk juist tot lagere kosten kunnen leiden.

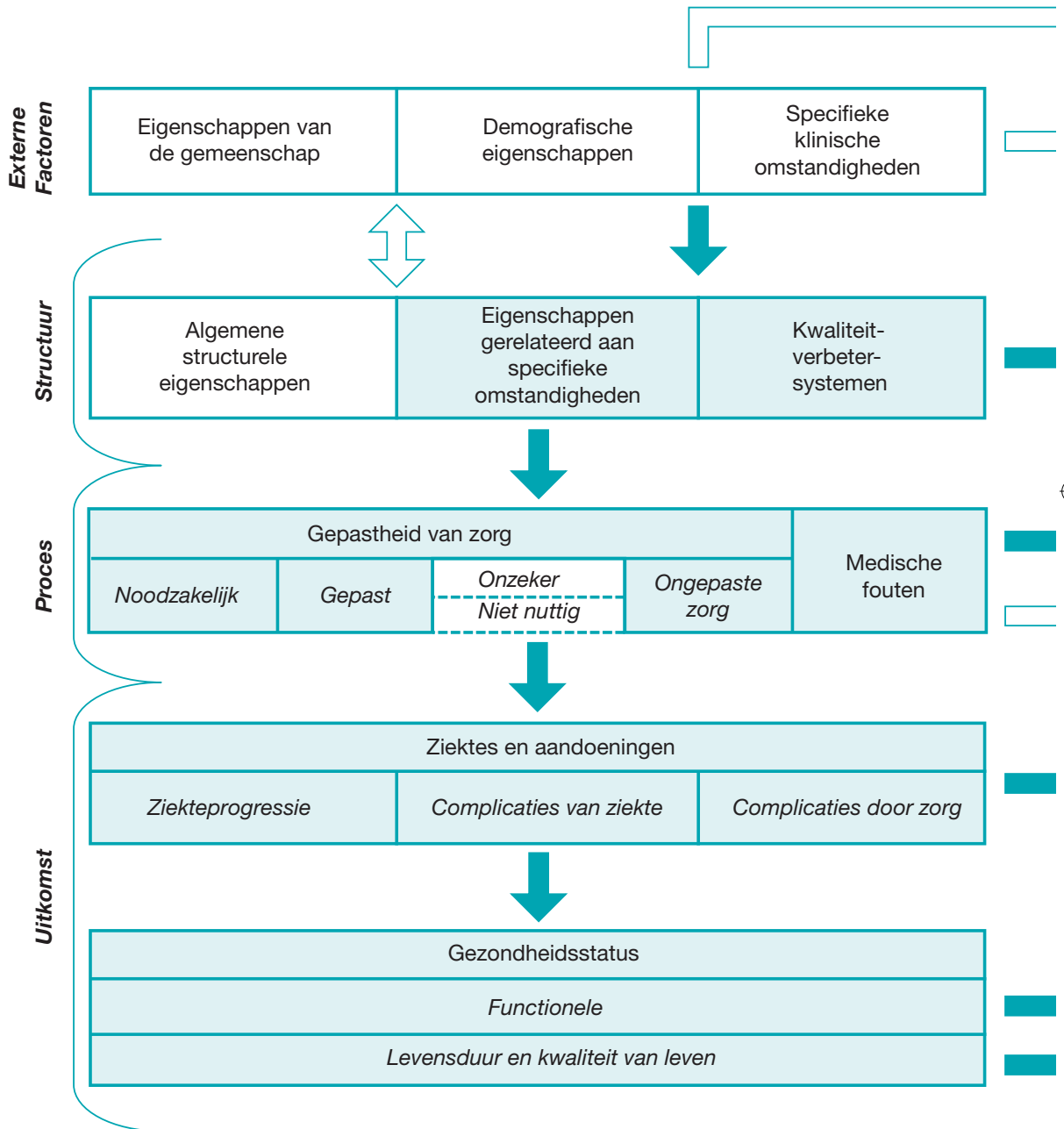
#### 12.4.2 Raamwerk van kwaliteit en kosten

De relaties tussen kwaliteit en kosten zijn gevat in een raamwerk dat is ontwikkeld door Nuckols et al.<sup>16</sup> (zie Figuur 12.2). Het doel van het raamwerk is om inzichtelijk te maken op welke manier gezondheidsgerelateerde kwaliteit impact kan hebben op zowel gezondheidszorg-gerelateerde als maatschappelijke kosten. Nuckols en zijn collega's lijken met 'gezondheidsgerelateerde kwaliteit van zorg' met name op veilige en effectieve zorg te doelen, maar de auteurs hanteren geen expliciete definitie.

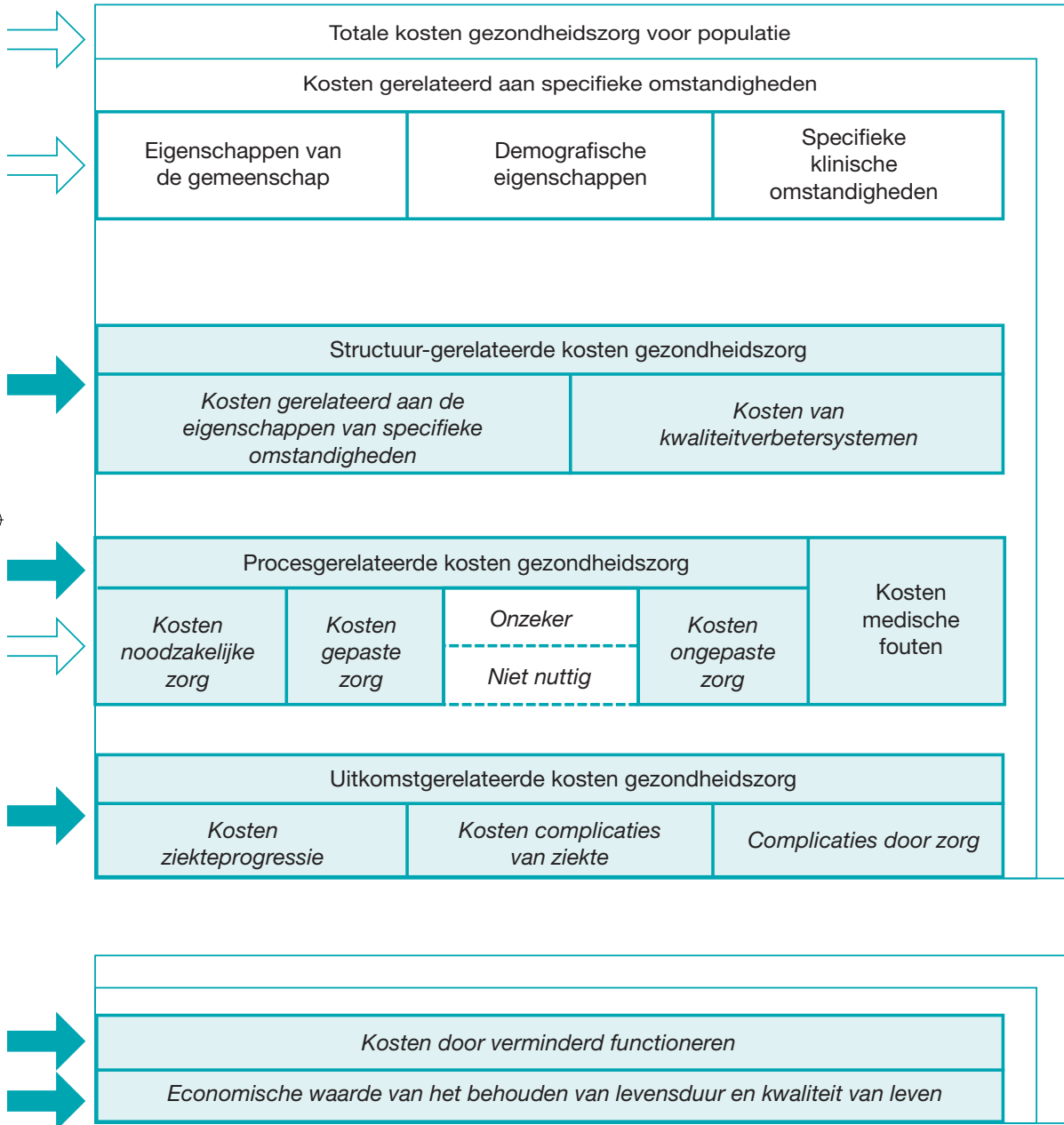
Het raamwerk omvat alle zaken die impact (kunnen) hebben op zowel de kosten als de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van de zorg. Het is opgebouwd op basis van de indeling in structuur, proces en uitkomst van Donabedian. Onderdeel van de *structuur* zijn faciliterende kenmerken (bijvoorbeeld de ruimte waarin de zorg plaatsvindt) en de aanwezigheid van een systematisch systeem van kwaliteitsverbetering. Bij het weergeven van relevante *processen* wordt onderscheid gemaakt tussen uitspraken over de gepastheid van de geleverde zorg en over de vraag of de zorg al dan niet gepaard is gegaan met medische fouten. Gepaste zorg (zie ook paragraaf 12.2.1) is binnen dit model onderverdeeld in vijf categorieën van gepastheid, die gebaseerd zijn op de onderverdeling van het RAND instituut.<sup>17</sup> Bij *noodzakelijke* zorg zijn de voordelen dermate groter dan de risico's die eraan verbonden zijn, dat de zorg zeker geleverd moet worden. Bij *gepaste* zorg zijn de voordelen wel groter dan de risico's, maar ook weer niet zo groot dat deze zorg altijd noodzakelijk is. Vervolgens is er zorg waarbij het *onduidelijk* is wat de voordelen en de risico's precies zijn, en zorg waarvan de voordelen en de risico's *ongeveer gelijk* zijn in waarde ('niet nuttig'). Als laatste categorie is er de *ongepaste* zorg, waarbij de risico's groter zijn dan de voordelen. In deze onderverdeling vallen impliciet ook onderbehandeling en overbehandeling: onderbehandeling als noodzakelijke zorg niet voldoende wordt geleverd, overbehandeling als er te veel zorg wordt geleverd die geen waarde oplevert of die zelfs ongepast is.

Figuur 12.2 Raamwerk kwaliteit en kosten<sup>16</sup>

**Dimensies van gezondheidsgerelateerde kwaliteit (gearceerde vlakken) en externe factoren die kwaliteit en kosten beïnvloeden**



### Kosten die beïnvloed kunnen worden door gezondheidsgerelateerde kwaliteit van zorg



De gepastheid van de zorg heeft ten slotte ook impact op de *uitkomsten* ervan: méér gepaste zorg kan bij chronisch zieken bijvoorbeeld leiden tot een tragere ziekteprogressie of tot minder complicaties. Maar er kan ook sprake zijn van complicaties door de zorg (iatrogene schade), die kunnen zijn veroorzaakt door medische fouten of die kunnen ontstaan als gevolg van de risico's die zijn verbonden aan de (al dan niet gepaste) zorg die geleverd is. Zulke uitkomsten kunnen vervolgens impact hebben op de kwaliteit van leven en de levensduur van de patiënt.

Naast de drie domeinen van kwaliteit van Donabedian<sup>9</sup> hebben de auteurs nog een extra domein geïdentificeerd dat relevant is voor het raamwerk. Dit zijn de externe factoren die kosten en kwaliteit beïnvloeden maar die zelf geen dimensies van kwaliteit zijn, zoals demografische eigenschappen van de populatie.

De linkerkant van het raamwerk geeft de externe factoren, structuren, processen en zorguitkomsten weer, zoals hierboven beschreven. Dit wordt aan de rechterkant van het raamwerk op directe wijze vertaald naar de kosten. Zo zie je dat een kwaliteitssysteem geld kost en dat betaald moet worden voor behandelingen (gepast dan wel ongepast). Belangrijk is dat als sprake is van snellere ziekteprogressie of van complicaties veroorzaakt door de ziekte of de zorg, dit waarschijnlijk zal leiden tot méér (gepaste dan wel ongepaste) zorg. Zo grijpt het uitkomstniveau dus terug op het procesniveau van het raamwerk. Ook bij 'levensduur' is dit het geval: een betere kwaliteit van zorg leidt tot een langere levensduur, en als mensen langer leven zullen ze ook meer zorg gebruiken en uiteindelijk meer kosten. Als laatste is de functionele status van de patiënt van belang voor kosten vanuit maatschappelijk perspectief omdat dit impact heeft op de mogelijkheid van een patiënt om arbeid te verrichten.

## 12.5 Onderzoek naar de relatie tussen kwaliteit en kosten

Eerder in dit hoofdstuk hebben we gezien dat het begrip 'kwaliteit' veel verschillende aspecten heeft. In deze paragraaf zullen we daarom niet pogen om een compleet beeld te geven van de literatuur over kwaliteit en kosten. Wel zullen we aan de hand van een aantal voorbeelden laten zien hoe de relatie tussen kwaliteit en kosten is onderzocht en wat daarvan de resultaten zijn. We doen dat aan de hand van een drietal thema's: complicaties als gevolg van de zorg, complicaties van de ziekte en innovaties in de zorg.

In 2013 is in opdracht van The Health Foundation een overzichtsstudie verschenen van Øvretveit.<sup>18</sup> Deze studie toont aan dat slechte kwaliteit van zorg – overbehandeling, onderbehandeling, incidenten of complicaties – veel voorkomt en vaak hoge kosten met zich meebrengt. Øvretveit identificeert verschillende interventies en technologieën die blijkens de uitgevoerde studies tot kwaliteit leidden en tegelijkertijd geld bespaarden. Het is echter niet altijd duidelijk of deze resultaten generaliseerbaar zijn naar andere situaties. Ook werden de kosten van de interventie en de implementatie ervan vaak niet meegenomen in de berekeningen. Dit kan een vertekend beeld geven van mogelijke kostenbesparingen. In box 12.1 staat een aantal voorbeelden van interventies die volgens Øvretveit mogelijk kosten kunnen besparen.

### Box 12.1 Voorbeelden van maatregelen die mogelijk kosten kunnen besparen doordat zij complicaties voorkomen<sup>18</sup>

- Een groter aantal verpleegkundigen per patiënt, voornamelijk als zij worden ingezet om de coördinatie en de communicatie te bevorderen;
- Meer intensivisten op de intensive care;
- Apothekers laten aansluiten bij de rondes op de intensive care;
- Een elektronisch voorschrijfsysteem van medicatie;
- Valpreventieprogramma's.

#### 12.5.1 Complicaties door zorg

Uit het hierboven beschreven review van Øvretveit blijkt dat complicaties als gevolg van de geleverde zorg hoge kosten met zich meebrengen. In verschillende reviews worden mogelijkheden beschreven om complicaties te voorkomen en daarmee tot kostenbesparing te komen. Zo kunnen vrij simpele interventies als checklists en de educatie van zorgverleners leiden tot een vermindering van het aantal kathetergerelateerde gevallen van sepsis. Elke \$ 100.000 die een ziekenhuis investeert in dit soort interventies gericht op sepsis, levert een besparing in de zorgkosten op van \$ 315.000.<sup>19</sup>

Het verbeteren van de veiligheid van de acute zorg, bijvoorbeeld door middel van het tellen van sponzen bij een operatie (om zeker te weten dat er niets in het lichaam van de patiënt achterblijft), zorgt veelal ook voor een daling van het aantal complicaties en een vermindering van de kosten.<sup>20</sup> Maar het komt ook voor dat de kosten van een interventie hoger zijn dan de besparingen die het voorkómen van complicaties oplevert. Als laatste voorbeeld kan hier de bevinding worden vermeld dat het aantal infecties vermindert en de sterfte daalt wanneer chirurgen feedback krijgen op basis van proces- en uitkomstindicatoren. Hoe de chirurgen hun zorg precies verbeteren, wordt in de reviews overigens niet inzichtelijk gemaakt.<sup>21,22</sup> Als in dit soort studies sprake is van kwaliteitsverbetering, gaat dit over het algemeen gepaard met een kostenbesparing.

#### 12.5.2 Complicaties van de ziekte

Ook de invloed van een betere kwaliteit van zorg op complicaties van de ziekte wordt in een aantal reviews bestudeerd. Zo constateert Lee<sup>23</sup> in een overzichtsstudie dat het verlagen van de eigen bijdrage voor medicijnen de therapietrouw verhoogt, terwijl de totale kosten van de zorg gelijk blijven. Verzekeraars geven (vanzelfsprekend) méér uit aan medicatie als de eigen bijdrage omlaag gaat. Maar omdat de therapietrouw van patiënten daardoor gemiddeld met 3 procent toeneemt, hebben zij minder vaak acute zorg nodig en blijven de totale zorgkosten gelijk.

Een overzichtsstudie van Nuckols<sup>24</sup> toont aan dat interventies gericht op het voorkómen van heropnames bij patiënten met hartfalen per patiënt gemiddeld \$ 972 besparen. De interventies bestaan onder meer uit het in kaart brengen van risico's en het meer betrekken van patiënten bij hun zorg. Denk hierbij aan het inzetten van educatieprogramma's voor patiënten of zorgverleners, of aan telemonitoring waarbij zorgverleners de gezondheid van patiënten op afstand monitoren en eerder kunnen

ingrijpen wanneer het niet goed gaat. Dankzij dit soort interventies kan het aantal heropnames gemiddeld met 12 procent afnemen. Een opvallend door Nuckols gerapporteerd resultaat is dat één van de onderzochte interventies kosten bespaart zelfs zonder de kostenbesparing door reductie van heropnames mee te nemen in de berekening. Dat kwam doordat patiënten die in het ziekenhuis hadden deelgenomen aan een educatieprogramma in de weken na ontslag minder thuiszorg nodig hadden. Daarentegen wogen in 5 van de 25 onderzochte studies de kosten van de interventie niet op tegen de kostenbesparingen vanwege de vermindering van het aantal heropnames. In dit geval was er dus sprake van relatief dure interventies die geen of maar beperkt succes hadden.

Kijkend naar de beschreven reviews kunnen we stellen dat een vermindering van het aantal complicaties door het verbeteren van de zorg goede mogelijkheden biedt om op de zorgkosten te besparen. De effectiviteit van de interventie is een voorwaarde voor daadwerkelijke besparingen omdat interventies zelf ook geld kosten. Hoe duurder de complicatie en hoe goedkoper de interventie, hoe groter de kans dat er kosten mee worden bespaard. Dit geldt voor zowel complicaties veroorzaakt door ziekte als voor complicaties als gevolg van de zorg.

### 12.5.3 Innovaties in de zorg

De voorgaande voorbeelden laten zien dat het verbeteren van de kwaliteit de kosten kan verlagen. Tegelijkertijd zijn de kosten van de zorg in de afgelopen decennia gestegen en is ook de gezondheidswinst (en dus de kwaliteit van de zorg) toegenomen. Een belangrijke oorzaak van zowel de kostengroei als de gezondheidswinst waren (kostenverhogende) innovaties. Denk hierbij aan technologische of zorginhoudelijke innovaties, zoals het behandelen van vernauwde kransslagaders met stents of nieuwe medicijnen tegen kanker. Het gros van dit soort innovaties zit in het kwadrant 'betere kwaliteit en hogere kosten'. Onderzoek uit de Verenigde Staten toont aan dat de stijging van de zorgkosten naar schatting voor 25 tot 75 procent op rekening komt van zorginnovatie.<sup>25</sup> De vraag rijst of de verbeterde kwaliteit de hogere kosten wel waard is.

Een voorbeeld van een innovatie die de kwaliteit (iets) verbetert maar de kosten (flink) verhoogt, is de Da Vinci-robot. Deze operatierobot wordt gebruikt voor het uitvoeren van minimaal invasieve chirurgie, bijvoorbeeld het verwijderen van de prostaat bij prostaatcarcinoom. In 2000 werd door een Nederlands ziekenhuis voor het eerst een Da Vinci-robot aangeschaft. In Nederland staan in negentien centra inmiddels twintig Da Vinci-robots ter waarde van € 1,75 miljoen elk. Met name voor complexere operaties leek de robot uitkomst te bieden, maar op basis van de bestaande literatuur zien we dat patiënten die geopereerd zijn met behulp van een Da Vinci-robot geen betere gezondheidssuitkomsten of overleving laten zien dan patiënten die geopereerd zijn zonder robot. Wel hebben de 'Da Vinci-patiënten' minder ligdagen en minder complicaties, zoals bloedverlies, waardoor er minder bloedtransfusies nodig zijn. Daarnaast zijn er ergonomische voordelen voor de operateur. Aan de andere kant duren operaties met een Da Vinci-robot langer dan 'gewone' operaties. Naast de aanschafprijs zijn ook de opleidingskosten, het onderhoud en mogelijke verbouwkosten benodigd voor de Da Vinci-robot hoog.

Er zijn ook innovaties die de kwaliteit verbeteren én goedkoper zijn dan de zorg die ze vervangen, maar die vanuit maatschappelijk perspectief toch kostenverhogend zijn. Zo kan het voorkomen dat als gevolg van de beschikbaarheid van een nieuwe, betere behandeling de doelgroep voor deze behandeling groter wordt. Dan is er sprake van indicatieverruiming. Een concreet voorbeeld hiervan is de behandeling van galblaasproblemen, waarvoor verwijdering van de galblaas de enige behandeling is. Voorheen kon dit alleen door middel van een open operatie, maar inmiddels is hiervoor een laparoscopische techniek ontwikkeld. Aan een open operatie kleeft een relatief hoog risico op complicaties, wat oorspronkelijk vaak een reden was om patiënten met milde klachten niet te opereren. De afweging om wel/niet te opereren veranderde toen de laparoscopische operatie beschikbaar kwam, omdat deze techniek minder complicaties met zich meebrengt. Dit resulteerde erin dat nu een grotere groep patiënten met mildere symptomen voor een operatie in aanmerking komt. De operatie is met andere woorden ‘gepaste zorg’ voor deze patiënten geworden. Hoewel een laparoscopische operatie zo’n 25 procent goedkoper is dan een open operatie, zijn de totale zorgkosten door de invoering van deze innovatieve techniek dus toegenomen.<sup>26</sup>

In het algemeen kunnen we stellen dat de meeste innovaties de zorg beter maar duurder maken. Bovenstaande voorbeelden laten echter zien dat de vraag of de kwaliteitsverbetering als gevolg van innovaties de kosten waard is, lastig te beantwoorden is. Voor een belangrijk deel hangt het antwoord op die vraag af van de maatschappelijke acceptatie van de extra kosten. De Da Vinci-robot bracht in Nederland een discussie op gang over de meerwaarde ervan. De Inspectie voor de Gezondheidszorg publiceerde in 2010 een rapport waarin zij stelt dat de robot te snel en in te grote aantallen op de Nederlandse markt is gekomen.

## 12.6 Conclusie

De relatie tussen de kwaliteit en de kosten van de zorg is complex. Om die relatie in kaart te brengen, hebben we in dit hoofdstuk de verschillende concepten gedefinieerd en gerangschikt. De kwaliteit van de zorg bestaat uit verschillende dimensies: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en gelijkwaardigheid. Voor het meten en verbeteren van de kwaliteit van de zorg maken we gebruik van kwaliteitsindicatoren, ingedeeld naar structuur, proces en uitkomst van de zorg. Die indeling is gebruikt door Nuckols en collega’s voor het ontwerpen van een raamwerk om inzichtelijk te maken op wat voor manier kwaliteit invloed kan hebben op de kosten van de gezondheidszorg, alsmede op de maatschappelijke kosten.

Uit de literatuur blijkt dat het verminderen van complicaties door middel van het verbeteren van de zorg een goede potentie heeft om op zorgkosten te besparen. Maar meestal gaat betere kwaliteit gepaard met hogere kosten. Zo hebben zorginhoudelijke innovaties in de afgelopen decennia over de hele linie wel kwaliteitswinst opgeleverd, maar ook een groot deel van de kostenstijging in de zorg veroorzaakt.

Een bekend spreekwoord zegt: ‘De cost gaet voor de baet uyt’. Een kwalitatief goed functionerend zorgsysteem met uitstekende resultaten voor patiënten kost geld, veel



geld. Lettend op de discussie in de laatste decennia over de moeilijk te temmen uitgavengroei, is de uitdaging voor de gezondheidszorg: kunnen we meer bereiken (kwaliteit) met minder (geld)? Het schema met de vier kwadranten – zoals besproken in paragraaf 12.4 – geeft een eerste karakterisering. Iedereen zal van mening zijn dat het kwadrant ‘hoge kosten, lage kwaliteit’ vermeden moet worden. In een rijk land als Nederland is het acceptabel dat kwaliteit een prijs heeft, maar er zitten grenzen aan.

De ideale situatie lijkt te zijn het kwadrant ‘lage kosten, hoge kwaliteit’ – of toch niet? Hier valt wel wat tegenin te brengen, want het is de vraag of alle partijen in de zorg voldoende belang hebben bij of hechten aan lage kosten. Professionals zijn op voorhand niet tegen hoge kosten voor hoge kwaliteit. Institutioneel hebben ze er zelfs belang bij. Als hoge kosten kunnen worden gedeclareerd dan is dat te verkiezen, want dat biedt mogelijkheden voor meer onderzoek, meer innovatie en meer inkomen of budget. Om die reden hebben we in Nederland verzekeraars die de optimale balans tussen kosten en kwaliteit met behulp van selectieve zorginkoop moeten bewaken. In 2017 lijkt de tussenstand echter te zijn dat verzekeraars vooral op de kosten letten en de kwaliteit grotendeels buiten beschouwing laten.

Hoe krijgen we een optimale balans tussen de kwaliteit van de geleverde zorg en de gedeclareerde kosten? Er is voldoende literatuur die laat zien dat er mogelijkheden tot verbetering zijn. De kwaliteit van zorgaanbieders en de kosten van de zorg variëren sterk. De enige manier om een betere balans tussen kosten en kwaliteit te krijgen is ons inziens door verschillen in kwaliteit en prijs tussen zorgaanbieders inzichtelijk te maken. Zonder inzicht in de cijfers zullen die cijfers ook niet verbeteren. Hier is ook de overheid aan zet om de mist in de zorg te laten optrekken. *Trust, but verify*. Ook op dit punt gaat de cost voor de baet uyt. Investeren in transparantie loont.

### Referenties

- 1 IOM, *Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century*, Washington DC: National Academies, 2001.
- 2 AHRQ, *Understanding Quality Measurement*, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012.
- 3 RVZ, *Gepaste zorg*, Zoetermeer: RVZ, 2004.
- 4 O.A. Arah, G.P. Westert, J. Hurst en N.S. Klazinga, ‘A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project’, *International Journal for Quality in Health Care*, 2006;18 Suppl 1(5-13).
- 5 D.M. Berwick, T.W. Nolan en J. Whittington, ‘The triple aim: care, health, and cost’, *Health Affairs (Millwood)*, 2008;27(3):759-69.
- 6 M. Bruijnzeels, ‘Triple Aim werkt!’, *De Eerstelijns*, 2013;40-41.
- 7 M. Wensing en R. Grol, *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*, Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2017.
- 8 M. Lawrence en F. Olesen, ‘Indicators of Quality in Health Care’, *European Journal of General Practice*, 1997;3(3):103-8.
- 9 A. Donabedian, ‘The seven pillars of quality’, *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 1990;114(11):1115-18.

- 10 AHRQ. *National Quality Measures Clearinghouse*, <<http://qualitymeasures.ahrq.gov>> (2012).
- 11 C.L. Damberg, M.E. Sorbero en S.L. Lovejoy, *An evaluation of the use of performance measures in health care*, Santa Monica, CA: Rand Corporation, 2011.
- 12 T. Freeman, 'Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature', *Health Services Management Research*, 2002;15(2):126-37.
- 13 P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas en S. Leathermann, *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*, Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- 14 L.A. Gardner, V. Snow, K.B. Weiss, G. Amundson, E. Schneider, D. Casey, E.R. Hornbake, S. Manaker, L.G. Pawlson, P. Reynolds, M. Sha en D. Baker, 'Leveraging improvement in quality and value in health care through a clinical performance measure framework: a recommendation of the American College of Physicians', *American Journal of Medical Quality*, 2010;25(5):336-42.
- 15 A.R. van de Vijzel, P.M. Engelfriet en G.P. Westert, 'Rendering hospital budgets volume based and open ended to reduce waiting lists: Does it work?', *Health Policy*, 2011;100(1):60-70.
- 16 T.K. Nuckols, J.J. Escarce en S.M. Asch, 'The effects of quality of care on costs: a conceptual framework', *Milbank Quarterly*, 2013;91(2):316-353.
- 17 R.H. Brook, M.R. Chassin, A. Fink, D.H. Solomon, J. Kosecoff en R.E. Park, 'A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies', *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1986;2(1):53-63.
- 18 J. Øvretveit, *Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*, Londen: the Health Foundation, 2009.
- 19 T.K. Nuckols, E. Keeler, S.C. Morton, L. Anderson, B. Doyle, M. Booth, R. Shanman, J. Grein en P. Shekelle, 'Economic Evaluation of Quality Improvement Interventions for Bloodstream Infections Related to Central Catheters: A Systematic Review', *JAMA Internal Medicine*, 2016;176(12):1843-54.
- 20 E. Etchells, M. Koo, N. Daneman, A. McDonald, M. Baker, A. Matlow, M. Krahn en N. Mittmann, 'Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care: a systematic review', *BMJ Quality & Safety*, 2012;21(6):448-56.
- 21 J.A. Govaert, A.C. van Bommel, W.A. van Dijk, N.J. van Leersum, R.A. Tollenaar en M.W. Wouters, 'Reducing healthcare costs facilitated by surgical auditing: a systematic review', *World Journal of Surgery*, 2015;39(7):1672-80.
- 22 M. Maruthappu, A. Trehan, A. Barnett-Vanes, P. McCulloch en M.J. Carty, 'The impact of feedback of surgical outcome data on surgical performance: a systematic review', *World Journal of Surgery*, 2015;39(4):879-89.

- 23 J.L. Lee, M. Maciejewski, S. Raju, W.H. Shrank en N.K. Choudhry, 'Value-based insurance design: quality improvement but no cost savings', *Health Affairs (Millwood)*, 2013;32(7):1251-57.
- 24 T.K. Nuckols, E. Keeler, S. Morton, L. Anderson, B.J. Doyle, J. Pevnick, M. Booth, R. Shanman, A. Arifkhanova en P. Shekelle, 'Economic Evaluation of Quality Improvement Interventions Designed to Prevent Hospital Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis', *JAMA Internal Medicine*, 2017;177(7):975-85.
- 25 C. Sorenson, M. Drummond en B. Bhuiyan Khan, 'Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship', *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 2013;5:223-34.
- 26 A. Gelijns en N. Rosenberg, 'The dynamics of technological change in medicine', *Health Affairs (Millwood)*, 1994;13(3):28-46.

## 13. Een doelmatig zorglandschap, basis voor betaalbare zorg

Marit Tanke

### Kernboodschappen

- De inrichting van het zorglandschap draagt bij aan hoe goed en efficiënt de zorg kan worden geleverd. Een doelmatige inrichting van het zorglandschap schept daarom de noodzakelijke voorwaarden voor betaalbare zorg
- Verschillende vormen van zorg (bijvoorbeeld chronische, acute en planbare zorg) hebben alle hun eigen dynamiek en stellen daarmee specifieke eisen aan de organisatie en inrichting van de zorg
- Patiënten hebben steeds vaker een combinatie van (complexe) zorgvragen. Hierdoor ontstaan netwerken van formele en informele zorg rondom patiënten. In een doelmatig ingericht zorglandschap verloopt de coördinatie binnen die netwerken beter dan nu het geval is
- Het zorglandschap bestaat uit een combinatie van zorgfuncties en zorg voor individuele patiënten waarin elke organisatie rekening moet houden met haar specifieke patiëntengroep en de lokale omstandigheden. Dit vraagt om *health system leadership* met goede ondersteuning van informatie, technologie en bekostiging

### 13.1

#### Inleiding

De zorg is op diverse fronten flink in beweging. De zorgvraag zal de komende jaren blijven stijgen en complexer worden. Er is meer mogelijk, zoals *personalized* en superspecialistische behandelingen, terwijl patiënten steeds vaker een combinatie hebben van (chronische) gezondheidsproblemen waarvoor zij door verschillende zorgaanbieders worden behandeld. Tegelijkertijd stijgen de zorgkosten al jaren en staan de budgetten onder druk.

De manier waarop de zorg nu is georganiseerd kan niet volledig aan deze zorgvraag beantwoorden. Het traditioneel getrapte systeem van eerste/tweede/derde lijn werkt goed voor monodisciplinaire zorg met een duidelijke kop en staart, maar minder goed voor patiënten met een complexe of onduidelijke zorgvraag. Fragmentatie van zorg kan voor hen problemen geven met de coördinatie tussen verschillende zorgverleners, leidend tot onnodige zorg en extra zorgkosten. We moeten dus de huidige inrichting van de zorg onder de loep nemen en in een aantal opzichten heroverwegen: hoe te voldoen aan deze toename van de zorgvraag op zo'n manier dat tegelijkertijd de betaalbaarheid van de zorg gegarandeerd blijft?

De inrichting van het zorglandschap kan bijdragen aan toekomstbestendige zorg die betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit is. Door meer aandacht te hebben voor doelmatige zorgverlening, halen we meer uit onze zorgeuro's. De vraag die centraal staat in dit hoofdstuk luidt: wat zijn de kenmerken van een toekomstbestendig zorglandschap? Onder 'zorglandschap' wordt verstaan: het geheel aan zorgorganisaties in een zorgsysteem en hun onderlinge relaties. Dit hoofdstuk richt zich op de curatieve zorgverlening.

Paragraaf 13.2 bespreekt de onderliggende factoren die leiden tot de behoefte aan een andere ordening binnen het zorglandschap. Paragraaf 13.3 verkent de mogelijkheden voor een meer doelmatig en toekomstbestendig zorglandschap. Daarna volgen paragrafen met enkele dilemma's (13.4) en ingrediënten voor een doelmatig en toekomstbestendig zorglandschap (13.5). Paragraaf 13.6 bevat conclusies en aanbevelingen voor beleid.

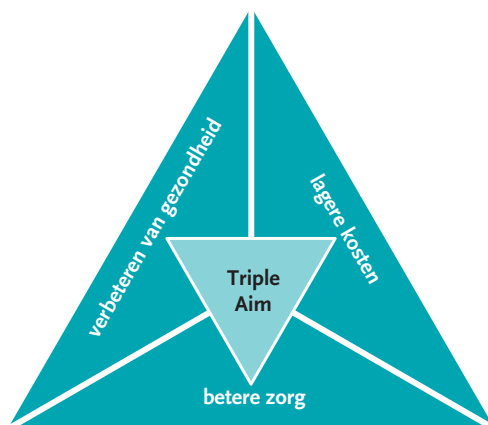
## 13.2 Nieuwe eisen aan het zorglandschap

Ons zorglandschap is organisch gegroeid. De verschillende onderdelen, zoals huisartsenpraktijken, centra voor dagbehandeling, specialistische centra en algemene ziekenhuizen, zijn veelal in de loop van de tijd ontstaan op basis van de op dat moment aanwezige kennis en behoeften. Zij vormen daarmee grotendeels de erfenis van een tijd waarin artsen op basis van *trial and error* behandelden. Maar de tijden zijn veranderd, de diagnose en de behandeling van veel aandoeningen, zoals diabetes en hart- en vaatziekten, gebeuren niet meer op basis van een *educated guess*, maar zijn sterk geprotocolleerd. Aandoeningen waar voorheen geen behandeling voor was, zijn nu steeds vaker behandelbaar. Hierdoor leven mensen langer met (meerdere) chronische aandoeningen. Tegelijkertijd nemen de uitgaven aan zorg toe. Deze medische ontwikkelingen en de veranderende demografie in combinatie met het vraagstuk van de betaalbaarheid, stellen nieuwe eisen aan de zorg en het zorglandschap.

### 13.2.1 Doel: kwalitatief goede én betaalbare zorg

De kwaliteit van de Nederlandse zorg is over het algemeen goed. De levensverwachting in ons land is hoog en de zorg is relatief efficiënt en goed toegankelijk. Toch zijn er ook aandachtspunten, voornamelijk op het gebied van preventie, de sociale ongelijkheid qua gezondheid en de kosten van de zorg.<sup>1</sup> In vergelijking met andere landen geven we veel geld aan de zorg uit. Dit verschil is de afgelopen jaren weliswaar minder groot geworden, maar het blijft een punt van zorg, zeker gezien de (demografische) ontwikkelingen. Om te garanderen dat zo veel mogelijk mensen toegang tot kwalitatief goede zorg houden, blijven de betaalbaarheid en de financiële toegankelijkheid van de zorg aandachtspunten. Ook in andere landen wordt erkend dat een duurzaam zorgsysteem niet alleen goed, maar ook betaalbaar moet zijn. Een veelgebruikt raamwerk voor een duurzaam zorgstelsel is de *Triple Aim* voor zorgsystemen van het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement (zie Figuur 13.1). Dit raamwerk onderscheidt drie gelijkwaardige doelen: 1) het verbeteren van de gezondheidsuitkomsten voor bevolkingsgroepen, 2) het verbeteren van de ervaringen van patiënten met de zorg, en 3) het beperken van de zorgkosten per hoofd van de bevolking.<sup>2</sup> De argumentatie is dat alleen als deze drie doelen tegelijkertijd worden nagestreefd, er sprake kan zijn van een duurzaam zorgsysteem. Het gaat hierbij overigens niet alleen om de aanpak van ziekten, maar ook om een adequaat systeem van preventie. Recent is aan de *Triple Aim* een vierde doel toegevoegd: het welzijn van zorgprofessionals (de *Quadruple Aim*, een voorwaarde voor het bereiken van de *Triple Aim*).<sup>3</sup> Gezien recente berichten over het (dreigende) tekort aan met name verpleegkundigen, is dit ook voor Nederland een belangrijke toevoeging.

**Figuur 13.1 Triple Aim<sup>4</sup>**



### 13.2.2

#### Veranderingen in zorgvraag en zorgverlening

Met welke veranderingen heeft de medische wereld te maken? Ten eerste verandert de zorgvraag als gevolg van de bevolkingssamenstelling en -opbouw. Een van de belangrijkste veranderingen is de toename van het aantal patiënten met een chronische aandoening en met meerdere klachten. Nu al heeft de helft van de bevolking minimaal één chronische aandoening. De verwachting is dat in 2040 30 procent van alle Nederlanders twee of meer chronische aandoeningen heeft.<sup>5</sup> Ook zal het aantal ouderen met fysieke beperkingen sterk groeien en neemt het toch al omvangrijke deel van de bevolking met een psychische aandoening en/of psychosociale problemen verder toe – en dat niet alleen als gevolg van dementie. Een consequentie hiervan is dat mensen steeds vaker te maken zullen krijgen met een scala aan zorgaanbieders en formele en informele zorgverleners.

Tegelijkertijd verschuift de focus van de gezondheidszorg van een ‘smalle’ medische visie naar een bredere vorm van zorg, met als doel patiënten te helpen met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en hierin zo veel mogelijk de eigen regie te voeren: de positieve gezondheid.<sup>6</sup> Tegelijkertijd neemt de vraag toe naar een meer persoonsgerichte benadering van gezondheid. Mensen willen, indien mogelijk, zelf de regie kunnen voeren.<sup>7</sup> Zij worden hiertoe door zorgverleners ook steeds meer in staat gesteld, waardoor het accent in de zorg verschuift naar zorg-op-maat en naar zelfzorg. Patiënten zijn steeds beter geïnformeerd over ziekten en medische mogelijkheden, en er is meer te kiezen. De beschikbaarheid van informatie over service en kwaliteit maakt ook dat mensen bereid zijn om verder te reizen. Ongeveer de helft van de patiënten heeft het ervoor over om tot een uur langer onderweg te zijn voor een ziekenhuis met een betere kwaliteit en reputatie. Hoe ingrijpender de behandeling, hoe verder patiënten willen reizen.<sup>8</sup> Er is echter ook kritiek op de ontwikkeling naar zelfregie. Met name voor de groeiende groep patiënten met meerdere, complexe, aandoeningen kan de grotere keuzevrijheid, indien onvoldoende ondersteund, juist een extra last zijn.<sup>9</sup>

Ook de toename van medische kennis heeft de zorgverlening sterk veranderd. Ten eerste is er sprake van een trend tot (sub)specialisatie bij zorgverleners. Op dit moment

zijn er 46 BIG-geregistreerde specialismen en een gemiddeld specialisme kent al snel vijf tot zeven subdisciplines. Ook traditionele generalisten, zoals huisartsen, kiezen aandachtsgebieden. De toenemende protocollering heeft het daarnaast mogelijk gemaakt dat taken worden overgedragen aan bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten. Logischerwijs weten deze specialisten binnen één organisatie steeds minder van elkaars vakgebied. Een andere ontwikkeling is dat steeds strengere kwaliteitseisen worden gesteld. Om aan deze eisen te kunnen voldoen neemt de samenwerking tussen ziekenhuizen juist toe, vaak in de vorm van bestuurlijke samenwerking of door fusies van maatschappen.<sup>10</sup> De afgelopen jaren is het aantal zelfstandige algemene ziekenhuizen, voornamelijk door fusies, teruggelopen van 143 in 2009 tot 102 in 2015.<sup>11</sup> Daarnaast zijn er vanuit het oogpunt van kwaliteit en efficiëntie het laatste decennium meer (zelfstandige) klinieken gekomen die zich richten op één soort behandeling of patiëntengroep. In 2015 waren er al 320 zelfstandige behandelcentra (ZBC's).<sup>12</sup>

Een laatste bepalende factor voor de ordening van ons zorglandschap is de ontwikkeling van beleid gericht op zorg dicht bij huis. De aandacht voor efficiëntere zorgverlening heeft ertoe geleid dat verrichtingen waarvoor patiënten voorheen in het ziekenhuis werden opgenomen, nu in dagbehandeling of poliklinisch uitgevoerd kunnen worden. Het percentage dagbehandelingen is toegenomen van 22 procent in 1992 tot 56 procent in 2012.<sup>11</sup> De gemiddelde ligduur is tussen 2008 en 2012 met bijna 20 procent afgenomen (en blijft sindsdien stabiel met een duur van rond vijf dagen).<sup>13</sup> Huisartsen nemen bovendien kleine verrichtingen over van het ziekenhuis en hebben ook een veel grotere rol gekregen in de behandeling en begeleiding van patiënten met een chronische aandoening.<sup>14</sup> Hiervoor worden ze ondersteund voor praktijkondersteuners. Het beleid gericht op langer thuis wonen versnelt dit proces. Een van de consequenties is dat eerstelijnszorgverleners tegenwoordig steeds vaker te maken hebben met patiënten met complexere en/of multiproblematiek. Om aan deze veranderende vraag te kunnen voldoen, organiseren huisartsen zich in zorggroepen en vestigen ze zich vaker samen met andere eerstelijnszorgverleners in gezondheidscentra.

### 13.2.3 Verschillende niveaus van doelmatigheid

De traditionele inrichting van de aanbodgestuurde zorg past steeds minder goed bij de geschetste ontwikkelingen binnen en buiten de medische wereld. Als gevolg van de manier waarop de zorg nu is georganiseerd, kan zij niet meer adequaat reageren op de veranderde zorgvraag. Kan een doelmatiger ingericht zorglandschap uitkomst bieden? Om deze vraag te beantwoorden moeten we eerst vaststellen wat we onder 'doelmatigheid' verstaan. Het CPB zegt het zo: 'De zorg is doelmatig als met de beschikbare (financiële) middelen een zo hoog mogelijke gezondheid voor de samenleving wordt behaald'.<sup>15</sup> In het Engels wordt in dit opzicht vaak de term *value* (toegevoegde waarde) gebruikt. Een tegenwoordig veelgebruikte manier om die toegevoegde waarde te bepalen is gebaseerd op de theorie over *value-based health care* van de Amerikaanse econoom Michael Porter. Hij gebruikt het begrip *patient value* (patiëntwaarde) in de betekenis van 'voor de patiënt relevante uitkomsten gedeeld door de kosten die per patiënt in de gehele zorgcyclus moeten worden gemaakt om tot deze uitkomsten te

komen'. Wat deze definities gemeen hebben, is dat ze niet alleen gaan over het beheersen van de kosten, maar ook over het resultaat van de zorg. In feite wordt dus steeds naar de uitkomsten van de zorg gekeken in relatie tot de verrichte inspanningen en de gedane investeringen: hoeveel 'waarde' voegt de zorg toe?

Het antwoord op de vraag of zorgverlening doelmatig is, kan overigens sterk afhangen van wat wordt meegenomen in de definitie. Een voorbeeld maakt dat duidelijk. Binnen het project 'Blauwe Zorg' is in Maastricht een stadspolikliniek geopend voor 'anderhalfdelijnszorg'. Een consult is hier goedkoper dan in het ziekenhuis en je zou aan de hand van dit voorbeeld dus kunnen zeggen dat substitutie van zorg vanuit het ziekenhuis naar de 1,5e lijn doelmatig is, omdat de prijs per consult daalt. Het is echter onduidelijk welk effect dit heeft op de totale zorgkosten. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat er nu meer consulten per patiënt nodig zijn. Ook kunnen de totale zorgkosten stijgen als de vrijgekomen ruimte in het ziekenhuis wordt gebruikt voor andersoortige zorgverlening met minder toegevoegde waarde voor de patiënt. Of zorg doelmatig is hangt dus af van het perspectief en van het antwoord op de vraag in hoeverre de verschillende spelers binnen het regionale zorglandschap anticiperen op een verandering in hun omgeving.

### Box 13.1 Kostenbesparing door substitutie en zorg dicht bij huis?

Het is tegenwoordig de trend om de zorg zo dicht mogelijk bij huis te willen leveren. Dit is niet alleen wenselijk vanuit patiëntperspectief, maar er lijken potentieel ook kosten mee bespaard te kunnen worden. Recent is berekend dat meer samenwerking binnen en tussen ziekenhuizen en ggz-instellingen en verschuiving van een deel van de zorg naar huisartsen, eerstelijnsvoorzieningen en tot op zekere hoogte (zie het vervolg van deze box) naar huis, een bedrag tot € 1,5 miljard kunnen opleveren.<sup>16</sup> Dit besparingspotentieel is vooral gelegen in het voorkómen van verwijzingen binnen de tweede lijn.<sup>17</sup> Zorgverzekeraars hebben voor € 45 miljoen aan substitutieafspraken gemaakt met het veld, voornamelijk in de vorm van 'meekijkconsulten' en anderhalfdelijnszorg.<sup>18</sup> Deze substitutieafspraken lijken echter maar een relatief bescheiden bijdrage te hebben geleverd aan het terugdringen van de groei van de zorgkosten.<sup>19</sup> Nog interessanter is het als de zorg ook daadwerkelijk thuis geleverd kan worden. In het recente rapport 'No place like home' berekende onderzoeksbureau Gupta dat 45 procent van de zorg die nu in ziekenhuizen wordt verleend, naar huis kan worden verplaatst.<sup>20</sup> Voor patiënten zou dit een hogere kwaliteit van leven betekenen, voor de maatschappij een forse kostenbesparing. Een concreet voorbeeld zijn *hospital at home* initiatieven. Hierbij worden patiënten thuis 'opgenomen' en krijgen ze in hun vertrouwde omgeving alle verzorging (inclusief hartbewaking) en alle behandelingen die ze normaal in het ziekenhuis zouden hebben gekregen. Patiënten die op deze manier worden 'opgenomen' hebben minder complicaties, een kortere 'ligduur' en genereren ongeveer 30 procent minder zorgkosten dan dat ze bij een reguliere opname gehad zouden hebben.<sup>21</sup> Het Isala Hartcentrum startte 20 jaar geleden al met hartzorg thuis. Sinds kort heeft het Universitair Medisch Centrum Groningen een virtuele verpleegafdeling. Een groot bijkomend voordeel van zorg thuis is dat de patiënt veel meer de regie krijgt over zijn of haar eigen zorg en leven. In Dallas leren patiënten zelfs om zichzelf intraveneus antibiotica toe te dienen.<sup>22</sup>

## 13.3

### Concepten voor doelmatige zorgverlening

Ondanks deze kanttekeningen is er wel wat te zeggen over manieren om de zorg doelmatiger in te richten. In hoofdstuk 11 hebben we het gehad over het voorkómen van



ziekten. Aan de kant van de zorgverlening gaat het om het inzetten van de beschikbare middelen op die plek waar ze het meeste opleveren (allocatieve doelmatigheid) en om het tegengaan van verspilling (technische doelmatigheid), door kwalitatief hogere zorgverlening (zie hoofdstuk 12) en het stoppen met onnodige zorg (zie hoofdstuk 16). In het verdere verloop van dit hoofdstuk staat de inrichting van het zorglandschap centraal. Het zorglandschap kan de organisatorische condities scheppen die de *Triple Aim* mogelijk maken. Hierbij ontstaat een balans tussen doelmatigheid vanuit de zorgverlening (aanbodsturing) en doelmatigheid vanuit de zorgvrager (vraagsturing).<sup>23</sup> Een belangrijke voorwaarde hiervoor is het vereenvoudigen van de organisatie van het primaire proces (complexiteitsreductie). Dit kan op verschillende manieren plaatsvinden.

### 13.3.1 Aansluiten bij het doel en de dynamiek van de zorg

Als we over de inrichting van de zorg nadenken, denken we vaak aan eenheden als een ziekenhuis, een revalidatiecentrum of een huisartsenpraktijk. Deze organisaties herbergen echter veel verschillende zorgprocessen met elk een eigen dynamiek en doel. Denk maar aan het verschil tussen het runnen van een aantal operatiekamers en het begeleiden van een patiënt met een ongeneeslijke vorm van kanker. In het eerste geval ligt de nadruk op standaardisatie in de protocollen, snelheid, efficiëntie en het voorkomen van fouten. Deze kernwaarden zouden in het geval van de oncologische patiënt de plank echter volledig misslaan. Meestal denken we maar beperkt na over zaken als het benodigd leiderschap, de werkprocessen en de cultuur die nodig is om een bepaald resultaat te behalen.

Vanuit de managementliteratuur en de organisatiewetenschappen wordt al langer nagedacht over de vraag hoe een organisatie het best kan aansluiten bij het doel van de organisatie. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is het verlagen van de complexiteit, en het vergroten van de homogeniteit en de voorspelbaarheid binnen een organisatie. Richard Bohmer beschrijft bijvoorbeeld in zijn boek *Designing care* drie verschillende soorten problemen die elk hun eigen eisen stellen aan de organisatie van de zorg: repeterende problemen (zoals een staaroperatie), gestructureerde problemen (zoals het stellen van een diagnose in de oncologie) en ongestructureerde problemen, waarbij voor elke patiënt een unieke oplossing geldt (zoals de keuze voor behandeling bij een patiënt met complexe problematiek).<sup>24</sup> Clayton Christensen beschrijft voor deze verschillende soorten problemen drie organisatievormen met elk hun eigen dynamiek:<sup>25</sup> Hij maakt een onderscheid tussen:

- **Value-adding process businesses**, die een concreet product leveren en repeterende problemen moeten oplossen. Voorbeelden zijn een bypassoperatie na een hartinfarct, het plaatsen van een knieprothese bij een patiënt met een artrotische knie, of het aanmeten van een gebitsprothese. Zo'n organisatie wordt ook wel een *focus factory* of focuskliniek genoemd en levert zorg die goed planbaar is. Voor doelmatige zorgverlening zijn goed gestroomlijnde processen en de aanwezigheid van de benodigde (technische) faciliteiten cruciaal.
- **Solutions shops**, die zich richten op het diagnosticeren van gestructureerde en ongestructureerde problemen en het aandragen van oplossingen, bijvoorbeeld bij patiënten met gedragsproblemen of bij een vermoeden van kanker. In Nederland

is deze functie (deels) belegd bij de huisarts. Expertise, een goede analyse en een interdisciplinaire benadering leveren hoogwaardige kwaliteit.

- **Facilitated user networks**, waarin mensen elkaar ontmoeten en informatie delen. Deze netwerken zijn voornamelijk geschikt voor de aanpak van ongestructureerde problemen. Een voorbeeld zijn verenigingen waarin patiënten met chronische aandoeningen kennis en ervaringen delen om beter om te leren gaan met hun aandoening. Zij hebben immers de meeste ervaring. Een goed voorbeeld van een *facilitated user network* is ParkinsonNet (zie box 13.2).

Het probleem, zegt Christensen, is dat de functies van deze organisatievormen in de meeste moderne ziekenhuizen met elkaar zijn verstrengeld. Ziekenhuizen zijn in feite complexe combinaties van voornamelijk *solution shops* en *value-adding process businesses*. De zorgverlening kan doelmatiger als de verschillende functies uit elkaar worden getrokken. Op die manier sluit de organisatorische context beter aan bij de specifieke eisen die de zorg stelt. Een organisatie die zich volledig richt op een *value-adding process* (zoals focusklinieken of zelfstandige behandelcentra) kan zorgpaden en (kwaliteits)metingen veel gericht inzetten dan een algemeen ziekenhuis, omdat de processen er veel voorspelbaarder zijn. Dit wordt verder besproken in hoofdstuk 14.

### Box 13.2 ParkinsonNet: de kracht van een netwerk

Parkinson is een gecompliceerde ziekte die zich uit in tal van motorische klachten (of bewegingsklachten) en niet-motorische problemen, zoals depressieve gedachten. De ziekte komt voor bij ongeveer 1 procent van de mensen ouder dan 60 jaar. Een gemiddelde huisarts heeft twee patiënten met Parkinson in de praktijk. Er bestaat nog geen behandeling waarvan is bewezen dat ze de ziekte afremt of tot staan brengt. Alleen symptoombestrijding is mogelijk, en de optimale behandeling verschilt per patiënt. De behandeling van deze patiënten bevat daarmee kenmerken van gestructureerde en ongestructureerd problematiek, en heeft baat bij kennis en ervaring. ParkinsonNet is een *facilitated user network*, dat bestaat uit zorgverleners die zijn gespecialiseerd in het behandelen en begeleiden van patiënten met de ziekte van Parkinson. De resultaten zijn positief.<sup>26,27</sup> Patiënten die door ParkinsonNet-zorgverleners worden behandeld hadden betere continuïteit van zorg, significant minder complicaties, zoals fracturen en longontstekingen, een 3 procent lagere sterfte en zorgkosten die per patiënt ongeveer € 560 lager waren dan de kosten voor patiënten die niet door een ParkinsonNet-fysiotherapeut worden behandeld. ParkinsonNet vormt zowel netwerken tussen zorgverleners als rondom patiënten. Zorgverleners die lid zijn van ParkinsonNet volgen jaarlijks een training, maken gebruik van de landelijke ParkinsonNet-richtlijnen en nemen deel aan wetenschappelijke onderzoeken. Patiënten worden bovendien aangemoedigd om te kiezen voor een ParkinsonNet-zorgverlener. Dit mes snijdt aan twee kanten: patiënten weten dat zij zorg krijgen volgens de laatste richtlijnen, en deze zorgverleners krijgen steeds meer ervaring. Patiënten en zorgverleners kunnen met elkaar communiceren via een online platform, ParkinsonConnect. Hier kan een patiënt vragen stellen aan zorgverleners of andere patiënten en kan hij of zij zorgverleners met elkaar in contact brengen. Zo ontstaat een geïndividualiseerd zorgnetwerk rondom patiënten die hierdoor steeds nadrukkelijker regievoerders van hun eigen netwerk worden. Ook ontstaan er meer samenwerkingsvormen met partijen buiten de zorg. ParkinsonNet is ontstaan vanuit een netwerk rondom het Radboudumc, Nijmegen. Inmiddels bestaat er op het gebied van Parkinson een landelijk dekkende structuur van regionale, nationale en internationale netwerken.

### 13.3.2 Value-based health care: Uitgaan van patiëntgroepen binnen de zorgketen

Een andere manier om de organisatorische complexiteit te reduceren, is door de samenhang van de zorg in de keten te vergroten. Experimenten met multidisciplinaire behandelcentra hebben een positief effect op het zorggebruik (minder herhalingsbezoeken) en de kwaliteit (minder geregeld voor de patiënt), een grotere betrokkenheid van patiënten bij hun behandeling en een betere samenwerking tussen zorgverleners.<sup>28</sup> Het *value-based health care* (VBHC) concept van Porter is hier een voorbeeld van. Uitgangspunt van VBHC is het verhogen van de toegevoegde waarde van de behandeling (de eerdergenoemde *patient value*) over het hele zorgtraject.<sup>29</sup> Eenheden van organisatie zijn specifieke patiëntgroepen, bijvoorbeeld patiënten met borstkanker of diabetes. De hoogste toegevoegde waarde ontstaat volgens dit concept als de zorg wordt ingericht in *integrated practice units* (IPU's), geïntegreerde organisatorische eenheden rondom zo'n patiëntgroep. In het ideale geval zijn alle faciliteiten en zorgverleners die nodig zijn voor de behandeling van de betreffende aandoening – bijvoorbeeld radiotherapie bij borstkanker of een cardioloog voor eventuele complicaties bij diabetespatiënten – fysiek op locatie aanwezig. Waar dit niet mogelijk is, of vanwege de hoge kosten niet doelmatig, is het zaak nauw samen te werken met organisaties die deze faciliteiten wel kunnen bieden. Per patiënt worden kosten en uitkomsten van het hele zorgtraject (dus inclusief het voor- en natraject) bijgehouden en gebruikt om de zorgverlening doelmatiger te maken. Een goed geïntegreerd elektronisch patiëntendossier is hiervoor een voorwaarde. Aanbieders houden zichzelf en elkaar scherp door te concurreren op de hoogste toegevoegde waarde voor deze patiëntgroepen waarop de bestkosting aansluit (*bundled payments*).

#### Box 13.3 Martini Klinik Hamburg: focuskliniek voor prostaat­kanker

De Martini Klinik in Hamburg is een voorbeeld van de manier waarop *value-based health care* in de praktijk kan werken.<sup>30</sup> De kliniek is in 2005 opgericht als een gespecialiseerd centrum voor prostaat­kanker­behandelingen binnen het universitaire ziekenhuis van Hamburg-Eppendorf (UKE). Op dit moment is de Mwwartini Klinik met ongeveer 2200 prostaat­kanker­operaties per jaar het centrum met het grootste volume volledige (radicale) operatieve verwijderingen van de prostaat wereldwijd. De overleving is hoog en het percentage complicaties is aanzienlijk lager dan elders (zie Tabel 13.1).<sup>31</sup> Het is overigens vooral het lagere percentage patiënten dat door de behandeling impotent wordt, waarmee de kliniek het verschil maakt. De gunstige resultaten van de Martini Klinik zijn het resultaat van voortdurende aandacht voor de verbetering van de kwaliteit. De zorg wordt verleend door een team van toegewijde urologen en gespecialiseerde verpleegkundigen met elk een specifiek aandachtsgebied. Van iedere patiënt worden de totale kosten en het resultaat van de behandeling bijgehouden. Deze gegevens worden niet alleen gebruikt voor het bijstellen van de behandeling voor de betreffende patiënt, maar ook (en juist) om de zorgprocessen aan te passen. Binnen hun aandachtsgebied worden de urologen uitgedaagd om te innoveren. Bij bewezen positief effect wordt de innovatie door de collega's overgenomen. Het grote, en groeiende, aantal behandelingen in de Martini Klinik is te danken aan het succes van de Hamburgse aanpak, maar is op zijn beurt weer een voorwaarde voor de mogelijkheid om de zorg op deze manier te organiseren. Het effect op de kosten is nog niet eenduidig.

De Martini Klinik berekent aan particulier verzekerden een tarief dat ongeveer twee keer zo hoog is als het tarief voor een prostaatkankeroperatie in Nederland. Voor ziekenfondspatiënten in Duitsland is het tarief vergelijkbaar met het Nederlandse.<sup>32</sup>

**Tabel 13.1** Kwaliteitsgegevens Martini Klinik<sup>30</sup>

	Benchmark	Martini Klinik
5-jaars ziektespecifieke overleving	94%	95%
Volledige continentie	56,7%	94%
Beschadiging van de endeldarm	1,7%	0,2%
Beschadiging van de urineleider	0,6%	0,04%
Ernstige erectiestoornissen	75,5%	35%
Longembolie	0,8%	0,1%
Sepsis	2,5%	0,04%
Trombose	2,5%	0,4%
Vertraagde wondgenezing	1,7%	0,9%

Noot: Benchmark gegevens zijn van Duitse ziekenhuizen.<sup>64</sup> Gegevens van de Martini Klinik zijn eerder gepubliceerd.<sup>65,66</sup> Volledige continentie is gedefinieerd als 'geen gebruik van incontinentiemateriaal of alleen voor de zekerheid'. Erectiestoornissen is inclusief patiënten die al voor de behandeling erectiestoornissen hadden. Aangepast van [www.martini-klinik.de/nl/martini-klinik-prostaatkankercentrum-in-duitsland/](http://www.martini-klinik.de/nl/martini-klinik-prostaatkankercentrum-in-duitsland/) (10 januari 2018).

### **De rol van volume**

Goede of excellente kwaliteit van zorg kan alleen worden geboden door zorgverleners met voldoende ervaring. Uit het merendeel van de studies waarin de relatie tussen kwaliteit en volume is onderzocht, blijkt dat zorgverleners die een groter aantal specifieke verrichtingen uitvoeren, betere kwaliteit leveren.<sup>33</sup> Dit geldt niet alleen voor operaties, maar ook voor de behandeling van chronische aandoeningen<sup>34</sup> en voor diagnostiek.<sup>35,36</sup> Het is nog onbekend wat precies de relatie is tussen volume en kwaliteit. Wel worden verschillende verklarende factoren genoemd.<sup>37</sup> Een zorgaanbieder die een groter aantal specifieke behandelingen verricht, werkt strikter volgens *evidence-based* criteria. Bovendien zijn professionals die veel behandelingen uitvoeren niet alleen technisch vaardiger, zij kunnen uitzonderingen ook beter inschatten. Ook de kwaliteit van het ziekenhuis speelt een rol. Ziekenhuizen met betere apparatuur, waar medewerkers bovendien scholing krijgen om hun kennis en kunde op peil te houden, behalen betere uitkomsten.

'Volume' is dus een middel dat artsen en ziekenhuizen in staat stelt om op een bepaald gebied meer expertise op te bouwen en dat hen de kans geeft om hun faciliteiten en processen op dit specifieke terrein zo in te richten dat dat de beste uitkomsten oplevert, zoals het voorbeeld van de Martini Klinik laat zien. Volume maakt het mogelijk om richtlijnen specifieker te maken en uitkomsten en kosten betrouwbaarder te meten. Faciliteiten hoeven niet gedeeld te worden met andere groepen, waardoor ze volledig kunnen worden aangepast aan de specifieke eisen van één soort behandeling. Dat zorgt

er ook voor dat processen waar nodig sneller aangepast kunnen worden. Een groter volume door de concentratie van activiteiten betekent overigens niet per definitie meer doelmatigheid. Als bijvoorbeeld de toegankelijkheid van de zorg erdoor verslechtert, of door een grotere marktmacht de tarieven stijgen, kan een groter volume ook leiden tot minder doelmatigheid.

### 13.3.3 Samenwerken en integratie voor (multi)problematiek

Veel patiënten kunnen worden behandeld met geprotocolleerde zorg. Een steeds groter aantal patiënten heeft echter last van een combinatie van meerdere (vaak complexe) problemen. Slechte afstemming en gebrekkige communicatie tussen zorgverleners kan, zeker voor deze patiënten, leiden tot onnodige extra zorg en kosten.<sup>38</sup> In de VS hoefden dergelijke patiënten die werden begeleid door een speciale *care coordinator* op termijn bijvoorbeeld significant minder vaak een beroep te doen op spoedeisende hulp. Ook werden zij minder vaak in het ziekenhuis opgenomen. In totaal hadden zij minder zorguitgaven dan vergelijkbare patiënten zonder extra begeleiding, al bracht die begeleiding in het eerste jaar even hoge of zelfs hogere kosten met zich mee.<sup>39</sup> Daarnaast is het zo dat als zorgverleners meer patiënten delen, deze patiënten lagere totale kosten hebben dan patiënten met net zo veel zorgverleners die onderling minder goed samenwerken.<sup>63</sup> Dat komt waarschijnlijk doordat zorgverleners die goed samenwerken meer informatie uitwisselen en beter met elkaar communiceren. Dit kan via formele kanalen (zoals een gedeeld patiëntendossier of multidisciplinair overleg) en informele vormen van overleg (een korte vraag bij het koffieapparaat) en kan worden vergemakkelijkt door bijvoorbeeld de mogelijkheid tot elektronische verwijzingen of een gedeelde fysieke locatie.

Dit probleem raakt aan de kenmerken van het zorglandschap. Patiënten die zorg ontvangen in een meer 'gefragmenteerd' gezondheidszorgsysteem hebben vaker problemen met het coördineren van de verschillende vormen van zorg. Ook is bij hen sprake van meer (vermijdbare) ziekenhuisopnames, ongeacht hoe ziek ze zijn. Hun zorgkosten zijn daardoor ongeveer 10 procent hoger. Deze patiënten maken ook vaker gebruik van specialistische zorg, met name van diagnostische specialismen als cardiologie en radiologie.<sup>40,41</sup> Een mogelijke oplossing is een goede triage, bijvoorbeeld door de eerste lijn. Het blijkt dat patiënten in landen met een sterke eerste lijn gezonder zijn, minder onnodige zorg gebruiken en minder problemen ondervinden met de coördinatie.<sup>42,43</sup> Zorg kan dus doelmatiger worden verleend door een betere coördinatie, of zelfs integratie, van functies. De vormgeving van het zorglandschap is hierbij een belangrijke onderliggende determinant.

### Box 13.4 Canterbury: een geïntegreerd systeem voor zorg en welzijn

Canterbury, de regio rond Christchurch in Nieuw-Zeeland, is een goed voorbeeld van een regio met een samenhangend zorgsysteem.<sup>44,45</sup> Dit was niet altijd zo. Een tiental jaar geleden stond men daar voor grote uitdagingen. Het belangrijkste ziekenhuis in de regio stond er financieel slecht voor, en de kwaliteit was matig in vergelijking met die in de rest van het land. Als men op deze manier zou doorgaan, werd verwacht dat er in 2020 450 extra ziekenhuisbedden en 8000 extra professionals nodig zouden zijn. Dit was niet wenselijk en, gezien het beschikbare personeel, ook niet haalbaar. Hierop is een hervormingsagenda ingesteld, gericht op 'ontschotting' en het tegengaan van perverse prikkels in het systeem, waarin de verantwoordelijkheid voor het totale budget bij alle aanbieders werd gelegd. De drie centrale elementen van deze agenda waren: 1) een overkoepelende visie ontwikkelen voor de hele regio, met en door medewerkers; 2) investeren in de innovatiekracht van professionals op alle niveaus door middel van training en ondersteuning; 3) afsluiten van nieuwe contracten die geïntegreerd werk bevorderen.

Samen met meer dan 2000 medewerkers is vervolgens voor de regio Canterbury een geïntegreerd systeem voor gezondheid en welzijn ontwikkeld, waarin wordt gewerkt vanuit de behoeften van een patiënt en waarin verspilling gezamenlijk wordt aangepakt (zie Figuur 13.2). Op de werkvloer zijn nieuwe modellen voor (geïntegreerde) zorg ontwikkeld, inclusief bijpassende contractvormen. De geldstromen zijn verschoven van het ziekenhuis naar zorg in de wijk. Van het budget voor spoedeisende hulp en ziekenhuisopnames voor acute zorg ging 18 procent af, terwijl wijkverpleegkundigen er 9 procent en de eerste lijn 3 procent bij kregen. Het resultaat is dat meer mensen thuis en in de wijk worden behandeld en dat de druk op het ziekenhuis is afgenomen. Vergeleken met de rest van Nieuw-Zeeland heeft deze regio nu minder (her)opnames, een kortere ligduur en minder bezoeken aan de spoedeisende hulp. Dit was een geleidelijk proces, een combinatie van veel verschillende kleine en grote initiatieven, waardoor het totale budget en het aantal bedden in het ziekenhuis niet zijn afgenomen, maar de kostenstijging wel beheersbaar is gemaakt.

Figuur 13.2 Canterbury Health Care System



Met toestemming van Canterbury Health System (Nieuw-Zeeland) herdrukt.<sup>44</sup>

## 13.4 De inrichting van het zorglandschap – drie dilemma's

De zorgverlening kan dus doelmatiger, maar de in theorie optimale situatie kent ook dilemma's. Patiënten hebben verschillende combinaties van aandoeningen, met elk hun eigen dynamiek, zorgvragen en voorkeuren. En een zorgaanbieder heeft te maken met een verscheidenheid aan patiënten. Zomaar alle vernieuwingen tegelijkertijd toepassen brengt dilemma's met zich mee, die de organisatie van de zorg in een netwerkmodel overigens wel (deels) kan ondervangen. Deze paragraaf bespreekt enkele veelvoorkomende dilemma's.

### 13.4.1 Efficiëntie binnen een organisatie of optimale samenhang rondom de patiënt?

Een zekere mate van specialisatie en focus kan een positief effect hebben op de doelmatigheid. Faciliteiten worden beter benut en de kwaliteit van zorg is vaak hoger. Aan de andere kant kan zorg alleen zinvol en van goede kwaliteit zijn als alle deelaspecten voldoende op elkaar zijn afgestemd. De meerwaarde van (super)specialisatie of integratie hangt af van het type zorg, de zorgvraag, de risico-inschatting van de patiënt en de mogelijke synergie met andere zorgsoorten. *Hospitals within hospitals*, zoals de Martini Klinik in Hamburg, lossen dit probleem (deels) op door zich als losstaande kliniek volledig te specialiseren, maar wel gebruik te blijven maken van de faciliteiten van een algemeen ziekenhuis. En steeds vaker ook wordt een patiënt begeleid door een generalist, bijvoorbeeld een casemanager, die de continuïteit borgt, juist ook als een patiënt gespecialiseerde zorg nodig heeft.

Ook in het spanningsveld tussen concentratie en spreiding kan op zorgfunctieniveau een afweging worden gemaakt op basis van de relatieve waarde van de verschillende aspecten die daarbij een rol spelen, zoals de relatie tussen volume en kwaliteit, de noodzaak van fysieke nabijheid van de zorgverleners, en de kosten van arbeid en faciliteiten.<sup>46</sup> Afhankelijk van hoeveel extra kwaliteit en doelmatigheidswinst de concentratie van zorg oplevert, kan de extra reistijd die ermee gepaard gaat gerechtvaardigd zijn.<sup>47</sup> Overigens sluiten concentratie en nabijheid elkaar niet per definitie uit. Er zijn organisaties die concentratie, bijvoorbeeld van kennis, combineren met nabijheid. Een voorbeeld is het Mercy Virtual Hospital in de VS.<sup>48</sup> In dit 'ziekenhuis zonder bedden' verlenen medische professionals via de computer zorg aan patiënten in veelal kleine, afgelegen ziekenhuizen, maar ook thuis via een tablet. Door kennis te concentreren en door te besparen op faciliteiten, heeft dit concept naar eigen zeggen \$ 40 miljoen bespaard en een 40 procent lager sterftecijfer op de intensive care tot gevolg gehad.<sup>49</sup> Dichter bij huis wordt dit concept ook toegepast, bijvoorbeeld via de tele-IC van het OLVG in Amsterdam,<sup>50</sup> of door specialisten die op afstand meeopereren.<sup>51</sup>

### 13.4.2 Competitie of samenwerken?

In het *value-based health care* concept geldt competitie als de motor die de zorg beter en goedkoper maakt. (Gereguleerde) marktwerking is ook het uitgangspunt van de in 2006 ingevoerde Nederlandse zorgverzekeringswet (zie hoofdstuk 10). De vraag is of het feit dat instellingen moeten concurreren om patiënten en inkoopcontracten, in alle gevallen de beste resultaten oplevert. Al sinds 1996 worden bijvoorbeeld gegevens over

het resultaat van kunstmatige vruchtbaarheidsbehandelingen openbaar gemaakt. Dit heeft echter nauwelijks geleid tot een verschuiving van patiëntenstromen.<sup>52</sup> Daar komt bij dat samenwerken door zorgverleners veelal een noodzakelijke voorwaarde is voor een effectieve behandeling van patiënten met meerdere aandoeningen, dit vanwege de noodzaak om te zorgen voor continuïteit op de grenzen van het eigen expertisegebied en om informatie uit te wisselen over nieuwe inzichten en behandelmethoden. Niet voor niets is ‘samenhang door samenwerking’ een van de belangrijke kernpunten in het manifest van huisartsenbeweging ‘Het Roer Moet Om’.<sup>53</sup>

Het is overigens goed mogelijk om samenwerking rondom een patiënt en concurrentie tussen organisaties te combineren. Een voorbeeld is te vinden in de staat Californië (VS), waar Kaiser Permanente, een non-profit zorgorganisatie, een van de grootste spelers is op de zorgmarkt. Als je kiest voor een verzekering van Kaiser Permanente, word je automatisch bij de aangesloten zorgaanbieders behandeld. De concurrentie vindt plaats bij de keuze voor een verzekeraar. De vraag is overigens of de Nederlandse markt hier groot genoeg voor is. Een mengvorm die hier veel wordt gezien is ‘coöpetitie’: ofwel het samenwerken met je concurrent. In het Nederlandse zorglandschap gebeurt dit voornamelijk door verwijfsafspraken (die in de praktijk overigens vaak sterk afwijken van wat is afgesproken), het delen van medisch specialisten door verschillende instellingen of doordat er overlap is tussen instellingen op het niveau van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.<sup>10</sup>

### 13.4.3

#### Ideale wereld versus weerbarstige werkelijkheid?

De praktijk is meestal weerbarstiger dan de theorie. Dit geldt – zeker – ook voor de gezondheidszorg. Het scheiden van zorgstromen klinkt als een logische aanpak. Waarom gebeurt dat dan niet op grote schaal? Het heeft een aantal redenen. Een van de praktische redenen is de beperkte voorspelbaarheid van de patiëntvraag. Bij binnenkomst in een ziekenhuis is vaak niet gelijk duidelijk wat een patiënt nodig heeft. Daarom wordt in eerste instantie vaak serieel gewerkt. En soms leidt de behandeling van de ene aandoening tot de ontdekking van een volgend probleem, dat weer andere vaardigheden en expertise vereist. Er wordt gewerkt aan de voorspelbaarheid, bijvoorbeeld via algoritmen die toekomstig zorggebruik beter kunnen voorspellen. Dat kan een deel van de complexiteit van de problemen verminderen, maar het houdt (nog) geen rekening met de individuele wensen van de patiënt. Naast meer ‘gespecialiseerde generalisten’, zoals ziekenhuisartsen, kan het ook lonen de huisarts nauwer te betrekken bij de specialistische zorg. Deze kent de wensen van de patiënt veelal het beste. Het is ook mogelijk de onvoorspelbaarheid beter te organiseren, bijvoorbeeld door segmentatie en modulisering binnen de instelling.<sup>54</sup> Voldoende volume is hiervoor een voorwaarde.

Een ander aandachtspunt ligt namelijk in het bedrijfsmodel van een zorgorganisatie. Traditioneel zijn dit aanbodgestuurde organisaties, gericht op het optimale gebruik van dure faciliteiten (zoals een Intensive-Care afdeling of een MRI-scanner). De geavanceerde behandelingen die hier mee mogelijk zijn, komen vaak maar een klein deel van de patiënten ten goede, maar om deze faciliteiten in de lucht te houden is wel volume nodig. Dit staat haaks op het scheiden van patiëntenstromen. De recente fusies



van ziekenhuizen hebben hier wel een beetje verandering in gebracht, in die zin dat in de jaren na een fusie locaties vaak nieuwe profielen krijgen op basis van specifieke aandachtsgebieden. Zo ontstonden er als gevolg van fusies locaties waarin de acute complexe zorg werd geconcentreerd en werd op andere locaties voornamelijk niet-urgente en planbare zorg geleverd.<sup>55</sup> Of zulke fusies doelmatig zijn, is maar zeer de vraag.<sup>56</sup> Daarnaast worden aan met name de acute zorg steeds meer kwaliteitseisen gesteld, zoals de 24/7-aanwezigheid van een gynaecoloog, een spoedeisende-hulp-arts en een geriater. Als we niet kiezen voor een drastische concentratie van bepaalde soorten zorg die deze functies nodig hebben, betekent het dat ziekenhuizen – om aan dergelijke beschikbaarheidseisen te voldoen – de poorten zullen moeten openhouden voor alle patiënten en alles moeten blijven doen om hun organisatie financieel gezond te houden.

Ten slotte heeft elke nieuwe ordening van het zorglandschap maatschappelijke consequenties. De verhouding tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) plaatst verzekeraars bijvoorbeeld voor een dilemma. Met het oog op de tarieven zou het logisch zijn als zij meer zorg bij ZBC's contracteren en minder bij ziekenhuizen. Maar in de huidige opzet komen ziekenhuizen dan in de financiële problemen. Verzekeraars kunnen er daarom bijna niet omheen om bij te dragen aan het voortbestaan van ziekenhuizen. Vandaar dat ZBC's veelal pas op het einde van de inkooprit worden gecontracteerd. Ook instellingen zelf en mogelijk de lokale politiek zullen zich, als het bestaansrecht van de instelling en de werkgelegenheid worden aangetast, logischerwijs tegen deze vorm van creatieve destructie verzetten. Dit betekent dat bij beslissingen over de verbetering van de doelmatigheid in de zorg ook een politieke en maatschappelijke afweging een rol speelt.

#### 13.4.4 Zijn netwerken de oplossing?

Het is duidelijk: er is geen oplossing waarin de ideale organisatievorm van de zorg kan worden verwezenlijkt terwijl tegelijkertijd de betaalbaarheid wordt gegarandeerd. Maar het inrichten van de zorg in samenhangende netwerken kan wel (deels) aan zo'n oplossing bijdragen. We zien dit ook steeds vaker: ziekenhuizen ontwikkelen zich van traditionele instellingen via vormen van ketensamenwerking tot conglomeraten van aanbieders in een netwerkmodel die zich specialiseren in bepaalde vormen van zorg (bijvoorbeeld acute en complexe zorg), specifieke patiëntengroepen (bijvoorbeeld patiënten met Parkinson) of procedures (bijvoorbeeld prostaatankeroperaties). Nieuwe technologie maakt zorg op maat en zelfs zorg thuis mogelijk. En ook de schotten tussen de traditionele eerste, tweede en derde lijn vervagen. Er ontstaat een min of meer samenhangend zorgsysteem doordat zowel patiënten als aanbieders hun eigen netwerk, of liever netwerken, vormen. Formele en informele zorgverleners vormen individuele netwerken rondom patiënten.<sup>7</sup> Huisartsen werken samen in gezondheidscentra en zorggroepen, en houden vandaaruit contact met zorgverleners in de wijk en in de specialistische zorg. Ziekenhuizen zitten in netwerken met andere ziekenhuizen, officieel via bijvoorbeeld een fusie of een vorm van bestuurlijke samenwerking, maar soms ook meer 'toevallig', bijvoorbeeld via gedeelde aanstellingen of andere samenwerkingsverbanden van artsen. Er ontstaan kortom transmurale ketens, en daarnaast

zijn er inmiddels ook netwerken op het gebied van opleiding, kwaliteitsverbetering en onderzoek. Santeon is hiervan een goed voorbeeld. Zeven topklinische ziekenhuizen in ons land die zich hebben verenigd in Santeon, delen elkaars resultaten met als doel de zorg te verbeteren.

Deze netwerkaanpak maakt het voor organisaties mogelijk om zich te specialiseren en om de interne organisatie beter aan te laten sluiten bij de dynamiek van de zorgvraag, terwijl tegelijkertijd de samenhang tussen de deelnemende organisaties wordt bewaakt. Wat betekent dit voor het zorglandschap?

### 13.5 Doelmatige zorg in netwerken: kenmerken en randvoorwaarden

Een doelmatig zorglandschap, basis voor de eerdergenoemde *Triple Aim*. Een inrichting van het zorglandschap in netwerken lijkt hiervoor geschikt. Om echt doelmatig te kunnen zijn, kent dit netwerkmodel een aantal kenmerken en randvoorwaarden. De inrichting van een zorglandschap impliceert namelijk een combinatie van verschillende soorten zorg voor verschillende patiëntengroepen. En in zo'n situatie blijft er altijd sprake van een afweging tussen een optimale aanbodsturing en optimale zorg vanuit de visie van de patiënt. We hebben gezien dat het loont om over een doelmatige inrichting van het zorglandschap na te denken vanuit specifieke patiëntgroepen en zorgfuncties. Deze segmentatie helpt om het zorgaanbod in te richten op een manier die het beste past bij de dynamiek van de zorgvraag. Om te voorkomen dat organisaties vanwege tegengestelde belangen langs elkaar heen werken, is een gezamenlijke visie op het zorglandschap van de toekomst nodig. Hiervoor kunnen enkele algemene ingrediënten worden benoemd.

#### 13.5.1 Uitgangspunt: de gezondheid van de patiënt

De basis voor goede zorg is: uitgaan van de gezondheid van de patiënt. In eerste instantie is de patiënt zelf hiervoor verantwoordelijk, samen met zijn of haar zorgverleners. Het vertrekpunt is zorgvuldige diagnostiek en een op maat gemaakt (interdisciplinair) zorgplan voor de individuele patiënt.<sup>7</sup> Bij enkelvoudige zorg is dit meestal voldoende. Organisatie van de zorg in de eerder genoemde *integrated practice units* of in patiëntgeoriënteerde organisaties (PGO's) maakt het gemakkelijker om zorg interdisciplinair in te richten. Omwille van de doelmatigheid is echter een zeker volume nodig. Zeker als een patiënt complexere (combinaties van) aandoeningen heeft zal hij of zij hulp nodig hebben om door het zorgstelsel te navigeren. Een goed werkende digitale communicatie- en informatiestructuur, zoals in het voorbeeld van ParkinsonConnect, is een basisvoorwaarde om patiënten de regie te kunnen laten nemen. Wanneer extra ondersteuning nodig is, kan de patiënt een vast aanspreekpunt krijgen, bijvoorbeeld een mantelzorger of een formele *casemanager* of regiebehandelaar.

#### 13.5.2 Visie op de inrichting van het zorglandschap

Een patiënt vertrouwt erop dat hij of zij de beste zorg krijgt, juist ook als er multi- of interdisciplinair wordt gewerkt. Van belang zijn dus een goede samenhang en samenwerking op medisch, paramedisch, verpleegkundig en niet-medisch organisatorisch

niveau, binnen maar ook tussen verschillende instellingen en zelfs verschillende sectoren. In een netwerkmodel veranderen ook de verantwoordelijkheden van individuele zorgaanbieders. Deze reiken verder dan de grenzen van de eigen instelling. Dit betekent dat er een gedeelde verantwoordelijkheid bestaat voor de inrichting van het zorglandschap op lokaal, regionaal en nationaal niveau, zoals de regionale overleggen voor acute zorg (ROAZ). Een organisatie als ParkinsonNet neemt die verantwoordelijkheid in feite door de rol van 'ketenmanager' voor Parkinsonzorg op zich te nemen.

Nog breder is bijvoorbeeld de samenwerkingsovereenkomst die het UMC Utrecht, het Antoniusziekenhuis, het Diakonessenhuis en negen zorggroepen in de regio Utrecht hebben ondertekend met als doel het leveren van de juiste zorg op de juiste plek.<sup>57</sup> Deze biedt de genoemde organisaties de kans om in samenhang een visie voor de regio te ontwikkelen, hun eigen rol te herevalueren, en daadwerkelijk keuzes te maken. Deze visie moet antwoord geven op de vraag: hoe creëren wij vanuit maatschappelijk perspectief de meeste toegevoegde waarde voor onze zorggeuro's? Met andere woorden: wat is het doel dat we nastreven en hoe kunnen we dat zo doelmatig mogelijk doen? Het voorbeeld van Canterbury laat zien hoe een gezamenlijk opgestelde visie en doel houvast en richting kunnen geven aan de ontwikkeling van een meer doelmatig zorglandschap. De tijd zal moeten leren in hoeverre dergelijke samenwerkingsverbanden ook in Nederland effectief kunnen zijn.

### 13.5.3

#### Regelgeving en bekostiging kunnen gebruikt worden om doelen te halen

De structuur van wet- en regelgeving en de manier van bekostiging in een land kunnen gewenste doelen faciliteren of juist tegenwerken. In het voorbeeld van Canterbury in Nieuw-Zeeland is de verantwoordelijkheid voor het functioneren van het systeem via de bekostiging expliciet bij alle aanbieders neergelegd, inclusief een 'bonus' op samenwerken. De bekostiging draagt op deze manier dus rechtstreeks bij aan het doel van de nieuwe organisatie. Ook op andere plekken in de wereld wordt steeds vaker overgestapt van een systeem waarin voornamelijk wordt betaald voor volume naar een waardegedreven bekostiging die aansluit bij de *Triple Aim*.

Een bekend voorbeeld zijn de *accountable care organizations* (ACO's) in de Verenigde Staten. Dit zijn aanbieders, bijvoorbeeld individuele (huis)artsen of ziekenhuizen, die de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg en de totale zorgkosten van een bepaalde populatie op zich nemen. Vaak gebeurt dit via een *shared savings* constructie; ACO's die kosten besparen en tegelijkertijd de kwaliteit verbeteren, mogen een deel van de besparingen houden. Deze aanpak lijkt effect te hebben. Een recente analyse laat zien dat de kwaliteit van de zorgverlening van ACO's in vergelijking met die van andere aanbieders hoog is en dat een groot deel van de ACO's de kosten van de zorg heeft weten terug te brengen.<sup>58</sup>

Een andere vorm van bekostiging die een positief effect lijkt te hebben op de kwaliteit en de kosten is de geïntegreerde bekostigingsvorm: *bundled payment*.<sup>59</sup> Deze contractvorm waarbij alle zorgaanbieders samen één tarief ontvangen voor de zorgactiviteiten van een patiënt lijkt goed aan te sluiten bij episode-gerichte zorg. Zo heeft de Martini Klinik in Hamburg geïntegreerde contracten met zorgverzekeraars afgesloten

waarin het ziekenhuis verantwoordelijk is voor alle zorg tot drie maanden na de operatie en waarin het wordt beloond voor kwaliteit. In Nederland hebben geïntegreerde contracten (keten-DBC's) voor COPD en diabetes een positief effect op zowel de communicatie over als de coördinatie van de zorg.<sup>60</sup>

Via contracten kunnen ook voorwaarden aan organisaties worden gesteld. In eigen land levert de regio Uden een interessant voorbeeld. Daar hebben ziekenhuis Bernhoven en eerstelijnsorganisatie Synchron contracten gesloten met zorgverzekeraars VGZ en CZ, gericht op kwaliteitsverbetering en volumereductie: betere zorg, juist door minder zorg te verlenen. De zorgaanbieders zijn transparant over hun kwaliteit en kosten, de verzekeraars steunen hen met langdurige contracten. Een eerste evaluatie laat zien dat Bernhoven meer patiënten ontvangt, maar dat het aantal opnames, operaties en verpleegdagen er is teruggelopen. En de patiënten zijn tevreden.<sup>61</sup>

#### 13.5.4 Grote veranderingen door (veel) kleine aanpassingen

Bekostiging helpt, maar *top-down* georganiseerde projecten hebben vaak een teleurstellend resultaat.<sup>62</sup> De meeste initiatieven tot verbetering van de zorg ontstaan in het veld zelf, alle regelgeving en bekostiging ten spijt. Gevolg is dat succesvolle hervormingen in de zorg vaak niet het resultaat zijn van een *big bang*, maar van kleinere stapsgewijze veranderingen en pilotprojecten. Zulke geleidelijke veranderingen bieden flexibiliteit in de complexe en onzekere wereld van de zorg. Ze zorgen er bovendien voor dat het goede behouden blijft en dat het risico op een ongewisse uitkomst van een al te drastische verandering beperkt blijft. Via pilotprojecten kunnen ideeën worden getoetst en worden aangepast aan de lokale situatie. Een bijkomend voordeel is dat hoe meer mensen betrokken zijn bij zo'n verandering, hoe meer kennis en ervaring er is.

Succesvolle organisaties maken dit principe tot onderdeel van hun cultuur. We zagen dit in de voorbeelden van Canterbury en de Martini Klinik. Succesvolle organisaties ondersteunen het verbeterproces door de multidisciplinaire aanpak in 'verbetersteams' te faciliteren.<sup>24</sup> Managementmethodes als *lean six sigma* of *value-based health care* kunnen hierbij behulpzaam zijn. Ook leiderschapsontwikkeling is van belang. De grootste kans van slagen hebben deze projecten namelijk als professionals zelf aan het roer staan, met goede ondersteuning vanuit het management. Ook op ruimere schaal geldt dit principe. Zo behalen ACO's die door (huis)artsen worden geleid betere resultaten dan andere eigendomsvormen.<sup>58</sup>

Om dit alles te bereiken is hard werken en continue aandacht onmisbaar. Goede (management)ondersteuning is van groot belang, maar benadrukt moet worden dat verandering tijd kost. De meest effectieve ACO's zijn die die al het langst bezig zijn.<sup>58</sup> Deze organisaties hebben de meeste tijd gehad om de zorg anders in te richten en hun infrastructuur aan te passen. Ook *care coordination* programma's boeken pas na een jaar de eerste resultaten.<sup>39</sup>

## 13.6 Conclusie

Een toekomstbestendig zorglandschap draagt bij aan het verwezenlijken van de *Triple Aim* voor zorgsystemen. Het maakt optimale zorg van hoge kwaliteit mogelijk, zorg

die aansluit bij de veranderende vraag van patiënten. Dit betekent onder andere dat de coördinatie rond en de behandeling van patiënten met multimorbiditeit (meerdere chronische ziekten) in de verschillende organisatiemodellen beter moet worden gewaarborgd. Door aan te sluiten bij de dynamiek van de vraag van patiënten kunnen zorgorganisaties hun mensen en middelen doelmatiger inzetten. De beste organisatievorm voor een dergelijk zorglandschap is een inrichting in netwerken.

***Aanbeveling 1. Verlaat het hokjesdenken, stel een overkoepelend doel***

Om te voorkomen dat organisaties vanwege verschillende belangen langs elkaar heen werken, is een gezamenlijke visie op het zorglandschap nodig. Op landelijk niveau is het logisch dat de politiek en de overheid hierbij het voortouw nemen. Op regionaal niveau is het in het huidige stelsel niet haalbaar en niet wenselijk om de leidende rol volledig bij één partij, zoals een zorgverzekeraar of ziekenhuis, te leggen. Dit betekent dat de verschillende partijen gezamenlijk aan de slag moeten en de gedeelde verantwoordelijkheid moeten nemen. Regionale samenwerkingsafspraken zoals in de regio Utrecht zijn hiervoor een goede eerste stap. Maar de landelijke overheid of de zorgverzekeraars kunnen en moeten wel voorwaarden stellen om dit soort samenwerking ook echt handen en voeten te geven. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat er duidelijke eisen worden gesteld ten aanzien van de gewenste kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

***Aanbeveling 2. Erken de verschillen en organiseer samenhang***

Een doelmatig zorglandschap sluit aan bij de zorgvraag. Dit betekent bijvoorbeeld dat er steeds minder behoefte is aan een beddenhuis en meer aan behandelingen voor multimorbiditeit. Veel ziekenhuizen zullen hun bedrijfsmodel daarom fundamenteel op de schop moeten nemen. Waar kunnen zij de meeste toegevoegde waarde bieden? Hoe kunnen zij hun organisatie beter laten aansluiten bij de dynamiek van de zorg? Het is niet reëel om te verwachten dat alle ziekenhuizen alles blijven doen, maar dat kan ook kansen bieden. Voor regionale ziekenhuizen ligt er bijvoorbeeld een kans om zich, door bepaalde faciliteiten af te stoten, mogelijk in samenwerking met de eerste lijn in te richten als *solution shop* voor chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Huisartsen zouden in zo'n model een veel grotere rol kunnen gaan spelen in de algehele coördinatie van de zorg in plaats van zich te beperken tot hun oude poortwachtersrol.

Dit zou een grote verandering zijn, waarin ook de overheid een rol moet spelen door het beleid erop te laten aansluiten. Een voorbeeld is het denken over concurrentie en 'markt'. Voor specialistische, complexe zorg met dure faciliteiten biedt de markt nationaal of misschien zelfs internationaal mogelijkheden, overigens wel op voorwaarde dat er sprake is van een goede verankering van die zorg in het reguliere zorgnetwerk van de patiënt. Voor chronische zorg of zorg voor patiënten met meervoudige problematiek is daarentegen een goed ingerichte regiefunctie van de zorg dicht bij huis juist van cruciaal belang. In dit geval speelt de (regionale *health*) *system leader* een belangrijke rol bij het organiseren en coördineren van de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners.

***Aanbeveling 3: Genereer inzicht in gezondheidswinst en kosten***

Er moet gepaste ondersteuning komen die mensen in staat stelt om de regie te nemen op de manier die het best bij hen past. De persoon (of organisatie) die deze steun verleent, moet minimaal toegang hebben tot volledige en tijdige (keuze) informatie. Websites met patiëntervaringen helpen patiënten (en verwijzers) om een keuze te maken voor een zorgaanbieder en geven nuttige tips over zaken die patiënten met hun zorgverlener kunnen bespreken. Zorgkaartnederland.nl is een eerste stap, maar Patiëntvoices.org.uk gaat nog een stap verder in het geven van een stem aan patiënten door het publiceren van hun verhalen. Dit zou ook voor Nederland een mooie aanvulling zijn.

Daarnaast moeten zorgaanbieders in staat worden gesteld om daadwerkelijk te sturen op kwaliteit (uitkomsten) en op de kosten voor individuele patiënten en patiëntengroepen op basis van langetermijneffecten van hun behandeling en op basis van de totale kosten over het gehele zorgtraject. Dit zou de zorg voor individuele patiënten effectiever maken, en het is cruciaal voor de benodigde kwaliteitsverbetering voor groepen patiënten. In een systeem als het Nederlandse is hiervoor in de meeste gevallen een koppeling van verschillende informatiesystemen vereist. De laatste jaren zijn op lokaal en regionaal niveau stappen gezet om hier afspraken over te maken; de uitdaging is nu om dit structureel te regelen. Hiervoor is begin 2016 het MedMij programma van start gegaan. In het kader van dit programma ontwikkelen betrokken partijen samen de standaarden voor uitwisseling van gegevens.

Ten slotte moet er meer aandacht komen voor het grote aantal patiënten met multimorbiditeit. Dit betekent bijvoorbeeld dat veel ziektespecifieke registraties aan elkaar moeten worden gekoppeld. Ook zouden speciaal op deze patiënten gerichte (generieke) uitkomstmaten moeten worden ontwikkeld. Zij zouden een welkome aanvulling zijn op de huidige uitkomstmaten die het resultaat van behandelingen van één specifieke aandoening in kaart brengen.

***Aanbeveling 4: Versterk het netwerk als geheel***

Een netwerk is zo sterk als de zwakste schakel en de veranderingen in het zorglandschap vragen om leiderschap op alle niveaus. Van professionals wordt verwacht dat zij zorgprocessen voortdurend evalueren en zo nodig bijsturen. De netwerkstructuur vraagt daarnaast om leiders die over schotten heen kunnen kijken en die bovenal de toegevoegde waarde van de zorg voor patiënt en maatschappij op de eerste plaats zetten. Belangrijke competenties zijn 'samenwerken' en 'continu verbeteren'. In de opleiding kan hieraan veel meer aandacht worden besteed. Voor zorgverleners betekent dit: meer kennis nemen van andere disciplines en vooral ook weten waar je eigen expertise begint en eindigt. Want specialistische kennis en expertise blijven essentiële bouwstenen voor de zorg voor mensen met complexe problematiek. Wel moet er in het netwerk voldoende generalistische expertise beschikbaar zijn, bijvoorbeeld in de persoon van de huisarts. Maar er kan ook aan worden gedacht om generalistische basiskennis een groter onderdeel van specialistische functies te laten worden, dit wordt ook wel een *T-shaped* professional genoemd. Het is overigens niet alleen voor zorgverleners

onderling van belang om interdisciplinair te werken, ook het totale zorgsysteem functioneert beter als de verschillende partijen elkaars werkveld en rol goed begrijpen.

***Aanbeveling 5: Laat de systeemwereld aansluiten op de gewenste inrichting van de zorg***

Bij een toekomstbestendig zorglandschap hoort een structuur van bekostiging en verantwoording die aansluit bij de gewenste doelen. Dit betekent: afstappen van het sec 'betalen voor volume' (al zal hier altijd een plaats voor blijven). Ook hier is differentiatie op zijn plaats, afhankelijk van de dynamiek van de zorgvraag en de zorgsoort. Elk bekostigingssysteem kent voor- en nadelen. Populatiegebonden bekostigingsvormen bevoordelen logischerwijs preventie en coördinatie van de zorg. Vanwege het eenmalige karakter, de relatieve onvoorspelbaarheid en de vaak hogere kosten, zouden planbare zorg en dure zorgvoorzieningen juist meer baat kunnen hebben bij vormen van integrale bekostiging voor een specifiek zorgtraject (*bundled payment*) met duidelijke kwaliteitsafspraken. Voor acute zorg waar een bereikbaarheidsfunctie nodig is, zou ook gedacht kunnen worden aan uitbreiding van een (regionaal) budget.

Het gaat hierbij niet alleen om het geld, ook andere regels en voorwaarden kunnen de inrichting van de zorg sturen. In de staat New York moesten organisaties die wilde meedingen naar een contract bijvoorbeeld eerst aantonen dat zij het volledige palet aan zorgvoorzieningen konden leveren. Dit zorgde voor meer samenwerking tussen organisaties. In Nederland zouden niet alleen verzekeraars en de overheid, maar ook subsidiegevers – bijvoorbeeld door voorwaarden aan subsidies te stellen – samenwerking in de regio kunnen stimuleren.

Bij een zorglandschap dat bijdraagt aan de betaalbaarheid van de zorg hoort ook dat de beschikbare gelden daar worden ingezet waar ze de meeste waarde toevoegen. Dit kan betekenen dat er geld moet worden overgeheveld van de tweede lijn naar wijkteams en preventie. Om de betaalbaarheid in de toekomst te garanderen, moet de overheid hiervoor nu al maatregelen nemen. En dit betekent ook dat de evaluatie van een zorgsysteem in zijn geheel moet plaatsvinden.

Tenslotte: de gezondheidszorg is een complex systeem. Er is geen eenduidig antwoord te geven op de vraag 'Wat is het meest doelmatige zorglandschap?', maar het is wel mogelijk om met het oog op doelmatige zorgverlening een meer toekomstbestendig zorglandschap te creëren. Dit is echter niet van de ene op de andere dag gerealiseerd. Evaluaties hebben laten zien dat een zo grootschalige hervorming tijd, aandacht en een duidelijke visie vraagt. Een grootschalige wijziging is *op korte termijn* dan ook geen oplossing voor het betaalbaarheidsprobleem. Maar doelmatige zorgverlening is wel een noodzakelijke voorwaarde om zo veel mogelijk toegevoegde waarde voor onze (zorg)euro's te krijgen. En dit betekent ook: nu al nadenken over de toekomstige (zorg) behoeften en bijpassende inrichting van het stelsel.

## Referenties

- 1 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Netherlands: Country Health Profile 2017, State of the Health in the EU, Brussel/Parijs: OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017.
- 2 D.M. Berwick, T.W. Nolan en J. Whittington, 'The Triple Aim: Care, Health, And Cost', *Health Affairs*, 2008;27(3):759-69.
- 3 T. Bodenheimer en C. Sinsky, 'From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider', *Annals of Family Medicine*, 2014;12:573-76.
- 4 Triple Aim, naar: Institute for Healthcare Improvement (IHI), Cambridge: USA.
- 5 RIVM, *Trendscenario Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018*, Bilthoven: RIVM, via [www.vtv2018.nl](http://www.vtv2018.nl) Geraadpleegd op 23 december 2017.
- 6 M. Huber, M. van Vliet en I. Boers, 'Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2016;160(A7720):1-5.
- 7 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, *Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen*, Den Haag: 2017.
- 8 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, *Zorg op doorreis. Brancherapport algemene ziekenhuizen*, Utrecht: 2011.
- 9 FWG, Trendrapport, *De zorg, ongelijk voor iedereen*, Utrecht: 2017.
- 10 D. Westra, *Healthcare's Competition Conundrum. Cooperative inter-organizational strategies in competitive healthcare markets*, Thesis, Maastricht: Maastricht University, 2017.
- 11 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, *25 jaar patiënt in beeld. Branche-rapport algemene ziekenhuizen*, Utrecht: 2016.
- 12 IGZ, *Basisset Medisch Specialistische Zorg – Particuliere klinieken*, Utrecht: IGZ, 2016.
- 13 Coppia Consultancy, *Ligduurmonitor 2013-2014*, Amsterdam: 2016.
- 14 Vektis Intelligence, *Inzichten in de huisartsenzorg*; geraadpleegd op 18 december 2017 via [www.zorgprismapubliek.nl](http://www.zorgprismapubliek.nl)
- 15 Centraal Planbureau, *Betere zorg, betaalbare zorg*, Den Haag: CPB, 2015.
- 16 J.-P. Heida en J. Hoendervanger, *Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan*, Den Haag: 2016.
- 17 J. de Jong, J. Korevaar, M. Kroneman, Ch. van Dijk, S. Bouwhuis en D. de Bakker, *Substitutiepotentieel tussen eerste-en tweedelijns zorg Communicerende vaten of gescheiden circuits?*, Utrecht: NIVEL, 2016.
- 18 KPMG Plexus, *Afsprakenmonitor 2016*, Amstelveen: KPMG Plexus, 2016.
- 19 Algemene Rekenkamer, *Zorgakkoorden: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*, Den Haag: 2016.
- 20 Gupta Strategists, *No Place Like home*, 2016.
- 21 B. Leff, L. Burton, S.L. Mader, B. Naughton, J. Burl, S.K. Inouye, W.B. Greenough 3rd, S. Guido, C. Langston, K.D. Frick, D. Steinwachs en J.R. Burton, 'Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide



- Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients', *Annals of Internal Medicine*, 2005;143(11):798-808.
- 22 K.P. Bhavan, L.S. Brown en R.W. Haley, 'Self-Administered Outpatient Antimicrobial Infusion by Uninsured Patients Discharged from a Safety-Net Hospital: A Propensity-Score-Balanced Retrospective Cohort Study', *PLOS Medicine*, 2015;12(12):e1001922.
  - 23 American Hospital Association, *Care and Payment Models to Achieve the Triple Aim*, Chicago: AHA, 2016.
  - 24 R. Bohmer, *Designing care. Aligning the nature and management of health care*, Boston, Massachusetts: Harvard Business Press, 2009.
  - 25 C.M. Christensen, J.H. Grossman en J. Hwang, *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*, New York: McGraw-Hill Education, 2009.
  - 26 J.H.L. Ypinga, N.M. de Vries, L.H.H.M. Boonen, X. Koolman, M. Munneke, A.H. Zwinderman en B.R. Bloem, 'Effectiveness and costs of specialised physiotherapy given via ParkinsonNet: a retrospective analysis of medical claims data', *Lancet Neurology*, 2018;17(2):153-61.
  - 27 B.R. Bloem, L. Rompen, N.M. de Vries, A. Klink, M. Munneke en P. Jeurissen, 'ParkinsonNet: A Low-Cost Health Care Innovation With A Systems Approach From The Netherlands', *Health Affairs*, 2017;36(11):1987-96.
  - 28 R. Wulff, *Raakvlakbesturing van zorgprocessen, een literatuurstudie naar beschrijvingsmodellen en sturingsmogelijkheden van zorgprocessen*, Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven, 1997.
  - 29 M.E. Porter en T.H. Lee, 'The Strategy That Will Fix Health Care', *Harvard Business Review*, 2013;91(10):50-70.
  - 30 M.E. Porter, J. Deerberg-Wittram en C. Marks. 'Martini Klinik: Prostate Cancer Care,' *Harvard Business School Case 714-471*, maart 2014 (herzien juni 2014).
  - 31 <https://www.martini-klinik.de/nl/martini-klinik-prostaatkankercentrum-in-duitsland/>
  - 32 'Zorgvisie, Martini Klinik goed maar duur', 30 oktober 2017, via [www.zorgvisie.nl/martini-klinik-goed-maar-duur/](http://www.zorgvisie.nl/martini-klinik-goed-maar-duur/)
  - 33 J. Glanville, S. Duffy, J. Mahon, T. Cardow, H. Brazier en V. Album, *The impact of hospital treatment volumes on patient outcome*, York: NHS, 2010.
  - 34 K.E. Joynt, J.E. Orav en A.K. Jha, 'The association between hospital volume and processes, outcomes, and costs of care for congestive heart failure', *Annals of Internal Medicine*, 2011;154(2):94-102.
  - 35 K.E. Kocher, A.N. Haggins, A.K. Sabbatini, K. Sauser en A.L. Sharp, 'Emergency Department hospitalization volume and mortality in United States', *Annals of Emergency Medicine*, 2014;64:446-57.
  - 36 M.J. Schull, M.J. Vermeulen en T.A. Stukel, 'The Risk of Missed Diagnosis of Acute Myocardial Infarction Associated With Emergency Department Volume', *Annals of Emergency Medicine*, 2006;48(6):647-655.
  - 37 R. Mesman, *Safety in numbers: surgical volume as a quality measure*, Thesis, Tilburg: Tilburg University, 2017.

- 38 J. Øvretveit, *Does clinical coordination improve quality and save money? Volume 2 – a detailed review of the evidence*, Health Foundation, 2011.
- 39 J. Hsu, M. Price, C. Vogeli, R. Brand, M.E. Chernew en S.K. Chaguturu, et al., 'Bending the spending curve by altering care delivery patterns: The role of care management within a pioneer ACO', *Health Affairs*, 2017;36(5):876-84.
- 40 B.R. Frandsen, K.E. Joynt, J.B. Rebitzer en A.K. Jha, 'Care Fragmentation, Quality, and Costs Among Chronically Ill Patients', *American Journal of Managed Care*, 2015;21(5):355-62.
- 41 L. Agha, B. Frandsen en J.B. Rebitzer, 'Causes and Consequences of Fragmented Care Delivery: Theory, Evidence, and Public Policy', *NEBR Working Paper*, 2017.
- 42 J. Hansen, P.P. Groenewegen, W.G.W. Boerma en D.S. Kringos, 'Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions', *Health Affairs*, 2015;34(9):1531-37.
- 43 D.S. Kringos, W. Boerma, J. van der Zee en P. Groenewegen, 'Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending', *Health Affairs*, 2013;32(4):686-94.
- 44 C. Gullery en G. Hamilton, 'Towards integrated person-centred healthcare – the Canterbury journey', *Future Hospital Journal*, 2015;2:111-16.
- 45 A. Charles, *Developing accountable care systems. Lessons from Canterbury New Zealand*, The Kings Fund, 2017.
- 46 M.A.C. Tanke en D.E. Ikkersheim, 'A new approach to the tradeoff between quality and accessibility of health care', *Health Policy*, 2012;105(2-3):282-87.
- 47 D.E. Ikkersheim, M.A.C. Tanke, G. van Schooten, N. de Bresser, en H. Fleuren, 'Modeling hospital infrastructure by optimizing quality, accessibility and efficiency via a mixed integer programming model', *BMC Health Services Research*, 2013;13:220.
- 48 <http://www.mercyvirtual.net/about/>
- 49 Are Virtual Care Clinics the Wave of the Future? [www.usnews.com/news/articles/2016-08-17/are-virtual-care-clinics-the-wave-of-the-future](http://www.usnews.com/news/articles/2016-08-17/are-virtual-care-clinics-the-wave-of-the-future), Geraadpleegd 17 augustus 2016.
- 50 <https://ic-amsterdam.nl/olvg/>
- 51 N. Doering, H. Legido-Quigley, I.A. Glinos, M. McKee en H. Maarse, 'A success-story in cross-border telemedicine in Europe: The use of intra-operative teleneuromonitoring during aorta surgery', *Health Policy Technology*, 2013;2(1):4-9.
- 52 N. Stadhouders, J. Kremer, P. Jeurissen en M.A.C. Tanke, 'Marktprikkels verbeteren zorg niet bij reageerbuisbevruchting', *Economische en Statistische Berichten*, 2017;102(november):547-48.
- 53 <http://www.hetroermoetom.nu/>
- 54 R. Bohmer, G.P. Pisano en N. Tang, 'Istituto Clinico Humanitas', *Harvard Business School Case*, september 2002.
- 55 KPMG, *Wie doet het met wie in de zorg?*, Amstelveen: KPMG, 2016.

- 56 Autoriteit Consument en Markt, *Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies Onderzoek naar effecten van ziekenhuisfusies 2007-2014 (aangepaste versie)*, Den Haag: ACM, 8 december 2017.
- 57 <http://www.umcutrecht.nl/nl/Over-ons/Nieuws/2015/Optimale-zorg-op-de-juiste-plek-op-het-juiste-mome>
- 58 R. Saunders, D. Muhlestein en M. McClellan, 'Medicare Accountable Care Organization Results For 2016: Seeing Improvement, Transformation Takes Time', *Health Affairs Blog*, 21 november 2017.
- 59 P.S. Hussey, A.W. Mulcahy, C. Schnyer en C.E. Schneider, *Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science*, Evidence Report/Technology Assessment No. 208. Agency for Healthcare Research and Quality, augustus 2012.
- 60 D.H. de Bakker J.N. Struijs, C.B. Baan, J. Raams, J.E. de Wildt, H.J. Vrijhoef en F.T. Schut, 'Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination', *Health Affairs* (Millwood), 2012;31(2):426-33.
- 61 M. Bartolomeus en G. Peeters, Bernhoven, *Maatschappelijk verantwoord zorgmodel met bijpassende besturing en toezicht*, <https://www.nvtz.nl/?file=1732&m=1507186424&action=file.download>
- 62 C. Imison, L. Sonola, M. Honeyman en S. Ross, *The reconfiguration of clinical services*, Londen: The King's Fund, 2014.
- 63 C.E. Pollack, G.E. Weisman, K.W. Lemke, P.S. Hussey, J.P. Weiner, 'Patient Sharing Among Physicians and Costs of Care: A Network Analytic Approach to Care Coordination Using Claims Data', *Journal General Internal Medicine*, 2012, 28(3):459-65
- 64 Barmer Krankenhausbericht 2012. Via [www.barmer.de](http://www.barmer.de).
- 65 Isbarn, H., Wanner M, Salomon G, Steuber T, Schlomm T, Köllermann J, Sauter G, Haese A, Heinzer H, Huland H, Graefen M. (2009). Long-term data on the survival of patients with prostate cancer treated with radical prostatectomy in the prostate-specific antigen era.
- 66 M.E. Porter, J. Deerberg-Wittram en C. Marks. 'Martini Klinik: Prostate Cancer Care.' *Harvard Business School Case 714-471*, March 2014. (Revised June 2014.)

## 14. Focusklinieken en betaalbaarheid

Florien Kruse

### Kernboodschappen

- ZBC's kunnen de rol van focusklinieken op zich nemen en kunnen zo bijdragen aan betaalbare en betere zorg, maar alleen onder bepaalde condities en voorwaarden
- Ziekenhuizen moeten zich dan wel beperken in het leveren van planbare zorg. Zorgverzekeraars zouden dit min of meer moeten afdwingen door ziekenhuiszorg selectiever te contracteren
- Transparantie is een vereiste, de kwaliteit van zorg moet helder en inzichtelijk zijn, niet alleen voor zorgprofessionals maar ook voor patiënten. Ook moet duidelijk zijn of er sprake is van gepaste zorg en of de praktijkvariatie niet onnodig toeneemt
- Tenslotte moet aandacht worden geschonken aan de coördinatie tussen de verschillende instellingen. Technologische ontwikkelingen als ICT en keten-DBC's kunnen hierbij een rol spelen

### 14.1 Inleiding

Sterker inzetten op focusklinieken kan de zorg onder voorwaarden beter betaalbaar houden. Focusklinieken – ook vaak aangeduid als zelfstandige klinieken – die zich specialiseren in een bepaalde behandeling, patiëntengroep of zorgpad zijn in opmars, onder andere omdat technische ontwikkelingen het mogelijk hebben gemaakt om meer behandelingen buiten de ziekenhuismuren te organiseren. In Nederland bezitten zelfstandige behandelcentra (ZBC's) veel karakteristieken van focusklinieken. Dit hoofdstuk beschrijft hoe focusklinieken een rol kunnen spelen in een betaalbaar zorgsysteem dat beter is dan het huidige. Drie voorwaarden zijn daarvoor cruciaal:

- ziekenhuizen beperken hun activiteiten op terreinen waarop ZBC's zorg van hen overnemen (substitutie);
- transparantie over de kwaliteit van zorg en over praktijkvariatie;
- coördinatie van zorg tussen focusklinieken en ziekenhuizen.

De opzet van dit hoofdstuk is als volgt: eerst stellen we een aantal 'wat'-vragen. Wat is de gedachte achter focusklinieken? Wat voor klinieken zijn er in Nederland? Wat voor zorg leveren ze? Wat hebben focusklinieken en ZBC's gemeen? Vervolgens stellen we de 'hoe'-vraag. Hoe leveren zij de zorg? We kijken dan specifiek naar de toegankelijkheid en de wisselwerking tussen kwaliteit en kosten. Om deze vragen te beantwoorden maken we gebruik van bevindingen uit de internationale literatuur. Tenslotte volgt een reflectie over hoe goed ZBC's functioneren en een beschouwing over ZBC's als (winstbeogende) ondernemingen en de mogelijke gevolgen daarvan.

### 14.2 Theorie *focused factories*

Het idee van *focused factories*<sup>1</sup> bouwt de facto voort op het werk van klassieke auteurs als Adam Smith uit 1776<sup>2</sup> en Frederick Taylor uit 1911<sup>3</sup>. Zij beargumenteren dat

de productiviteit in fabrieken kan toenemen door arbeidsdeling en door arbeiders routinematig te laten werken. Wickham Skinner bracht deze concepten naar het organisatieniveau. Hij stelde dat de meeste bedrijven te veel taken op zich nemen, met als gevolg een onsamenhangende verzameling producten.<sup>1</sup> Skinner stelt dat specialisatie leidt tot betere prestaties omdat er dan sprake is van eenvoud, herhaling, ervaring en homogeniteit van taken. Als de organisatie zich op een deelgebied specialiseert, kan de productie worden gestandaardiseerd en geoptimaliseerd. Bovendien kunnen overheadkosten worden verminderd omdat er minder coördinatietaken nodig zijn.

Deze gedachte is overgewaaid naar de zorg. Men is zich gaan afvragen of de zorg ook niet zoiets nodig heeft als *focused factories*, zorgaanbieders die zich specialiseren in één of enkele type(n) behandeling of aandoening. Het idee van meer focus in de zorg ontwikkelde zich in Nederland rond de jaren negentig met het concept van zorgstraten: vaste trajecten in een ziekenhuis voor patiënten met specifieke aandoeningen.

Om te kunnen specialiseren is het nodig dat er keuzes worden gemaakt in de zorgportfolio, met als gevolg meer focus en daardoor meer expertise bij de zorgverlener. Hierdoor zou ook het hele proces rondom de behandeling efficiënter kunnen worden georganiseerd, dit in voortdurende wisselwerking met de verwachtingen van patiënten. Focusklinieken kunnen tegen lagere kosten werken door zorgprocessen te standaardiseren en de expertise en apparatuur op één plek bijeen te brengen. Hierdoor kunnen de overheadkosten worden geminimaliseerd en ontstaat duidelijk inzicht hoe het zorgproces het best kan worden georganiseerd. Daarnaast stelt de theorie dat de kwaliteit erop vooruitgaat als er volgens vaste routines te werk wordt gegaan en er constant lering uit het proces kan worden getrokken. Het uiteindelijke doel is om de kosten terug te brengen en om de kwaliteit van de zorg te verhogen.<sup>4</sup> De behandelingen die zich waarschijnlijk het best lenen voor routinematig werken zijn *evidence-based*, gestandaardiseerde en minder complexe behandelingen. Binnen een competitief systeem zouden gespecialiseerde zorgorganisaties, zoals focusklinieken, bovendien een nieuw ijkpunt kunnen vormen voor de prijs van zorg, waardoor de algehele kosten kunnen worden verlaagd en de kwaliteit verhoogd.

De relatie tussen meer volume (het aantal behandelingen) en betere kwaliteit, en het idee achter 'focusklinieken' worden vaak over één kam geschoren, maar volume moet worden gezien als een element van het concept focusklinieken. Het is niet hetzelfde. Een algemene zorginstelling kan bijvoorbeeld 1000 patiënten met staar behandelen op een totaal van 10.000 patiënten. Een kleinere instelling kan ook 1000 staarpatiënten behandelen, maar op een totaal van 2000 patiënten.<sup>5</sup> Beide klinieken behandelen hetzelfde aantal staarpatiënten, maar de laatste kliniek lijkt waarschijnlijk meer op een focuskliniek dan de eerste.

Er zijn veel verschillende manieren om de strategie van een focuskliniek te identificeren en te categoriseren, waarbij het om meer gaat dan alleen het feit dat een instelling één of meerdere behandelingen aanbiedt. Volgens sommige onderzoekers zouden algemene ziekenhuizen die een breed scala aan behandelingen aanbieden maar die zich willen profileren op een specifiek onderdeel van de zorg, zich ook als

focusorganisatie kunnen presenteren. Anders gezegd: men kan streven naar een *focus as emphasis* (algemene ziekenhuizen) of naar een *focus as narrowing* (zelfstandige klinieken).<sup>6</sup> In dit hoofdstuk staat *focus as narrowing* centraal.

#### Box 14.1 Voorbeeld focus strategie internationaal

De Aravind Eye Care System in India is een klassiek voorbeeld van een keten van *focus factories* die betere kwaliteit leveren en significante efficiëntiewinst boeken. Geïnspireerd door de gestandaardiseerde processen van McDonalds, creëerde Aravind Eye Care een gestroomlijnd zorgpad met hoge volumes en betere kwaliteit. Naast een operatiekamer is er bijvoorbeeld in elke kliniek een kamer waar de volgende patiënt alvast wordt voorbereid op de staarbehandeling. Het registreren van nieuwe patiënten kost er slechts één minuut. De kosten van een staaroperatie blijven hierdoor beperkt tot 20 dollar voor een ingreep van een vergelijkbare kwaliteit met die in Nederland.<sup>7</sup>

## 14.3 Focusklinieken in Nederland

### 14.3.1 Zelfstandige klinieken

Nederland kent verschillende zorgaanbieders die specialisatie nastreven, zoals het Oogziekenhuis Zonnestraal, en het Alexander Monro Ziekenhuis dat alleen patiënten met borstkanker behandelt. Over het algemeen profileren ZBC's zich als gespecialiseerde klinieken. Om die reden wordt in deze en de volgende paragraaf beschreven wat ZBC's doen en wordt nagegaan hoeveel zij gemeen hebben met focusklinieken.

Nederlandse particuliere klinieken kunnen worden onderscheiden in klinieken die verzekerde en onverzekerde zorg leveren. Klinieken van de eerste soort worden zelfstandige behandelcentra (ZBC's) genoemd. Zij zijn 'tot stand gekomen' als gevolg van de Regeling zelfstandig behandelcentra (1998), op basis waarvan een aantal bestaande klinieken een vergunning kreeg om bepaalde typen ziekenhuiszorg te leveren. Eén van de toenmalige toetredingseisen was dat er sprake moest zijn van een wachtlijst voor een specialisme waarop ZBC's zich zouden richten. In 2003 werden de regels voor toetreding versoepeld. Door de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is de regeling omtrent ZBC's geheel komen te vervallen. De WTZi reguleert de toelating van zorginstellingen voor verzekerde zorg. Aanvragen worden getoetst aan de transparantie-eisen en de beleidsregels van de WTZi (onder andere regels over goed bestuur en de gevallen waarin winst uitgekeerd mag worden). Organisaties die niet in aanmerking komen voor WTZi-toelating zijn bijvoorbeeld instellingen die zorg leveren als onderaannemer, solist of zelfstandige zonder personeel.<sup>8</sup> Momenteel is de term ZBC in juridische zin achterhaald en bestaat er geen formeel onderscheid meer tussen ZBC's en ziekenhuizen; het zijn beide instellingen voor medisch specialistische zorg. In de praktijk echter is het onderscheid wel duidelijk zichtbaar. ZBC's zijn kleinschaliger dan ziekenhuizen en bieden hoofdzakelijk planbare zorg met een maximum opnameduur van 24 uur aan. Eén van de criteria die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) aanhoudt is dat er binnen een ZBC ten minste sprake moet zijn van samenwerking tussen twee medisch specialisten.<sup>9</sup>

Privéklinieken zijn klinieken die niet-verzekerde, planbare zorg leveren, voornamelijk plastische chirurgie en/of behandelingen van cosmetische en dermatologische aard. Deze instellingen vallen buiten de WTZi en hoeven zich om die reden ook niet aan het daarin opgenomen verbod op het uitkeren van winst te houden. De grenslijn tussen ZBC's en privéklinieken is in de praktijk vaak niet zo scherp. Het is gangbaar dat ZBC's naast verzekerde zorg ook onverzekerde zorg leveren. In dit hoofdstuk richten wij ons op ZBC's.

ZBC's bieden voornamelijk medische behandelingen aan, maar er zijn ook een aantal diagnostische centra actief. De database van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) telde in 2015 in totaal 24 diagnostische ZBC's.<sup>10</sup> Het totale aantal ZBC's is sinds 2005 sterk gegroeid. In 2005 waren er ongeveer 37, in 2010 was dit aantal bijna vervijfvoudigd tot 184.<sup>11</sup> Het marktaandeel van ZBC's binnen de medisch-specialistische zorg is echter nog steeds zeer beperkt. In 2013 lag dit binnen de medisch-specialistische zorg rond de 5 procent voor het zogenaamde B-segment (waarvoor vrije prijzen gelden), maar voor oogheelkunde ligt het al op 13 procent en voor dermatologie zelfs op 15,7 procent.<sup>12</sup> Tot 2012 was er sprake van een sterke groei van ZBC's die een contract met ten minste één zorgverzekeraar hadden.<sup>13</sup> Vanaf 2012 lijkt er echter een krimp van het aantal gecontracteerde ZBC's plaats te vinden (zie Tabel 14.1), wat het gevolg zou kunnen zijn van de in dat jaar gesloten hoofdlijnenakkoorden. Het aantal ZBC's dat onder de WTZi valt blijft echter stijgen (zie Figuur 14.1). Bovendien laat ook het aantal diagnosebehandelcombinaties (DBC's) een groeiende trend zien. Dit kan erop wijzen dat ZBC's steeds vaker zorg leveren zonder dat daarover afspraken zijn gemaakt met zorgverzekeraars. Het kan ook zo zijn dat er concentratie van zorg plaatsvindt binnen de sector. Grote partijen (met een contract) leveren meer zorg, terwijl kleinere partijen zonder contract relatief minder behandelingen uitvoeren, maar wel in aantal blijven groeien. ZBC's leveren zowel zorg in het A- als in het B-segment. Het aandeel en de omzet van het B-segment zorg zijn in de loop van de jaren sterk gestegen (mede omdat het aantal zorgproducten in het B-segment is gegroeid)<sup>9</sup> (zie Figuur 14.1). De dip in 2013 kan door verschillende factoren verklaard worden, maar een voorname reden lijkt de introductie van de DOT (DBC's op weg naar transparantie)-systematiek en/of de invoering van de hoofdlijnenakkoorden. Het aantal van aanvankelijk 30.000 DBC-zorgproducten is na de introductie van de DOT-systematiek teruggebracht tot 4400.<sup>14</sup> Dat het aantal DBC's na 2013 weer toeneemt, zou een teken kunnen zijn dat ZBC's zich op meerdere aandoeeningen richten.

Niet helemaal duidelijk is waardoor de sterke groei van het aantal ZBC's en hun marktaandeel kan worden verklaard. Vóór de invoering van de WTZi hadden zorginstellingen een vergunning nodig op basis van het zogenaamde behoeftecriterium om daadwerkelijk medisch-specialistische zorg te mogen leveren. Door de WTZi is het in de praktijk voor ZBC's eenvoudiger geworden om toe te treden tot de markt; er ligt geen restrictie meer op. Daardoor mogen nu meer van deze klinieken medisch-specialistische zorg aanbieden. Bovendien is voor steeds meer behandelingen dankzij de voortschrijdende technologische ontwikkeling geen langdurige opname meer nodig. Daardoor kan meer zorg uit het ziekenhuis naar een zelfstandige kliniek worden

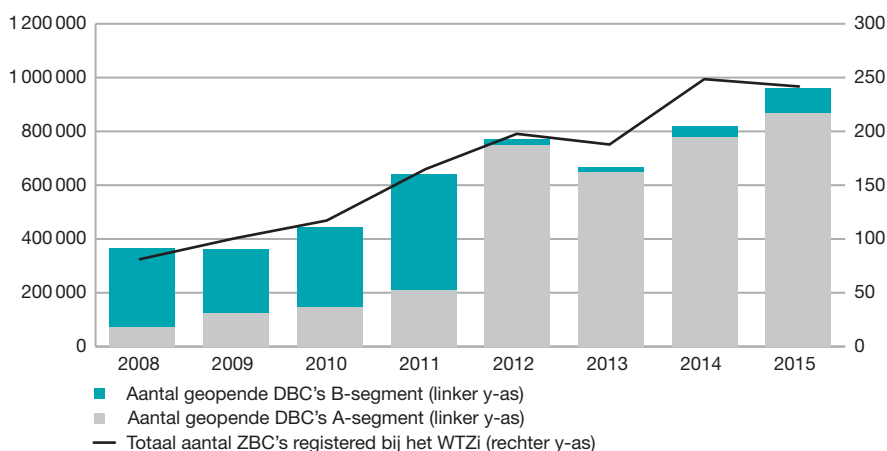
verplaatst. Een andere beweegreden voor het opzetten van nieuwe klinieken is onvrede bij medisch specialisten over de organisatie waar ze werkzaam zijn en/of de hoogte van hun vergoeding. Zij stellen dat zij in hun eigen onderneming efficiënter kunnen werken.<sup>15</sup> Tevens kan de reden van de groei zijn dat de aspecten waarop ZBC's zich profileren – ruime toegangstijden, snelle doorlooptijden en aantoonbare klanttevredenheid – nieuwe patiënten trekt.

Tabel 14.1 Verdeling zorginstellingen<sup>16,17</sup>

	2012	2013	2014	2015	2016
Algemene ziekenhuizen	84	84	82	76	71
UMCs	8	8	8	8	8
ZBC's <sup>a</sup>	288	274	260	248	229
Categorale instellingen	65	65	77	77	76

<sup>a</sup> Aantal gecontracteerd bij minimaal één zorgverzekeraar.

Figuur 14.1 Groei ZBC's en aantal DBC's gedeclareerd door ZBC's, 2008-2015



Bron: Zorginstellingen leggen jaarlijks verantwoording af over hun prestaties in digitale jaarverslagen. Deze data worden verzameld door het CIBG, een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

ZBC's leveren gespecialiseerde, gemakkelijk te standaardiseren zorg. Momenteel zijn er aanwijzingen dat ZBC's hun bedrijfsvoering dermate efficiënt organiseren dat zij kunnen rondkomen van 70-80 procent van het gemiddelde ziekenhuistarief. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de doelmatigheid van de verschillende typen ZBC's (zowel van de grote ZBC's met meerdere locaties als van de kleine ondernemers) en naar het verschil in doelmatigheid tussen ZBC's en algemene ziekenhuizen.

De groei van zelfstandige klinieken is niet alleen een Nederlands fenomeen. Ook in bijvoorbeeld de Verenigde Staten (VS) en het Verenigd Koninkrijk (VK) is een sterke



groei zichtbaar. *Ambulatory surgery centres* (ASC's) in de VS en *independent treatment centres* (ITC's) in het VK zijn zorginstellingen die veel gemeen hebben met Nederlandse ZBC's. In de VS blijft het aantal ASC's stijgen. Tussen 2010 en 2015 groeide hun aantal met 7 procent. Van de 4.680 ASC's richt 61 procent zich op één specialisme.<sup>19</sup> In het VK is deze groei ook zichtbaar en worden ITC's ingezet om de toegankelijkheid van de publieke zorg te verbeteren (onder meer door het wegwerken van wachtlijsten). De belofte is ook hier dat deze klinieken door hun 'focus' efficiënter zullen werken en de kwaliteit van de zorg zullen verbeteren.<sup>20</sup>

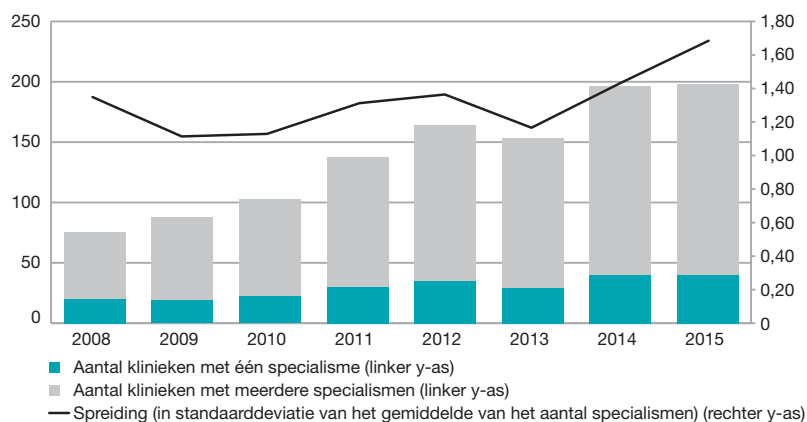
### 14.3.2 Specialisatie bij ZBC's

Het aantal specialismen vormt een indicator voor de mate van focus van een ZBC. We kunnen daarvoor kijken naar het organisatieniveau en het locatieniveau. Als een ZBC meerdere locaties heeft, kan het zijn dat elke locatie zich richt op één specialisme, maar dat dat niet voor alle locaties hetzelfde specialisme is. Op organisatieniveau is onderscheid mogelijk tussen ZBC's die zich op één specialisme richten en ZBC's die meerdere specialismen aanbieden. In 2015 richtte 73,8 procent van de ZBC's zich op één specialisme, de rest op twee of meer.

Figuur 14.2 geeft de verdeling weer van het aantal klinieken dat zich tot één specialisme beperkt. Het aantal klinieken met maar één specialisme lijkt te groeien, terwijl het aantal klinieken met twee of meer specialismen relatief stabiel blijft. De spreiding in het aantal specialismen dat klinieken aanbieden lijkt vanaf 2011 iets groter te worden. Er lijkt met andere woorden sprake van enerzijds meer gespecialiseerde klinieken en anderzijds meer klinieken die juist een groter scala aan specialismen aanbieden. Dit kan onder andere komen door overnames binnen de sector. Een voorbeeld hiervan is Bergman Clinics, een organisatie die de afgelopen jaren meerdere klinieken heeft overgenomen.

Zoals eerder aangegeven, kunnen ZBC's meerdere locaties hebben en zich per locatie specialiseren. De meeste locaties bieden cosmetische chirurgie, dermatologische behandelingen, plastische chirurgie en oogheelkunde aan (zie Figuur 14.3). Het gemiddeld aantal aangeboden specialismen schommelt in deze gevallen rond de twee. Een gemiddelde van 1 in Figuur 14.3 betekent dat alle klinieken zich alleen maar richten op dat ene specialisme.

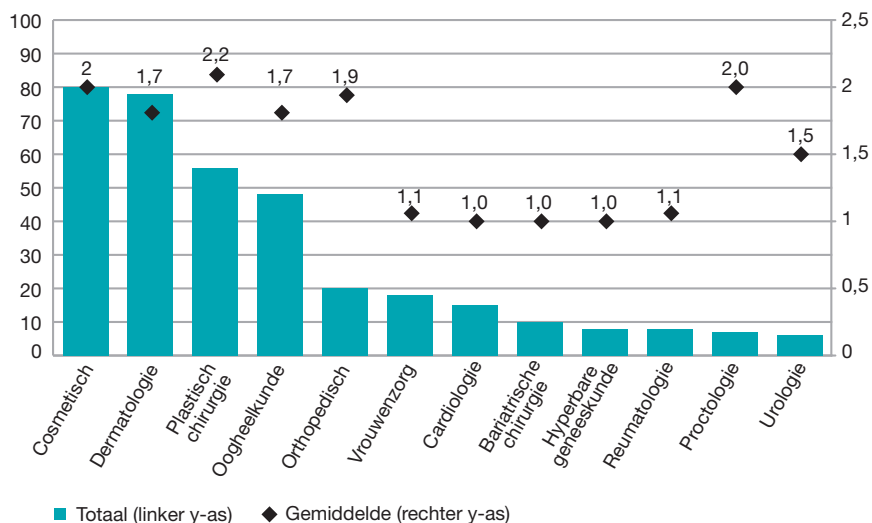
**Figuur 14.2** Groei focusklinieken



Data: De ZBC's zijn op basis van de volgende criteria gedefinieerd: als ze hebben aangegeven dat ze een ZBC zijn. Vervolgens: exclusie als een ZBC onder een ziekenhuis valt. Of als een ZBC voldoet aan de volgende criteria: gehandicaptenzorg, ggz, verpleging/verzorging/thuiszorg, abortuskliniek, dialysecentrum, laboratorium. En als enkel telegzorg: ouderengeneeskunde, hyperbare geneeskunde, begeleiding voor stoppen met roken of revalidatie.

De geïncludeerde specialismen betreffen: cardiologie; dermatologie; interne geneeskunde; KNO; long & tuberculose; maag- darm leverziekten; mondziekten; neurologie; obstetrie en gynaecologie; oogheelkunde; orthopedie; plastische chirurgie; psychiatrie; urologie.

**Figuur 14.3** Aantal klinieken per specialisme (linker-as) en gemiddeld aantal specialismen per type specialisatie in 2015 (rechter-as) per ZBC locatie<sup>10</sup>



De specialismen die zijn meegenomen in de analyse betreffen: oogheelkunde, dermatologie, bariatrische zorg, plastische chirurgie, orthopedie, cardiologie, hyperbare geneeskunde, vrouwenzorg, urologie, revalidatie, reumatologie, rugpoli's (er zijn maar 4 locaties van de Stichting Rugpoli, dit zijn focusklinieken), proctologie.

## 14.4 Kennis over de prestatie van focusklinieken

### 14.4.1 Toegankelijkheid

In Nederland wordt de discussie over toegankelijkheid met minder nadruk gevoerd dan in veel andere landen. De zorgverzekeraars contracteren zorg en patiënten hebben in principe toegang tot de overgrote meerderheid van de zorginstellingen. Juist de ZBC's vormen hierop in zekere zin een uitzondering. ZBC's ondervinden vaak moeilijkheden bij het sluiten van contracten met verzekeraars omdat ze minder marktmacht hebben dan de grote ziekenhuizen. 'Zelfstandige behandelcentra geven aan dat zij ervaren achter in de rij te staan in de periode dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelen over contracten; en dat zij steeds vaker geen contract kunnen krijgen (NZa 2017).'<sup>16</sup> En inderdaad, zoals al eerder aangegeven (zie Tabel 14.1), is in de periode 2012-2015 het aantal ZBC's met een contract met één of meer zorgverzekeraars gedaald.

Naast de vraag of zorgverzekeraars contracten willen afsluiten met ZBC's, is ook de vraag relevant of patiënten daadwerkelijk de weg naar een ZBC weten te vinden. Voor de meeste mensen is het gebruikelijk om naar het dichtstbijzijnde (algemene) ziekenhuis te gaan, ook voor niet-urgente zorg. De route van de patiënt naar ZBC's ligt vaak minder voor de hand. Uit een patiëntenonderzoek uit 2013 blijkt dat 43 procent van de patiënten er zelf voor kiest om naar een ZBC te gaan; bij algemene ziekenhuizen is dit 38 procent. Opmerkelijk is dat relatief veel patiënten van een ZBC hun keuze baseren op het advies en de ervaring van mensen in hun omgeving of op informatie van internet. De belangrijke punten van overweging zijn de aanwezigheid van specialisten voor een bepaald type behandeling, de kwaliteit van de zorg en de beperkte wachttijd.<sup>21</sup>

De eerste resultaten van onze studie naar patiënten met staar (2015) suggereren dat ZBC's relatief minder dan ziekenhuizen worden bezocht door mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES).<sup>22</sup> Het is bekend dat er verschillen zijn in zorggebruik naar opleidingsniveau.<sup>23</sup> Over de vraag waarom patiënten met een lagere SES minder goed hun weg naar een ZBC weten te vinden, valt slechts te speculeren.

Eén van de belangrijkste punten in de discussie over focusklinieken vormt het mogelijke *case mix* verschil tussen patiënten van algemene ziekenhuizen en van ZBC's. Private instellingen worden ervan verdacht dat zij 'de krenten uit de pap' halen. Dit betekent dat zij bewust de meer lucratieve patiëntengroepen zouden bedienen en zich verre zouden houden van complexe patiënten (bijvoorbeeld door hen door te verwijzen naar ziekenhuizen). Dit kan een onevenwichtige financiering tot gevolg hebben. Internationale literatuur over de situatie in het VK wijst uit dat de ITC's daar minder complexe patiënten behandelen dan de ziekenhuizen van de National Health Service.<sup>24</sup> Hierbij is onder meer onderzocht of patiënten uit een achterstandswijk komen en/of meerdere diagnoses hebben. Ook in de VS gaat een ander soort patiënt naar ASC's dan naar de poliklinieken van ziekenhuizen. Patiënten die niet zijn verzekerd via Medicaid kiezen vaker voor ASC's. Ze zijn jonger en in het algemeen is hun aandoening minder complex (afgemeten aan het aantal diagnoses en de vraag of zij in aanmerking komen voor zowel Medicare als Medicaid) dan die van patiënten die kiezen voor een polikliniek van een ziekenhuis.<sup>25</sup> In Nederland lijkt minder sprake van zo'n onevenwichtige

*case mix* verdeling van patiënten, althans voor wat betreft mensen met staar. Patiënten met diabetes en overige chronische aandoeningen worden weliswaar vaker in ziekenhuizen behandeld, maar niet zo uitgesproken. Wel behandelen ZBC's veel kleinere aantallen jonge staarpatiënten (0-18 jaar). Deze groep, die kan worden getypeerd als een zwaardere zorggroep, wordt voornamelijk in academische ziekenhuizen behandeld.<sup>22</sup>

Zelfstandige klinieken kunnen ook worden ingezet om wachtlijsten in algemene of academische ziekenhuizen te bekorten, zodat deze instellingen beter toegankelijk zijn voor patiënten met een complexe zorgvraag. Veel organisaties worstelen met het verkleinen van wachtlijsten. Wachttijden in de zorg leken in Nederland tot het verleden te behoren, totdat recentelijk door de NZa aan de bel is getrokken met de constatering dat de wachttijden weer toenemen en soms te lang zijn. Het aantal instellingen dat zich niet aan de Treeknormen voor maximaal aanvaardbare wachttijden binnen de zorg houdt, is voor 8 van de 24 specialismen gestegen. De specialismen met de langste wachttijden zijn: allergologie, maag-, darm- en leverziekten, oogheelkunde en revalidatiegeneeskunde.<sup>26</sup> Een aantal van deze specialismen wordt ook door ZBC's aangeboden. Zij profileren zich als instellingen waarbij men snel terecht kan, waardoor de wachttijden dus worden verkort. Cijfers uit het VK wijzen uit dat de aanwezigheid van meer ITC's in een regio het aantal patiënten dat langer dan zes maanden moet wachten op niet-urgente zorg, verlaagt.<sup>27</sup>

Het voordeel van meer spreiding in het zorgaanbod is dat dit vaak ook tot minder reistijd leidt, doordat planbare zorg dicht bij huis kan worden verleend. In een vergrijzende en minder mobiele samenleving zijn zelfstandige klinieken handig. Denk bijvoorbeeld aan een staaroperatie waarbij de patiënt na een operatie niet mag autorijden. Hier is zorg dicht bij huis gewenst. ZBC's zijn echter niet gelijkmatig over Nederland verspreid, maar voornamelijk gevestigd in de geürbaniseerde delen van Nederland. Dit hoeft niet problematisch te zijn, echter voor de rurale gebieden waar relatief meer sprake is van vergrijzing, gaat het voordeel van zorg dicht bij huis dan niet op.

#### 14.4.2 Kwaliteit en kosten

Zorgt focus ook voor betere kwaliteit tegen lagere kosten? Bewijs dat instellingen zoals ZBC's betere kwaliteit leveren dan algemene ziekenhuizen, is beperkt voorhanden en laat een gemengd beeld zien.<sup>28</sup> Sommige Amerikaanse studies tonen aan dat de kwaliteit van ASC's beter is dan of in elk geval goed vergelijkbaar is met die van ziekenhuizen.<sup>29</sup> Er bestaat weinig onderzoek waaruit blijkt dat zelfstandige klinieken slechtere kwaliteit leveren. Als het gaat om lagere kosten, lijken ASC's het beter te doen.<sup>30,31</sup> Wel stelt onderzoek uit het VK dat ITC's niet altijd efficiënter zijn dan NHS-ziekenhuizen, hoewel zij voor heup- en kniebehandelingen minder ligdagen rekenen.<sup>24</sup> Een studie uit Pennsylvania leert dat ASC's lagere productiekosten hebben als ze zich meer specialiseren. Deze relatie geldt echter niet voor alle specialismen. De belofte van schaalvoordelen wordt wel over de hele linie waargemaakt.<sup>31</sup> Onderzoek bij ziekenhuizen in de VS laat zien dat *focus as emphasis* leidt tot betere kwaliteit en lagere kosten.<sup>5</sup> Ook bij complexe zorg, zoals cardiologie, worden positieve resultaten in termen van zowel kosten als kwaliteit behaald als een ziekenhuis zich specialiseert.<sup>33</sup> Dit komt niet alleen door

de specialisatie, maar ook door het extra volume. Juist bij complexe behandelingen is een duidelijke relatie tussen volume en kwaliteit waarneembaar, terwijl deze relatie bij minder complexe behandelingen minder eenduidig is.<sup>32</sup>

In Nederland is nog geen vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de verschillen tussen ZBC's en algemene ziekenhuizen voor wat betreft de kwaliteit en de kosten. Uit recente nog ongepubliceerde analyses van onszelf, op basis van de openbare tarieven van zorgverzekeraar CZ, blijkt dat de tarieven van ZBC's voor oogheelkunde, KNO, plastische chirurgie, orthopedie, dermatologie en neurologie over het algemeen beduidend lager liggen dan die van algemene ziekenhuizen. Het NZa kwam al in 2012 tot die conclusie: gemiddeld liggen de tarieven in ZBC's 15 procent lager.<sup>9</sup>

Op basis van een rapportage van de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) werd in 2012 geschat dat bij een groei van de zorgkosten met € 300 miljoen een besparing van € 45 miljoen mogelijk is, uitgaande van 15 procent lagere prijzen en de veronderstelling dat deze extra zorg niet bovenop de al bestaande zorg komt.<sup>11</sup> Verder schat zij dat 30 procent van de medisch-specialistische zorg geschikt is om in een ZBC-setting uit te voeren. Als de prijs voor deze zorg door middel van tariefconcurrentie (*spillovers* naar ziekenhuizen) convergeert naar de prijs die 15 procent lager ligt, dan zou theoretisch gezien een kostenreductie kunnen worden gerealiseerd van maximaal 0,8 miljard euro in 2012.<sup>11</sup> Terugblikkend zien we dat in 2013 de prijzen die ZBC's hanteren zijn gedaald met 2,9 procent ten opzichte van 2012, terwijl de prijzen bij algemene ziekenhuizen toen juist met 1,4 procent zijn gestegen.<sup>17</sup> Een toename van 2,3 procent in het aantal patiënten met uitsluitend ambulante contacten in algemene ziekenhuizen in 2016 ten opzichte van 2015, geeft aan dat ziekenhuizen geen stap terug lijken te doen in het aanbieden van zorg waarmee ze concurreren met ZBC's.<sup>33</sup> De omzet van algemene ziekenhuizen is sinds 2009 gestaag gegroeid.<sup>34</sup> Ook ZBC's zijn gegroeid, zij het met relatief lagere prijzen dan ziekenhuizen, maar deze dynamiek zou er de oorzaak van kunnen zijn dat de voorspelling van een kostenreductie door een toename van ZBC's niet is uitgekomen, en dat het totale prijskaartje van onze zorg hetzelfde blijft of zelfs toeneemt.

Over de geleverde kwaliteit van ZBC's is weinig bekend. De Inspectie voor de Gezondheidszorg komt elk jaar met een publicatie over de prestaties van zelfstandige klinieken op basis van een aantal risico- en kwaliteitsindicatoren. In 2014 werd geconstateerd dat de kwaliteit van zelfstandige klinieken vooruitgaat, dit in tegenstelling tot 2015 toen juist geen verbeteringen zijn waargenomen.<sup>35</sup> De inspectie ziet een overeenkomst met een ziekenhuis in het geval van complicaties of calamiteiten als een indicator voor goede zorg. Van de ZBC's die invasieve behandelingen uitvoeren, heeft 74,6 procent een dergelijk samenwerkingsverband met een ziekenhuis.<sup>10</sup> Er is nog weinig inzicht in de hoeveelheid complicaties en gevallen van nazorg die bij algemene ziekenhuizen terecht komen. Een rapport van Patiëntenfederatie Nederland geeft aan dat de patiëntenwaarderingen voor ZBC's gemiddeld het hoogst liggen. ZBC's scoren een 8,8 ten opzichte van een 8,5 voor categorale ziekenhuizen en een 8,3 voor algemene ziekenhuizen. Daarnaast beveelt 96 procent van de ZBC-patiënten een ZBC aan bij familie en vrienden, terwijl maar 80 procent van de UMC-patiënten het UMC zou aanbieden.<sup>36</sup>

Samengevat: waarschijnlijk leveren ZBC's zorg voor een lager tarief dan ziekenhuizen, wordt hun aandeel in de zorg groter en kunnen zij dus bijdragen aan een betaalbaar zorgsysteem. De kwaliteit van de geboden zorg laat echter geen eenduidig beeld zien. Focus leidt in sommige gevallen tot betere uitkomsten, en zelfstandige klinieken lijken het in elk geval niet slechter te doen dan algemene ziekenhuizen.

#### 14.4.3 Aanbodgeïnduceerde vraag

Zelfstandige klinieken wordt niet alleen *cherrypicking* verweten, maar ook dat zij vaker onnodige extra zorg leveren.<sup>37</sup> In de VS is hier aardig wat onderzoek naar gedaan. Tussen 1990 en 2000 groeide het aantal ASC's daar sterk en in diezelfde tijd nam ook het aantal invasieve behandelingen in ASC's met 28 procent toe. In ziekenhuizen daalde het aantal invasieve behandelingen in diezelfde periode met 4,5 procent.<sup>38</sup> Dit impliceert dat sommige zorg door ASC's wordt overgenomen. We weten echter niet goed of en hoeveel overbodige zorg er extra wordt geleverd door ASC's. De artsen die bij ASC's werken, bleken wel gevoeliger te zijn voor financiële prikkels.<sup>39</sup> Een andere bevinding was dat ASC's in eigendom van medisch specialisten die ook werkzaam zijn in een ziekenhuis en derhalve naar hun eigen kliniek kunnen verwijzen, meer invasieve behandelingen uitvoeren.<sup>40</sup>

#### 14.5 Winstmotief

Focusklinieken zijn geschikt voor een bedrijfsmatige, winstgeoriënteerde bedrijfsvoering. In Nederland is dit ook waarneembaar. Zelfstandige klinieken hebben veel gemeen met focusklinieken en laten mede door de kleinschaligheid en de relatief eenvoudige manier om een ZBC op te richten een zekere mate van ondernemerschap zien. De vraag is of dit bijdraagt aan de betaalbaarheid en de verbetering van de zorg.

Veel zorgsystemen leunen erg op het gedachtegoed van de bedrijfskunde en de economie. Ondernemen is bijna niet meer los te koppelen van de zorg. In Nederland is het uitkeren van winst aan derden verboden voor medisch-specialistische zorginstellingen die verzekerde zorg leveren. Een wetsvoorstel om winstuitkering onder voorwaarden toe te staan is aangenomen door de Tweede Kamer, maar op verzoek van de minister van VWS in de ijskast gezet, omdat er geen meerderheid in de Eerste Kamer voor bestond.<sup>41</sup> Het voorstel om in de zorg privékapitaal aan te trekken is behalve om de financiële positie van zorginstellingen te versterken, ook gedaan omdat dit de marktdynamiek zou bevorderen. Dit zou kunnen leiden tot hogere efficiëntiewinsten.<sup>42</sup> ZBC's zullen waarschijnlijk de eerste instellingen zijn die gaan werken met winstuitkeringen. Ze worden momenteel al beticht van het ontduiken van het verbod op winstuitkering door middel van zogenaamde U-bochtconstructies.<sup>43</sup> Maar winstgericht ondernemen kan wel een extra stimulans geven om efficiënter te werken. Veel zorgsystemen in de wereld kennen een gemengde zorgsector waarin private winstgeoriënteerde, non-profit en publieke zorgverleners actief zijn. Gegevens uit zowel de VS als de EU maken echter duidelijk dat systemen met winstgeoriënteerde instellingen niet (direct) goedkoper uit zijn.<sup>44,45,46</sup> Bewijs uit de EU laat zien dat de winstgeoriënteerde privésector gevoelig is voor financiële prikkels en dat het om die reden belangrijk is om alert te

zijn op de vraag welke prikkels het zorgsysteem afgeeft als men er winstgeoriënteerde instellingen toelaat.<sup>47</sup> Het is dus goed om inzicht te krijgen in de manier waarop zelfstandige klinieken het op dit moment doen. Ook moeten wij ons afvragen hoeveel efficiëntiewinst zij kunnen behalen door te kiezen voor het concept van focusklinieken. Wij moeten erop letten dat de daardoor geboekte efficiëntiewinst op langere termijn niet ten koste gaat van de kwaliteit wanneer er nog een extra prikkel (het toelaten van winstuitkeringen) wordt toegevoegd.

## 14.6 Discussie

Dit hoofdstuk had een verkennend karakter. Focusklinieken lijken te kunnen bijdragen aan de betaalbaarheid van de (curatieve) zorg. De kwaliteit van de zorg lijkt er niet onder te doen voor die in ziekenhuizen. De toegankelijkheid en de sensitiviteit voor financiële prikkels vormen echter wel een punt van discussie.

De vraag is of er meer ingezet moet worden op ZBC's. Op organisatieniveau lijken daaraan vooral voordelen te zitten. De zorg kan er goedkoper worden geleverd en er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat de kwaliteit er minder is. De vraag moet echter wel worden gesteld of er ook altijd gepaste zorg wordt geleverd en of er niet een mate van overbehandeling plaatsvindt. Internationaal onderzoek laat zien dat financiële volumeprikkels ongepaste zorg in de hand kunnen werken.

In theorie zouden focusklinieken veel planbare zorg van ziekenhuizen kunnen overnemen, zodat deze zich kunnen richten op de behandeling van meer complexe aandoeningen. De focusklinieken kunnen patiënten dan routinematig behandelen en kunnen de werkprocessen zodanig optimaliseren dat de zorg goedkoper maar ook beter wordt. De werkelijkheid is echter complexer. Zo zullen ziekenhuizen moeite hebben met een teruggang van het aantal patiënten. De vaste lasten moeten immers worden gedragen en het is niet eenvoudig om het aantal vierkante meters in ziekenhuizen te verminderen. Daarnaast is er ook nog zoets als positieve kruisbestuiving binnen ziekenhuizen, in die zin dat gestandaardiseerde processen geld in het laatje brengen dat kan worden gebruikt voor complexere en duurdere zorg. Als deze processen zouden worden verplaatst naar focusklinieken, rijst de vraag welke impact dit zou hebben op de financiële positie van ziekenhuizen. Het risico bestaat dat ziekenhuizen de vrijgekomen ruimte opvullen met andere zorg. In dat geval wordt er uiteindelijk juist meer zorg geleverd en zullen de kosten voor focusklinieken alleen maar bovenop de bestaande kosten komen. Transparantie is een voorwaarde om eventuele praktijkvariatie en onnodige zorg op het spoor te komen om deze vervolgens te kunnen tegengaan.

Een laatste argument tegen focusklinieken luidt dat ze niet per se goed passen in een toekomst waarin het aantal patiënten met meerdere aandoeningen sterk toeneemt. Complexere patiënten die meerdere specialismen nodig hebben moeten dan van de ene naar de andere kliniek gaan om in hun zorgbehoeften te voorzien. Een zorgstelsel met meerdere zelfstandige klinieken vergt dan ook (veel) meer coördinatie tussen de instellingen, inclusief de kans op fouten in de overdrachten.

## 14.7 Conclusie

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) signaleerde in 2011 dat meer nadruk zou komen te liggen op 'focus', en dat zorginstellingen dus keuzes zouden gaan maken in hun zorgportfolio.<sup>48</sup> In Nederland is een beweging naar specialisatie en concentratie van complexe zorg gaande (*focus as emphasis*). Deze ontwikkeling wordt deels gedreven door volumenormen. Voor planbare zorg zou spreiding en specialisatie een manier zijn om de zorg te organiseren. Het aantal ZBC's dat zich richt op één specialisme is gegroeid, maar er zijn ook steeds meer ZBC's die zich juist op meerdere specialismen richten. ZBC's hebben de potentie om de zorgkosten te verlagen en/of de groei van de zorg te temperen zonder dat dit ten koste lijkt te gaan van de kwaliteit. Maar wel onder bepaalde condities en voorwaarden.

De eerste voorwaarde is dat algemene en academische ziekenhuizen zich beperken in het leveren van de zorg die ZBC's overnemen. Selectieve inkoop wordt echter maar beperkt toegepast en we zien dat ZBC's moeite ondervinden om contracten af te sluiten met zorgverzekeraars. In theorie zouden ZBC's de algemene ziekenhuizen door concurrentie kunnen dwingen om hun prijzen te verlagen. In de praktijk lijkt deze logica niet op te gaan.

De tweede voorwaarde voor een succesvolle overheveling van een gedeelte van de planbare zorg naar focusklinieken is transparantie ten aanzien van kwaliteitsprocessen en uitkomsten. Omdat er onduidelijkheid bestaat over de geleverde kwaliteit van ZBC's ten opzichte van algemene ziekenhuizen, is meer openheid van groot belang, niet zozeer over de kwaliteit van bedrijfsprocessen en -structuren maar vooral over de resultaten van de geleverde zorg. Als patiënten vervolgens meer met hun voeten stemmen kan dit niet alleen de controle van de inspectie verbeteren, maar ook de concurrentie op kwaliteit stimuleren. Dit zou zorgverzekeraars weer kunnen aansporen om meer zorg in te kopen bij zorgverleners die goed presteren. Daarnaast kan er door middel van transparantie op worden toegezien of er gepaste zorg wordt geleverd. De economische prikkel om zo veel mogelijk patiënten te behandelen moet worden onderdrukt en transparantie kan daarbij helpen. Vooral in situaties waarin zorgaanbieders winst kunnen maken is het belangrijk om hierop toe te zien.

De derde voorwaarde betreft de relatie tussen ZBC's en ziekenhuizen. Ten eerste moeten *case mix* verschillen worden herkend en erkend en moet er tussen ZBC's en algemene of academische ziekenhuizen een financiële compensatie voor komen. Hierbij moet in acht worden genomen om wat voor zorg het gaat, want de impact van *case mix* verschillen kan erg variëren. *Case mix* verschillen bij een staaroperatie zijn wellicht minder belangrijk dan bij bijvoorbeeld heupoperaties. We kunnen denken aan inhoudelijke afspraken tussen ziekenhuizen en ZBC's bij complexe patiënten of aan compensatie van algemene of academische ziekenhuizen bij heropname na een behandeling door een ZBC. Momenteel bestaat echter onduidelijkheid over het aantal heropnames van ZBC-patiënten in ziekenhuizen. Ten tweede is de coördinatie tussen de verschillende ziekenhuizen en ZBC's belangrijk. Er bestaan op dit moment al duidelijke afspraken tussen ZBC's en ziekenhuizen over samenwerking in geval van calamiteiten. Er is echter nog ruimte voor verbetering omdat nog niet alle ZBC's zo'n overeenkomst met een ziekenhuis hebben. Ten slotte is het nodig om patiënten zorgvuldig over het hele



zorgpad binnen een netwerk van gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde instellingen te loodsen. Hiervoor moet de communicatie tussen de instellingen optimaal zijn. De prestatie van gespecialiseerde instellingen moet hierbij ondergeschikt zijn aan de prestatie van het gehele zorgnetwerk.

Focusklinieken zijn niet ‘het ei van Columbus’ om de zorg betaalbaar te houden. Met name voor complexere patiënten zijn zij niet de oplossing. Desalniettemin kunnen focusklinieken wel degelijk een element zijn van een groter ontwerp voor een financieel duurzaam toekomstig zorgsysteem.

## Referenties

- 1 W. Skinner, *The focused factory*, Brighton, MA: Harvard Business Review Brighton, 1974.
- 2 A. Smith, *The wealth of nations*, Chicago: University of Chicago Press, 1776.
- 3 F. Taylor, *Principles of Scientific Management*, New York, Londen: Harper & Brothers, 1911.
- 4 A. Gandjour en K.W. Lauterbach, ‘The practice-makes-perfect hypothesis in the context of other production concepts in health care’, *American Journal of Medical Quality*, 2003;18(4):171-75.
- 5 C.M. McDermott, G.N. Stock en R. Shah, ‘Relating focus to quality and cost in a healthcare setting’, *Operations Management Research*, 2011;4(3-4):127-37.
- 6 C.M. McDermott en G.N. Stock, ‘Focus as emphasis: Conceptual and performance implications for hospitals’, *Journal of Operations Management*, 2011;29(6):616-26.
- 7 A. Bhandari, S. Dratler, K. Raube en R.D. Thulasiraj, ‘Specialty care systems: a pioneering vision for global health’, *Health Affairs*, 2008;27(4):964-76.
- 8 CIBG, ‘Toelating Zorginstellingen’, <https://www.wtzi.nl/Toelatingen> (6 december 2017).
- 9 Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), *Monitor Zelfstandig behandelcentra – een kwalitatieve en kwantitatieve analyse*, Utrecht: NZA, 2012.
- 10 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Risico-indicatoren. Basisset particuliere klinieken 2015-2016*, Utrecht: IGZ, 2015.
- 11 Boer & Croon, *Zelfstandige Behandel Centra. Kwaliteit van zorg, efficiëntie en innovatiekracht*, Naarden: Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), 2011.
- 12 Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), *Goed beter best practices. Kracht van Klinieken*, Naarden: ZKN, 2016.
- 13 Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), *Marktscan en beleidsbrief. Medisch Specialistische Zorg 2014*, Utrecht; NZA, 2014.
- 14 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), *DOT – DBC’s op weg naar transparantie (2008 -2012)*, <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg> (22 november 2017)
- 15 ‘Privéklinieken verwachten groei’, *Het Financieele Dagblad*, 29 september 2011.
- 16 Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), *Marktscan Medisch Specialistische Zorg 2016*, Utrecht: NZA, 2017.

- 17 Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), *Marktscan Medisch Specialistische Zorg 2015*, Utrecht: NZA, 2015.
- 18 CIBG, DigiMV jaarverslagen 2008-2015.
- 19 Medicare Payment Advisory Commission, *Report to the congress: Medicare payment policy MedPAC*, Washington, DC: Medicare Payment Advisory Commission, 2017.
- 20 Department of Health, *Treatment Centres: Delivering Faster, Quality Care and Choice for NHS patients*, Londen: DH Publications Orderline, 2005.
- 21 Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), *Marktscan en beleidsbrief. Medisch specialistische zorg. Weergave van de markt 2009-2013*, Utrecht: NZA, 2013.
- 22 F.M. Kruse, S. Groenewoud, O. van der Galiën, E.M. Adang en P.P.T. Jeurissen, 'Value of health care for cataract and orthopaedic care: a comparative study between ambulatory surgery centres and hospitals', *Manuscript in preparation*, 2017.
- 23 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), *Zorggebruik verschilt per opleidingsniveau*, <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/46/zorggebruik-verschilt-per-opleidingsniveau>, 11 november 2014, geraadpleegd op 22 november 2017.
- 24 A. Street, P. Sivey, A. Mason, M. Miraldo en L. Siciliani, 'Are English treatment centres treating less complex patients?', *Health Policy*, 2010;94(2):150-57.
- 25 A. Winter, 'Comparing the mix of patients in various outpatient surgery settings', *Health Affairs*, 2003;22(6):68-75.
- 26 Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), *Actieplan wachttijden in de zorg*, Utrecht: NZA, 2017.
- 27 M. Damiani, C. Propper en J. Dixon, 'Mapping choice in the NHS: cross sectional study of routinely collected data', *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 2005; 330(7486), 284.
- 28 J. Trybou, M. De Regge, P. Gemmel, P. Duyck en L. Annemans, 'Effects of physician-owned specialized facilities in health care: a systematic review', *Health Policy*, 2014;118(3):316-40.
- 29 J.M. Hollingsworth, C.S. Saigal, J.C. Lai, R.L. Dunn, S.A. Strobe, B.K. Hollenbeck en Urologic Diseases in America Project, 'Surgical quality among Medicare beneficiaries undergoing outpatient urological surgery', *The Journal of Urology*, 2012;188(4):1274-78.
- 30 J.M. Hollingsworth, C.S. Saigal, J.C. Lai, R.L. Dunn, S.A. Strobe, B.K. Hollenbeck en Urologic Diseases in America Project, 'Medicare payments for outpatient urological surgery by location of care', *The Journal of Urology*, 2012;188(6):2323-27.
- 31 K. Carey en J.M. Mitchell, 'Specialization as an Organizing Principle: The Case of Ambulatory Surgery Centers', *Medical Care Research and Review*, 2017 doi: 10.1177/1077558717729228.
- 32 T. Zuiderent-Jerak, T. Kool en J. Rademakers, *De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg. Tijd voor een brede benadering*, Utrecht/Nijmegen/Rotterdam: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg, 2012.

- 33 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), *Brancherapport algemene ziekenhuizen 2017*, Utrecht: NVZ, 2017.
- 34 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), *25 jaar patiënt in beeld. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2016*, Utrecht: NVZ, 2016.
- 35 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Het resultaat telt particuliere klinieken 2015*, Utrecht: IGZ, 2017.
- 36 IG&H Consulting & Interim en Patiëntenfederatie Nederland, *Open Kaart | Rapportage patiëntwaarderingen medisch specialistische zorg*, Utrecht: IG&H Consulting & Interim en Patiëntenfederatie Nederland 2017.
- 37 L.P. Casalino, K.J. Devers en L.R. Brewster, 'Focused factories? Physician-owned specialty facilities', *Health Affairs*, 2003;22(6):56-67.
- 38 J. Bian en M.A. Morrissey, 'Free-standing ambulatory surgery centers and hospital surgery volume', *Inquiry*, 2007;44(2):200-10.
- 39 D. Hemenway, A. Killen, S.B. Cashman, C.L. Parks en W.J. Bicknell, 'Physicians' responses to financial incentives: evidence from a for-profit ambulatory care center', *The New England Journal of Medicine*, 1990;322(15):1059-63.
- 40 J.M. Hollingsworth, Z. Ye, S.A. Strobe, S.L. Krein, A.T. Hollenbeck en B.K. Hollenbeck, 'Physician-ownership of ambulatory surgery centers linked to higher volume of surgeries', *Health Affairs*, 2010;29(4):683-89.
- 41 Tweede Kamer, *Voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg: nota van wijziging*, 2013.
- 42 E. Plomp, E. Schut en M. Varkevisser, 'Winstuitkering bij ziekenhuiszorg', *ESB Gezondheidszorg*, 2013;98(4667):508-511.
- 43 'Winsttrucs zijn overal in de zorg', *Het Financieele Dagblad*, 2 november 2017.
- 44 K. Eggleston, Y.C. Shen, J. Lau, C.H. Schmid en J. Chan, 'Hospital ownership and quality of care: what explains the different results in the literature?', *Health Economics*, 2008;17(12):1345-62.
- 45 R. Sibbel en B. Nagarajah, 'Sind die privaten Krankenhausträger effizienter? – Ergebnisse aus der internationalen Literatur', *Gesundheitswesen*, 2012;74(6):379-86.
- 46 D. Molinuevo, K. Foti en F. Kruse, *Delivering hospital services: A greater role for the private sector? Eurofound*, Luxemburg: Publications Office of the European Union, 2017.
- 47 F.M. Kruse, N.W. Stadhouders, E.M. Adang, S. Groenewoud en P.P.T. Jeurissen, 'Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility and quality of care in the European Union?, A literature review', *International Journal of Health Planning and Management*, geaccepteerd voor publicatie, 2018.
- 48 W.J. Bos, H.P.J. Koevoets en A. Oosterwaal, *Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland? Achtergrondstudie*, Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ), 2011.

## 15. ‘Verdringingseffecten’ in de ziekenhuiszorg

Niek Stadhouders, Joost Wammes en Eddy Adang

### Kernboodschappen

- Zorginnovaties met een ongunstige kosteneffectiviteit kunnen bestaande zorg of alternatieve bestedingen met een hogere kosteneffectiviteit mogelijk ‘verdringen’. Een directe relatie tussen de introductie van een innovatie en de verdringing van waardevolle bestaande zorg is echter niet aan te tonen
- Verdringingseffecten lijken beperkt doordat beschermingsmechanismen de extra budgettaire druk grotendeels absorberen of daar terecht laten komen waar de gezondheidsschaade relatief beperkt is
- Ziekenhuisbestuurders spelen door hun strategische keuzes voor speerpunten (prioritering) en door de verdeling van de beperkte middelen over de afdelingen (rantsoenering) een belangrijke rol bij verdringingsvraagstukken
- We schatten dat ziekenhuizen momenteel ongeveer € 73.600 moeten investeren voor winst van één QALY. Dit is op te vatten als de waarde van alternatieve bestedingen. Nieuwe zorginterventies zouden minstens zo veel waarde moeten opleveren om een positief effect te hebben op de volksgezondheid

### 15.1

#### Inleiding

Zorginnovaties kunnen leiden tot druk op de budgetten. Hierdoor kan bestaande nuttige en kosteneffectieve zorg mogelijk verdwijnen. We spreken van ‘verdringing’ als bestaande zorg of mogelijke alternatieve bestedingen met een hogere kosteneffectiviteit de dupe worden van de implementatie van een zorginnovatie met een beperkte kosteneffectiviteit. Hierbij gaat waarde verloren. We schetsen de uitdagingen bij budgettaire druk en bespreken aan de hand van enkele theoretische raamwerken welke keuzes ziekenhuizen kunnen maken (zie paragraaf 15.2). In paragraaf 15.3 presenteren we een overzicht van internationaal kwalitatief onderzoek naar verdringing, om vervolgens de resultaten van ons Nederlandse onderzoek te bespreken. Paragraaf 15.4 koppelt budgetdruk door zorginnovaties aan potentiële verdringingseffecten. Vervolgens gaan we in op de (theoretische) waarde van zorg en geven we een overzicht van de uitkomsten van nationaal en internationaal onderzoek. Tot slot bespreken we in paragraaf 15.5 wat deze resultaten kunnen betekenen voor pakketbeheer en voor beleid om de zorg betaalbaar te houden.

### 15.2

#### Betaalbaarheid van zorginnovaties

Sinds 1998 groeien de ziekenhuiskosten met bijna 6 procent per jaar nominaal. In hoofdstuk 2 is een aantal mogelijke oorzaken voor deze kostenstijging aan bod gekomen, zoals de toenemende welvaart, demografie en vergrijzing, een ongezondere leefstijl en het Baumol-effect.<sup>1</sup> Nieuwe zorginterventies worden gezien als de belangrijkste oorzaak voor die kostenstijging.<sup>2</sup> Veel nieuwe behandelingen, geneesmiddelen, hulpmiddelen of diagnostische testen voegen waarde toe aan de zorg: ze verlengen het

leven en verhogen de kwaliteit van leven van patiënten.<sup>3</sup> Echter: sommige zorginterventies leveren veel waarde op voor de gezondheidszorg, terwijl de toegevoegde waarde van andere innovaties beperkt is.<sup>4,5</sup>

De kostenstijging in ziekenhuizen wordt sinds 2012 door een zorgakkoord begrensd tot 1 procent reële groei. Dit is waarschijnlijk zelfs onvoldoende om de stijgende zorgvraag door demografische ontwikkelingen en de vergrijzing op te vangen. Maar bovendien stromen ook nog eens steeds meer nieuwe behandelingen en geneesmiddelen het verzekerde pakket in. Het beheersinstrumentarium in Nederland is op dit gebied in vergelijking met andere landen beperkt (zie box 15.1). Dit voert de druk op de budgetten op. De vraag is hoe ziekenhuizen hiermee omgaan: leidt dit tot verdringing van nuttige en kosteneffectieve zorg? Het antwoord op deze vraag is van belang om de effecten van beleidsinstrumenten die beogen de zorg betaalbaar te houden, zoals budgettering en pakketbeheer, goed te kunnen beoordelen.

### Box 15.1 Beheersinstrumentarium kostbare zorgvoorzieningen

De overheid heeft verschillende middelen om de uitgaven aan (nieuwe) kostbare zorgvoorzieningen te beheersen en om doelmatig gebruik daarvan te bevorderen. In ons onderzoek brachten wij in kaart welk beheersinstrumentarium Engeland, de VS, België, Duitsland en Zweden hanteren. Voor het toelaten van medische innovaties beschikt elk van deze landen over aanvullende regels. Deze vormen vaak een lappendeken van (aanvullende) planningsregels, pakketprocedures, specifieke vergunningen en volumecriteria. Regulering en financiering vallen meestal niet onder de verantwoordelijkheid van één partij.

Alleen in Engeland hanteert men een centraal systeem voor dure voorzieningen. NHS England is verantwoordelijk voor de organisatie van zogenaamde *specialised services*. Hiermee kent Engeland een integrale planning, inkoop en financiering van het overgrote deel van de dure zorgvoorzieningen, waaronder dure geneesmiddelen, radiotherapie, nierdialyse en zorg voor zeldzame ziekten. NHS England is overigens wettelijk gebonden aan de adviezen van het National Institute for Clinical Excellence (NICE). Vergelijk dit met dure geneesmiddelen in Nederland: hier worden prijsafspraken gemaakt door de landelijke overheid; de geneesmiddelen worden ingekocht door ziekenhuizen en gefinancierd door zorgverzekeraars; en de regulering van het aanbod geschiedt hoofdzakelijk op basis van normen die zijn vastgesteld door de beroepsgroep.

Een van de belangrijkste recente ontwikkelingen in elk van de genoemde landen is de opkomst van (vormen van) *voorwaardelijke toelating* als een nieuwe, aanvullende vorm van regulering voor kostbare innovaties. Het belangrijkste doel van dit instrument is om te voorkomen dat de voorziening breed wordt aangeboden voordat er zekerheid bestaat over de effectiviteit ervan, maar het dient ook om toekomstig onderzoek en innovaties te bevorderen. Elk van de onderzochte landen past een vorm van aanbodsturing toe. Dit type regulering stamt uit de jaren zeventig; overtuigend bewijs dat de kosten ermee kunnen worden beheerst, ontbreekt. Tussen landen bestaan grote verschillen in de mate van centrale en decentrale aansturing en in de reikwijdte van de voorzieningen waarvoor aanbodsturing wordt ingezet.

Wij onderzochten voor vier casussen – de Da Vinci-robot, transplantatiegeneeskunde, kinderoncologie en zeldzame ziekten – welk beheersingsbeleid in ons land wordt gevoerd. Dit is minimaal bij de recente robotchirurgie, vrij intensief bij transplantatiegeneeskunde en eerder stimulerend dan beheersend bij zeldzame aandoeningen. Bij kinderoncologie leek gezien het grote aantal voorzieningen zelfregulering de norm.<sup>6</sup>

De introductie van nieuwe behandelingen kan de druk op ziekenhuisbudgetten opvoeren. Om de budgetdruk te verlichten, kunnen ziekenhuizen besluiten om bepaalde behandelingen niet meer uit te voeren. In de eerste instantie zal worden geprobeerd om onnodige zorg te schrappen. Een voorbeeld is de 'beter-niet-doen lijst', waarop 1.366 behandelingen staan die geen toegevoegde waarde hebben of zelfs schadelijk zijn voor de patiënt (zie hoofdstuk 16). Het schrappen van schadelijke zorg is ook los van de introductie van nieuwe behandelingen een goed idee, omdat dit de volksgezondheid doorgaans verhoogt. Maar wellicht is dit niet afdoende om alle nieuwe zorg te accommoderen. In dat geval kan worden gezocht naar de minst effectieve zorg. Als minder kosteneffectieve zorg wordt vervangen door effectievere nieuwe behandelingen, profiteert de volksgezondheid nog steeds. Het kiezen van behandelingen om te schrappen wordt prioriteren genoemd. Ook bij de keuze uit twee of meer investeringsbeslissingen kan prioriteren worden ingezet. Verschillende methoden om te prioriteren worden beschreven in box 15.2.

### Box 15.2 Methoden om te prioriteren

Wanneer een nieuwe behandeling beschikbaar komt, kan *Programme budgeting and marginal analysis* (PBMA) worden gebruikt om selectief met bestaande behandelingen te stoppen. PBMA evalueert de waarde van relevante 'marginale' behandelingen, zodat niet alle beschikbare zorg hoeft te worden geëvalueerd. Dit resulteert in een overzicht van behandelingen die geïmplementeerd of vaker moeten worden toegepast, en behandelingen die kunnen worden stopgezet.<sup>7</sup> Het blijft belangrijk om medische innovaties te evalueren, ook als ze al jaren geaccepteerde medische praktijk zijn. Amerikaans onderzoek wijst uit dat in 40 procent van de gevallen innovaties na verloop van tijd minder effectief blijken te zijn dan de hiervoor geaccepteerde standaard.<sup>8</sup> PBMA wordt niet alleen gebruikt om budget vrij te maken voor nieuwe behandelingen, maar kan ook routinematig worden gebruikt ter verbetering van de budgetverdeling.<sup>9</sup>

PBMA is echter minder geschikt wanneer er een keuze moet worden gemaakt tussen behandelingen op basis van een afweging van meerdere aspecten, zoals gezondheid, kwaliteit van leven, ethiek en solidariteit. Die verschillende aspecten zijn vaak moeilijk uit te drukken in één overkoepelende waarde. Bij dit type beslissingen kan *Multiple-criteria decision-making* (MCDM) worden gebruikt. MCDM genereert een lijst met relevante uitkomsten, bijvoorbeeld gezondheidswinst, en analyseert op basis daarvan de verschillende keuzes. Dit maakt de afweging explicieter, maar vraagt nog wel om een bepaling van het gewicht dat aan de verschillende uitkomsten wordt toegekend.<sup>10</sup> Veelgebruikte criteria waaraan een behandeling wordt getoetst zijn bij MCDM effectiviteit, betaalbaarheid, gelijkheid en toegankelijkheid.<sup>11</sup>

Elke beslissing over een in te voeren behandeling zou overigens ook moeten voldoen aan de criteria van het *Accountability for reasonableness* (AFR, A4R) raamwerk. AFR toetst een beslissing aan de hand van vijf ethische criteria: relevantie, publieke verantwoordelijkheid, aanpasbaarheid, empowerment en uitvoerbaarheid.<sup>7</sup>

Deze raamwerken worden nog onvoldoende gebruikt en het prioriteren gebeurt meestal niet op basis van een expliciet keuzeprocess. Ook zijn er veel subtielere keuzes mogelijk dan de keuze tussen twee of meer behandelingen. Gedacht kan worden aan een beperking van het materiaalgebruik of een lichte aanpassing van de indicatiecriteria.

Dit wordt rantsoeneren genoemd. Klein en Maybin (2012) hebben op basis van onderzoek binnen de NHS zes rantsoeneringstrategieën geformuleerd<sup>12</sup>:

- het (tijdelijk) stoppen met het aanbieden van bepaalde behandelingen;
- het uitstellen van zorg;
- het aanscherpen van indicatiecriteria;
- het doorverwijzen van patiënten naar andere zorgaanbieders;
- het opwerpen van andere barrières, zoals 'sturende' voorlichting;
- het verschraven van het zorgtraject.

In de praktijk is het onderscheid tussen deze zes strategieën niet altijd even helder, ze worden vaak gecombineerd.<sup>13,14</sup> Rantsoenering leidt overigens niet altijd tot gezondheidsverlies. Wanneer patiënten als gevolg van de budgetdruk in een bepaald ziekenhuis niet kunnen worden behandeld, kunnen goede regionale afspraken ervoor zorgen dat zij in een ander ziekenhuis worden geholpen. Ook kan een beperkte wachtlijst de benutting van de capaciteit verbeteren zonder dat dit ten koste gaat van de volksgezondheid. Ziekenhuizen zijn vaak geneigd om wachtlijsten te laten ophopen omdat andere prioriterings- en rantsoeneringsbeslissingen moeilijker te nemen zijn.<sup>15</sup>

### 15.3 Observeren we verdringing?

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de manier waarop verdringing in de praktijk plaatsvindt. Een literatuuronderzoek (2015) beschrijft 14 expliciete prioriteringsbeslissingen in Australië, Canada, het Verenigd Koninkrijk, Nieuw Zeeland en Zweden. De meest gebruikte methode was PBMA (zie box 15.2). Het onderzoek toonde aan dat expliciet prioriteren nog geen gangbare praktijk is.<sup>16,17</sup> Ook het National Institute for Clinical Excellence (NICE) in Engeland heeft geprobeerd om prioritering te identificeren. Hierbij stuitte men echter op het probleem dat zogenaamde *low-value care* – zorg die in het algemeen weinig oplevert – voor sommige patiënten en subgroepen toch waardevol is en dat volledige afschaffing daarom niet wenselijk is.<sup>14</sup>

In een onderzoek naar prioriterings- en rantsoeneringsstrategieën van regionale zorginkopers in Engeland werd geen concreet bewijs gevonden voor de stelling dat de introductie van nieuwe behandelingen leidt tot verdringing van bestaande zorg.<sup>15</sup> Andere geldstromen konden worden aangeboord en een deel van de toegenomen druk op het budget werd opgevangen door efficiënter te werken. Door een succesvolle horizon-scanning konden ziekenhuizen bovendien vaak anticiperen op de budgettaire gevolgen van zorginnovaties. Ook uit een andere studie bleek dat zorginkopers geen expliciete keuzes maken. Veelgenoemde verklaringen waren het ontbreken van een goede methode om te prioriteren, tijdgebrek en gebrek aan politiek draagvlak.<sup>18</sup> Ook het feit dat bestuurders en zorginkopers de vaardigheid missen om te prioriteren werd als verklaring genoemd. Verder waren er vaak te weinig data beschikbaar: voor veel behandelingen ontbraken gegevens over de kosteneffectiviteit.<sup>18</sup>

Twee andere studies onderzochten hoe ziekenhuizen reageren op zorginnovaties.<sup>19,20</sup> Volgens deze studies bestaat er geen directe relatie tussen de extra druk op het budget als gevolg van de introductie van nieuwe behandelingen en de verdringing

van bestaande waardevolle zorg. Efficiëntiewinsten vingen de druk op de budgetten grotendeels op.

In Nederland hielden de Consumentenbond en artsenorganisatie VvAA een enquête over de vraag hoe zorgverleners handelen indien er geen of beperkte financiering voor een behandeling is. De ondervraagden gaven aan alle zes hierboven genoemde rantsoeneringstrategieën te gebruiken. Zo gaf 76 procent van de zorgverleners aan vanwege beperkende contractvoorwaarden niet de best mogelijke zorg te kunnen geven. Van de zorgverleners gaf 34 procent aan hierdoor patiënten te moeten doorverwijzen.<sup>21</sup>

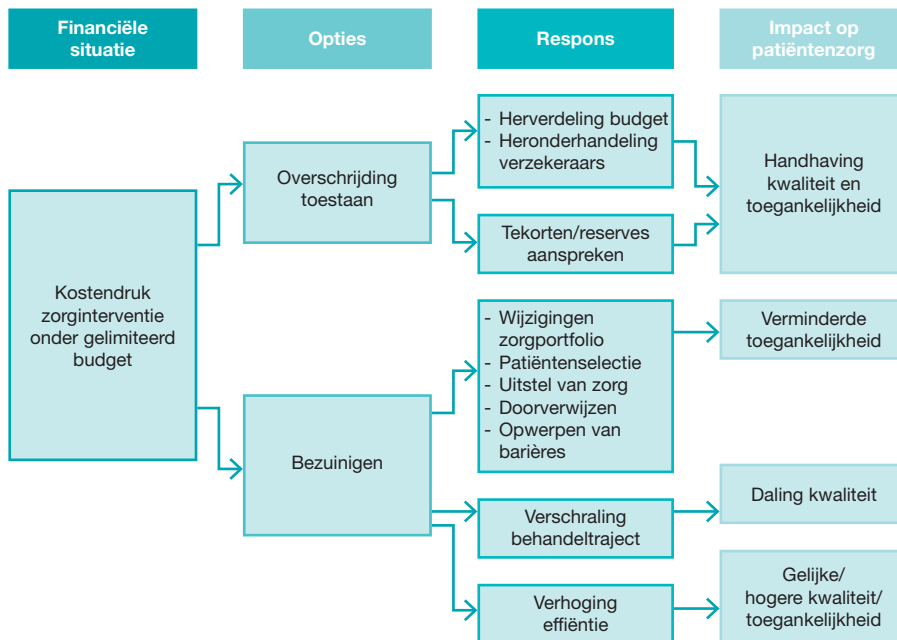
### 15.3.1 Onderzoek naar verdringing in Nederland

Recent hebben wij in opdracht van het ZIN een onderzoek uitgevoerd naar verdringing.<sup>22</sup> Onderzocht is hoe verdringing in de praktijk plaatsvindt en wat de effecten ervan zijn op de patiëntenzorg. Voor het onderzoek zijn interviews gehouden met meer dan 80 betrokkenen binnen de zorg, met name de ziekenhuiszorg. Om duidelijkheid te krijgen over het werkingsmechanisme van verdringing zijn zes casussen bestudeerd: Oncolytica, EndoVasculaire Aneurysma Reparatie (EVAR en FEVAR), de Da Vinci-robot, Anti-VEGF ooginjecties (Eylea, Lucentis), Left Ventricular Assist Device (LVAD) en het Bevolkingsonderzoek Darmkanker.

In de zorg worden op verschillende niveaus beslissingen genomen over de verdeling van de beperkte middelen. Er worden keuzes gemaakt over het toelaten van interventies tot het basispakket, verzekeraars houden zich bezig met zorginkoop, besturen van instellingen nemen investeringsbeslissingen en er is soms sprake van ad-hocrantsoeneren in de behandelkamer. Voor elke casus werd onderzocht in hoeverre de introductie van een innovatie had geleid tot rantsoenering en prioritering elders. De conclusie was dat de opname van een zorginnovatie in het basispakket niet altijd tot verlies van toegankelijkheid en kwaliteit elders leidt. Het lijkt erop dat de kostendruk kan worden opgevangen door budgetverschuivingen en efficiëntieslagen binnen de bestaande zorgbudgetten. Figuur 15.1 geeft schematisch het proces weer van keuzes maken bij de instroom van nieuwe innovaties en een daardoor toegenomen kostendruk.

Ons onderzoek kon de introductie van nieuwe behandelingen niet rechtstreeks relateren aan de verdringing van reguliere zorg: het bleek lastig om concrete ‘slachtoffers’ van verdringingseffecten aan te wijzen. Wel ervoeren de ondervraagden continu budgetdruk. Afdelingen, divisies, ziekenhuizen en zorgverzekeraars moeten doorlopend beslissingen nemen over de (beperking van de) groei ruimte van hun zorg. Toch leek de hoeveelheid zorg die ten gevolge van kostbare, nieuwe behandelingen niet kon worden geleverd beperkt. Hieronder bespreken wij de belangrijkste mechanismen die de verdringing beperken.



**Figuur 15.1 Model Verdringingseffecten, gebaseerd op Robertson et al., 2017<sup>23</sup>**


### 15.3.2

#### De diffuse relatie tussen nieuwe innovaties en verdringing

Een belangrijke bevinding was dat investeringen in nieuwe zorginnovaties en bezuinigingen parallelle processen zijn. Ze beïnvloeden elkaar, maar er is zelden sprake van een rechtstreekse causale relatie. Een verklaring hiervoor is de financieringssysteem. Het huidige DBC/DOT-systeem is dermate complex dat verdringingseffecten niet goed zichtbaar of herleidbaar zijn. Hierdoor ontstaan veel mogelijkheden voor interne verevening en kruissubsidies. Om een voorbeeld te geven: als een afdeling cardiologie een overschot heeft op de begroting en de afdeling heelkunde een tekort, dan kan het ziekenhuis besluiten deze plus en min tegen elkaar weg te strepen (verevenen). Ook komt het veel voor dat verliesgevendende zorg wordt gefinancierd uit de winstmarges van meer lucratieve vormen van zorg. Zorgverzekeraars kunnen op dit niveau onvoldoende strak sturen op prijzen en volumes.

De financiële druk door de introductie van innovaties of de toename van het gebruik van bestaande interventies kan deels in het ziekenhuissysteem zelf worden geabsorbeerd. Afdelingen kunnen bijvoorbeeld krimp in een bepaald gebied (door een afgenomen zorgvraag) gebruiken om een zorginnovatie te bekostigen. Hierdoor kan de afdeling starten met de nieuwe behandeling zonder dat dit ten koste gaat van het bestaande aanbod. Ook kunnen alternatieve financieringsbronnen, zoals de academische component (een speciale 'subsidie' voor de meerkosten van academische zorg), worden aangewend. En een afdelingsbudget kan worden verhoogd, zodat een nieuwe behandeling kan worden uitgevoerd. Als een ziekenhuisbestuur een zogenaamde

businesscase honoreert, wordt de toegenomen druk op het ziekenhuisbudget als gevolg hiervan in de vorm van bezuinigingsopdrachten bij de overige afdelingen neergelegd. Bezuinigingsopdrachten zijn echter een continu fenomeen in ziekenhuizen en de specifieke druk op het budget als gevolg van een innovatie is niet meer apart zichtbaar. De interne budgetten voor ziekenhuiszorg staan momenteel voornamelijk onder druk door de snelle groei van add-on-geneesmiddelen, waarvan het gebruik veel harder stijgt dan de groeilimiet die in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken. Deze veelal dure geneesmiddelen zijn de *elephant in the room*: door de toename in het gebruik van deze middelen is er veel minder ruimte voor andere investeringen. Het ziekenhuisbestuur spreekt op continue basis met zorgverzekeraars over nieuwe zorginterventies. In uitzonderingssituaties, zoals bij lange wachtlijsten, kan dit resulteren in extra budget.

Het gevolg is dat verdringing vooral een zaak is voor de raad van bestuur en de verzekeraar. Ziekenhuisbestuurders spelen daarom een centrale rol in verdringingsvraagstukken. In het geval van druk op het budget zetten zij een rem op de begrotingen van afdelingen, waarbij de zogenaamde speerpuntenzorg wordt ontzien. De sturende rol van ziekenhuisbestuurders bij de herverdeling van het interne budget is een belangrijke oorzaak voor het feit dat verdringingseffecten zich diffuus verspreiden. Het zijn de ziekenhuisbestuurders die beslissen welke businesscases worden voorgelegd aan de zorgverzekeraar met het verzoek om deze te financieren. Ziekenhuisbestuurders bepalen ook welk deel van de toegezegde extra gelden uiteindelijk ten goede komt aan de betreffende afdeling. De centrale rol van ziekenhuisbestuurders kan riskant zijn, omdat het maar de vraag is in hoeverre zij de publieke belangen en de belangen van patiënten voldoende kunnen borgen (zie box 15.3).

### Box 15.3 Beheersing van medische innovaties in Nederland en aanverwante risico's en uitdagingen

In Nederland heeft de Wet Bijzondere Medische Voorzieningen (WBMV) jarenlang een rol gespeeld in de regulering van dure innovaties. De laatste jaren wordt deze wet echter niet meer toegepast ten behoeve van kostenbeheersing. Afgezien van het beheer van het basispakket, de voorwaardelijke toelating en de kwaliteitsregulering, kent Nederland op dit moment geen duidelijk beleid om de kosten van dure zorginnovaties te beheersen. Dit wordt grotendeels aan 'het veld' zelf overgelaten.

In ons onderzoek naar verdringing vonden wij dat concurrentie tussen instellingen om zorginnovaties kan leiden tot ongewenste effecten. De casus EVAR/FEVAR toonde aan dat indicatieverruiming een reëel risico is. Volumenormenten vanuit de beroepsgroep spelen hierin een belangrijke rol en hebben vaak een opdrijvend effect op het aantal verrichtingen. Daarentegen lukt het sommige ziekenhuizen niet om het volgens de norm benodigde aantal verrichtingen te halen, waarmee feitelijk 'onveilige' zorg wordt verleend.

De laatste jaren is veel 'topzorg' gecentraliseerd in een klein aantal ziekenhuizen. Een belangrijk risico hiervan is dat de toegankelijkheid van deze zorg in het geding is. Onbekend maakt immers onbemind. Dit effect speelt bijvoorbeeld bij steunhartten (LVADs). De groei van het aantal LVADs blijft achter ten opzichte van de verwachtingen, terwijl er landelijk een (grote) latente zorgvraag van LVAD-kandidaten bestaat. Sommige samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen zijn erop gericht om de toegankelijkheid juist te vergroten. (Zieken-

huis A biedt innovatie X, ziekenhuis B biedt innovatie Y; door samenwerking en wederzijdse verwijzingen wordt het behandelpalet van beide ziekenhuizen vergroot.) Het blijft de vraag hoe dit in de praktijk uitpakt, en of er geen ongewenste verschillen in toegankelijkheid ontstaan.

Bovendien is het de vraag of 'het veld' er in de concentratie- en spreidingsdiscussies wel altijd uitkomt. Zorgverzekeraars zijn beperkt in hun mogelijkheden hierop te sturen. Zorgverzekeraars bieden ziekenhuizen veel vrijheid bij de besteding van hun budget, waardoor ziekenhuizen dure innovaties kunnen vergoeden door middel van kruissubsidiëring, verevening of op een andere manier uit de eigen middelen. Een gevolg hiervan zou kunnen zijn dat twee concurrerende ziekenhuizen elk een dure operatierobot aanschaffen, terwijl de regionale zorgvraag maar één robot rechtvaardigt. In de praktijk heeft dit al plaatsgevonden. Er bestaat geen twijfel over het feit dat de aanwezigheid van één of meerdere Da Vinci-robots in 25 Nederlandse ziekenhuizen de zorgbehoefte in ons land sterk overstijgt. Ook de komst van drie of vier protonenbunkers is illustratief voor de tekortkomingen in het huidige beleid om de kosten te beheersen.

Nederland hanteert voor het overgrote deel van de zorg een 'open pakket', waarvoor de verantwoordelijkheid bij 'het veld' ligt. Een gevaar is dat hierdoor zorg zijn intrede doet zonder dat zorgverzekeraars, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Nederlandse Zorgautoriteit, wetenschappelijke verenigingen of zelfs het eigen ziekenhuis zich hiervan bewust zijn. Dergelijke innovaties komen pas aan het licht wanneer de kosten uit de hand lopen. Het beheersingsbeleid is daarmee reactief. Het is van belang dat de genoemde partijen gezamenlijk optrekken om de introductie van nieuwe innovaties te 'begeleiden'. Zij zouden bijvoorbeeld minimum kwaliteitseisen kunnen stellen of een goed onderbouwd tarief kunnen vaststellen. Of: zij zouden gezamenlijk de meerwaarde van de innovatie kunnen evalueren. De Federatie Medisch Specialisten heeft hiervoor een leidraad uitgebracht. Deze leidraad is echter niet gericht op kostenbeheersing. Het bestaan van deze leidraad – en meer van dergelijke initiatieven – biedt overigens geen zekerheid dat deze ook wordt toegepast.

### 15-3-3 Prioritering en rantsoenering in Nederlandse ziekenhuizen

Bij financiële knelpunten blijkt dat afdelingen – al dan niet onder druk van het ziekenhuisbestuur – primair het aantal verrichtingen verminderen en ervoor kiezen om de kwaliteit van de resterende zorg hoog te houden. De meeste gerapporteerde rantsoeneringstrategieën hadden vooral gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg (wachtlijsten), en minder voor de kwaliteit van behandelingen. In het geval van wachtlijsten worden patiënten zo veel mogelijk geselecteerd op basis van medische urgentie teneinde gezondheidsverlies te voorkomen. Echter doordat rantsoenering vaak ad hoc wordt toegepast en de transparantie erover beperkt is, bestaat het risico dat bepaalde patiënten toch onvoldoende zorg ontvangen.

Ziekenhuizen reageren op budgetdruk dus primair door het verminderen van de toegankelijkheid van de zorg voor bepaalde subpopulaties. De wachtlijstproblematiek in Nederland is echter beperkt van omvang: wachtlijsten lijken meer tijdelijk en plaatsgebonden dan structureel. Ziekenhuizen die een wachtlijst moesten laten oplopen, gaven aan dat omringende ziekenhuizen naar hun idee nog voldoende restcapaciteit hadden om aan de zorgvraag te voldoen. Bovendien ontstaan wachtlijsten in de praktijk niet altijd door budgetdruk, maar vaak ook door personeelsproblematiek.

Hoewel afdelingen, divisies, ziekenhuizen en zorgverzekeraars continu druk op hun budget ervaren en doorlopend beslissingen nemen over de (beperking van de) groei ruimte van de zorg, leidt dit er maar in beperkte mate toe dat noodzakelijke zorg niet wordt gegeven. Dit komt onder meer door efficiëntieslagen binnen ziekenhuizen en door een trend in de richting van meer specialisatie en concentratie. In de budgetten van academische ziekenhuizen creëerde het afstoten van tweedelijnszorg ruimte (bedden, bemensing, etc.). Vaak ook konden binnen de behandeltrajecten van patiënten efficiëntiewinsten worden geboekt, al wordt dit in sommige gevallen aangemerkt als verschraling van de zorg.

Samengevat hebben we in ons onderzoek weinig aanwijzingen gevonden voor de stelling dat reguliere zorg systematisch wordt verdrongen door dure zorginnovaties. Het diffuse karakter van krimp en groei binnen de ziekenhuiszorg maakt verdringing op mesoniveau echter maar beperkt zichtbaar. Wel vinden we aanwijzingen dat de toegankelijkheid en soms ook de kwaliteit van de zorg onder druk komen te staan. Mogelijk is verdringing een groter probleem wanneer de druk op de budgetten verder toeneemt, bijvoorbeeld bij langdurige beperkte groei als gevolg van afspraken in hoofdlijnenakkoorden. Ook kunnen investeringen in nieuwe behandelingen ten koste gaan van waardevolle investeringen in andere sectoren dan de zorg.

## 15.4 Verdringing van alternatieve bestedingen

De financiering van nieuwe zorginterventies gaat dus niet per definitie ten koste van bestaande zorg. Verdringing kan echter nog steeds optreden. Als wordt gekozen om te investeren in een nieuwe behandeling, kan wellicht minder worden geïnvesteerd in de verbetering van bestaande zorg of in de verkorting van eventuele wachtlijsten. Bij het toelaten van een nieuwe behandeling tot het basispakket moet daarom de vraag worden gesteld: levert de nieuwe behandeling meer op dan alternatieve bestedingen?

Idealiter wordt bij elke nieuwe behandeling afgewogen of de schaarse middelen beter kunnen worden ingezet voor deze nieuwe vorm van zorg, of voor uitbreiding van de bestaande zorg, of misschien voor een investering in een heel andere sector (zoals onderwijs, defensie, ontwikkelingshulp, etc.). Deze afweging speelt ook een rol bij bezuinigingen op de zorg, waardoor mogelijk meer kan worden geïnvesteerd in waardevolle investeringen in onderwijs of infrastructuur. De vraag is echter of de waarde hiervan groot genoeg is om eventueel waardeverlies als gevolg van bezuinigingen in de zorg te compenseren.

Het is dus zowel in het geval van pakketbeheer als van generieke bezuinigingen van belang om te weten hoeveel een euro investering en een euro bezuiniging in de zorg waard zijn. Doorgaans is die waarde gelijk: als het toevoegen van een euro aan de zorg een bepaalde waarde oplevert, zal bij het weghalen ervan dezelfde hoeveelheid waarde verloren gaan. De praktijk leert echter dat er soms wat extra druk nodig is om efficiëntieverbeteringen door te voeren.<sup>24</sup> Als efficiëntiewinsten kunnen worden afgedwongen door meer druk op het budget, dan is de verloren waarde bij een bezuiniging lager dan de gewonnen waarde bij een investering.<sup>25</sup> De toegevoegde waarde van extra interventies in de reguliere zorg wordt de marginale waarde van zorg genoemd.

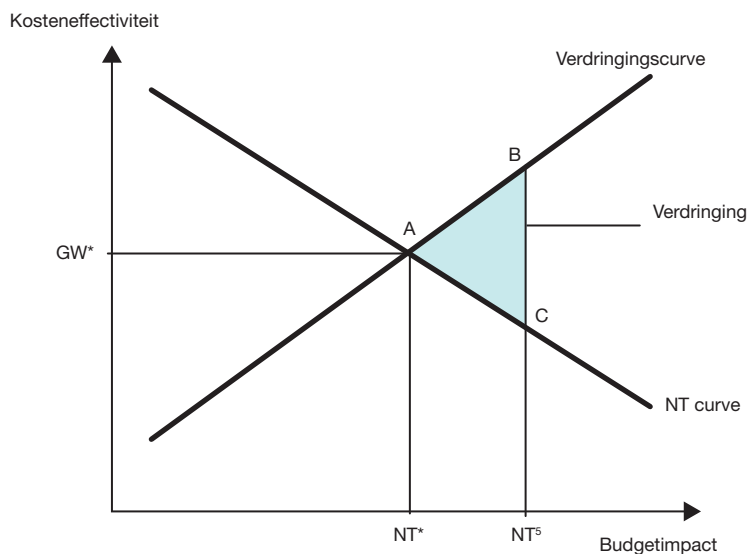
Paragraaf 15.4.1 verdiept de economische theorie over het toelaten van zorginnovaties. Het blijkt dat verdringing kan worden voorkomen door een grenswaarde te hanteren. Deze grenswaarde is gelijk aan de marginale waarde van zorg. Lezers zonder interesse in de economische achtergrond van zorginnovaties kunnen zonder problemen verder lezen bij paragraaf 15.4.2.

#### 15.4.1 Verdiepende analyse: een evenwichtsmodel van het toelaten van zorginnovaties

Verdringing is niet één op één te relateren aan de introductie van één specifieke nieuwe behandeling, maar kan het gevolg zijn van de druk op het budget door alle nieuwe interventies samen. In Figuur 15.2 zetten we alle mogelijke nieuwe behandelingen achter elkaar op volgorde van hun kosteneffectiviteit (NT-curve). Hoe verder naar rechts, hoe meer nieuwe behandelingen worden toegelaten. Voor elke toegelaten innovatie moet budget worden vrijgemaakt, wat kosten met zich meebrengt (verdringingscurve). De eerste innovaties kunnen worden gefinancierd door efficiëntiewinsten, rantsoenering en het schrappen van zorg met een lage kosteneffectiviteit. De stijgende lijn geeft weer dat de waarde van geschrapte zorg die verloren gaat, hoger wordt naarmate meer nieuwe zorg wordt toegelaten: het wordt steeds kostbaarder om budget vrij te maken.

Op punt NT\* is de verloren gegane waarde van de laatst geschrapte zorg net zo hoog als de toegevoegde waarde van de laatst toegelaten innovatie. Op dit punt wordt de hoogst mogelijke gezondheidswinst behaald. Als voorbij dat punt nog meer innovaties worden toegelaten, is de waarde die verloren gaat door verdringing hoger dan de gewonnen waarde van de zorginnovatie, en daalt dus de totale waarde van de zorg (punt NT<sup>s</sup> in Figuur 15.2). Het gezondheidsverlies door verdringing is de gearceerde driehoek ABC.

Figuur 15.2 Evenwichtsmodel van zorginnovaties en verdringing



Door het instellen van een grenswaarde kan verdringing worden voorkomen. Een grenswaarde van  $GW^*$  zou leiden tot een optimale situatie zonder verdringing. Deze grenswaarde is gelijk aan de marginale waarde van zorg: de kosteneffectiviteit van de zorg die het laatst wordt toegevoegd of weggehaald. Bij gebruik van een grenswaarde onder  $GW^*$  wordt meer zorg toegelaten dan optimaal is. Het jaar erop kan deze zorg echter ook weer worden geschrapt. Hierdoor dalen de kosten van verdringing. Na verloop van tijd convergeert de marginale waarde daardoor naar de gebruikte grenswaarde. Het is dus aan te raden om een grenswaarde te hanteren om verdringing te beperken, ook als de grenswaarde niet precies gelijk is aan de marginale waarde.

### 15.4.2 De marginale waarde van zorg in de literatuur

Grenswaarden (en kosteneffectiviteit) worden doorgaans uitgedrukt in kosten per *quality adjusted life year* (QALY), de kosten die nodig zijn om één levensjaar in goede gezondheid door te brengen. Het meest bekende voorbeeld is de grens van 20.000 tot 30.000 pond per QALY die het NICE in Engeland gebruikt. In Ierland is de grenswaarde voor nieuwe geneesmiddelen vastgesteld op € 45.000 per QALY.<sup>26</sup> Ook landen zoals Nieuw-Zeeland en Australië gebruiken referentiewaarden.<sup>27,28</sup> In Nederland hanteert het Zorginstituut referentiewaarden van € 20.000 per QALY voor ziekten met een lage ziektelast tot € 80.000 per QALY voor ziekten met een hoge ziektelast.<sup>5</sup>

De verschillende referentiewaarden geven aan dat landen blijkbaar een verschillende opvatting hebben over hoeveel nieuwe zorg waard mag zijn. Dit zegt overigens niets over de daadwerkelijke marginale waarde van zorg: de grenswaarden hebben geen wetenschappelijke basis. Vaak komen deze grenzen tot stand door vuistregels. Voor ontwikkelingslanden adviseert de WHO bijvoorbeeld drie keer het gemiddelde jaarlijkse per capita netto-inkomen als grenswaarde.<sup>29</sup>

Voor de vaststelling van de marginale waarde van de zorg zijn verschillende methoden ontwikkeld.<sup>25</sup> Die waarde kan bijvoorbeeld worden afgeleid uit toelatingsbeslissingen die in het verleden zijn genomen.<sup>30</sup> De grenswaarde kan ook worden opgevat als de maximale bereidheid om als samenleving te betalen voor een nieuwe zorginnovatie. Dit kan als vraag worden voorgelegd aan een steekproef uit de populatie. Ook kan gebruik worden gemaakt van (discrete-)keuze-experimenten. Deze *willingness-to-pay* (WTP)-onderzoeken hebben echter sterk wisselende uitkomsten.<sup>25,31</sup> Nederlands onderzoek naar de bereidheid van individuen om te betalen voor een QALY kent een *range* van € 13.000 – € 110.000.<sup>32</sup>

Omdat dit type onderzoek niet altijd de keuzes reflecteert die mensen in het echte leven maken, meten andere onderzoeken de betalingsbereidheid op basis van feitelijk gemaakte keuzes. Daadwerkelijke investeringen in extra veiligheid, bijvoorbeeld in een duurdere auto met airbags of in lager loon voor een veiliger baan, kunnen worden omgezet naar de betalingsbereidheid voor een extra QALY.<sup>33</sup>

De laatste jaren groeit ook de aandacht voor het schatten van de marginale waarde van zorg op basis van historische data. Variaties in uitgaven en in de sterfte over de tijd of tussen regio's kunnen aan elkaar worden gerelateerd door middel van een econometrisch model. Op deze manier is de marginale waarde van zorg berekend in

landen zoals Canada, Engeland, de VS en Zwitserland.<sup>34,35,36,37,38</sup> Hall en Jones vonden in de VS een marginale waarde voor het voorkómen van sterfte van omgerekend € 8,4 miljoen euro voor jongeren (10-14 jaar) en van bijna € 700.000 voor ouderen (60-64 jaar).<sup>36</sup> Een onderzoek uit Zwitserland vond een marginale waarde van 9,4 miljoen euro voor 10-14-jarigen en van € 600.000 tot € 3 miljoen voor 60-64-jarigen.<sup>34</sup> De marginale waarde neemt af naarmate de uitgaven aan zorg toenemen. In 2001 liet Cutler zien dat de marginale waarde voor een 65-+'er in de VS afnam van \$ 121.000 per gewonnen levensjaar in 1985 naar \$ 141.000 per gewonnen levensjaar in 1995.<sup>3</sup>

Een vergelijking met de uitgaven aan gezondheidszorg en de daarmee behaalde gezondheidswinst in een aantal westerse landen, vindt voor Nederland waarden tussen € 20.000 en € 30.000 per gewonnen levensjaar.<sup>39</sup> Uitgaande van een gemiddelde winst van 0,6 QALY per gewonnen levensjaar, zou dit neerkomen op ongeveer € 30.000-€ 50.000 per QALY. Een uitgebreide analyse vond in Engeland een marginale waarde van 13.000 pond per QALY.<sup>40</sup> Een extrapolatie naar Nederland zou tot een marginale waarde van € 21.000 tot € 29.000 per QALY leiden.<sup>35</sup>

### 15.4.3 De waarde van ziekenhuiszorg in Nederland

Buitenlands onderzoek resulteert in marginale waarden tussen € 18.000 en € 200.000 per QALY.<sup>41</sup> In ons onderzoek naar verdringingseffecten in opdracht van ZIN hebben we voor Nederland de marginale waarde van ziekenhuiszorg bepaald. De ziekenhuiszorg werd opgedeeld in 11.000 patiëntgroepen, op basis van geslacht, leeftijd en diagnose. Voor deze groepen werden de werkelijke uitgaven gerelateerd aan de gezondheidswinst tussen 2012 en 2014. Hierbij namen we aan dat hogere uitgaven aan ziekenhuiszorg ook de volksgezondheid verbeteren, en dat de eerste uitgaven meer waarde opleveren dan de laatste (afnemende meeropbrengsten). De relatie tussen uitgaven en gezondheidswinst kan worden uitgedrukt als een productiefunctie, met uitgaven en patiëntaantallen als input, en QALYs als output. Sterfte (doodsoorzakenstatistiek) en kwaliteit van leven (gezondheidsenquêtes van de Nederlandse bevolking) werden omgerekend naar QALYs. Met declaratiedata werden uitgaven en patiëntaantallen tussen 2012-2014 gevolgd. Om eventuele omgekeerde causaliteit te verminderen, is gecorrigeerd voor de kosten van het laatste levensjaar. Het marginale effect van extra ziekenhuisuitgaven is vervolgens empirisch geschat.<sup>24</sup>

Dit resulteerde in een puntschatting van € 73.600 per QALY, met een onzekerheidsmarge tussen € 53.000-€ 94.000 per QALY. Bij infectieziekten, ziekten van het zenuwstelsel (zoals Parkinson en Alzheimer), huidziekten en oog- en oorziekten lijkt een extra QALY relatief weinig te kosten, tussen € 33.500 en € 53.500 per QALY. Bij ziekten van het bloed, zwangerschap en urogenitale ziekten ligt dit bedrag een stuk hoger (€ 138.000-€ 215.000 per QALY). De gevonden verschillen geven niet direct aanleiding om budgetten te verschuiven van de laatstgenoemde categorieën naar aandoeeningen met een hogere waarde: de gevonden verschillen kunnen immers ook statistische afwijkingen of impliciete maatschappelijke voorkeuren reflecteren. Wij vonden ook dat bezuinigingen niet automatisch in de categorieën met de laagste waarde

vallen: op basis van het uitgavenpatroon tussen 2012-2014 komen bezuinigingen vooral terecht bij botspierziekten, oog- en oorziekten en urogenitale ziekten.

Bij deze bevinding zijn enkele methodologische kanttekeningen te plaatsen. Door beperkingen bij het meten van de kwaliteit van leven worden de baten mogelijk onderschat. Als alleen wordt gekeken naar patiëntgroepen met sterfte, daalt de geschatte grenswaarde naar € 61.000 per QALY. Mogelijk dat een nauwkeuriger meting van de toename in kwaliteit van leven van patiënten de schatting van de marginale waarde verhoogt. Dit kan ook nauwkeuriger schattingen tussen ziektebeelden opleveren. Bovendien is alleen gekeken naar ziekenhuiszorg. Dit verstoort de uitkomst weliswaar niet, omdat wordt geschat welk deel van de totale QALY-winst aan het ziekenhuis is toe te schrijven. Maar als de uitgaven aan eerste- of derdelijnszorg complementair zijn aan de ziekenhuisuitgaven, wordt de marginale waarde van ziekenhuiszorg overschat. Idealiter wordt voor alle sectoren tegelijk de marginale waarde berekend. Dit helpt ook bij het nemen van beslissingen over het eventueel verschuiven van budgetten, bijvoorbeeld als blijkt dat de marginale waarde in de eerste lijn hoger ligt dan in de ziekenhuiszorg of de derde lijn.

Onze studie toont wel aan dat investeringen in de ziekenhuiszorg waarde toevoegen, maar dat deze toegevoegde waarde de maximale betaalbereidheid nadert. Het is daarom de vraag of extra investeringen in reguliere ziekenhuiszorg nog zijn te verantwoorden. Tegelijkertijd bestaat er een reële mogelijkheid dat zorginnovaties met een lage kosteneffectiviteit (boven € 80.000 per QALY) verdringing op populatieniveau tot gevolg hebben.

## 15.5 Conclusie

Verdringing kan optreden als gevolg van het toelaten van nieuwe behandelingen, maar dit effect is in de praktijk beperkt, zo blijkt uit kwalitatief onderzoek. De financiële druk ten gevolge van de introductie van nieuwe innovaties of van de toename in het gebruik van bestaande behandelingen wordt in het ziekenhuissysteem geabsorbeerd en diffuus herverdeeld. Investerings en bezuinigingen zijn parallelle processen, maar die moeilijk causaal aan elkaar zijn te relateren. Ook zorgen verschillende contramechanismen ervoor dat prioriteren of rantsoeneren doorgaans maar in beperkt ten koste gaat van waardevolle zorg. Aanhoudende druk op het budget kan wel leiden tot intensievere prioritering en rantsoenering. Dit uit zich bijvoorbeeld in het bepalen van speerpunten (specialisatie) en het risico van langere wachtlijsten (rantsoenering door het uitstellen van zorg). Ook bestaat het risico dat het toelaten van zorginnovaties ten koste gaat van nuttige investeringen in reguliere zorg, waardoor de gezondheidswinst lager uitpakt.

Om tot een goede afweging te komen over het toelaten van medische innovaties, is het daarom waardevol om schattingen van de marginale waarde van zorg te verbeteren. Een investering van € 73.600 in reguliere ziekenhuiszorg levert volgens de laatste schattingen één QALY op. De uitkomsten van deze analyse kunnen behulpzaam zijn bij pakketbeslissingen: de kosteneffectiviteit van zorginnovaties kan worden afgewogen tegen de uitbreiding van de bestaande ziekenhuiszorg. Bij de huidige grenswaarden



van het pakketbeheer is verdringing van gemiddelde reguliere ziekenhuiszorg geen struikelblok. Investerings in zorginnovaties die meer dan de gehanteerde bovengrens van € 80.000 per QALY kosten, kunnen op populatieniveau wel verdringing veroorzaken. Tegelijkertijd is verdringing slechts één van de relevante factoren in de afweging. Andere factoren, zoals de noodzaak van een behandeling, de ziektelast en de impact op het budget spelen ook een rol. De marginale waarde van reguliere ziekenhuiszorg zit dicht bij de virtuele grenswaarden voor het pakket en komt overeen met de bereidheid om te betalen voor die zorg. Dit suggereert dat de ziekenhuissector momenteel ongeveer in evenwicht is. Verdere groei in de ziekenhuisuitgaven en het toelaten van nieuwe geneesmiddelen met ongunstige kosteneffectiviteitsratio's kunnen de doelmatigheid en de betaalbaarheid van de zorg daarom schaden.

Een laatste belangrijke bevinding is dat veel besluitvorming rondom dure innovaties achter gesloten deuren plaatsvindt, zonder formele toetsing op (kosten-)effectiviteit. Overwogen moet worden of het 'open' pakket voor niet-geneesmiddelen niet meer 'gesloten' moet worden. Partijen zouden nog veel meer gezamenlijk kunnen optrekken om de introductie van nieuwe innovaties te 'begeleiden'. Ze zouden bijvoorbeeld minimumkwaliteitseisen kunnen vaststellen. Mogelijk kan ook de voorwaardelijke toelating worden ingezet bij niet-geneesmiddelen. Hoewel zorgverzekeraars op deelgebieden al actief betrokken zijn bij de introductie van medische innovaties, lijkt een actiever inkoopbeleid over de hele linie gerechtvaardigd om de betaalbaarheid van de zorg te garanderen.

### Dankwoord

Dit hoofdstuk is mede gebaseerd op een onderzoek verricht door een consortium van onderzoeksinstituten. Zonder Cathleen Parsons (Radboudumc), Wija Oortwijn (Eco-ry), Geert Frederikx (UU), Paulien Govaert (Radboudumc), Angie Paulus (Universiteit Maastricht), Sylvia Evers (Universiteit Maastricht), Xander Koolman (Talma) en Joost Enzing (ZIN) was de totstandkoming van dit hoofdstuk niet mogelijk geweest.

### Referenties

- 1 M.M. Goetghebeur, S. Forrest en J.W. Hay, 'Understanding the underlying drivers of inpatient cost growth: a literature review', *American Journal of Managed Care*, 2003;9(Spec No 1):SP3-SP12.
- 2 A.A. Okunade en V.N. Murthy, 'Technology as a 'major driver' of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture', *Journal of Health Economics*, 2002;21(1):147-59.
- 3 D.M. Cutler en M. McClellan, 'Is Technological Change In Medicine Worth It?', *Health Affairs*, 2001;20(5):11-29.
- 4 D. Coyle, M.C. Cheung en G.A. Evans, 'Opportunity Cost of Funding Drugs for Rare Diseases The Cost-Effectiveness of Eculizumab in Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria', *Medical Decision Making*, 2014;34(8):1016-29.
- 5 M. Franken, M. Koopmanschap en A. Steenhoek, 'Health economic evaluations in reimbursement decision making in the Netherlands: Time to take it

- seriously?', *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2014;108(7):383-89.
- 6 J.W. Wildschut, J.G. Joost en P.P.T. Jeurissen, *Kostenbeheersing dure zorgvoorzieningen. Internationale vergelijking van beheersinstrumenten bij de introductie van dure zorgvoorzieningen*, Nijmegen: Celsus academie voor betaalbare zorg, 2014. [http://celsustalma.nl/download/publicaties/onderzoeksrapporten/Celsus\\_academie\\_Kostenbeheersing\\_dure\\_zorgvoorzieningen.pdf](http://celsustalma.nl/download/publicaties/onderzoeksrapporten/Celsus_academie_Kostenbeheersing_dure_zorgvoorzieningen.pdf); (2014).
  - 7 C. Mitton, F. Dionne en C. Donaldson, 'Managing Healthcare Budgets in Times of Austerity: The Role of Program Budgeting and Marginal Analysis', *Applied Health Economics and Health Policy*, 2014;12(2):95-102.
  - 8 V. Prasad, A. Vandross, C. Toomey, M. Cheung, J. Rho, S. Quinn, S.J. Chacko, D. Borkar, V. Gall en S. Selvaraj, 'A decade of reversal: an analysis of 146 contradicted medical practices', *Mayo Clinic Proceedings*, 2013;88(8):790-98.
  - 9 R.T. Edwards, J.M. Charles, S. Thomas, J. Bishop, D. Cohen, S. Groves, C. Humphreys, H. Howson en P. Bradley, 'A national Programme Budgeting and Marginal Analysis (PBMA) of health improvement spending across Wales: disinvestment and reinvestment across the life course', *BMC Public Health*, 2014;14(1):837.
  - 10 P. Thokala, N. Devlin, K. Marsh, R. Baltussen, M. Boysen, Z. Kalo, T. Longrenn, F. Mussen, S. Peacock, J. Watkins en M. IJzerman, 'Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making – An Introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force', *Value in Health*, 2016;19(1):1-13.
  - 11 I. Cromwell, S.J. Peacock en C. Mitton, 'Real-world' health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature', *BMC Health Services Research*, 2015;15(1):164.
  - 12 R. Klein en J. Maybin, *Thinking about rationing*, Londen: King's Fund, 2012.
  - 13 S. Garner en P. Littlejohns, 'Disinvestment from low value clinical interventions: NICELY done?', *British Medical Journal*, 2011;343:d4519.
  - 14 S. Karlsberg Schaffer, J. Sussex, D. Hughes en N. Devlin, 'Opportunity costs and local health service spending decisions: a qualitative study from Wales', *BMC Health Services Research*, 2016;16(1):103.
  - 15 G. Innes, 'Sorry-we're full! Access block and accountability failure in the health care system', *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 2015;17(2):171-79.
  - 16 J. Polisen, T. Clifford, A.G. Elshaug, C. Mitton, E. Russell en B. Skidmore, 'Case studies that illustrate disinvestment and resource allocation decision-making processes in health care: a systematic review', *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2013;29(2):174-84.
  - 17 L. Rooshenas, A. Owen-Smith, W. Hollingworth, P. Badrinath, C. Beynon en J.L. Donovan, 'I won't call it rationing...': An ethnographic study of health-care disinvestment in theory and practice', *Social Science and Medicine*, 2015;128(Supplement C):273-81.

- 18 L. Marks, H. Weatherly en A. Mason, 'Prioritizing investment in public health and health equity: what can commissioners do?', *Public Health*, 2013;127(5):410-18.
- 19 J. Appleby, N. Devlin, D. Parkin, M. Buxton en K. Chalkidou, 'Searching for cost effectiveness thresholds in the NHS', *Health Policy*, 2009;91(3):239-45.
- 20 S. Karlsberg. Schaffer, J. Sussex, N. Devlin en A. Walker, 'Local health care expenditure plans and their opportunity costs', *Health Policy*, 2015;119(9):1237-44.
- 21 F.B. Tamsma, E. Brugman en M. Wesly, *Contractering tussen zorgverzekeraars en zorgverleners*, Contentunit Geld, Zorg & Recht van de Consumentenbond en VvAA, 2016.
- 22 E. Adang, N. Stadhouders, C. Parsons, J. Wammes, P. Govaert, D. Determann, X. Koolman, A. Paulus, S. Evers, G. Frederix en W. Oortwijn, *Verdringings-effecten binnen het Nederlandse zorgstelsel: op weg naar transparantie*, Nijmegen: Consortium Radboudumc (afdeling Health Evidence), Maastricht: Universiteit Maastricht (afdeling Health Services Research), Ecorys Nederland, Utrecht: UMC Utrecht (met het Juliuscenter), Amsterdam: VU Amsterdam (met het Talma Institute) en Nijmegen: Radboudumc (met de afdelingen Health Evidence, Celsus academie en IQ healthcare), Nijmegen: te verschijnen in 2018.
- 23 R. Robertson, L. Wenzel en J. Thompson, *Understanding NHS financial pressures: How are they affecting patient care?*, King's Fund, 2017.
- 24 J. Cairns, 'Using Cost-Effectiveness Evidence to Inform Decisions as to which Health Services to Provide', *Health Systems & Reform*, 2016;2(1):32-38.
- 25 S. Eckermann en B. Pekarsky, 'Can the real opportunity cost stand up: displaced services, the straw man outside the room', *PharmacoEconomics*, 2014;32(4):319-25.
- 26 J.F. O'Mahony en D. Coughlan, 'The Irish Cost-Effectiveness Threshold: Does it Support Rational Rationing or Might it Lead to Unintended Harm to Ireland's Health System?', *PharmacoEconomics*, 2016;34(1):5-11.
- 27 A.H. Harris, 'Beyond the threshold', *Health Economics, Policy and Law*, 2016;11(4):433-38.
- 28 H.-G. Eichler, S.X. Kong, W.C. Gerth, P. Mavros en B. Jönsson, 'Use of Cost-Effectiveness Analysis in Health-Care Resource Allocation Decision-Making: How Are Cost-Effectiveness Thresholds Expected to Emerge?', *Value in Health*, 2004;7(5):518-28.
- 29 World Health Organization, *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*, World Health Organization, 2002.
- 30 H. Dakin, N. Devlin, Y. Feng, N. Rice, P. O'neill en D. Parkin, 'The Influence of Cost-Effectiveness and Other Factors on Nice Decisions', *Health Economics*, 2015;24(10):1256-71.
- 31 L. Ryen en M. Svensson, 'The willingness to pay for a quality adjusted life year: a review of the empirical literature', *Health Economics*, 2015;24(10):1289-301.

- 32 A. Bobinac, N. van Exel, F.F. Rutten en W.B. Brouwer, 'Willingness to pay for a quality-adjusted life-year: the individual perspective', *Value in Health*, 2010;13(8):1046-55.
- 33 M. Pomp, C. Schoemaker en J.J. Polder, *Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg*, *Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning* 2014, Bilthoven: RIVM, 2014.
- 34 R.E. Hall en C.I. Jones, *The value of life and the rise in health spending*, National Bureau of Economic Research, 2004.
- 35 S. Felder, *Marginal Costs of Life in Health Care: Age, Gender and Regional Differences in Switzerland*, Magdeburg: FEMM, Faculty of Economics and Management Magdeburg, 2006.
- 36 B. Woods, P. Revill, M. Sculpher en K. Claxton, *Country-level cost-effectiveness thresholds: initial estimates and the need for further research*, University of York, Centre for Health Economics, 2015.
- 37 P. Barnsley, A. Towse, S. Karlsberg Schaffer en J. Sussex, *Critique of CHE research paper 81: methods for the estimation of the NICE cost effectiveness threshold*, Available at SSRN 2637927, 2013.
- 38 S. Martin, N. Rice en P.C. Smith, 'Does health care spending improve health outcomes? Evidence from English programme budgeting data', *Journal of Health Economics*, 2008;27(4):826-842.
- 39 R. Heijink, X. Koolman en G.P. Westert, 'Spending more money, saving more lives? The relationship between avoidable mortality and healthcare spending in 14 countries', *The European Journal of Health Economics*, 2013;14(3):527-38.
- 40 M.F. Drummond, M.J. Sculpher, K. Claxton, G.L. Stoddart en G.W. Torrance, *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford: Oxford university press, 2015.
- 41 K. Claxton, S. Martin, M. Soares, N. Rice, E. Spackman, S. Hinde, N. Devlin, P.C. Smith en M. Sculpher, *Systematic review of the literature on the cost-effectiveness threshold*, 2015, in: K. Claxton et al., *Methods for the estimation of the NICE cost effectiveness threshold*, University of York, Centre for Health Economics, 2013.



## 16. Het verminderen van onnodige zorg

Simone van Dulmen en Tijn Kool

### Kernboodschappen

- Een deel van de zorg is onnodig of zelfs schadelijk voor de patiënt
- Zorgverleners geven onnodige zorg omdat gedragsverandering moeilijk is. Soms is hun kennis onvoldoende, maar soms vraagt de patiënt ook expliciet om onnodige zorg
- Stoppen met onnodige zorg vraagt om een strategie op maat, gebaseerd op informatie over belemmerende en bevorderende factoren
- Om met succes zorg te schrappen, moeten maatregelen daartoe zich richten op verschillende niveaus en moeten zij bestaan uit verschillende onderdelen

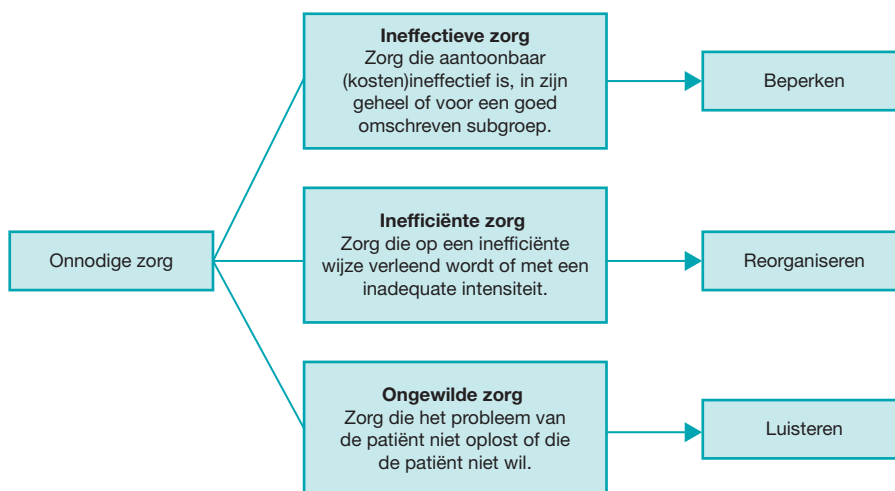
### 16.1 Inleiding

Om de betaalbaarheid van de gezondheidszorg te kunnen blijven garanderen is de afgelopen jaren een discussie gevoerd over de beperking van het zorgaanbod. Verschillende kabinetten hebben bijvoorbeeld kritisch gekeken naar het gebruik van nieuwe technologie. Sommige vormen van zorg, zoals fysiotherapie en tandheelkundige zorg voor volwassenen, zijn uit het basispakket verdwenen. Ook is er in verpleeghuizen geen plaats meer voor ouderen die alleen lichtere vormen van zorg nodig hebben. Steeds vaker wordt nu ook de meer fundamentele discussie gevoerd over de vraag welke zorg gepast is en hoe kan worden voorkomen dat onnodige zorg wordt geleverd. In dit hoofdstuk geven we een schets van deze discussie. Eerst zullen we bespreken wat onnodige zorg is. Daarna komt aan de orde wat de gevolgen ervan zijn en hoe vaak onnodige zorg voorkomt. Vervolgens bespreken we waarom het moeilijk is om te stoppen met onnodige zorg en wat eraan te doen is om de betaalbaarheid van de zorg te bewaken en de kwaliteit te verbeteren. We sluiten af met conclusies en aanbevelingen.

### 16.2 Wat is onnodige zorg?

Er zijn in de literatuur veel verschillende definities van onnodige zorg te vinden die allemaal bepaalde aspecten ervan benadrukken en die wijzen op de redenen waarom bepaalde vormen van zorg onnodig zijn. Onnodige zorg is zorg die de patiënt niet ten goede komt gezien 1) de kosten (in verhouding tot de opbrengsten), 2) de (mogelijke) schade die erdoor wordt veroorzaakt, 3) mogelijk betere alternatieven of 4) (andere) voorkeuren van de patiënt.<sup>1</sup> In dit hoofdstuk gaat het dus niet om zorg van onvoldoende kwaliteit of om te weinig zorg voor het gezondheidsprobleem. Er zijn verschillende redenen waarom zorg onnodig kan zijn, zoals weergegeven in Figuur 16.1.

**Figuur 16.1** Soorten onnodige zorg



Een deel van de zorg is ineffectief vanuit medisch-inhoudelijk perspectief. Onderzoek heeft dan bijvoorbeeld aangetoond dat deze zorg niet werkt voor een bepaalde indicatie. Een voorbeeld is het gebruik van antibiotica voor een virale bovenste-luchtweg-infectie. Een ander deel van de zorg is op inefficiënte wijze georganiseerd en om die reden onnodig. De zorg op zichzelf is dan wel effectief, maar de manier waarop zorgverleners haar aanbieden, kan efficiënter. Een voorbeeld is het verwijderen van hechtingen in het ziekenhuis. Het is goedkoper en prettiger voor de patiënt als dit bij de huisarts plaatsvindt. En ten slotte is er ook nog ongewilde zorg. De zorg is weliswaar effectief en efficiënt georganiseerd, maar is onnodig omdat de patiënt deze zorg niet wil; bijvoorbeeld een operatie als de patiënt liever op een andere manier wil worden behandeld.

Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen verschillende soorten onnodige zorg omdat de methode om ze terug te dringen verschilt. Bij medisch ineffectieve zorg zijn duidelijke richtlijnen en beperking van het aanbod belangrijk, bij inefficiënte zorg moet de organisatie worden aangepast en bij ongewilde zorg moeten zorgverleners beter luisteren naar de patiënt. Later in dit hoofdstuk schrijven we meer over hoe onnodige zorg tegen te gaan.

Gilbert Welch legt het begrip onnodige zorg, in dit geval screening voor kanker, mooi uit aan de hand van de metafoor van een boerderij. Je kunt een hek plaatsen zodat de beesten niet weglopen, maar voor de duiven heeft dat geen zin, want die zijn gevlogen voordat je het weet. Dat geldt, aldus Welch, ook voor agressievere vormen van kanker die al zijn uitgezaaid voordat je aan screenen toekomt. Een hek kan echter wel konijnen tegenhouden. Voor bepaalde ziekten kan screening daarom zin hebben, om ze zo op tijd te kunnen behandelen. Schildpadden, tenslotte, bewegen zo langzaam dat zij ook zonder hek op hun plek blijven. Dit staat in deze metafoor voor de kankervormen die zich zo langzaam ontwikkelen dat ze waarschijnlijk nooit klachten

zullen veroorzaken. Het is de vraag of preventieve behandeling daarvoor noodzakelijk is. Preventieve verwijdering kan immers potentieel schadelijk zijn.<sup>2</sup>

Er zijn verschillende begrippen die gerelateerd zijn aan onnodige zorg:

- overdiagnose, bijvoorbeeld patiënten die ten onrechte een diagnose hebben gekregen op basis van een screeningsprogramma;
- overbehandeling, het voorschrijven van een therapie als daarvoor geen indicatie is, of het onnodig of te snel verwijzen naar andere zorgverleners;
- het zogenaamde *disease mongering*, dat wil zeggen het oprekken van de grenzen van een bestaande ziekte op zo'n manier dat de markt voor een (nieuw) product, meestal een geneesmiddel, groter wordt;
- medicaliseren zoals beschreven in hoofdstuk 5.

### 16.3 Gevolgen van onnodige zorg

Onnodige zorg kan resulteren in hogere kosten en slechtere kwaliteit (een slechtere uitkomst voor de patiënt dan wanneer de zorg niet zou zijn verleend). Hierbij speelt een aantal factoren een rol. Ten eerste kan de extra geleverde zorg gepaard gaan met onnodige bijwerkingen en mogelijk onherstelbare schade. In tegenstelling tot wat velen denken, geldt soms 'baat het niet, dan schaadt het wel'. Dat is niet alleen het geval bij behandelingen als het toebrengen van letsel bij een operatie, maar ook bij diagnostische verrichtingen, zoals het maken van röntgenfoto's, CT-scans en MRI-scans, waarbij sprake is van onnodige schade door straling. Deze bijwerkingen zijn acceptabel als de behandeling of verrichting meerwaarde oplevert voor de patiënt. Als het daarentegen gaat om in essentie onnodige zorg, dan stellen zorgverleners een patiënt hierdoor ten onrechte bloot aan mogelijke bijwerkingen.

Ten tweede kan een teveel aan diagnostiek resulteren in foute diagnoses die ongerustheid bij zorgverlener en patiënt veroorzaken. Deze kunnen op hun beurt weer een cascade aan (over)diagnostiek en (over)behandeling in gang zetten die vervolgens zelf weer schadelijke effecten kan hebben. Een veelgenoemd voorbeeld hiervan is de preventieve prostaatknescreeening door middel van een Prostaat Specifiek Allergeen (PSA)-bepaling bij mannen zonder klachten. Er is een behoorlijke kans op fout-positieve uitslagen. Om één geval van sterfte aan prostaatknescreeening te voorkomen, moeten 1410 mannen worden gescreend, moet bij 340 van hen een biopsie uit de prostaat worden genomen, waarop bij 82 mannen de diagnose prostaatknescreeening wordt gesteld. Tijdens dit proces verkeren patiënten in onzekerheid en lopen ze het risico op complicaties als gevolg van de biopsie, zoals pijn, koorts en bloedingen.<sup>3</sup> Ongeveer 80 procent van alle prostaatknescreeening gedraagt zich weinig agressief, groeit langzaam, laat een trage stijging van de PSA-waarde zien en heeft lang niet altijd actieve behandeling nodig, terwijl vroege ontdekking van een verhoogde PSA-waarde wel ongerustheid veroorzaakt.<sup>4</sup> Behandeling leidt bovendien frequent tot schadelijke complicaties, zoals impotentie (variërend van 20 tot 85 procent in verschillende onderzoeken) en incontinentie (5-40 procent) na het verwijderen van de prostaat.<sup>5</sup>

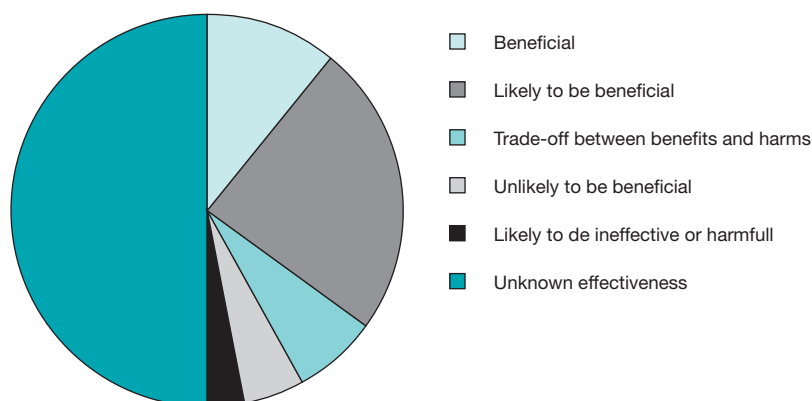


Ten derde kunnen onnodige zorghandelingen in de plaats komen van zorg met meer toegevoegde waarde (verdringing). Patiënten in de laatste levensfase krijgen soms nog lang op genezing gerichte zorg met weinig kans op succes, terwijl zorgverleners hen gepaste en waardevolle zorg gericht op een pijnloos stervensproces onthouden.<sup>6</sup> Dergelijke onnodige zorg kan een negatieve invloed hebben op de levenskwaliteit van deze patiënten en er zijn vaak aanzienlijke kosten mee gemoeid. Patiënten met kleincellig longcarcinoom bij wie de behandeling wordt stopgezet, leven bijvoorbeeld vaak langer en met een betere kwaliteit van leven dan patiënten die worden doorbehandeld.<sup>7</sup>

## 16.4 Hoeveel onnodige zorg is er?

Van een groot deel van de zorg is onbekend of deze effectief is. Een belangrijk deel van de zorg is waarschijnlijk ineffectief en in sommige gevallen zelfs schadelijk.<sup>8</sup> Het Amerikaanse *Institute of Medicine* schat dat 30 procent van de jaarlijkse zorguitgaven wordt verspild en dat meer dan de helft hiervan onnodige zorg betreft.<sup>9</sup> Het Engelse National Institute for Health and Care Excellence (NICE) heeft bij een groot aantal behandelingen gekeken of de effectiviteit ervan wetenschappelijk ooit goed is onderzocht in een RCT, een gerandomiseerde en gecontroleerde studie. In maar de helft van de gevallen blijkt dat te zijn gebeurd, zoals aangegeven in Figuur 16.2.<sup>10</sup>

**Figuur 16.2** De hoeveelheid zorg waarvan in een RCT is aangetoond dat deze effectief is



Effectiveness of 3 000 treatments as reported in randomised controlled trials selected by Clinical Evidence. This does **not** indicate how often treatments are used in healthcare settings or their effectiveness in individual patients.

Bron <http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html> bezocht op 1 oktober 2017

De zorg waarvan de effectiviteit wél onderzocht is, bevindt zich voor een aanzienlijk deel in een grijze zone van zorg waarvan onduidelijk is of deze zinvol is.<sup>11</sup> Dat heeft deels te maken met de moeilijkheid om gepaste en onnodige zorg goed te definiëren. Wanneer de effectiviteit van een behandeling niet in een gecontroleerde studie is aangetoond, wil dat niet altijd zeggen dat de zorg niet effectief of schadelijk is. In sommige

gevallen is het gewoon erg lastig om een goed opgezette studie uit te voeren. Hierdoor is sterk wetenschappelijk bewijs voor de meerwaarde van een interventie boven een andere interventie soms moeilijk te leveren. Een voorbeeld hiervan is het aantonen van de effectiviteit van blaasspoelingen bij het blaaspijnsyndroom. Het Zorginstituut vindt dat zorgverzekeraars deze behandeling niet moeten vergoeden, omdat de werking ervan niet in een gecontroleerde studie is aangetoond – uitsluitend in studies zonder goede controlegroep. Urologen en patiënten geven aan dat zo'n studie in hun ogen onmogelijk is uit te voeren omdat er geen patiënten te vinden zijn die eraan willen deelnemen. Deze controverse heeft geleid tot een rechtszaak aangespannen door de patiëntenvereniging tegen het Zorginstituut, dat overigens door de rechter in het gelijk is gesteld.<sup>12</sup>

Het percentage niet-effectieve zorg verschilt per zorgvorm. Studies die op basis van declaratiedata in kaart brengen hoeveel onnodige zorg er is, laten bijvoorbeeld zien dat veel diagnostische verrichtingen onnodig zijn.<sup>13</sup> Hierbij valt te denken aan het uitvoeren van beeldvormende diagnostiek bij lage rugpijn, cardiale testen voor een operatie bij laagrisico patiënten, herhaalde dextra-scans binnen 2 jaar, of een CT-scan bij sinusitis. Bijna de helft van de patiënten wordt cardiovasculair gescreend voorafgaand aan een operatie, terwijl dit niet nodig is bij patiënten die een laag risico lopen op hartproblemen.<sup>14</sup> Daarnaast worden ook veel onnodige behandelingen uitgevoerd, zoals het geven van antibiotica voor virale luchtweginfecties, het uitvoeren van een artroscopie bij oudere patiënten met artrose in de knie of het voorschrijven van slaapmedicatie (benzodiazepines) aan mensen met chronische slaapproblemen.<sup>15</sup>

## 16.5

### Waarom is het moeilijk te stoppen met onnodige zorg?

Er zijn verschillende redenen waarom onnodige zorg wordt verleend, ook al is duidelijk dat die zorg voor de patiënt in feite geen toegevoegde waarde heeft. Het algemene uitgangspunt van goed medisch handelen is dat de zorgverlener als basis voor zijn of haar professioneel medisch handelen de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek hanteert, bij voorkeur vastgelegd in richtlijnen en protocollen. Maar zoals eerder beschreven is voor een deel van de zorghandelingen geen wetenschappelijke onderbouwing op basis van goed vergelijkend onderzoek beschikbaar. In dat geval neemt de zorgverlener besluiten op basis van aanbevelingen die zijn gebaseerd op andere onderzoeksmethoden en op basis van eigen ervaringen en voorkeuren.

Daarnaast zijn er soms omstandigheden waaronder een arts tóch een onderzoek voor een patiënt aanvraagt hoewel er geen indicatie voor is. Het kan zo zijn dat patiënten erg onzeker zijn en gerustgesteld willen worden, maar ook artsen zelf zijn soms bang iets belangrijks te missen. Een ernstig voorval in het verleden, bijvoorbeeld een gemiste diagnose, kan hen daarin sterken. Het voorkómen van een nieuwe gemiste diagnose lijkt dan zwaarder te wegen dan het tegengaan van onnodige diagnostiek. Kortom, de druk die patiënten op artsen uitoefenen leidt tot defensieve zorgverlening. Dat betekent dat het uitvoeren van extra testen (bevestigingsgedrag) of het uit de weg gaan van patiënten of procedures met een hoog risico (vermijdingsgedrag) hoofdzakelijk gebeurt om de kans te verkleinen op een aanklacht met alle potentiële gevolgen van dien.<sup>16</sup>

De veranderkunde leert ons dat veel verschillende factoren beslissingen in de spreekkamer kunnen beïnvloeden.<sup>17</sup> Deze kunnen gerelateerd zijn aan de zorgverlener en de patiënt, maar ook aan de sociale, organisatorische en politieke/economische context. In deze paragraaf worden deze factoren nader toegelicht. In de literatuur wordt de invloed van zorgverlener en patiënt overigens het meest genoemd als oorzaak van onnodige zorg.<sup>18</sup> Daarbij spelen hun beider kennis, attitude en cultuur van de omgeving een belangrijke rol.

### 16.5.1 De zorgverlener

Iedereen weet hoe moeilijk het is om gedrag structureel te veranderen. Dat geldt ook voor gedrag van zorgverleners. Uit implementatie-onderzoek is al langer bekend dat het veel tijd kost om een gewenste praktijk te introduceren. Een ongewenste praktijk afleren kost echter nog meer tijd, energie en moeite. Constateren dat iets niet werkt en dat ermee stoppen het beste is, wordt gezien als slecht nieuws en wordt daarmee onaantrekkelijk gevonden. Zorgverleners bevestigen liever de bestaande praktijk door te zoeken naar bewijs dat deze de beste is, de zogenoemde confirmatiebias.<sup>19</sup>

Daarnaast hebben veel zorgverleners van nature de neiging om iets te willen doen, om actie te willen ondernemen. Niets doen is stil staan.<sup>20</sup> Actiegerichtheid maakt deel uit van de cultuur van de zorg en zorgverleners krijgen deze houding tijdens hun opleiding met de paplepel ingegoten. Bovendien zijn artsen geneigd om de waarde van behandelingen te overschatten, de zogenoemde therapeutische illusie.<sup>21</sup>

Belangrijke aangrijpingspunten voor gedragsverandering zijn de kennis en de vaardigheden van de zorgverlener. Hij of zij moet op de hoogte zijn van het wetenschappelijk onderzoek naar een behandeling en van de kosten ervan, maar ook van alternatieve behandelopties. Maar zelfs wanneer zorgverleners weten dat er sprake is van een onnodige behandeling, kunnen hun houding en hun onvermogen om dit aan de patiënt te vertellen, maken dat zij de patiënt toch maar wel behandelen. Een dilemma van artsen is dat zij een evenwicht moeten zoeken tussen de wetenschappelijke kennis en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen over zinvolle en onnodige zorg, en de wensen en verwachtingen van de patiënt. Mensen hebben allerlei ideeën over gezondheid en ziekte die hun omgang met klachten beïnvloeden. Die ideeën worden voor een belangrijk deel gevormd door eerdere ervaringen met ziekte, gesprekken met familie en vrienden en informatie uit de media. Artsen zijn zich er bijvoorbeeld van bewust dat het beter is om geen antibiotica voor te schrijven bij een virale bovenste-luchtweginfectie. Zij hebben echter wel de juiste gesprekstechnieken nodig om patiënten uit te leggen waarom zij hen zonder recept naar huis sturen. Ook kunnen artsen bang zijn om de relatie met hun patiënten te verstoren als zij hen een bepaalde zorghandeling weigeren.<sup>22,23</sup> Trainingen kunnen artsen leren beter met patiënten te communiceren en met hen te spreken over hun verwachtingen, waarden en voorkeuren. Een voorbeeld is een training in gezamenlijke besluitvorming die heeft geleid tot het minder voorschrijven van antibiotica voor acute luchtweginfecties in de eerste lijn.<sup>24</sup>

### 16.5.2 De patiënt

Ook patiënten spelen een rol bij de keuze voor gepaste of onnodige zorg. Patiënten worden in het algemeen aangemoedigd om zich te ontwikkelen tot mondige consumenten die zich goed informeren over de mogelijkheden van de zorg. De media geven echter niet altijd informatie op basis van de laatste wetenschappelijke inzichten. Mede gestimuleerd door onzekerheid en door de behoefte om van hun klachten af te komen, vragen patiënten zorgverleners soms om zorg te verlenen ook al is deze niet effectief. Een voorbeeld is het verzoek om vitamine B12 voor te schrijven, omdat in de niet-wetenschappelijke media is geschreven dat een tekort aan vitamine B12 vermoeidheid of duizeligheid veroorzaakt.<sup>25</sup> Er is echter geen overtuigend bewijs voor deze bewering en voor de stelling dat het slikken van vitamine B12 de klachten kan verhelpen.<sup>26</sup> Een ander voorbeeld van zorg die patiënten vaak essentieel vinden, is vroegtijdige screening voor kanker. Te jong of te oud screenen heeft in sommige gevallen echter geen zin en kan tot schadelijke overdiagnostiek leiden. Toch leeft bij veel mensen de gedachte dat een extra controle altijd goed is en geen kwaad kan. Dat berust op een misverstand en daarom zijn er duidelijke leeftijdsgrenzen voor afgesproken. Een extreem voorbeeld van screening is de *total body scan* waarmee iemands lichaam in zijn geheel en zonder enige indicatie doorzocht wordt op mogelijke afwijkingen.

Als het terugdringen van onnodige zorg betekent dat patiënten moeten stoppen met een behandeling, dan levert dit een extra psychologische barrière op. Dit wordt ook wel het *endowment effect* genoemd: mensen waarderen wat zij bezitten meer dan wat zij niet bezitten. In een van de experimenten van Richard Thaler, Nobelprijswinnaar economie in 2017, kreeg een groep mensen een koffiemok uitgereikt. De onderzoekers vroegen aan hen voor welke prijs ze bereid waren de koffiemok te verkopen aan een andere groep mensen. Deze mensen kregen geen mok, maar moesten opgeven hoeveel ze bereid waren te betalen voor zo'n mok. Wat bleek? De mensen die de mok al in hun bezit hadden noemden een twee keer zo hoge prijs als de mensen die hem moesten kopen.<sup>27</sup> Dit mechanisme zou ook zo kunnen werken in de zorg: patiënten hechten veel waarde aan het hebben van iets, in casu het krijgen van een behandeling of het slikken van pillen. Dat betekent dat patiënten niet snel genoegen nemen met geen behandeling als alternatief voor de behandeling die ze krijgen.

Goede voorlichting aan patiënten over (het gebrek aan) de toegevoegde waarde van een test of behandeling is van groot belang voor het terugdringen van onnodige zorg. Dit kan specifieke informatie zijn over een bepaalde aandoening, bijvoorbeeld patiëntversies van richtlijnen of informatie voor patiënten die te vinden is op [thuisarts.nl](http://thuisarts.nl). Daarnaast is het van belang om het bewustzijn dat 'meer' in de zorg niet altijd 'beter' is met bijvoorbeeld mediacampagnes te vergroten. Ook het inzichtelijk maken van de zorgkosten kan hieraan bijdragen.

### 16.5.3 De sociale context

Ook sociale factoren, zoals de houding van het team en het leiderschap van zorgverleners, spelen een rol bij de beslissing of onnodige zorg al dan niet wordt verleend. Zo speelt bij verpleegkundigen de teamcultuur een belangrijke rol bij het in stand houden

van onnodige verpleegkundige handelingen. Verpleegkundigen geven zelf aan dat zij deze handelingen uitvoeren omdat ze dat altijd al hebben gedaan en omdat de anderen het ook doen.<sup>28</sup> Om dergelijke patronen te doorbreken is een open cultuur nodig die kritische feedback stimuleert. Daarnaast is het van belang, zeker bij het schrappen van onnodige medisch-specialistische zorg, dat er voldoende klinische leiders zijn die bereid zijn om hun collega's het belang uit te leggen van het terugdringen van onnodige zorg en om hen aan te moedigen dit zelf ook te doen. Deze klinische leiders kunnen naaste collega's zijn in het team, maar bijvoorbeeld ook vertegenwoordigers van beroepsorganisaties of wetenschappelijke verenigingen.

#### 16.5.4 De organisatie

Een belangrijke factor die beslissingen in de spreekkamer beïnvloedt, is de manier waarop de werkprocessen zijn georganiseerd. Vooral van belang is hoeveel tijd zorgverleners hebben om patiënten uit te leggen waarom terughoudendheid op zijn plaats is. Artsen noemen een gebrek aan tijd vaak als belangrijke belemmerende factor voor het gesprek dat nodig is voor een goede gezamenlijke besluitvorming. Het is meestal gemakkelijker en het kost minder tijd om een test aan te vragen dan om de patiënt ervan te overtuigen dat dit niet nodig is.<sup>29</sup>

Ook organisatiefactoren spelen vaak een rol bij onnodige zorghandelingen.<sup>30</sup> Een voorbeeld is dubbel bloedonderzoek of andere diagnostiek, zowel in de eerste als tweede lijn, als gevolg van een gebrekkige communicatie tussen huisarts en medisch specialist. Daarnaast kan een gebrek aan afstemming tot gevolg hebben dat een patiënt langer in de tweede lijn blijft dan medisch noodzakelijk is of dat hij of zij onbedoeld onder controle is in zowel de eerste als de tweede lijn. Tenslotte kunnen investeringen in apparatuur leiden tot veelvuldig gebruik om de exploitatiekosten beheersbaar te maken.

Een goede afstemming tussen zorgverleners, zeker tussen collega's uit de eerste en tweede lijn, is dus van groot belang. Enerzijds dient informatie in de elektronische patiëntendossiers inzichtelijk te zijn voor verschillende zorgverleners en tijdig en eenvoudig overdraagbaar te zijn, anderzijds dienen zorgverleners de zorg tijdig te leveren en moet voor alle betrokkenen duidelijk zijn waar bijvoorbeeld de controle na de behandeling plaatsvindt.

#### 16.5.5 De politieke/economische factoren

Tenslotte maakt ook de wijze waarop de maatschappij de zorg heeft ingericht dat zorgverleners (te) veel doen en daarmee het risico lopen onnodige zorg te verlenen. Met name de bekostiging van de gezondheidszorg kan onnodige zorg in de hand werken, onder andere doordat wordt betaald per verrichting of doordat therapieën waarvan de werking niet is bewezen, toch worden vergoed.

Uit onderzoek onder Nederlandse huisartsen bleek dat ruim 90 procent van de respondenten oordeelde dat in ziekenhuizen zowel een sterke financiële prikkel om te produceren als het gehanteerde declaratiesysteem (zeer veel) onnodige zorg uitlokt.<sup>31</sup> Overigens is het belangrijk om te beseffen dat bij beroepsgroepen die geen of weinig directe productieprijkkels kennen, ook onnodige zorg voorkomt. Huisartsen en verpleegkundigen zijn hiervan twee voorbeelden. Het beperken van vergoedingen kan

effectief zijn, maar kan ook leiden tot dilemma's. Bijvoorbeeld wanneer de indicatie voor het gebruik van medicatie in de richtlijnen anders is omschreven dan in de voorwaarden bij het vergoedingsbesluit.<sup>32</sup> Sommige studies beschrijven hoe inzicht in de kosten kan bijdragen aan het verminderen van onnodige handelingen.<sup>33-34</sup>

Financiële prikkels gericht op patiënten kunnen in dit opzicht zowel belemmerend als bevorderend werken. Wanneer patiënten een uitgebreide verzekering hebben, zullen ze veel van aanbieders verwachten, bijvoorbeeld diagnostische testen, uitgebreide behandelingen of een geneesmiddel in plaats van afwachten. In een aanvullende polis worden ook behandelingen zonder indicatie en met onbewezen effecten ruim vergoed. Ook voor huisartsen is dit belastend, omdat zij hun patiënten naar deze behandelaars moeten doorverwijzen. Daarentegen kan een hoog eigen risico of een systeem van eigen betalingen zorgen voor een rem op zorg, ook op onnodige zorg, omdat patiënten dan worden gestimuleerd te overwegen of zorg nodig is of niet. Zoals eerder beschreven kan ook het risico op een gerechtelijke procedure leiden tot overdiagnostiek en -behandeling.

Het aanpassen van de vergoedingen van zorghandelingen kan aldus onnodige zorg tegengaan en gepaste zorg faciliteren. Hierbij is het wel van belang dat de patiëntenpopulatie waarvoor een handeling niet wordt vergoed, helder is beschreven. Want er kunnen zorghandelingen zijn waarvoor bij een bepaalde aandoening geen indicatie is, terwijl een specifieke groep patiënten met die aandoening er wel degelijk baat bij heeft. Hoe dan ook is het belangrijk om het vergoedingspakket aan te laten sluiten bij de aanbevelingen in de richtlijnen en er niet tegen in te gaan.

## 16.6 Wat is er nodig om onnodige zorg tegen te gaan?

Voor een succesvolle strategie om onnodige zorg terug te dringen, moet aan enkele randvoorwaarden zijn voldaan. Ten eerste is het van belang goed in kaart te brengen waaróm zorgverleners nog onnodige zorg verlenen. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor het blijven aanbieden of schrappen van onnodige zorg? Wanneer onvoldoende rekening is gehouden met de belemmerende factoren, kan dit leiden tot weinig succes bij het introduceren van een behandeling, ondanks het wetenschappelijke bewijs dat die behandeling in andere situaties succesvol was. Een voorbeeld hiervan is een in de jaren negentig beschreven nieuwe behandelmethode voor vrouwen met vleesbomen in de baarmoeder als alternatief voor een operatieve ingreep. Die nieuwe methode, emboliseren, is gelijkwaardig aan opereren – de tot dan toe bij voorkeur gebruikte aanpak – maar biedt grote voordelen voor de patiënt; de richtlijn werd daarom aangepast. Na enige tijd bleek de praktijk echter maar weinig veranderd; er werden nauwelijks embolisaties uitgevoerd. De belangrijkste reden hiervoor was dat het radiologen zijn die de embolisaties uitvoeren. Zij moesten de patiënten doorverwezen krijgen van hun collega's gynaecologen, maar dat gebeurde niet spontaan, mede omdat gynaecologen er (financieel) belang bij hadden deze patiënten zelf te behandelen. Bij het streven naar minder operatieve vleesboomverwijderingen zal de aandacht zich dus met name moeten richten op de gynaecologen en op hun motieven om te blijven opereren.<sup>35</sup>

Ten tweede is het voor het tegengaan van onnodige zorg van belang om strategieën te richten op de hierboven beschreven factoren, te weten de zorgverlener, de patiënt

en de sociale, organisatorische en politieke/economische context. Interventies gericht op meerdere factoren zijn in het algemeen succesvoller dan interventies gericht op een enkele factor.<sup>1</sup> Bij deze interventies kan het gaan om het overdragen van kennis, om het bewerkstelligen van een gedrags- of attitudeverandering, een aanpassing van de organisatiecultuur, om het beperken van vergoedingen of om een combinatie hiervan. Zorgverzekeraars kunnen een belangrijke rol spelen met een doelgericht inkoopbeleid.

Ten slotte is het van belang om de omvang van de onnodige zorg vast te stellen. Zorgverleners moeten zich bewust worden van de omvang van het probleem en zich kunnen herkennen in de cijfers. Dat gaat in de praktijk vaak gepaard met veel discussie over de data. Ook moeten eventuele interventies goed worden geëvalueerd en moeten de uitkomsten worden teruggerapporteerd aan de zorgverleners.

### 16.7 Wat gebeurt er in de praktijk om onnodige zorg te verminderen?

Een voorbeeld van het vergroten van kennis op landelijk niveau is het opstellen van lijsten met onnodige zorg. In verschillende landen, waaronder Engeland, Australië en Nederland, zijn lijsten opgesteld met mogelijk medisch onnodige zorg, zodat zorgverleners zich er bewust van worden en er rekening mee gaan houden.<sup>36,37,38</sup> In 2017 is in Nederland ook voor de verpleegkundige zorg een lijst opgesteld met 66 overbodige handelingen.<sup>39</sup> Voorbeelden hiervan zijn het ‘bedekken van primair gesloten wonden’. Door dit na te laten, kan veel geld worden bespaard. Jaarlijks worden in Nederland bijna 1,5 miljoen operaties uitgevoerd en verpleegkundigen reinigen en bedekken de operatiewonden routinematig. Wanneer zij de helft van de operatiewonden niet meer bedekken, bespaart dat kosten van verbandmateriaal en tijd voor de verpleegkundigen. Deze besparing kan oplopen tot bijna € 5 miljoen per jaar. Een andere aanbeveling uit de richtlijn is ‘wees terughoudend met het gebruik van urinekatheters’. De primaire indicatie voor een katheterisatie is het niet op natuurlijke wijze kunnen ledigen van de blaas. Jaarlijks krijgen 25.000 patiënten onterecht een katheter. Deze onterecht ingebrachte katheters leiden bij 2,3 procent van de patiënten, dus 580 patiënten per jaar, tot een (onnodige) blaasontsteking. Hierdoor blijven deze patiënten langer in het ziekenhuis en krijgen ze vaak antibiotica. Langdurige katheterisatie kan ook leiden tot bacteriëmie, vorming van blaas- en nierstenen, fistel- of strictuurvorming, incontinentie en zelfs blaaskanker. Als we kunnen voorkomen dat deze 25.000 katheters worden geplaatst, besparen we, behalve veel leed, ongeveer € 900.000. Naast het in kaart brengen van zulke onnodige zorghandelingen, wil de beroepsvereniging van verzorgenden en verpleegkundigen de bewustwording onder de leden stimuleren en gerichte projecten ondersteunen om onnodige zorg te schrappen.

Met als doel het stimuleren van bewustwording en kennis is in de Verenigde Staten *Choosing Wisely* ontstaan, een beweging die inmiddels in meer dan 20 landen navolging heeft gekregen.<sup>40</sup> Beroepsorganisaties stellen in deze landen lijsten op met onnodige zorg en verspreiden deze onder de leden van hun beroepsgroep. Ook in Nederland leggen verschillende landelijke initiatieven de nadruk op terughoudendheid in de zorg. ‘Dappere Dokters’, opgericht door huisartsen, wil bijdragen aan een omslag van overbehandeling en maximale zorg naar optimale zorg op de juiste plek. Het Zorginstituut onderzoekt met

het programma ‘Zinnige Zorg’ systematisch of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet en wat nodig is om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en onnodige kosten te vermijden. En veel wetenschappelijke verenigingen hebben onder auspiciën van de Federatie Medisch Specialististen lijsten opgesteld met zogenoemde ‘verstandige keuzes’, zorg die zorgverleners beter achterwege kunnen laten of waarin ze terughoudend moeten zijn. Figuur 16.3 toont de verstandige keuzes met betrekking tot een lage rughernia.

**Figuur 16.3** De eerste drie Verstandige keuzes rughernia



## Verstandige keuzes bij een lage rughernia\*

- 1

**Opereer niet wanneer er alleen sprake is van rugpijn**

Het hebben van alleen of voornamelijk rugpijn is geen goede indicatie voor een rughernia-operatie. Bij een rughernia komt vrijwel altijd rugpijn, maar vooral uitstralende pijn in het been voor. Met een operatie zal de pijn in het been vrijwel zeker verdwijnen, maar de rugpijn meestal niet. Tenzij deze rugpijn onderdeel is van het uitstralend pijnpatroon. Wanneer er sprake is van uitsluitend rugpijn, worden na de acute fase met een behandeling zonder operatie goede resultaten bereikt.
- 2

**Opereer niet wanneer de beenpijn kort (<6 weken) duurt, maar wacht ook niet te lang (>6 maanden)**

Uit onderzoek blijkt dat de beste resultaten van een rugherniaoperatie bereikt worden als de operatie plaatsvindt tussen 3 en 6 maanden na het begin van de klachten. In bijna alle gevallen gaat de pijn die veroorzaakt wordt door een rughernia vanzelf over binnen 6 tot 18 weken.

Als er te lang gewacht wordt met opereren bij iemand die veel last heeft van zenuwpijn in het been, wordt met een operatie vaak een minder goed resultaat behaald. Dit is waarschijnlijk het gevolg van zenuw schade.

Patiënten met functieverlies (verlamming of bijv. uitval van de blaasfunctie) moeten wel met spoed geopereerd worden. Ook voor patiënten die ondanks opiaten bedlegerig blijven kan een indicatie bestaan om binnen 6 weken na de start van de klachten te opereren.
- 3

**Vraag geen MRI aan tijdens de natuurlijke herstelperiode of na een hernia-operatie**

De meeste patiënten met een rughernia (90%) zijn binnen 6 tot 18 weken weer klachtenvrij. Bij het vermoeden van een rughernia op basis van pijnklachten in het been heeft het in deze fase geen zin om een MRI scan te laten maken.

Pas wanneer de klachten niet overgaan of onhoudbaar zijn en een operatie overwogen wordt, is het zinvol een MRI te laten maken. Deze wordt dan gebruikt om de operatieindicatie te verifiëren en om de technische benadering en het niveau van chirurgie te beoordelen.

Ook bij het aanvragen van een MRI na een herniaoperatie is terughoudendheid geïndiceerd. Vaak wordt na operatie een herhalings-MRI aangevraagd. Onderzoek wijst echter uit dat er geen verschil is in de bevindingen op een MRI tussen patiënten die na een herniaoperatie klachten ondervinden en patiënten die geen klachten hebben.

\* lumboradicaal syndroom op basis van hernia lumbalis

Bron ‘Campagne verstandig kiezen; verstandige keuzes bij een lage rughernia.’<sup>o</sup>



Er zijn steeds meer initiatieven in ons land die zich richten op het afschaffen van een specifieke vorm van onnodige zorg bij een of bij verschillende organisaties. Het programma ‘Doen of laten? Het terugdringen van onnodige zorg’ van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra is hiervan een voorbeeld. Het programma heeft als doel om onnodige zorg in kaart te brengen en kennis te ontwikkelen over manieren waarop zorgverleners deze onnodige vormen van zorg kunnen beperken. In het kader van dit programma zijn acht regionale projecten gestart met als doel het tegengaan van specifieke vormen van onnodige zorg (zie box 16.1). De projecten behelzen zowel de eerste als de tweede lijn en maken gebruik van verschillende interventies.

### Box 16.1

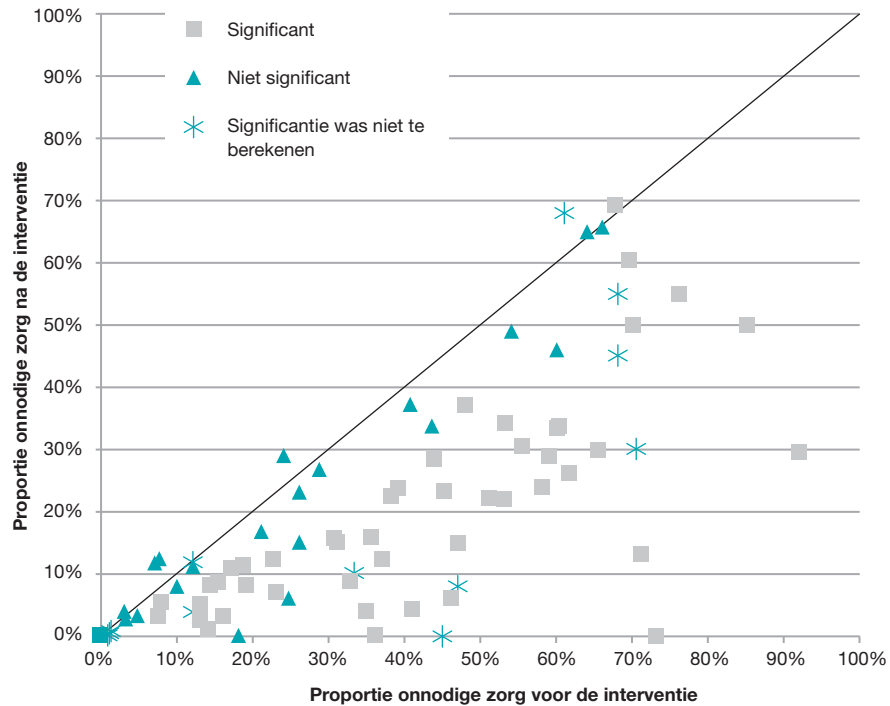
Verminderen van...

1. de nacontrole met CT-scans na de curatieve behandeling van een maligne lymfoom;
2. het voorschrijven van onnodige inhalatiecorticosteroiden bij patiënten met COPD;
3. het uitvoeren van artroscopieën en MRI-scans bij degeneratieve knieën zonder slotklachten bij patiënten boven de 50 jaar;
4. onnodig kathetergebruik;
5. het bepalen van vitamine B12 en vitamine D gehalte in de huisartsenpraktijk;
6. onnodige gastroscopie bij dyspepsie;
7. onnodige laboratoriumdiagnostiek in de interne geneeskunde;
8. nacontroles na behandeling van een laagrisico basaalcelcarcinoom.

Veelgebruikte methoden om onnodige zorg terug te dringen zijn scholing van zorgverleners, reminders en feedback, en interventies die gericht zijn op het aanpassen van de organisatie.

Door al deze initiatieven zijn begrippen als overdiagnose en overbehandeling inmiddels gemeengoed geworden. Toch blijkt het in de praktijk lastig om onnodige zorg daadwerkelijk te verminderen. Zo liet de eerste evaluatie van *Choosing Wisely* zien dat er maar weinig veranderde zonder aanvullende specifieke interventies.<sup>41</sup> Het lijkt erop dat een overdachte strategie met op maat uitgekozen interventies nodig is om onnodige zorg terug te dringen. Projecten die zijn gericht op het schrappen van onnodige zorg zijn meestal effectief, maar laten wel een grote variatie zien. Figuur 16.4 toont de effectiviteit van 78 van zulke projecten, waarbij de projecten onder de lijn een vermindering van onnodige zorg hebben bewerkstelligd. De mediane relatieve vermindering van de onnodige zorg na de interventies was 44 procent. In absolute zin was de hoeveelheid onnodige zorg met 15 procent afgenomen. Dit betekent dat met een gerichte interventie een substantiële reductie van de hoeveelheid onnodige zorg kan worden bewerkstelligd.

**Figuur 16.4** Onnodige zorg voor en na de deïmplementatie.  
De projecten onder de lijn hebben een vermindering van de onnodige zorg bewerkstelligd



## 16.8 Conclusie

Een belangrijk deel van de zorg is onnodig en er zou dan ook geen indicatie voor gegeven moeten worden. Onnodige zorg kan behalve tot hoge kosten ook leiden tot slechtere kwaliteit van zorg en mogelijk tot schade en slechtere uitkomsten voor de patiënt. Op het leveren van onnodige zorg zijn veel factoren van invloed. Op macroniveau spelen financieringsstructuren een rol. Het beleid is niet altijd rationeel of eenduidig en kan het gepaste gebruik van zorg in de spreekkamer onder druk zetten. Op mesoniveau spelen aspecten van de teamcultuur en organisatorische aspecten een rol. Op microniveau spelen kennis en (communicatie)vaardigheden van de zorgverlener een belangrijke rol en is de interactie met de patiënt cruciaal voor het maken van de juiste keuze.

Er zijn verschillende soorten onnodige zorg en methodes om ze aan te pakken. Bij ineffektieve zorg is een beperking van het aanbod belangrijk, bij inefficiënte zorg moet de organisatie worden aangepast, en betere luistervaardigheden van zorgverleners kunnen ongewilde vormen van zorg helpen verminderen. Succesvolle interventies richten zich op meerdere factoren; dat maakt schrappen van zorg zo moeilijk. Het inventariseren van belemmerende en bevorderende factoren voor het aanbieden van zorg helpt om een op maat gemaakte strategie te kiezen. Om zorg met succes uit het zorgaanbod te schrappen zijn intensieve begeleiding, geduld en zorgverleners die een leidende positie durven innemen, onmisbaar. Maar ook patiënten spelen een belangrijke rol in het

reduceren van onnodige zorg. Specifieke en planmatige interventies laten vaak goede resultaten zien.

De bewustwording bij zorgverleners van de noodzaak om soms terughoudend te zijn met het leveren van zorg, neemt langzaam toe. Er komen steeds meer initiatieven om onnodige zorg terug te dringen. Nieuwe technologische ontwikkelingen kunnen hierbij behulpzaam zijn, zowel bij het maken van keuzes in de spreekkamer als bij het periodiek teruggeven van spiegelinformatie over bijvoorbeeld het aantal diagnostische aanvragen.

Dit leidt tot de volgende aanbevelingen:

- ***Voer een open debat over onnodige zorg***  
De afgelopen jaren is er langzaam meer onderzoek verricht naar het volume van zorg die geen toegevoegde waarde heeft. Tevens is het debat geïntensiveerd over manieren om onnodige zorg terug te dringen. Toch is het voor sommige zorgverleners nog steeds lastig om hier open over te praten. Dit heeft vaak te maken met de toon waarop het debat wordt gevoerd. Al snel wordt met een beschuldigende vinger gewezen, waardoor zorgverleners in de verdediging schieten. Het is belangrijk te beseffen dat geen enkele zorgverlener bewust schadelijke zorg verleent. Het is vooral van belang om zorgverleners te helpen met de bewustwording en ze vervolgens te ondersteunen bij het daadwerkelijk schrappen van onnodige zorg.
- ***Zorg voor voldoende onderbouwing***  
We weten dat een deel van de zorg onnodig en soms schadelijk is. Maar van een veel groter deel weten we feitelijk onvoldoende om te bepalen of die effectief is. Naar ongeveer 50 procent van de zorg is nooit degelijk onderzoek gedaan. Er is daarom behoefte aan meer wetenschappelijke onderbouwing van het professioneel handelen van zorgverleners. Investeren in onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen is van groot belang. Voorbeelden van dergelijk onderzoek zijn het zorgevaluatieprogramma van de Federatie Medisch Specialisten en het doelmatigheidsonderzoek van ZonMw. Ook zal onderzocht moeten worden welke strategieën voor het afbouwen van onnodige zorg in welke situatie het meest geschikt zijn.
- ***Stimuleer initiatieven om behandelingen te schrappen actief en gedurende langere tijd***  
Stoppen met onnodige vormen van zorg vraagt een actieve aanpak. Daarbij is het belangrijk om eerst de belemmerende en bevorderende factoren voor het aanbieden van zorg in kaart te brengen en er daarna een interventie-op-maat op te baseren. Ook intensieve begeleiding van zorgverleners is van groot belang. Het gaat om een gedragsverandering en zo iets kost tijd. Voor een blijvende verandering is het belangrijk om zorgverleners periodiek te ondersteunen met spiegelinformatie en daarmee een open cultuur in de teams te helpen creëren, een sfeer waarin het hen geen moeite kost om te bespreken of zij als zorgverlener het goede doen voor hun patiënten. Schrappen van zorg vergt een gedragsverandering en kost dus tijd omdat zorgverleners het minder aantrekkelijk zullen vinden dan het introduceren van innovaties. Beginnen met nieuwe vormen van diagnostiek en nieuwe behandelingen

is het brengen van goed nieuws; meedelen dat de door de patiënt voorgestelde zorg niet passend is en misschien wel schadelijk, is slecht nieuws voor de patiënt en soms ook lastig voor de zorgverlener. Het kost tijd en energie en het vergt gesprekstechnieken die niet iedere zorgverlener van nature bezit.

- **Betrek de patiënt**

Patiënten spelen een steeds belangrijker rol in de zorg. Het streven is om de patiënt zijn of haar eigen regie te geven over zorg en ziekte en om zorgverleners daarbij te laten coachen. Patiënten hebben dus een belangrijke invloed op de te maken keuzes, maar daarvoor is wel nodig dat zij goed zijn geïnformeerd. Mensen hebben veelal hoge verwachtingen van de geneeskunde en onderschatten de mogelijke schadelijke effecten. Daarom is het belangrijk dat de zorgverlener de patiënt informeert over alle mogelijkheden en wat die voor hem of haar betekenen. Door de verschillende opties met de patiënt door te nemen kan de zorgverlener samen met de patiënt een weloverwogen keuze maken. Goed geïnformeerde patiënten kunnen op deze manier een cruciale rol vervullen bij het terugdringen van onnodige zorg.

- **Maak doelmatigheid onderdeel van de opleidingen**

Het is van groot belang dat zorgverleners vanaf het allereerste moment dat ze worden opgeleid het besef wordt bijgebracht dat een deel van de bestaande zorg niet-effectief of zelfs schadelijk is en dat terughoudendheid soms op zijn plaats is. Ook aandacht voor gesprekstechnieken is van groot belang om in de spreekkamer samen met de patiënt de verschillende opties door te kunnen nemen en een goede keuze te maken. Want gezamenlijke besluitvorming kan een belangrijke schakel zijn in het verminderen van onnodige zorg. Als aan deze voorwaarden is voldaan, kan dat leiden tot een generatie zorgverleners die beter op de hoogte is van wat onnodige zorg is en die weet dat een deel van de zorg schadelijk is.

## Referenties

- 1 C.H. Colla, 'Swimming against the current – What might work to reduce low-value care?', *The New England Journal of Medicine*, 2014;371:1280-83.
- 2 G. Welch, *Less medicine, more health*. Boston: Beacon press, 2015.
- 3 NHG-Standpunt Prostaatankerscreening, op <https://www.nhg.org/nhg-standpunt-prostaatankerscreening-voorlopig-niet-geïndiceerd>; geraadpleegd op 12 november 2017.
- 4 Nederland Ik. Nederlandse kankerregistratie op <http://www.cijfersoverkanker.nl/>; geraadpleegd op 29 november 2017.
- 5 Nederland Ik, *Richtlijn prostaatacarcinoom versie 2.0* op <http://www.oncoline.nl/prostaatacarcinoom>; geraadpleegd op 29 november 2017.
- 6 Stuurgroep passende zorg in de laatste levensfase, *Niet alles wat kan, hoeft*, Utrecht: KNMG, 2015.
- 7 J.S Temel, J.A. Greer, A. Muzikansky, E.R. Gallagher, S. Admane, V.A. Jackson, C.M. Dahlin, C.D. Blinderman, J. Jacobsen, W.F. Pirl, J.A. Billings en T.J. Lynch, 'Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer', *The New England Journal of Medicine*, 2010;363:733-42.

- 8 R. Grol en J. Grimshaw, 'From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care', *The Lancet*, 2003;362:1225-30.
- 9 Institute of Medicine, *Best Care at Lower Cost. The Path to Continuously Learning Health Care in America*, Washington, DC: The National Academies Press, 2013.
- 10 <http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html>; geraadpleegd op 14 november 2017.
- 11 S. Brownlee, K. Chalkidou, J. Doust, A.G. Elshaug AG, P. Glasziou, I. Heath, S. Nagpal, V. Saini, D. Srivastava, K. Chalmers en D. Korenstein, 'Evidence for overuse of medical services around the world', *The Lancet*, 2017;390:156-68.
- 12 F. Moes, E. Houwaart, D. Delnoij en K. Horstman, 'Contested evidence: a Dutch reimbursement decision taken to court', *Health Economics Policy and law*, 2017;12:325-44.
- 13 C.H. Colla, N.E. Morden, T.D. Sequist, W.L. Schpero en M.B. Rosenthal, 'Choosing wisely: prevalence and correlates of low-value health care services in the United States', *Journal of General Internal Medicine*, 2015;30:221-28.
- 14 S. Brownlee, K. Chalkidou, J. Doust, A.G. Elshaug AG, P. Glasziou, I. Heath, S. Nagpal, V. Saini, D. Srivastava, K. Chalmers en D. Korenstein, 'Evidence for overuse of medical services around the world', *The Lancet*, 2017;390,156-68.
- 15 A.L. Schwartz, B.E. Landon, A.G. Elshaug, M.E. Chernew en M. McWilliams, 'Measuring low-value care in Medicare', *JAMA Internal Medicine*, 2014;174(7):1067-76.
- 16 H. Renkema, *Professionals' attitude and behavior in an accountability context: the physician's case*, Dissertation, Groningen: University of Groningen, SOM research school, 2017.
- 17 R. Grol, M. Wensing, M.P. Eccles en D. Davis, *Improving patient care: the implementation of change in health care*, Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2013.
- 18 C.A. Naaktgeboren, S.A. van Dulmen, P. Heus, J.-W. Weenink, R.B. Kool en L. Hooft, 'Barriers and facilitators of de-implementation of lower-value of services: A systematic review', ingediend ter publicatie.
- 19 C. Lord, L. Ross en M. Lepper, 'Biased assimilation and attitude polarization: the effects of prior theories on subsequently considered evidence', *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979;37:2098-109.
- 20 J. Doust en C. Del Mar, 'Why do doctors use treatments that do not work?' *British Medical Journal*, 2004;328:474-75.
- 21 D. Casarett, 'The Science of Choosing Wisely – Overcoming the Therapeutic Illusion', *The New England Journal of Medicine*, 2016;374,1203-5.
- 22 T. Andrews, M. Thompson, D. Buckley, C. Heneghan, R. Deyo, N. Redmond, P.J. Lucas, P.S. Blair en A.D. Hay, 'Interventions to influence consulting and antibiotic use for acute respiratory tract infections, in children: A systematic review and meta-analysis', *PLOS ONE*, 2012;7(1):e30334.

- 23 T. van Esch, P. Mullenders, A. Brabers, K. Hek en J. de Jong, *De rol van patiënten bij het afwijken van richtlijnen door huisartsen. Een onderzoek naar het voorschrijven van antibiotica*, Utrecht: NIVEL, 2016.
- 24 P. Coxeter, C.B. Del Mar, L. McGregor, E.M. Beller en T.C. Hoffmann, 'Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care', *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(11):CD010907.
- 25 NHG-Standpunt Diagnostiek van vitamine-B12-deficiëntie op <https://www.nhg.org/standpunten/nhg-standpunt-diagnostiek-van-vitamine-b12-deficientie>; geraadpleegd op 29 november 2017.
- 26 E.L. Doets, J.P. van Wijngaarden, A. Szczecińska, C. Dullemeijer, O.W. Souverein, R.A. Dhonukshe-Rutten, A.E. Cavelaars, P. van 't Veer, A. Brzozowska en L.C. de Groot, 'Vitamin B12 intake and status and cognitive function in elderly People', *Epidemiologic Reviews*, 2013;35:2-21.
- 27 R. Thaler, 'Toward a positive theory of consumer choice', *Journal of Economic Behavior and Organization*, 1980;1:39-60.
- 28 S.A. van Dulmen, E. Verkerk, G. Huisman-de Waal, H. Vermeulen en R.B. Kool, *Een verpleegkundige en verzorgende beter-laten-lijst*, Nijmegen: IQ healthcare, juli 2017.
- 29 M. Vervloet, M. Bomhoff, F. Schellevis en L. van Dijk, *Niet te veel en niet te weinig. De balans tussen nodige en onnodige zorg in de huisartsenpraktijk*, Utrecht: NIVEL, 2015.
- 30 J.J. Wammes, P.P. Jeurissen, L.M. Verhoef, W.J. Assendelft, G.P. Westert en M.J. Faber, 'Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners', *Family Practice*, 2014;31(5):538-44.
- 31 J.J. Wammes, L.M. Verhoef, G.P. Westert, P. Assendelft, P. Jeurissen en M. Faber, *Onnodige zorg in de Nederlandse gezondheidszorg, gezien vanuit het perspectief van de huisarts*, Nijmegen: Celsus Academie, 2013.
- 32 Gezondheidsraad, *De kunst van het nee zeggen. Factoren die bijdragen aan onnodige zorg*, Den Haag: Gezondheidsraad, 2014.
- 33 N. Kakkar, R. Kaur en J. Dhanoa, 'Improvement in fresh frozen plasma transfusion practice: results of an outcome audit', *Transfusion Medicine*, 2004;14:231-35.
- 34 W.M. Tierney, M.E. Miller en C.J. McDonald, 'The effect on test ordering of informing physicians of the charges for outpatient diagnostic tests', *The New England Journal of Medicine*, 1990;322:1499-504.
- 35 Briljante mislukkingen award. <https://publicaties.zonmw.nl/briljante-mislukkingen-award-zorg/>; geraadpleegd op 29 november 2017.
- 36 NICE Do-not-do webpage. NICE, 2005. <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/search.jsp>; geraadpleegd op 12 november 2017.
- 37 A.G. Elshaug, A.M. Watt, L. Mundy en C.D. Willis, 'Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study', *the Medical Journal of Australia*, 2012;197(10):556-60.

- 38 J.J.G. Wammes, M.E. van den Akker-van Marle, E.W Verkerk, S.A. van Dulmen, G.P. Westert, A.D.I. van Asselt en R.B. Kool, 'Identifying and prioritizing lower value services from Dutch specialist guidelines and a comparison with the UK do-not-do list', *BMC Medicine*, 2016;14:196.
- 39 Beter laten aanbevelingen. <http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2017%20Documenten/Beter%20laten%20Aanbevelingen%20.pdf>; geraadpleegd op 13 november 2017.
- 40 Choosing Wisely op <http://www.choosingwisely.org/>; geraadpleegd op 29 november 2017.
- 41 A. Rosenberg, A. Agiro, M. Gottlieb, J. Barron, P. Brady, Y. Liu, C. Li en A. de Vries, 'Early trends among seven recommendations from the choosing wisely campaign,' *JAMA Internal Medicine*, 2015;175(12):913-20.

## 17. De zorg is niet overal hetzelfde; het reduceren van ongewenste verschillen in kwaliteit en kosten in Nederland

Joost Wammes, Femke Atsma, Yvonne de Man, Stef Groenewoud, Gert Westert

### Kernboodschappen

- Praktijkvariatie, regionale variatie in zorggebruik die niet is te verklaren door verschillen in patiëntpopulaties en hun voorkeuren, komt veel voor. Er bestaan grote verschillen in zorggebruik tussen landen, regio's, ziekenhuizen en individuele zorgverleners. Ook kent vrijwel elk facet van de zorg, zoals het aanvragen van diagnostiek, doorverwijzingen, medicijnvoorschriften, ziekenhuisopnames, operaties en opnameduur, regionale variatie
- Praktijkvariatie is een signaal. Mogelijk duidt het op ongewenste verschillen in zorggebruik en zorgkosten. Soms is er sprake van te weinig zorg, soms van te veel
- De gegevens over praktijkvariatie functioneren als een 'vonk' voor de start van de discussie en moeten met en door professionals worden geduid om tot verbetering van de situatie te komen
- Vooralsnog is er in Nederland slechts in beperkte mate vooruitgang geboekt bij de aanpak van praktijkvariatie. Om het vliegwielt van zorgverbetering op gang te brengen, moeten de benodigde data worden ontsloten en moeten professionals actief worden betrokken bij of leiding geven aan de cyclus van signaleren, duiden en verbeteren

### 17.1

#### Inleiding

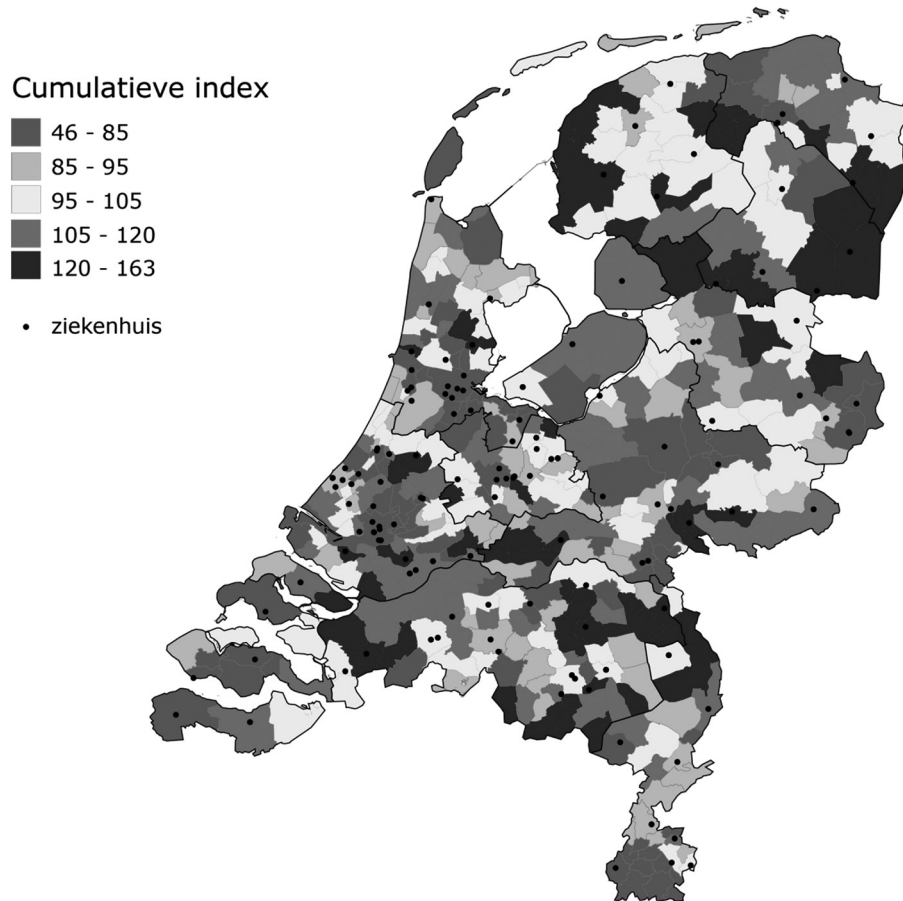
Sterk afwijkende patronen in zorggebruik zoals weerspiegeld in de operatiecijfers in Figuur 17.1, duiden mogelijk op ongewenste onder- of overbehandeling. Dit zet aan tot nadenken: waarmee zijn dergelijke verschillen in zorggebruik te verklaren? En kunnen we deze informatie gebruiken om de zorg verder te verbeteren? Zien is de eerste stap naar begrijpen en (mogelijk) verbeteren. De zorg is te duur om dit niet te doen.

In dit hoofdstuk staat het thema praktijkvariatie centraal. In paragraaf 17.2 behandelen we aan de hand van een praktijkvoorbeeld het begrip praktijkvariatie en bespreken we de lange onderzoekstraditie op dit terrein, waarvan het epicentrum ligt in Dartmouth, de Verenigde Staten. In paragraaf 17.3 beschrijven we de drie fasen van praktijkvariatieonderzoek (signaleren, duiden, verbeteren). In paragraaf 17.4 bespreken we twee succesvolle initiatieven met potentie voor toepassing in Nederland. Tot slot bespreken we in paragraaf 17.5 implicaties voor het beleid: hoe kan informatie over praktijkvariatie in Nederland bijdragen aan het verder verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het verminderen van onnodige zorgkosten?



### Figuur 17.1 Regionale verschillen in de uitvoering van acht veelvoorkomende operaties.

Per regio is met een cumulatieve index weergegeven hoe vaak deze acht operaties in totaal jaarlijks worden uitgevoerd per regio en ten opzichte van het landelijk gemiddelde. De gegevens zijn afkomstig van Zorgverzekeraars Nederland (Vektis) en bewerkt door PraktijkIndex en IQ healthcare.



Bron: NTVG, Lamberts 2013.<sup>1</sup>

## 17.2 Wat is praktijkvariatie?

### 17.2.1 Praktijkvoorbeeld

De zorg is niet overal hetzelfde. Een voorbeeld: in Nederland breken jaarlijks bijna 50.000 mensen een pols. De optimale behandeling van patiënten met een polsbreuk verschilt per patiënt. Er zijn in principe twee mogelijkheden: de gipskamer of de operatiekamer. Met name de indicatie voor een operatieve behandeling is onduidelijk. Er zijn geen harde, op wetenschappelijk bewijs gebaseerde criteria voor. Analyse van de gegevens van alle 95.754 polsfracturen in 2012 en 2013 door een groep traumachirurgen laat zien dat de operatiefrequentie tussen ziekenhuizen sterk verschilt: in één

ziekenhuis werd geen enkele patiënt operatief behandeld, in een ander ziekenhuis bijna een kwart.<sup>2</sup> De verschillen tussen ziekenhuizen werden niet veroorzaakt door verschillen in leeftijd of geslacht. Ook bestond er nauwelijks een relatie tussen de gevonden verschillen en het type ziekenhuis (academisch, topklinisch, algemeen of zelfstandig behandelcentrum), het percentage vrouwen, de gemiddelde sociaaleconomische status (SES) en het totaal aantal patiënten. Het percentage patiënten dat vanwege een polsbreuk wordt geopereerd verschilt dus van 0 tot 23, afhankelijk van de plek: het ziekenhuis van behandeling. Dit noemen we praktijkvariatie: het medisch handelen verschilt van praktijk tot praktijk.

Voor patiënten maakt het dus nogal uit waar zij zich met hun polsbreuk melden. We weten overigens niet of het resultaat van beide behandelingen verschilt. De traumachirurgen die de gegevens analyseerden, verwachtten van niet, maar stellen toch een grote studie voor om dit te onderzoeken. We weten wel dat de kosten van deze twee behandelingen sterk uiteenlopen: de conservatieve behandeling met gips (€ 500) is ongeveer € 5500 goedkoper dan chirurgie (€ 6000). Door meer conservatief te behandelen, kan in de gezondheidszorg dus veel geld worden bespaard zonder dat dit de kwaliteit nadelig beïnvloedt. Onnodige complicaties kunnen zelfs worden voorkomen omdat een operatie, in dit geval een chirurgische fixatie, altijd risico's met zich mee brengt.

### 17.2.2 Het begrip praktijkvariatie en de waarde van zorg

*In health care, geography is destiny* zegt men in de VS.<sup>3</sup> Het maakt voor een patiënt echt uit waar hij woont en bij welke zorgverlener hij aanklopt. Wereldwijd worden meerdere definities gehanteerd voor de term praktijkvariatie. John E. Wennberg, die het fenomeen sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw onderzoekt, definieert ongewenste praktijkvariatie als volgt:

*Variation in the utilization of health care services that cannot be explained by variation in patient illness or patient preferences.*<sup>3</sup>

Het betreft dus alle variatie in zorggebruik die niet is te verklaren door verschillen in patiëntpopulaties en hun voorkeuren. In paragraaf 17.3.2 komen we uitvoerig terug op de begrippen gewenste en ongewenste praktijkvariatie.

Internationaal, maar ook binnen Nederland, groeit de laatste jaren de overtuiging dat inzicht in de waarde van de geleverde zorg (ofwel de kwaliteit in relatie tot de kosten) nodig is om een betere balans tussen zorgkosten en gerealiseerde kwaliteit te bereiken. Het is daarom belangrijk om de uitkomsten van zorg te meten. Immers, als we aantoonbaar hoge kwaliteit leveren, is het financiële plaatje in veel gevallen beter te rechtvaardigen. In het geval van een polsbreuk geldt bijvoorbeeld voor een groot deel van de patiënten dat operatief ingrijpen niet aantoonbaar beter is, maar wel twaalf keer zo duur. Dat noemen marketeers een slechte propositie. Hogere of gelijke kwaliteit in combinatie met lage kosten vergroot de geleverde waarde van de zorg voor patiënt en samenleving.

Polsbreuken zijn niet de enige medische aandoeningen waarbij in de keuze van de behandeling dergelijke grote verschillen voorkomen. De afgelopen jaren zijn in Nederland diverse studies verricht naar bijvoorbeeld rugherniaoperaties, galblaasoperaties

en knie- en heupvervangingen (zie Figuur 17.1).<sup>4,5</sup> Langzaam groeit het besef dat inzicht in de geografische spreiding van het zorggebruik, zoals aantallen chirurgische ingrepen per 100.000 inwoners, kan helpen bepalen of de toegevoegde waarde van de zorg kan worden verbeterd. Waarom krijgen even zieke mensen verschillende hoeveelheden zorg? Of waarom ontvangen mensen met een vergelijkbare zorgvraag in verschillende regio's verschillende behandelingen? Het feit dat binnen landen en tussen landen aanzienlijke verschillen in zorggebruik bestaan, is intrigerend. In het ene gebied wordt veel meer zorg gebruikt dan in het andere gebied, zonder dat de mensen die er wonen sterk in gezondheid verschillen. Biedt de extra zorg wel evenveel extra toegevoegde waarde of is bepaalde zorg overbodig en zelfs potentieel schadelijk? Duidelijk is in elk geval dat meer zorg meer kosten betekent.

### 17.2.3 Dartmouth, de bakermat van het onderzoek naar praktijkvariatie

Al vanaf de jaren dertig van de vorige eeuw is het bestaan van grote regionale verschillen in zorggebruik wetenschappelijk aangetoond. J. Alison Glover liet als eerste zien dat er lokale verschillen bestonden in het aantal in diverse Britse schooldistricten uitgevoerde keel- en amandeloperaties (tonsillectomie).<sup>6</sup> In sommige regio's werd ruim driemaal zo vaak geopereerd als gemiddeld. Glover merkte hierover het volgende op (zie ook de overeenkomst van deze stelling met de definitie van Wennberg):

*'Dit onderzoek naar de geografische spreiding van het aantal tonsillectomieën bij basisschoolkinderen onthult geen verband met niet-persoonsgebonden factoren, zoals overbevolking, armoede, slechte huisvesting of het klimaat. Het aantal operaties is niet gecorreleerd met de algemene doelmatigheid van de medische en tandheelkundige diensten in het gebied. In feite tart het elke verklaring, behalve die van variaties van medische mening over de indicaties voor operatie.'*

Vooraf van de jaren zeventig is steeds meer onderzoek verricht naar praktijkvariatie. Veel van dit onderzoek is uitgevoerd door, of geïnspireerd op, het werk van Wennberg en zijn collega's van het Dartmouth Institute, waar ook de Dartmouth Atlas of Healthcare is ontwikkeld. In 1973 publiceerde Wennberg zijn grensverleggende artikel 'Small area variations in healthcare delivery'.<sup>7</sup> Hij signaleerde en beschreef grote verschillen in zorggebruik tussen de verzorgingsgebieden van verschillende ziekenhuizen (*hospital service areas*). Het aantal tonsillectomie-ingrepen bijvoorbeeld varieerde tussen de 13 en 151 per 10.000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd. Collega David Goodman herhaalde deze analyse en constateerde dat na veertig jaar de regionale verschillen in de VS nog steeds grotendeels bestaan.<sup>8</sup> Praktijkvariatie blijkt dus een aanhoudend en hardnekkig fenomeen te zijn.

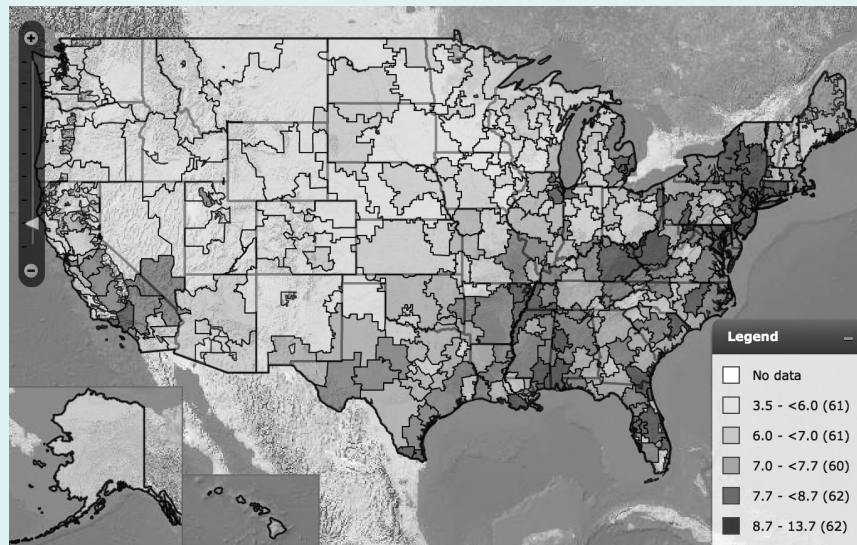
Wennberg verklaarde deze verschillen allereerst uit onzekerheid over de therapeutische waarde van bepaalde behandelingen, waardoor artsen verschillende voorkeuren (*medical opinions*) ontwikkelen (paragraaf 17.2.4 bevat een uitgebreide beschrijving van verklaringen voor het bestaan van praktijkvariatie). Er bestaat bijvoorbeeld vaak onzekerheid over de indicaties voor behandelingen of over de effectiviteit van behandelingen. Daarnaast wees hij op een tweede dominante factor die niet samenhangt met

de zorgvrager (patiënt): vanwege informatieongelijkheid kunnen artsen bij patiënten de vraag om zorg oproepen of beïnvloeden (vraaginductie). Met andere woorden: de zorg is in sterke mate aanbodsensitief. Als er veel ruimte is om zorg te verlenen, wordt deze ook verleend. Roemer formuleerde hierover de thermische wet van het ziekenhuisbed: het ziekenhuisbed heeft de neiging ‘warm’ te blijven. Wanneer een arts wordt geconfronteerd met een ziek persoon en er staat een bed leeg, is de match snel gevonden; de ernst van de ziekte is hierbij nauwelijks doorslaggevend.<sup>9</sup> Overbehandeling en onnodige zorgkosten zijn hierdoor een reëel gevaar.

### Box 17.1 Zorgatlassen

Zorgatlassen signaleren regionale verschillen in zorggebruik. De Dartmouth website laat door middel van gekleurde landkaartjes zien hoe het zorggebruik tussen regio's verschilt. Figuur 17.2 geeft hiervan één voorbeeld: het gemiddeld aantal ligdagen in de laatste zes maanden voor overlijden uitgesplitst naar ziekenhuisverwijzingsgebied (*hospital referral region*). De website biedt de mogelijkheid om op tal van terreinen dergelijke kaarten te maken, zoals over het gemiddeld aantal heupoperaties per 100.000 verzekerden of de gemiddelde kosten per verzekerde. Ook in tal van andere landen (zoals Duitsland, Engeland, Nieuw-Zeeland en Noorwegen) maakt men gebruik van zorgatlassen om praktijkvariatie te signaleren.

**Figuur 17.2** Gemiddeld aantal ligdagen in de laatste zes maanden voor overlijden per *hospital referral region*



Bron: Download van [www.dartmouthatlas.org](http://www.dartmouthatlas.org) op 22 november 2017.

### 17.2.4 Stand van de wetenschap

In het onderzoek naar praktijkvariatie zijn grofweg drie typen vragen te onderscheiden. De beschrijvingsvraag ‘Hoe groot zijn de (regionale) verschillen in zorggebruik die niet kunnen worden begrepen uit (regionale) verschillen in zorgbehoefte?’ (zie de definitie, paragraaf 17.2.2) is veelvuldig gesteld en beantwoord in talloze publicaties, en signaleert het bestaan van praktijkvariatie. De verklaringsvraag ‘Hoe zijn de (regionale) verschillen in zorggebruik te verklaren?’ en de verbeteringsvraag ‘Hoe kunnen we de ongewenste variatie verminderen?’ krijgen minder aandacht, maar zijn noodzakelijk om de gevonden variatie te begrijpen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Hieronder bespreken wij de wetenschappelijke kennis op het gebied van de eerste twee vragen en lichten wij de relatie tussen praktijkvariatie en kosten(beheersing) toe. De derde vraag komt terug in de paragrafen 17.3 en 17.4.

#### *Hoe groot is de praktijkvariatie?*

Corallo<sup>10</sup> identificeerde recent 836 wetenschappelijke studies over praktijkvariatie (uitgevoerd in OECD-landen en gepubliceerd tussen 2000 en 2011). Het beeld dat uit de literatuur naar voren komt is gevarieerd, maar ook consistent: er bestaan grote verschillen in zorggebruik tussen zowel landen, regio's en ziekenhuizen als tussen individuele zorgverleners. Op vrijwel elk onderdeel van de zorg, zoals het aanvragen van diagnostiek, doorverwijzingen, medicatievoorschriften, ziekenhuisopnames, operaties en de opnameduur, bestaat wetenschappelijk bewijs voor regionale variatie. Het aantal onderzochte aandoeningen is groot, waarbij kanker, hart- en vaatziekten, ziekenhuisopnamen en spoedeisende hulpbezoeken het meest frequent zijn onderzocht.

Een belangrijke methode voor het signaleren van ongewenste praktijkvariatie is de factorscore waarmee verschillen in zorggebruik worden uitgedrukt (zie box 17.2). Tabel 17.1 presenteert verschillende factorscores uit de wetenschappelijke literatuur en ook de factorscores die in Nederland zijn gevonden voor dezelfde operatieve verichtingen. De gevonden variatie in Nederland is ‘hoog’ en vergelijkbaar met die in andere landen. Deze cijfers dienen puur als illustratie, wij hebben geen verder onderzoek verricht naar verklaringen voor verschillen in variatie tussen Nederland en andere landen.

#### **Box 17.2 De factorscore: hoe groot is de praktijkvariatie?**

De verschillen in zorggebruik tussen regio's of instellingen kunnen op verscheidene manieren worden uitgedrukt. Eén van de gangbare manieren is de factorscore. Hierbij wordt gekeken naar de verhouding tussen de regio of de instelling met het meeste zorggebruik per 100.000 inwoners en die met het minste zorggebruik. Toevallige uitbijters kunnen de factorscore echter verstoren. Daarom wordt meestal gekeken naar de verhouding tussen het gemiddelde van de hoogste drie en het gemiddelde van de laagste drie instellingen of naar de verhouding tussen het 95e percentiel en het 5e percentiel, waarbij de 5 procent hoogste en laagste waarden worden uitgesloten. Een factorscore van twee wordt over het algemeen als ‘matige praktijkvariatie’ gezien. Hoger dan twee wordt wel gezien als ‘hoog’.<sup>11</sup>

Tabel 17.1 Factorscores in diverse wetenschappelijke publicaties

Bron	Aandoening	Gevonden factorscore	Factorscore Nederland <sup>1</sup>
<b>Birkheim 2013<sup>2</sup></b>	Galblaasoperaties	3,0	3,6
	Heupvervanging	4,5	2,7
	Knievervanging	3,9	3,0
<b>Martinez 2013<sup>3</sup></b>	Carpaal tunnel syndroom	2,7	7,1
<b>Ibanez 2009<sup>4</sup></b>	Lumbale hernia	4,1	5
	Totale knieoperaties	5,6	3,0

- <sup>1</sup> Berekeningen IQ healthcare, op basis van analyses van Vektis. De factorscores zijn berekend op regioniveau: de gemiddelde score van de 3 regio's met de hoogste score op de indicator 'gecorrigeerd aantal geopereerden per 100.000 inwoners'/gemiddelde score van de 3 regio's met de laagste score op dezelfde indicator.
- <sup>2</sup> Op basis van Medicare data uit 2008-2010. Het aantal operaties per ziekenhuisverwijzingsgebied (hospital referral region). De factorscore is berekend op basis van de hoogste score gedeeld door de laagste score.
- <sup>3</sup> Op basis van zorggebruik in de autonome regio Valencia, Spanje. De gepresenteerde factorscore is de verhouding tussen het 95e percentiel en het 5e percentiel, van zorgregio's binnen de autonome regio Valencia.
- <sup>4</sup> Op basis van zorggebruik in Spanje. De gepresenteerde factorscore is de verhouding tussen het 95e percentiel en het 5e percentiel, van zorgregio's binnen de 14 autonome regio's in Spanje.

### **Theoretische modellen om praktijkvariatie te verklaren**

Binnen het onderzoek naar praktijkvariatie zijn diverse theorieën ontwikkeld met het doel de gevonden variatie te verklaren. Opvallend is dat er betrekkelijk weinig onderzoek is gedaan naar de invloed van regionale verschillen in patiëntvoorkeuren als verklaring voor regionale variaties in zorggebruik. Conceptueel zouden deze het bestaan van praktijkvariatie kunnen verklaren, omdat patiënten onderling verschillen in hun verwachtingen en voorkeuren ten aanzien van zorg en hierdoor sneller of minder snel zorg zoeken. Het weinige onderzoek hiernaar laat echter zien dat zulke individuele verschillen slechts een beperkte invloed hebben op regionale verschillen in zorggebruik.<sup>12</sup>

Een belangrijke component binnen verschillende modellen is het veelgebruikte begrip professionele onzekerheid (*professional uncertainty*), het feit dat er voor veel aandoeningen verschillende behandelopties zijn met onzekere uitkomsten.<sup>13</sup> Wanneer er medisch gezien meerdere gepaste alternatieven zijn, leidt dit tot een variatie in handelen, waarbij de gemaakte keuzes worden beïnvloed door factoren die niet direct in verband staan met de medische kenmerken van de patiënt (zoals de beschikbaarheid van operatiekamers). De theorie over professionele onzekerheid verklaart met name waarom er bij sommige diagnoses over het algemeen meer variatie wordt gevonden dan bij andere.<sup>14</sup>

Professionele onzekerheid (en verschillen tussen individuele artsen) alleen biedt echter nog geen verklaring voor regionale patronen (verschillen in zorggebruik tussen

regio's). Hiervoor moeten we ook kijken naar het ontstaan van praktijkstijlen. De praktijkstijlhypothese (*practice style hypothesis*) van Wennberg en Gittelsohn is gebaseerd op het gegeven dat artsen verschillen in hun voorkeur voor behandelingen (de eerder genoemde *medical opinions*). Op microniveau resulteert professionele onzekerheid in een brede range van 'acceptabele' praktijkstijlen, waarbij wordt verondersteld dat er geen sprake is van duidelijke verschillen in de kwaliteit van zorg. Sommige praktijkstijlen zullen zich kenmerken door een 'conservatief' gebruik van middelen, terwijl andere daarvan juist overvloedig gebruik maken. Op macroniveau speelt het selectief aantrekken of behouden van bepaalde typen artsen (bijvoorbeeld 'conservatieve' artsen) in het lokale medische systeem een rol. Hierdoor ontwikkelen zich plaatselijke *surgical signatures* waarin praktijkstijlen op elkaar gaan lijken. Deze kunnen jaren blijven bestaan. Een mogelijke verklaring voor dit verschijnsel geeft de enthousiasme hypothese (*enthusiasm hypothesis*), die luidt dat er regionale verschillen bestaan in het aantal artsen dat enthousiast is over een bepaalde ingreep, bijvoorbeeld als gevolg van een trainingsprogramma. Overigens is het van belang de regionale variatie te bezien vanuit de gehele keten, waaronder bijvoorbeeld ook de huisarts die patiënten wel of niet doorstuurt voor verder onderzoek. De praktijkstijlhypothese veronderstelt dus dat praktijkvariatie wordt veroorzaakt door (onveranderlijke) voorkeuren van individuele artsen die onder meer te herleiden zijn tot hun opleiding.

Een ander, sociologisch, model bouwt voort op de aanname dat artsen zich conformeren aan de lokale standaard voor het nastreven van algemene doelen, al speelt daarbij ook een mix van individuele motieven een rol, zoals inkomen en status.<sup>14</sup> Praktijkvariatie wordt dan verklaard door verschillen in de sociale context die per land, regio of ziekenhuis leiden tot prikkels voor bepaalde behandelopties of juist tot belemmeringen die mogelijkheden van artsen inperken. Binnen bepaalde eenheden handelen alle artsen op een vergelijkbare manier. Er bestaat dus minder variatie *binnen* dan *tussen* landen, regio's of ziekenhuizen. Door de lokale standaard te volgen, wordt kritiek van *peers* voorkomen.

De verschillende verklaringsmodellen wijzen kortom op onzekerheid over de waarde van verschillende interventies, waardoor er *individuele of groepsvoorkeuren* voor bepaalde behandelingen ontstaan. Daarnaast bestaan er verschillende contextuele factoren die leiden tot regionale verschillen in zorggebruik, zoals capaciteit (het aantal artsen en bedden), financiële prikkels, regulering (bijvoorbeeld de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen) en technologische innovaties. De relatieve invloed van veel contextuele factoren, zoals regulering en bekostiging, moet overigens niet worden overschat, omdat deze factoren vaak niet variëren binnen een land. Het huidige onderzoek wijst erop dat ook de invloed van patiëntvoorkeuren (inclusief de mate waarin deze worden meegenomen in de medische besluitvorming) als oorzaak van praktijkvariatie beperkt is.<sup>15</sup>

### **Wat kost praktijkvariatie en wat is de relatie met betaalbaarheid?**

Overbehandeling genereert onnodige zorgkosten; onderbehandeling resulteert weliswaar op korte termijn in lagere zorgkosten, maar kan uiteindelijk ook tot hogere kosten

leiden als uitstel van zorg in een later stadium complicaties veroorzaakt. In verscheidene onderzoeken is in kaart gebracht hoeveel er kan worden bespaard als de praktijkvariatie in omvang wordt gereduceerd. Op basis van een analyse van de praktijkvariatie bij behandelingen voor goedaardige prostaatvergroting, staar, rughernia en keel- en neusamandelen, op grond van Nederlandse ziekenhuisdata, blijkt dat het terugdringen van de variatie in behandelingen tot een ‘gepaste’ referentiewaarde een besparing kan opleveren van 5 tot 7 procent op het totale macrobudget van de ziekenhuiszorg in Nederland.<sup>5</sup>

De relatie tussen praktijkvariatie en de betaalbaarheid van de zorg is duidelijk: met behulp van gegevens over praktijkvariatie kunnen onnodige zorgkosten worden opgespoord. Op deze manier is het mogelijk om de gepastheid van de zorg te verbeteren. Inzicht in praktijkvariatie kan ook helpen om een deugdelijke afweging te maken tussen de kosten van een behandeling en de baten ervan.

De relatie tussen praktijkvariatie en betaalbaarheid wordt ook duidelijk als we kijken naar financiële prikkels. Een belangrijke determinant voor praktijkvariatie is de manier waarop voor verrichtingen wordt betaald. Het meest voorkomende model is betalen voor een geleverde dienst. Dit model prikkelt zorgverleners niet om te werken aan preventie, bijvoorbeeld door te streven naar het voorkómen van ziekenhuisopnames of door de introductie van andere vormen van kostenbesparing. In de meeste landen berust het zorgstelsel op dit zogenoemde *fee-for-service* model: een zorgverlener declareert de verleende zorg bij een zorgverzekeraar of een overheidsinstelling. Dit is ook in Nederland het geval. Door dit systeem wordt de zorgverlener aangemoedigd om zo veel mogelijk zorg te verlenen (volumeprikkel). Wie immers meer zorg verleent, kan meer declareren. Het systeem kent ook een keerzijde: de volumeprikkel leidt tot meer zorg; en meer zorg leidt tot hogere maatschappelijke kosten. Daarbij ontbreekt een prikkel voor kwaliteit: de verzekeraar betaalt de gedeclareerde zorg, ongeacht of deze goed en nuttig is geweest. Gelukkig hebben de meeste zorgverleners een sterke professionele attitude, waardoor ze niet snel nutteloze zorg zullen leveren.

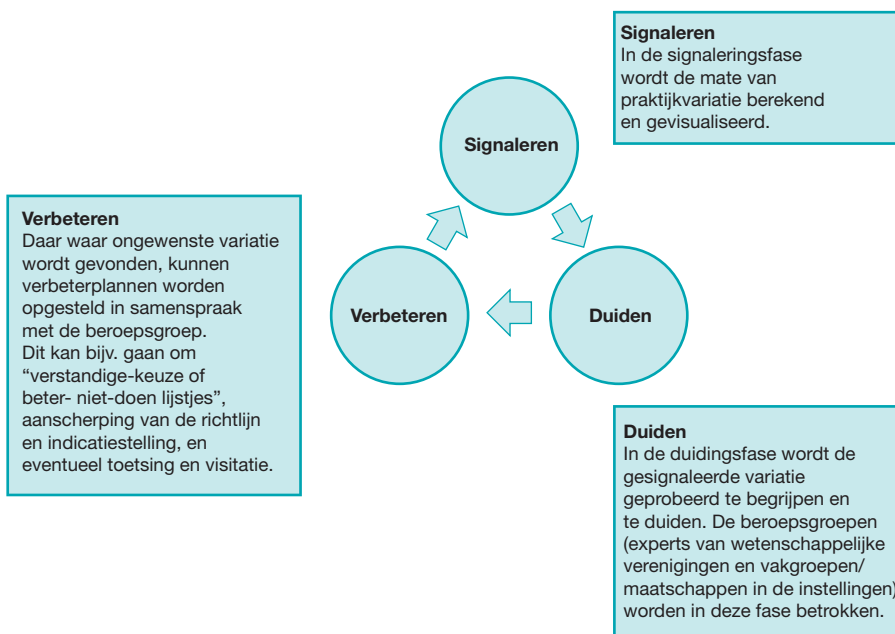
Het betaalmodel houdt dus verband met de hoeveelheid (en mogelijk ook met de kwaliteit van de) zorg die wordt geleverd en zou daarmee ook een deel van de gevonden variatie kunnen verklaren.

### 17.3 **Praktijkvariatie-onderzoek in Nederland; drie fasen**

Onderzoek en ervaring in het buitenland leert dat het verminderen van de praktijkvariatie leidt tot lagere kosten en betere uitkomsten voor patiënten.<sup>17</sup> Om dit doel te bereiken, stellen we in het praktijkvariatie-onderzoek in Nederland steeds de drie eerder genoemde vragen (de beschrijvingsvraag, de verklaringsvraag en de verbetervraag, zie paragraaf 17.2.4). We onderscheiden drie fasen: 1) signaleren en in kaart brengen van praktijkvariatie (*signaleren*), 2) het duiden van praktijkvariatie (*duiden*), 3) het verminderen van praktijkvariatie en het verbeteren van de kwaliteit van zorg (*verbeteren*) (zie Figuur 17.3). Hieronder bespreken we achtereenvolgens de drie fasen. We zullen praktijkvariatie-analyses van de ‘casus Rughernia’ gebruiken ter illustratie.



**Figuur 17.3** Signaleren, duiden en verbeteren.



### 17.3.1

#### Signaleren

In de signaleringsfase worden landelijke zorgdata (bijvoorbeeld declaratiedata of gegevens over zorgactiviteiten in bestaande registraties) geanalyseerd, waarbij het volume aan zorggebruik – in onze casus het aantal herniaoperaties – in regio’s, instellingen en praktijken wordt vergeleken.

Naast de inhoudelijke afbakening van de relevante diagnosecodes en ingrepen, staan de volgende aandachtspunten in de analyses centraal: het niveau van analyse, standaardisatie naar een referentiepopulatie en het corrigeren voor *case mix* (de eigenschappen van de inwoners die variatie kunnen veroorzaken). Deze aandachtspunten zijn van belang voor het goed vergelijkbaar maken van praktijken/instellingen/regio’s en het kunnen onderscheiden van ongewenste en gewenste variatie. Dit wordt hierna besproken.

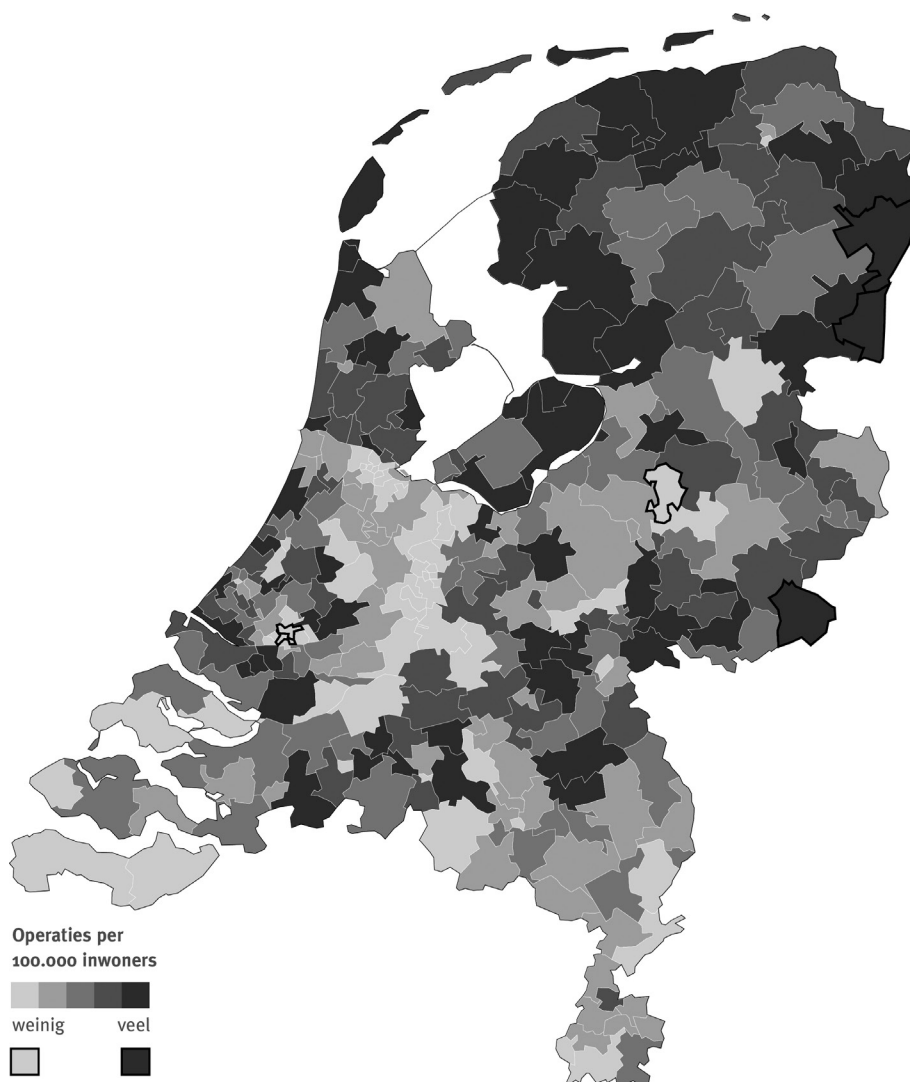
#### **Verschillende niveaus van analyse**

Praktijkvariatie-analyses kunnen op twee niveaus worden uitgevoerd, op regionaal niveau en op instellingsniveau.

Voor de analyses op regionaal niveau worden regio’s afgebakend. Dit kunnen bijvoorbeeld postcodegebieden of zorgnetwerkgebieden zijn. Het resultaat van zo’n analyse is bijvoorbeeld het aantal operaties per 100.000 inwoners in afgebakende gebieden. Dit geeft inzicht in de mate van variatie tussen de gebieden. Deze analyse geeft daarmee antwoord op de vraag: ‘Maakt het voor de behandeling die ik krijg uit waar ik woon?’ Dit is de meest basale vraag in praktijkvariatie-onderzoek. De regiovariatie

wordt zichtbaar gemaakt door middel van landkaartjes. In Figuur 17.4 staat een dergelijk kaartje voor de variatie in operaties voor rughernia afgebeeld. De factorscore 5 is gebaseerd op het gemiddelde van de praktijkvariatiescores van de hoogste drie regio's gedeeld door het gemiddelde van de praktijkvariatiescores van de laagste drie regio's. Dit betekent dat inwoners die wonen in een gebied met een 'hoge' praktijkvariatiescore vijf keer zoveel kans hebben om operatief behandeld te worden voor een rughernia als inwoners van gebieden met een 'lage' praktijkvariatiescore.

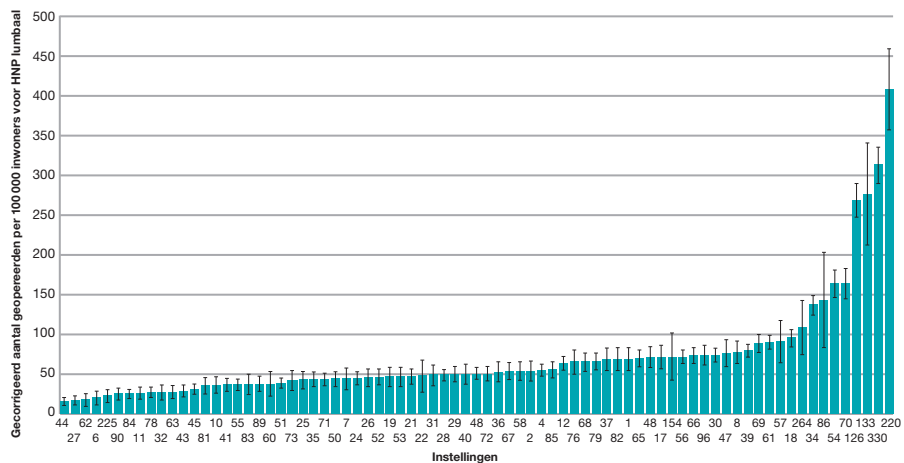
**Figuur 17.4** Regionale variatie herniaoperaties op basis van tweecijferige postcodegebieden (Vektis data 2011)



Bron: Infographic Patiëntenfederatie Nederland.

De analyses op instellingsniveau geven de variatie tussen ziekenhuizen weer, los van waar mensen wonen. In dit geval is de vraag dus: 'Maakt het voor de behandeling die ik krijg uit naar welk ziekenhuis ik ga?' Dit is in het praktijkvariatie-onderzoek de logische vervolgvraag nadat eerst in kaart is gebracht hoe de regionale variatie eruitziet. De variatie tussen instellingen kan onder andere worden gevisualiseerd door middel van spreidingsdiagrammen of histogrammen. In Figuur 17.5 is een histogram weergegeven voor de variatie tussen ziekenhuizen ten aanzien van operaties voor rughernia. De bijbehorende factorscore is 13 en is hier gebaseerd op de verhouding tussen het 95e percentiel en het 5e percentiel.

**Figuur 17.5** Praktijkvariatie wervelkolomchirurgie wegens lumbale HNP op instellingsniveau in 2011



Bron: Vektis 2013<sup>4</sup>.

### ***Standaardisatie naar een referentiepopulatie***

Aangezien het aantal inwoners en patiënten van gebied tot gebied verschilt, net als trouwens het aantal patiënten per instelling, zou het onjuist zijn om uitspraken over praktijkvariatie te doen op basis van het werkelijke aantal operaties. Daarom is het noodzakelijk dat in de analyses wordt gestandaardiseerd naar een referentiepopulatie. In de praktijk worden meerdere analyses met verschillende referentiepopulaties uitgevoerd.

### ***Inwoners van regio's als referentiepopulatie.***

De resultaten worden gestandaardiseerd naar het aantal operaties per 100.000 inwoners van een bepaald gebied. In zorgregistraties zijn deze gegevens echter vaak niet beschikbaar. Het Centraal Bureau voor de Statistiek kan in dat geval additionele informatie leveren over kenmerken van de inwoners van een bepaald gebied, waarmee een uitspraak over kenmerken van de onderliggende populatie kan worden gedaan.

*Patiënten in regio's als referentiepopulatie.*

Resultaten worden gestandaardiseerd naar het aantal operaties per 1000 patiënten met de desbetreffende aandoening in een bepaald gebied.

*Patiënten in instellingen als referentiepopulatie.*

Resultaten worden gestandaardiseerd naar het aantal operaties per 1000 patiënten met de desbetreffende aandoening in een instelling.

**Case mix**

Het aantal rugherniaoperaties per 100.000 inwoners of per 1000 patiënten kan worden beïnvloed door verschillen in de kenmerken van de bevolking of de patiëntengroep per gebied of instelling. Dergelijke verschillen tussen populaties kunnen de variatie mogelijk al (voor een deel) verklaren. In het geval van rughernia kan het zo zijn dat in een bepaalde regio of instelling meer hernia's worden geopereerd dan in een andere regio of instelling vanwege het feit dat de populatiekenmerken anders zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van de leeftijd. In dat geval is leeftijd een zogenaemde *case mix factor* waarvoor we willen corrigeren in de statistische analyse die we uitvoeren. Overige vaak genoemde *case mix* factoren zijn onder andere geslacht, sociaal economische status (SES), overige aandoeningen (comorbiditeit), ernst van de aandoening, body mass index (BMI) en verwijs patronen.

In bestaande zorgregistraties is vaak niet alle relevante *case mix* informatie beschikbaar. CBS-data kunnen in sommige gevallen additionele informatie opleveren (bijvoorbeeld informatie over SES). Ten aanzien van andere informatie, zoals de BMI, de ernst van de aandoening of andere aandoeningen is dit vaak lastiger, omdat de informatie niet voorhanden is of onvoldoende betrouwbaar is af te leiden uit de data.

**17.3.2****Duiden**

Onderzoek naar praktijkvariatie levert zelden een direct bewijs voor onder- of overgebruik van zorg, maar grote verschillen kunnen wel duiden op een *risico* op onder- of overbehandeling, ongelijke toegang tot zorg en onnodige zorgkosten. Omdat de resultaten van de analyses vaak niet eenduidig zijn, dient de duiding van de informatie met een zekere terughoudendheid plaats te vinden en moet er rekening worden gehouden met de context en het bereik van de uitgevoerde analyses. Het doel van de duiding is tweeledig. Allereerst moet worden bepaald of de variatie niet louter op toeval berust, of dat zij kan worden verklaard vanuit de zorgvraag, met andere woorden of er sprake is van ongewenste variatie. Ten tweede dient de duiding om de variatie te verklaren, zodat op basis van deze informatie gericht beleid kan worden ontwikkeld.

Om de resultaten goed te kunnen duiden, is het belangrijk om inhoudelijke experts te betrekken. Ook kunnen instellingen met een hoge of juist lage praktijkvariatiесcore relevante input geven over mogelijke verklaringen en kunnen zij meedenken over de interpretatie van de gevonden verschillen. Dergelijke input kan ook helpen om de methodiek aan te scherpen. Als de input plausibele redenen voor de gevonden verschillen oplevert, zou overwogen kunnen worden die redenen in de berekeningen mee te nemen.

De gegevens over praktijkvariatie functioneren dus als een breekijzer voor de discussie.<sup>16</sup> Op basis van de uitkomsten van de analyse en de input van belanghebbenden en experts kunnen relevante vervolgvragen voor onderzoek worden geformuleerd, waarmee praktijkvariatie steeds beter kan worden begrepen. Discussie en debat (hoe kan het dat de zorg zo varieert?) zijn onmisbaar voor een beter begrip en leveren tegelijkertijd de ‘vonk’ tot het uiteindelijk reduceren van regionale verschillen in zorggebruik.

Hieronder bespreken we het basisraamwerk dat wereldwijd wordt gebruikt om praktijkvariatie-analyses te duiden. In dit raamwerk wordt onderscheid gemaakt tussen drie typen zorg en duiding:

- **Effectieve zorg**

Dit is *evidence-based* zorg conform de richtlijn, waarvan bekend is dat zij beter is dan enig alternatief en waarvan de baten de risico's sterk overstijgen. Vrijwel alle patiënten met een indicatie zouden deze zorg moeten ontvangen. Een voorbeeld is het voorschrijven van bètablokkers na een hartaanval. Variatie in het gebruik van effectieve zorg maakt duidelijk dat er sprake is van een falend aanbod ofwel van *ondergebruik* van deze zorg. Het omgekeerde geldt ook: variatie bij gebleken ineffektieve zorg wijst altijd op *overbehandeling*. Wennberg schat dat effectieve zorg volgens zijn indeling verantwoordelijk is voor maximaal 15 procent van de totale zorgkosten. Hoofdstuk 16 in dit boek beschrijft het belang van het verminderen van *lower value services*, zorg waarvan bekend is dat ze geen meerwaarde biedt voor de patiënt en zelfs schadelijk kan zijn. Dit onderwerp valt onder ineffektieve zorg

- **Preferentie-sensitieve zorg**

Bij deze interventies zijn meerdere zorgopties voorhanden die alle medisch gezien ‘acceptabel’ zijn, maar die verschillen in gevolgen voor de patiënt. In de regel bestaat er veel onzekerheid over de te verwachten uitkomsten per behandeloptie. Preferentie-sensitieve zorg bestaat dus omdat 1) het soms simpelweg niet duidelijk is welk alternatief het beste is; 2) er soms meerdere behandelingen zijn met gelijkwaardige effectiviteit, maar met verschillende kosten en baten. De keuze ligt in dergelijke gevallen daardoor vooral bij de patiënt. Zorgverleners verlenen preferentie-sensitieve zorg primair voor het verminderen van morbiditeit (het verhogen van de kwaliteit van leven), terwijl aanbodgevoelige zorg (zie hieronder) primair wordt verleend om mortaliteit te voorkomen.

Deze categorie omvat onder andere alle electieve (planbare) chirurgie, omdat hiervoor altijd acceptabele alternatieven zijn, waaronder het uitstellen van de operatie (*watchfull waiting*), niet opereren, of bijvoorbeeld pijnverlichting door middel van medicatie. Een goed voorbeeld van preferentie-sensitieve zorg is de behandeling van borstkanker, waarbij een keus wordt gemaakt tussen (een combinatie van) operatieve behandeling, bestraling, chemotherapie of niets doen. Wanneer het mogelijk zou zijn de keuzes van goed geïnformeerde patiënten te achterhalen, zou op basis daarvan het referentieniveau kunnen worden bepaald waartegen de werkelijke praktijkvariatie kan worden afgezet. Wennberg spreekt bij preferentie-sensitieve zorg over *verkeerd gebruik* van zorg, dat zich vertaalt in mogelijk onder- of overgebruik

- **Aanbodgevoelige zorg**

Zorg waarbij het beschikbare aanbod bepalend is voor de hoeveelheid genoten zorg per patiënt. Het gaat hier niet zozeer om een specifieke behandeling, maar om alledaagse medische zorg voor patiënten met acute en chronische aandoeningen, zoals verwijzingen, herhaalbezoeken en diagnostisch onderzoek. In het geval van aanbodgevoelige zorg is het referentieniveau de hoeveelheid zorg waarboven extra zorg niet leidt tot betere gezondheidsuitkomsten. Variatie in aanbodgevoelige zorg is indicatief voor *overgebruik* van zorg

Deze indeling heeft aangetoond een geschikt raamwerk te zijn voor het benoemen van overgebruik, ondergebruik en verkeerd gebruik van zorg. Een probleem is echter dat de drie categorieën elkaar niet volledig uitsluiten. Met name effectieve en preferentie-sensitieve zorg kunnen elkaar deels overlappen. Een voorbeeld hiervan is dat zelfs in het geval van effectieve zorg vaak ook de optie van *watchful waiting* bestaat. Ook is het op basis van secundaire data (zoals declaratieregels) soms niet mogelijk uitspraken te doen over de aanwezigheid – of de mogelijkheid tot het bieden – van alternatieven. Ook het onderscheid tussen preferentie-sensitieve zorg en aanbodgevoelige zorg is niet altijd even goed te maken. De keuze van de behandeling van een goedaardige prostaatvergroting (afwachten, met medicatie, door operatief ingrijpen via TURP of via laser) kan bijvoorbeeld zowel afhangen van de voorkeur van de patiënt als van de voorkeur van de uroloog en de aanwezigheid van een Da Vinci-robot. Dit onderstreept het belang van goed onderzoek naar de voorkeuren van zowel zorgverleners als patiënten. Tenslotte kunnen gegevens over praktijkvariatie samen met uitkomstmaten (zoals *patient reported outcome measures*, PROMs) worden gepresenteerd.

### 17.3.3 Verbeteren

Na de signalerings- en duidingsfase kunnen verbetertrajecten worden opgezet om de mate van ongewenste variatie terug te dringen. De verbetertrajecten worden zo veel mogelijk vanuit de beroepsgroep zelf geïnitieerd, maar wel in samenwerking met relevante belanghebbenden en experts. Afhankelijk van het specialisme en het type ingreep, dient gezamenlijk te worden bekeken welke initiatieven passend zijn. Te denken valt in elk geval aan verstandige-keuze-lijsten, het aanscherpen van richtlijnen en indicatiestellingen, en eventueel toetsing en visitatie.

### 17.4 Wat gebeurt er in andere landen? Wat kunnen we daarvan leren?

In deze paragraaf presenteren we twee voorbeelden van onderzoek naar praktijkvariatie die werkelijk hebben gefungeerd als vliegwiel voor kwaliteitsverbetering en kostenreductie. We presenteren deze voorbeelden omdat zij in opzet verschillen, maar ook veel gelijkennis vertonen. Samen bevatten zij de belangrijkste ingrediënten van een succesvolle strategie gericht op het reduceren van praktijkvariatie. Het succes van die strategie is afhankelijk van de toegang tot data uit primaire gegevensbronnen en de medewerking van professionals.

### 17.4.1 Hoe kunnen artsen variatie verminderen? Mesostrategie, naar Lawrence Shapiro

Lawrence Shapiro is longarts en sinds 2005 medisch directeur van de Palo Alto Medical Foundation (PAMF), een grote aanbieder van zorg in California. In zijn boek beschrijft hij alle ins en outs van de *variation reduction projects* in de ziekenhuizen die hij heeft geleid.<sup>17</sup> Hiermee is uiteindelijk 31 miljoen dollar bespaard. In zijn boek noemt Shapiro *five pillars of variation reduction* die samen de waarde van de zorg bepalen: betaalbaarheid, lokale experts, betrokkenheid, middelen en bruikbare data.

Opvallend is de aandacht in de projecten voor het stimuleren van de betrokkenheid en het enthousiasme van de professionals. Elk team heeft een arts als voortrekker (leider of boegbeeld; *physician champion*) die wordt opgeleid, gecoacht en ondersteund door data-analisten en experts. Er wordt veel aandacht besteed aan het overtuigen van de artsen van de noodzaak om variatie te verminderen. Doorslaggevend is voor hen wellicht de noodzaak om doelmatiger te werken. PAMF is actief op een competitieve markt met veel aanbieders, waardoor men het risico loopt zich uit de markt te prijzen. Reductie van variatie werd gezien als een manier om de eigen bijdragen van patiënten te verminderen en wachtlijsten in te korten.

In de projecten van PAMF wordt steevast gebruikgemaakt van de *one-down* benadering, een manier om artsen het comfortabele gevoel te geven dat zij in een project de dominante, gezaghebbende en beslissende rol spelen. Dit zorgt bij hen voor draagvlak en geeft hen de mogelijkheid de gang van zaken mede te bepalen. Zij worden op elk moment betrokken bij de activiteiten en hun stem is cruciaal in alle keuzes die worden gemaakt. Ook de duiding van de data wordt volledig aan hen overgelaten en er wordt samen met hen gewerkt aan het verbeteren de data (zijn de data vergelijkbaar en worden ze goed berekend?). Uiteraard worden de artsen wel door de *physician champion* en diens team begeleid bij het zoeken naar oplossingen waarvan de meeste winst te verwachten is.

Deze *one-down* benadering wordt altijd gecombineerd met transparantie: alle data worden per arts onder diens naam gepresenteerd. Volgens Shapiro blijft zonder deze transparantie het gevaar bestaan dat artsen claimen dat hun patiënten zeker zijn dan ze zijn en dat de data hierdoor minder betrouwbaar zijn. Deze transparantie geldt echter alleen binnen de muren en de vertrouwde omgeving van de eigen instelling: de gegevens worden niet gepubliceerd in wetenschappelijke artikelen of op een andere manier openbaar gemaakt. Opvallend is verder dat de teams er alles aan doen om geen oordelende taal (gewenste versus ongewenste variatie, zelfs 'richtlijnen' werden als te oordelend bestempeld) te gebruiken. Op basis van de gevonden variatie wordt bewustzijn gecreëerd en worden vervolgens *standards of care* geformuleerd. De effecten hiervan worden gemonitord en jaarlijks geëvalueerd.

De methode-Shapiro onderscheidt zich van andere methoden doordat ze binnen ziekenhuizen zelf, dus op mesoniveau, wordt toegepast. Het grootste deel van het werk op het gebied van praktijkvariatie wordt echter verricht op meso-macroniveau, met als doel om de regionale verschillen in zorggebruik per land te verminderen.

### 17.4.2 Nieuw-Zeeland: macro-mesostrategie

In Nieuw-Zeeland worden regionale verschillen in zorggebruik gepresenteerd in diverse atlassen.<sup>18</sup> Men volgt hiermee de klassieke Dartmouth-methode, waarin onderzoeksbureaus analytisch werk verrichten op basis van landelijke data, en die data samen met relevante partijen duiden en verbeterinitiatieven initiëren. Ook in het Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Australië en de Scandinavische landen wordt de Dartmouth-methode gevolgd. Wij bespreken hier het voorbeeld van Nieuw-Zeeland omdat daar onlangs duidelijk werd dat alleen al het publiceren van gegevens over regionale verschillen in zorggebruik kan leiden tot minder variatie.

In Nieuw-Zeeland is de *Health Quality & Safety Commission* (HQSC) verantwoordelijk voor het publiceren van regionale atlassen. Op de website van de commissie kunnen voor tal van onderwerpen atlassen worden gemaakt. Gebruikers hebben de vrijheid om de berekeningswijze naar wens aan te passen. Voor publicatie van de atlassen legt HQSC de resultaten voor aan alle *district health boards*. Dit geeft hen de mogelijkheid om er commentaar op te leveren en om de geldigheid van de data te verbeteren. Ook wordt zo de bekendheid met de bevindingen vergroot.

Als gevolg van de publicatie van de atlassen in december 2014 rapporteerden verschillende media over de erin gesignaleerde sterke groei van het aantal recepten voor opioïden en de regionale verschillen hierin. Dit stimuleerde lokale aanbieders om het onderwerp te agenderen. Zij vormden een multidisciplinair team en vroegen bij het ministerie om data (naar praktijk, voorschrijver, aandoening, leeftijdsgroep en etniciteit) om het zorggebruik van hun patiënten beter te begrijpen. Op basis van deze data en de duiding ervan veranderden zij hun beleid ten aanzien van het voorschrijven van opioïden. Als gevolg hiervan daalde het opioïdgebruik in twee jaar tijd met 22 procent en verminderde ook de regionale variatie.

De publicatie van de atlassen werkte hier dus als trigger voor verbetering. Het creëerde bewustzijn onder aanbieders die zich eerder niet bewust waren van hun relatief royale voorschrijfgedrag. Ook in dit traject waren de aanwezigheid van data en de bereidheid van professionals om zich gezamenlijk in te zetten voor hetzelfde doel, bepalend voor het succes.<sup>18</sup>

### 17.5 Implicaties voor beleid: hoe kunnen we ongewenste praktijkvariatie reduceren?

In paragraaf 17.4 hebben we twee succesvolle buitenlandse voorbeelden van beleid op het gebied van praktijkvariatie besproken. Het succes bleek afhankelijk van toegang tot data en van de medewerking van professionals. Dit is in Nederland niet anders. Hieronder blikken wij kort terug op wat er tot nu toe in Nederland is bereikt op het gebied van praktijkvariatie en bespreken we de context waarin een en ander heeft plaatsgevonden. Wij sluiten het hoofdstuk af met een agenda voor praktijkvariatie(onderzoek) en activiteiten in Nederland.



### 17.5.1 Waar staan we nu?

De afgelopen zeven jaar hebben meerdere partijen in de zorg geprobeerd het dossier praktijkvariatie in beweging te brengen. Toch heeft het geheel iets weg van een ‘processie van Echternach’ (drie stappen naar voren en twee stappen terug), waardoor we anno 2017 nog niet kunnen spreken van echte doorbraken en inzichten. Het lukt nog maar mondjesmaat om belangrijke databronnen te ontsluiten en om het zorggebruik transparanter te maken. Welke stappen zijn de afgelopen jaren gezet?

#### **Zorgverzekeraars**

In 2011, 2013 en 2014 zijn enkele rapporten over praktijkvariatie gepubliceerd. Ze betroffen een selectie van planbare ingrepen als heupoperaties, staaroperaties en de behandeling van rughernia. Veel van de daaropvolgende discussies liepen vast op verschillen van mening over de juistheid van de cijfers, de deugdelijkheid van definities en het gebruik van administratieve data die niet bedoeld zouden zijn voor dit doel (zie bijvoorbeeld Verheul, 2015<sup>19</sup>). Wel succes had een analyse van praktijkvariatie bij de behandeling van rughernia’s (HNP). Deze werd sneller geaccepteerd, mede omdat ze aansloot bij lopend onderzoek van de wetenschappelijke vereniging van neurochirurgen (NVDN) in combinatie met de destijds net gestarte campagne ‘Verstandige Keuzes’ van de Federatie van Medisch Specialisten.<sup>20</sup>

#### **Medisch specialisten**

In 2013 is de Nederlandse variant van de Amerikaanse *Choosing Wisely Campaign* van start gegaan. De gevonden cijfers over praktijkvariatie bij rughernia sloten hier naadloos bij aan. Mede naar aanleiding van de analyse ervan is de richtlijn herzien en de indicatiestelling voor operatieve behandeling scherper gedefinieerd. Ook werd een lijstje met ‘verstandige keuzes’ geformuleerd, dat erop gericht is de dokter en de patiënt te ondersteunen bij de behandelkeuze. Vooralsnog is niet duidelijk wat het effect is van beide maatregelen. Er zijn aanwijzingen dat de praktijkvariatie iets is verminderd. Tussen 2011 en 2014 daalde de variatie in de behandeling van rughernia’s van factor-score 29 in 2011, naar 25 in 2012, 18 in 2013 en 13 in 2014. Het totale aantal operaties bleef echter gelijk (de publicatie is ingediend bij een wetenschappelijk tijdschrift<sup>18</sup>). Een causaal verband tussen het publiceren van gegevens over praktijkvariatie en een vermindering ervan is echter nog niet aangetoond.

#### **Overheid**

Sinds 2014 werkt Zorginstituut Nederland (ZIN) aan het onderwerp ‘praktijkvariatie’ in haar programma ‘Zinnige Zorg’. In cycli van 5 jaar onderzoekt men elk van de hoofdstukken van de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD10) op zoek naar opvallende (regionale) verschillen in zorggebruik. Dit onderzoek heeft eveneens een cyclisch karakter: te beginnen met een analyse (‘signaleren’), gevolgd door een verdieping (‘duiden’), het identificeren van verbetermogelijkheden en de implementatie plus monitoring daarvan. In het najaar van 2017 zijn de eerste analyses hiervan openbaar gemaakt.

### ***Patiëntenfederatie Nederland***

De Patiëntenfederatie Nederland (PFN) heeft voor verschillende onderwerpen fact-sheets ontwikkeld, waarin patiënten worden voorgelicht over de zorg die zij ontvangen en welke keuzes zij hierin hebben. Gegevens over praktijkvariatie maken hier integraal onderdeel van uit. Een krachtig voorbeeld is de Infographic ‘10 vragen over rughernia’.<sup>21</sup> Een belangrijke belemmering vormde de afgelopen jaren ook in dit geval de toegang tot data.

Inmiddels is in 2017 een veelbelovend samenwerkingsproject gestart. Voor acht aandoeeningen zijn nieuwe analyses naar praktijkvariatie uitgevoerd, waarbij administratieve data zijn gebruikt. Deze data kunnen voor het eerst in historisch perspectief worden geplaatst, zodat zicht ontstaat op de ontwikkeling van praktijkvariatie door de tijd heen. De belangrijkste succesfactor in dit project is dat medisch specialisten zelf onderdeel uitmaken van het onderzoeksteam. Zij leggen het contact met de wetenschappelijke verenigingen, die ziekenhuizen benaderen voor de nadere duiding van de verkregen inzichten.

#### **17.5.2 Waar lopen de verschillende partijen tegenaan?**

Voor individuele zorgverzekeraars is het lastig om goed onderzoek te doen naar praktijkvariatie, omdat zij uitsluitend toegang hebben tot gegevens over hun eigen verzekerden. Bovendien wordt hun mogelijkheid om selectief zorg in te kopen belemmerd door angst voor negatieve publiciteit. Een belangrijke belemmering is ook dat zorgverzekeraars vooral inkopen op basis van macrobudgetten en zij aanbieders veel vrijheid geven in de besteding hiervan; zij bieden de aanbieders alle vrijheid voor verevening van budgetten en vormen van kruissubsidiëring. Zij kunnen hierdoor weinig sturen op (deel-) onderwerpen, bijvoorbeeld door in een specifiek ziekenhuis minder rughernia-operaties in te kopen.

Voor aanbieders en artsen is er – naast hun professionele belang: het verbeteren van de zorg – geen werkelijke prikkel om praktijkvariatie als probleem te beschouwen en werk te maken van het reduceren ervan of ten minste van het meewerken daaraan. In het huidige stelsel heeft ook dit ministerie weinig middelen om actief beleid te ontwikkelen om praktijkvariatie terug te dringen. Men is afhankelijk van de al eerder genoemde partijen, zoals zorgverzekeraars, Zorginstituut Nederland, beroepsgroepen en ziekenhuizen. Het ‘jaar van de transparantie’, georganiseerd door het ministerie van VWS in 2015, heeft hierin weinig verandering gebracht.

#### **17.5.3 Agenda voor praktijkvariatie in Nederland**

De twee internationale voorbeelden (zie paragraaf 17.4) en de recente ontwikkelingen in Nederland laten zien dat het thema praktijkvariatie veel kan betekenen voor de Nederlandse zorg. Een belangrijke randvoorwaarde is dat data beschikbaar worden gesteld voor analyses en dat de resultaten kunnen worden gebruikt om de cyclus van signaleren, duiden en verbeteren volledig uit te voeren. Belangrijk is dat professionals gedurende het gehele traject aan deze cyclus deelnemen. Hiervoor is het cruciaal dat een wij-zij-tegenstelling wordt voorkomen. Dit kan alleen als medisch specialisten

(mede-)eigenaar worden van de uitdaging om praktijkvariatie-analyses met hun achterban te bespreken, te begrijpen en er een vervolg aan te geven.

Het is dus van belang dat het vliegwielt dat praktijkvariatie-onderzoek in potentie is, aan het rolen wordt gebracht. Praktijkvariatie zou op reguliere basis moeten worden gemonitord, conform de *plan-do-check-act*-cyclus. Deze monitoring zou het beste kunnen worden ondergebracht in een 'nationale atlas over kosten, gebruik en resultaat van zorg', waarin zichtbaar wordt in hoeverre er sprake is van regionale variatie. Het ligt voor de hand dat alle relevante partijen, zoals de (landelijke) overheid, zorgverzekeraars, beroepsgroepen, zorgaanbieders, patiëntenverenigingen en onderzoeksinstituten, hierin participeren.

Rond het thema praktijkvariatie bestaat spanning tussen enerzijds transparantie en anderzijds het enthousiasmeren van zorgprofessionals die zich liever niet te veel op de vingers laten kijken. Die spanning vormt een belemmering om op dit vlak aan de slag te gaan. Het is aan de verschillende partijen in Nederland om hier een *balans* in te vinden. Dit probleem blijft waarschijnlijk spelen, want 'zonder wrijving geen glans'. Dartmouth heeft hiervoor een standaardprocedure ontwikkeld die ook in Nederland toegepast zou kunnen worden. Na signalering krijgen wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen een halfjaar tot een jaar om de analyses intern te bespreken en te helpen ze duiding te geven. Daarna worden de gegevens openbaar gepubliceerd met 'namen en rugnummers'.

De participatie van zorgverleners is daarom cruciaal. Het is voor hen belangrijk om het resultaat van de geleverde zorg actief te meten, om mee te denken in onderzoek naar praktijkvariatie en te helpen de uitkomsten hiervan te duiden. Ook kunnen zij de hierdoor verworven inzichten over (kosten-)ineffectieve of onnodige zorg opnemen in richtlijnen en bespreken in het onderwijs. Naast de door ons geschetste meso-macrobenadering – waarin artsen en hun wetenschappelijke verenigingen de spil vormen in de verbetercyclus – kunnen individuele ziekenhuizen ook zelf het heft in handen nemen, net als Lawrence Shapiro in de VS deed.

Zorgverzekeraars kunnen op hun beurt initiatieven op het gebied van praktijkvariatie steunen door het aanleveren van data. Ook kunnen zij bijdragen aan het creëren van een (financieel) veilige omgeving voor zorgverleners. Alleen in zo'n omgeving is het waarschijnlijk dat zorgverleners hun kwetsbare kant durven tonen en het thema praktijkvariatie werkelijk zullen oppakken.

### Slotwoord

Het bestaan van praktijkvariatie is een signaal. Mogelijk duidt het op ongewenste verschillen in zorggebruik en kosten van zorg. Omdat het zorgbudget in het komende decennium nauwelijks kan groeien, is het zaak te snijden in onnodige zorg (kosten) en daarmee het 'onnodig snijden' in mensen te voorkomen (kwaliteit).

### Acknowledgement

The data set forth at Figure 17.3 of this publication/press release was obtained from The Dartmouth Atlas, which is funded by the Robert Wood Johnson Foundation

and the Dartmouth Clinical and Translational Science Institute, under award number UL1TR001086 from the National Center for Advancing Translational Sciences (NCATS) of the National Institutes of Health (NIH).

## Referenties

- 1 M.P. Lamberts, J.P. Drenth, C.J. van Laarhoven en G.P. Westert, 'Uitkomst van behandeling volgens patiënten. Instrument om variaties in klinisch handelen terug te dringen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2013;157(7):A5369.
- 2 M.M.J. Walenkamp, M.A.M. Mulders, C.A. Selles, J.C. Goslings, G.P. Westert en N.W.L. Schep, 'Aanzienlijke variatie in chirurgische behandeling van distale radiusfractuur', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2017;161(0):D1042.
- 3 J.E. Wennberg, *Tracking medicine. A researcher's quest to understand health care*, New York: Oxford University Press, 2010
- 4 Zorgverzekeraars Nederland, *Praktijkvariatierapport Rughernia*, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist: Vektis, 2013.
- 5 E. van Beek, K. Lemmens, G. van Schooten en E. Vlieger, *Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling*, Breukelen: Plexus, 2010.
- 6 J.A. Glover, 'The Incidence of Tonsillectomy in School Children': (Section of Epidemiology and State Medicine), *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1938;31(10):1219-36.
- 7 J. Wennberg en A. Gittelsohn, 'Small area variations in health care delivery', *Science*, 1973;182(4117):1102-8.
- 8 D.C. Goodman, 'Unwarranted variation in pediatric medical care', *Pediatrics Clinics of North America*, 2009;56(4):745-55.
- 9 M.I. Roemer, 'Bed supply and hospital utilization: a natural experiment', *Hospitals*, 1961;35:36-42.
- 10 A.N. Corallo, R. Croxford, D.C. Goodman, E.L. Bryan, D. Srivastava en T.A. Stukel, 'A systematic review of medical practice variation in OECD countries', *Health Policy*, 2014;114(1):5-14.
- 11 OECD (2014), 'Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?', OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. [Http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en](http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en).
- 12 D.L. Anthony, M.B. Herndon, P.M. Gallagher, A.E. Barnato, J.P. Bynum, D.J. Gottlieb, E.S. Fisher en J.S. Skinner, 'How much do patients' preferences contribute to resource use?', *Health Affairs (Millwood)*, 2009;28(3):864-73.
- 13 J. Wennberg en A. Gittelsohn, 'Variations in medical care among small areas', *Scientific American*, 1982;246(4):120-34.
- 14 J.D. de Jong, P.P. Groenewegen en G.P. Westert, *Sociological Model for Understanding Medical Practice Variations*, *Medical Practice Variations*, Springer, 2016.
- 15 J.D. Birkmeyer, B.N. Reames, P. McCulloch, A.J. Carr, W.B. Campbell en J.E. Wennberg, 'Understanding of regional variation in the use of surgery', *The Lancet*, 2013;382(9898):1121-29.

- 16 L. Schang, A. Morton, P. Dasilva en G. Bevan, 'From data to decisions? Exploring how healthcare payers respond to the NHS Atlas of Variation in Healthcare in England', *Health Policy*, 2014;114(1):79-87.
- 17 L. Shapiro, *Quality care, affordable care. How physicians can reduce variation and lower healthcare costs*, Phoenix, Maryland: Greenbanch publishing, 2014.
- 18 G.P. Westert, F. Atsma en S. Groenewoud, 'Medical practice variation; does public reporting spark change and reduce unwarranted variation?', *Ingediend voor publicatie*, 2017.
- 19 H. Verheul, 'Berekening praktijkvariatie deugt niet', *Medisch Contact*, 2015;70(12):558-61.
- 20 Nederlandse Vereniging Voor Neurochirurgie en Federatie Van Medisch Specialisten, *Verstandige keuzes bij rughernia*, Nederlandse Vereniging Voor Neurochirurgie, Utrecht: 2014.
- 21 Nederlandse Patiënten En Consumenten Federatie, *10 vragen over rughernia*, zorgkaartnederland.nl; Utrecht: 2014.

## 18. Patiënten met intensieve zorgbehoeften

Joost Wammes

### Kernboodschappen

- Een beperkt aantal ernstig zieke patiënten is verantwoordelijk voor een groot deel van de zorgkosten
- Hoge zorgkosten zijn vaak het gevolg van het hebben van meerdere aandoeningen. Bovendien maakt ongeveer eenderde van de top 1 procent patiënten met de hoogste zorgkosten in Nederland gebruik van kostbare zorgvoorzieningen, waaronder dure geneesmiddelen, intensive care, transplantatiegeneeskunde, nierdialyse en kostbare verrichtingen (declaraties van meer dan € 30.000)
- De zorg aan patiënten met hoge zorgkosten is vaak gefragmenteerd. Zowel zichzelf als professionals zien ruimte voor verbetering van de zorg aan deze patiënten
- Er is behoefte aan een integrale aanpak van de behandeling van patiënten met hoge zorgkosten. De populatie is echter divers. Gericht beleid is nodig voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor deze patiënten en voor het verminderen van onnodig hoge kosten

### 18.1

#### Inleiding

In de Verenigde Staten wordt wel eens gesteld dat de hoogste rekening die een Amerikaan in zijn leven moet betalen meestal de rekening van het ziekenhuis is. Met een halve minuut googelen stuit je op bizarre verhalen. Neem baby Ella, wier ouders een rekening van meer dan een miljoen dollar ontvingen.<sup>1</sup> Bij dergelijke prijzen zal het niemand verrassen dat 37 procent van de Amerikanen in 2013 geen gebruikmaakte van zorg waarvoor wel een indicatie bestond.<sup>2</sup> Maar welke zorg krijg je voor meer dan een miljoen dollar? Ella heeft meer dan zes maanden in de neonatale intensive care unit gelegen, maar is slechts één keer geopereerd. De 40.000 dollar per dag voor beademing met stikstofmonoxide verklaart weliswaar veel, maar toch geeft het verhaal van Ella te denken: is zij een uniek geval en de spreekwoordelijke uitzondering op de regel met haar rekening van een miljoen dollar? Is Ella het bewijs dat het Amerikaanse zorgsysteem verrot en corrupt is? Of kennen wij in Nederland en Europa ook *million dollar babies*?

Ella leert ons in elk geval dat er behandelingen zijn die waanzinnig hoge kosten met zich meebrengen. Weinig mensen zullen betwisten dat beademing voor 40.000 dollar per dag als kostbaar aangemerkt mag worden. Maar hoewel *kostbaar* was Ella's behandeling wel *effectief*: kort geleden vierde ze haar tiende verjaardag. Ook in Nederland kennen wij hoge prijzen voor behandelingen. Het plaatsen van een steunhart kostte in 2015 bijvoorbeeld nog ruim € 160.000.<sup>3</sup> Idursulfase, een middel ter behandeling van de ziekte van Hunter, een erfelijke stofwisselingsziekte, kost meer dan € 600.000 per patiënt per jaar.<sup>4</sup>

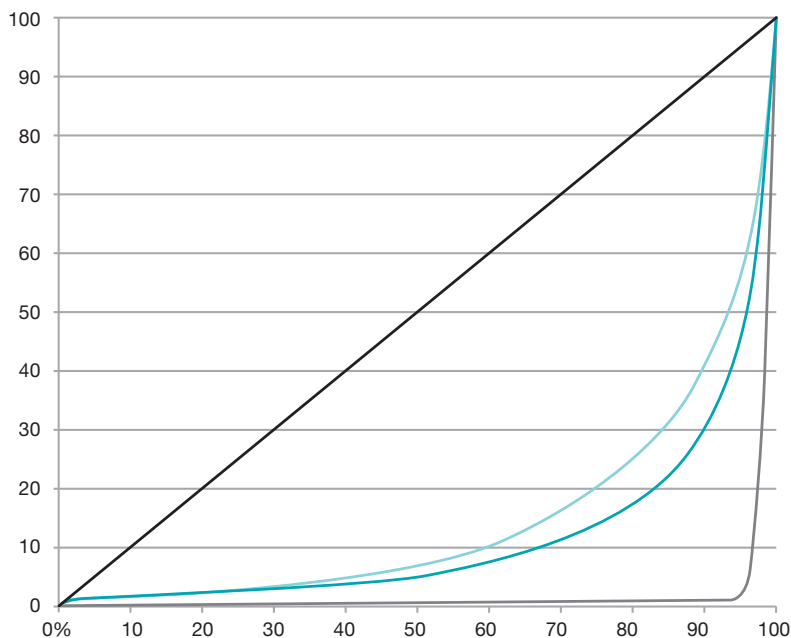
Een logisch gevolg van dit soort hoge prijzen is dat een beperkt aantal patiënten verantwoordelijk is voor een groot deel van de kosten van de gezondheidszorg. Die kosten zijn met andere woorden scheef verdeeld over de Nederlandse bevolking. Nu is een scheve verdeling van zorgkosten niets opzienbarends: dit is precies de reden waarom wij een zorgverzekering hebben. Dankzij die verzekering worden onze financiële

risico's gespreid; geen Nederlander hoeft zich zorgen te maken over rekeningen van duizenden, tienduizenden of honderdduizenden euro's. In Nederland is de top 1 procent verzekerden met de hoogste zorgkosten verantwoordelijk voor grofweg een kwart van de uitgaven in het kader van de Zorgverzekeringswet, de top 5 procent was verantwoordelijk voor ongeveer de helft van de totale zorgkosten (zie Figuur 18.1). In de langdurige zorg zijn de kosten trouwens nog veel schever verdeeld.

Bij het streven naar betaalbaarheid is het gebruikelijk om te spreken over prijs- of volumemaatregelen. Een benadering die uitsluitend is gericht op *kostbare behandelingen* laat echter belangrijke vragen onderbenut. Wij vonden bijvoorbeeld dat de hoge kosten maar voor eenderde van de top 1 procent patiënten met de hoogste zorgkosten in Nederland het gevolg zijn van kostbare zorgvoorzieningen. Bij veel andere patiënten met hoge zorgkosten is het eerder de stapeling van zorggebruik die de kosten opdrijft. Meer hierover verderop.

In dit hoofdstuk onderzoeken wij hoe de zorg voor zieke en kwetsbare patiënten met de hoogste uitgaven is te verbeteren en daarbij toch de zorgkosten te beheersen. Omdat een deel van deze patiënten gebruikmaakt van kostbare voorzieningen, bespreken wij ook hoe beleid gericht op kostbare zorgvoorzieningen zich kan verhouden tot beleid gericht op patiënten met hoge zorgkosten.

**Figuur 18.1** Lorenz curves van de verdeling van zorgkosten in Nederland in 2012.



## 18.2 Het idee: bekijk het kostenprobleem vanuit een persoonsgerichte bril

De implicatie van de genoemde scheve verdeling van de kosten is dat beleid gericht op patiënten met hoge zorgkosten (of patiënten die het risico lopen dat te worden) een

efficiënte manier zou kunnen zijn voor het beteugelen van de zorgkosten, en wellicht zelfs voor het verbeteren van de volksgezondheid. Een simpele rekensom leert immers dat beleid gericht op patiënten met lagere kosten zeer effectief moet zijn en een groot aantal patiënten dient te bereiken, teneinde de impact op het budget voor gezondheidszorg van een matig effectieve interventie bij een beperkt aantal patiënten met heel hoge kosten te benaderen.

Ook vanuit patiëntperspectief is het logisch om aandacht te vragen voor patiënten met hoge zorgkosten. De wetenschappelijke literatuur wijst op tal van problemen aangaande de kwaliteit van de zorg voor deze patiënten en rapporteert suboptimale patiëntervaringen. Van der Aa<sup>5</sup> publiceerde recent een literatuurstudie naar de ervaringen van patiënten met meerdere aandoeningen – een belangrijke categorie binnen de groep patiënten met hoge zorgkosten. Haar analyse is gebaseerd op internationale studies, maar geldt mogelijk ook voor Nederland. Gevraagd naar hun ervaringen constateerden de patiënten dat het professionals ontbreekt aan een holistische visie op hun klachten. Ook bleek de houding en de manier van communiceren van professionals vaak gebrekkig en werden patiënten onvoldoende voorzien van goede informatie over hun klachten en de behandeling ervoor. Met betrekking tot het zorgsysteem werden het vaakst problemen met de toegang tot de zorg genoemd: patiënten weten niet goed tot welke aanbieder of zorgverlener zij zich moeten richten voor hun klachten en zij kunnen niet altijd terecht bij de arts voor wie ze een voorkeur hebben. Suboptimale patiëntervaringen gaan vaak gepaard met vergelijkbare frustraties bij de betrokken zorgprofessionals. Er spelen overigens nog tal van andere vraagstukken rondom de kwaliteit van zorg voor deze patiënten, die terugkomen in paragraaf 18.4.

Dit hoofdstuk veronderstelt dat de zorgbehoeften van patiënten met de hoogste zorgkosten een belangrijk uitgangspunt kunnen zijn voor het beter inrichten van het zorgstelsel en voor manieren om de zorg beter te organiseren. Oftewel: wij bekijken het kostenprobleem in dit hoofdstuk door een persoonsgerichte bril.

In de VS wordt al jaren met deze strategie geëxperimenteerd. In zijn essay ‘The hot spotters’<sup>6</sup> beschrijft Atul Gawande in 2011 onder andere de werkwijze van Jeffrey Brenner, een jonge huisarts in Camden, New Jersey. Brenner kreeg declaratiegegevens van drie ziekenhuizen en identificeerde daarmee de patiënten met de hoogste zorgkosten om hen vervolgens te bezoeken en intensieve behandeling op maat te bieden:

*‘Brenner demonstreert met zijn team op de boulevards van Camden de mogelijkheden van een opmerkelijke nieuwe benadering van gezondheidszorg: op zoek gaan naar de duurste patiënten in het systeem om hen vervolgens te helpen met extra middelen en kennis.’<sup>6</sup>*

Brenner staat hierin niet alleen. Op verschillende plekken in de Verenigde Staten wordt dezelfde strategie toegepast, die zijn oorsprong vindt in de verregaande fragmentatie van het Amerikaanse systeem en het ontbreken van een voorziening met een coördinerende functie. Een belangrijk doel van deze Amerikaanse initiatieven is het verminderen van vermijdbare ziekenhuisopnames en bezoeken aan de eerste hulp. Er



wordt gestreefd naar het uitbouwen van de eerste lijn, case management, *care coordination* en ontslagbegeleiding na een ziekenhuisopname.

De effectiviteit van dergelijke initiatieven toont verschillen, en slechts een beperkt gedeelte is goed geëvalueerd. De effectiviteit blijkt voor een belangrijk deel afhankelijk van de mate waarin het initiatief is toegesneden op de zorgbehoeften van de betreffende patiënten(-populaties).<sup>7,8,9</sup> Ook is het succes afhankelijk van de mate waarin de zorg voor deze patiënten kan worden verbeterd. Patiënten met hoge zorgkosten blijken divers en er zijn veel verschillende beleidsmaatregelen waaruit kan worden gekozen. Het is daarom van belang dat de patiëntenpopulatie en de te nemen maatregelen goed bij elkaar aansluiten; er is geen gouden standaard.

Voor het formuleren van effectief beleid is het daarom noodzakelijk om een goed beeld te krijgen van de karakteristieken en het zorggebruik van de patiënten met de hoogste zorgkosten. Ook is inzicht nodig in de mechanismen die in Nederland leiden tot het hoge zorggebruik van deze groep patiënten. De volgende paragraaf biedt een synthese van de beschikbare kennis en maakt voornamelijk gebruik van materiaal uit onze Nederlandse studie naar patiënten met hoge zorgkosten.<sup>33</sup>

### 18.3 Een synthese van de karakteristieken en het zorggebruik van patiënten met hoge zorgkosten

De karakteristieken en het zorggebruik van patiënten met hoge zorgkosten presenteer ik hier aan de hand van het *behavioral model* van Ronald M. Andersen.<sup>10,11</sup> Dit is een veelgebruikt model voor determinanten van zorggebruik. Het helpt om de veelheid van factoren die bij patiënten met hoge zorgkosten een rol spelen te structureren. Het model gaat ervan uit dat zorggebruik wordt bepaald door drie typen factoren, die zowel betrekking kunnen hebben op een individu als op een populatie (contextuele determinanten):

- Predisponerende factoren (*predisposing factors*), persoonskenmerken of populatiekenmerken die de neiging tot zorggebruik bepalen. Deze kenmerken zijn zelf niet verantwoordelijk voor het zorggebruik, maar hebben er wel invloed op. Voorbeelden van predisponerende factoren zijn leeftijd, geslacht, genetische gevoeligheid, opleiding, etniciteit en gezondheidsovertuigingen.
- Faciliterende factoren (*enabling factors*), die het zorggebruik belemmeren of faciliteren. Ze bepalen vooral de toegankelijkheid van de zorg. Het gaat hier allereerst om de effectieve prijs van de zorg en de financiële mogelijkheden van patiënten om die te betalen. De prijs is afhankelijk van iemands zorgverzekering en de eigen betalingen die voor zorggebruik verplicht zijn. Ook sociale steun, de afstand tot zorgaanbieders, de hoeveelheid aanbod, de manier waarop het aanbod georganiseerd is, en financiële prikkels (voor zowel aanbieder als patiënt) kunnen het zorggebruik belemmeren of faciliteren.
- Zorgbehoeften (*need factors*), de gepercipieerde en geëvalueerde behoeften aan zorg. Gepercipieerde zorgbehoeften worden vooral bepaald door de ernst van de symptomen. Geëvalueerde zorgbehoeften worden vastgesteld door professionals en zijn objectieve maten voor de gezondheid van het individu en voor de noodzaak van de aan hem of haar te verlenen zorg.

In onze Nederlandse studie hebben wij de zorgbehoeften ingedeeld naar het soort aandoeningen volgens de categorieën van de ICD10 (ICD=International Classification of Diseases). Wij hebben deze indeling gemaakt op basis van gegevens over de ziekenhuiszorg, de tweedelijns-ggz-zorg en van het medicijngebruik.

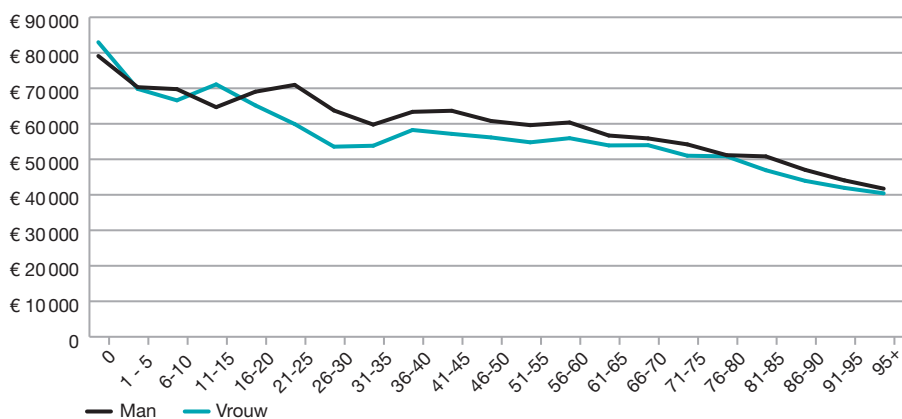
Hieronder wordt per factor uiteengezet hoe deze gerelateerd is aan hoge zorgkosten. Op sommige plaatsen zal de beleidsrelevantie kort worden toegelicht. Dit stuk bouwt voor een groot deel voort op onze eerder genoemde studie.<sup>33</sup>

### 18.3.1 Predisponerende factoren

#### Leeftijd

Leeftijd is een veelgevonden predisponerende factor voor hoge zorgkosten. Leeftijd voorspelt hoge zorgkosten en er is dan ook een relatieve oververtegenwoordiging van ouderen in zowel de top 1 als de top 2-5 procent patiënten met de hoogste zorgkosten. Dit effect vonden wij zowel in onze Nederlandse studie als in de internationale literatuur. Binnen de top 1 procent vonden wij echter een omgekeerde relatie tussen leeftijd en zorgkosten. Naarmate de leeftijd toeneemt dalen de gemiddelde kosten per persoon. Zo bedroegen de gemiddelde kosten per zuigeling in deze categorie ruim € 80.000 tegenover gemiddeld € 47.000 per tachtigplusser (zie Figuur 18.2). Ook vonden wij dat meer dan 50 procent van de top 1 procent patiënten binnen de Zorgverzekeringswet jonger was dan 66 jaar.

**Figuur 18.2** Gemiddelde kosten per leeftijdsgroep en geslacht in top 1% zorggebruikers (data over 2012)

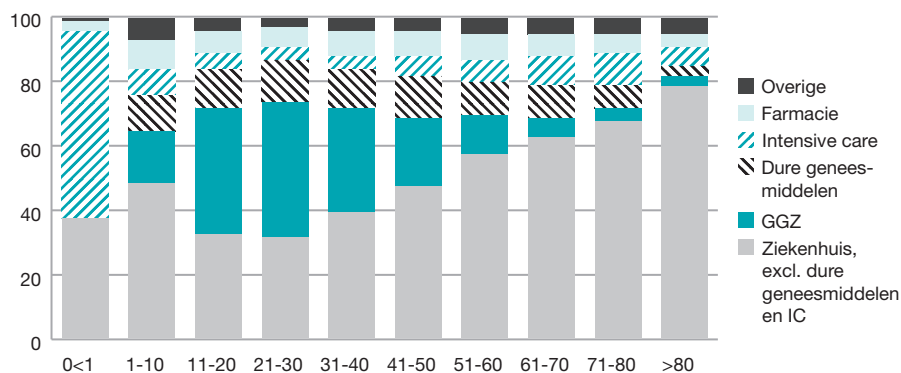


Leeftijd is onder meer een belangrijke predisponerende factor voor hoge zorgkosten omdat veel ouderen lijden aan (meerdere) chronische aandoeningen. Er wordt echter nogal eens vergeten dat deze zogenoemde multimorbiditeit zich niet beperkt tot ouderen. Ook onder jongere patiënten verklaart de stapeling van verschillende aandoeningen voor een belangrijk deel de hoge zorgkosten. Amerikaanse verbeterinitiatieven richten zich primair op ouderen, maar onze data laten zien dat hiermee slechts een

beperkt deel van de populatie wordt bediend. Een verbreding van het perspectief van deze initiatieven naar alle leeftijdsgroepen lijkt wenselijk.

De kostenpatronen verschilden sterk per leeftijdsgroep (zie Figuur 18.3). Een belangrijke verklaring hiervoor zijn verschillen in medische problematiek. Uitgaven aan hart- en vaatziekten en aan aandoeningen van organen van het urine- en voortplantingsstelsel (waaronder nierinsufficiëntie, waarvoor patiënten in vergevorderd stadium worden gedialyseerd), nemen toe per leeftijdsgroep. Daarentegen maken vooral kinderen, adolescenten en volwassenen tot 60 jaar gebruik van de geestelijke gezondheidszorg. Het percentage uitgaven aan de zorg voor patiënten met oncologische aandoeningen is relatief stabiel per leeftijdsgroep. Van de zorgkosten voor zuigelingen (zoals de Amerikaanse baby Ella in de inleiding) gaat meer dan de helft op aan kosten van de intensive care. In de overige leeftijdsgroepen is de intensive care goed voor maximaal 10 procent van de kosten. Het percentage uitgaven aan dure geneesmiddelen is het hoogst (13,4 procent) bij patiënten tussen 21 en 30 jaar.

**Figuur 18.3** Kosten per leeftijdsgroep per type kosten in de top 1 procent patiënten met hoogste zorgkosten



### Geslacht

Er is geen duidelijke relatie tussen geslacht en hoge zorgkosten. In de internationale literatuur benoemt grofweg de helft van de studies het mannelijk geslacht als risicofactor voor hoge zorgkosten, terwijl de andere helft het vrouwelijk geslacht als risicofactor aanwijst. Verschillende studies laten een sterke oververtegenwoordiging van één van beide geslachten zien in subgroepen – zoals *mental health high-cost patients*, die overwegend man zijn.<sup>12</sup> In onze Nederlandse studie vonden wij een beperkte oververtegenwoordiging van mannen in de top 1 procent en een oververtegenwoordiging van vrouwen in de top 2-5 procent. Binnen de top 1 procent hadden mannen gemiddeld hogere kosten dan vrouwen (zie Figuur 18.2). Dat hart- en vaatziekten (en een groter aantal kostbare hartoperaties) bij mannen vaker voorkomen en dat vrouwen vaker last hebben van verschillende chronische aandoeningen (en zwangerschappen), verklaart waarschijnlijk dit verschil.

**Sociaaleconomische status en inkomen**

De literatuur geeft geen direct uitsluitsel over de relatie tussen sociaaleconomische status en hoge zorgkosten. Enerzijds wordt sociaaleconomische status binnen het model van Andersen<sup>10</sup> beschouwd als predisponerende factor, omdat mensen uit lagere sociaaleconomische klassen over het algemeen zieker zijn en vaker meerdere chronische aandoeningen hebben. Anderzijds kan het ook een faciliterende factor zijn, omdat mensen uit een hogere sociaaleconomische klasse de zorg makkelijker kunnen betalen.

**Tabel 18.1** Algemene karakteristieken en indicatoren voor zorggebruik bij top 1 procent patiënten<sup>##</sup>

Algemene karakteristieken	Top 1%	Top 2-5%	Laagste 95%
Aantal	45.207	180.826	4.294.611
Gemiddelde totale kosten per patiënt (SD)	€ 56.424 (€ 40.830)	€ 15.780 (€ 5.208)	€ 1.345 (€ 1.773)
Aandeel totale kosten	22,8%	25,5%	51,7%
Geslacht (percentage man)	52,3%	44,8%	49,6%
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	58,5 (21,6)	58,0 (21,8)	39,2 (23,3)
Percentage overleden	2013	9,9%	6,1%
	Na 2013 <sup>*</sup>	12,5%	5,9%
<b>Medische karakteristieken</b>			
Gemiddeld aantal ICD10-hoofdstukken (SD)	4,2 (2,1)	3,3 (1,8)	0,7 (1,1)
Gemiddeld aantal ICD10-subhoofdstukken (SD)	5,5 (3,1)	4,0 (2,3)	0,8 (1,2)
Gemiddeld aantal chronische aandoeningen (SD)	1,1 (1,2)	1,0 (1,1)	0,2 (0,6)
<b>(Kostbaar) zorggebruik</b>			
Percentage met add-ons (IC/dure geneesmiddelen) > € 10.000	24,6%	5,8%	0,0%
Percentage transplantatiepatiënten	3,7%	0,8%	0,03%
Percentage dialysepatiënten	6,1%	0,1%	0,0%
Percentage met DOT-zorgproduct > € 30.000	4,5%	0,03%	0%
Percentage met kosten in universitair medisch centrum	39,7%	19,2%	4,8%
Percentage met GGZ-kosten >€ 0	23,5%	20,6%	6,4%
Percentage met GGZ-opname	13,0%	3,3%	0,04%
Gemiddeld aantal GGZ-opname dagen (SD) <sup>**</sup>	54,7 (74,3)	4,0 (11,7)	0,05 (0,8)
Gemiddeld aantal ziekenhuisspecialismen (SD)	4,2 (2,3)	3,0 (1,8)	0,6 (1,0)
Gemiddeld aantal verschillende ziekenhuizen (SD)	1,9 (1,0)	1,6 (0,9)	0,5 (0,7)
Gemiddeld aantal opnamedagen ziekenhuis (SD)	22,3 (26,0)	7,2 (8,4)	0,4 (1,5)

<sup>\*</sup> Overlijdensdatum tot uiterlijk 20 februari 2015.

<sup>\*\*</sup> Bij patiënten met GGZ-kosten >€ 0.

<sup>\*\*\*</sup> Bron: Wammes 2017.<sup>33</sup> Database analyse bij en met Zilveren Kruis.

In onze analyses zagen wij inderdaad een relatie tussen sociaaleconomische status en het hebben van meerdere aandoeningen. Onze beschrijvende analyse toonde weinig verschil in sociaaleconomische status (zie Tabel 18.1). In vervolganalyses waarin wij corrigeerden voor leeftijd en geslacht, vonden wij weliswaar dat een lage sociaaleconomische status was geassocieerd met hoge zorgkosten, maar dit effect verdween wanneer wij ook corrigeerden voor het aantal aandoeningen. Er is dus sprake van een verband tussen een lage sociaaleconomische status en hoge zorgkosten omdat deze patiënten/verzekerden zieker zijn en voor meer aandoeningen worden behandeld.

### ***Schadelijk gedrag en leefstijl***

De relatie tussen leefstijl en hoge zorgkosten is slechts beperkt onderzocht, maar is toch zeer relevant omdat gedrag gemakkelijker is te veranderen dan andere determinanten van hoge zorgkosten. Rosella<sup>13</sup> vond dat hoge kosten samenhangen met roken in het verleden, fysieke inactiviteit, obesitas en geheelonthouding (geen alcoholconsumptie op het moment van het onderzoek). Zij vond geen relatie tussen stress en hoge zorgkosten. Er was overigens slechts in beperkte mate sprake van een relatie tussen het gedrag van mensen en hoge zorgkosten, en waar zo'n relatie wel werd gevonden was het bovendien de vraag in hoeverre dat een causale relatie was.

## **18.3.2 Faciliterende factoren**

### ***Factoren in de organisatie van de zorg***

Er is maar weinig onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre de organisatie van de zorg het zorggebruik van patiënten met hoge zorgkosten belemmert of faciliteert. Joynt liet zien dat patiënten uit regio's met veel eerstelijnsartsen, veel medisch specialisten of veel bedden hogere *vermijdbare* zorgkosten hebben dan patiënten uit andere regio's.<sup>14</sup> Reschovsky<sup>15</sup> identificeerde – binnen de groep patiënten met hoge zorgkosten – tal van variabelen die samenhangen met extra kosten. Patiënten die te weinig tijd hebben voor goed contact met hun arts (zoals gerapporteerd door artsen) en die door artsen uit meerdere regio's worden behandeld, hebben hogere kosten. Op regioniveau hangt het aantal specialisten, het aantal ziekenhuisbedden en het aantal aanbieders dat met winsttoegemerk functioneert samen met de hoogte van de kosten. Het gaat in deze gevallen echter niet om heel grote effecten.

De beperkte invloed van organisatiefactoren op de hoogte van de zorgkosten is opvallend, gezien de grote hoeveelheid bewijs voor het bestaan van een relatie tussen aanbodgeïnduceerde zorg en praktijkvariatie (zie hoofdstuk 17 praktijkvariatie). Waarschijnlijk is het effect van organisatorische factoren op de kosten lastig te onderzoeken vanwege de diversiteit van de patiëntenpopulatie en de hoge ziektelast waarmee deze te kampen heeft.

## **18.3.3 Zorgbehoeften**

De toegevoegde waarde van het onderzoeken van patiënten met hoge zorgkosten zou onder meer moeten zijn dat er zo breed mogelijk wordt gekeken naar de zorgbehoeften

van deze patiënten en naar hun zorggebruik over de grenzen van zorgsectoren heen. Internationale studies laten overduidelijk zien dat patiënten met hoge zorgkosten erg ziek zijn, in hun dagelijkse leven functionele beperkingen ervaren en dat zij zorg genieten van meerdere zorgverleners uit tal van zorgsectoren.

Er is weinig onderzoek verricht naar de *ervaren* (subjectieve) zorgbehoeften van patiënten met hoge zorgkosten. Onderstaande analyse heeft primair betrekking op zorgbehoeften zoals vastgesteld door een zorgprofessional (objectieve zorgbehoeften; in dit geval afgeleid uit declaraties).

### ***Wat zijn de meest frequent gerapporteerde aandoeningen?***

In de literatuur hebben wij (red.) geturfd welke aandoeningen uit de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD10) het meest optreden bij patiënten met hoge zorgkosten. In aflopende frequentie wezen de studies op hart- en vaatziekten, psychische stoornissen en gedragsstoornissen, oncologische aandoeningen, ziekten van het ademhalingsstelsel (waaronder astma/COPD), endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen (waaronder diabetes mellitus) en tenslotte ziekten van het urogenitaal stelsel (waaronder nierinsufficiëntie).

In onze Nederlandse studie herkenden we dezelfde rangorde onder de zorgbehoeften. Respectievelijk 53, 37 en 32 procent van de top 1 procent patiënten werd behandeld voor één of meerdere hart- en vaatziekten, een oncologische aandoening of een psychische en/of gedragsstoornis. Onder de top 2-5 procent patiënten vonden wij dezelfde drie ICD10-aandoeningen, zij het met een relatief kleiner aandeel van de kosten. Deze groep is meer heterogeen, en naast de genoemde problemen kwamen ook aandoeningen van het spierstelsel en het skelet (waaronder knie- en heupoperaties en reumatoïde artritis), ziekten van het spijsverteringsstelsel, letsels (waaronder gebroken heupen) en vergiftiging relatief vaak voor.

### ***Multimorbiditeit***

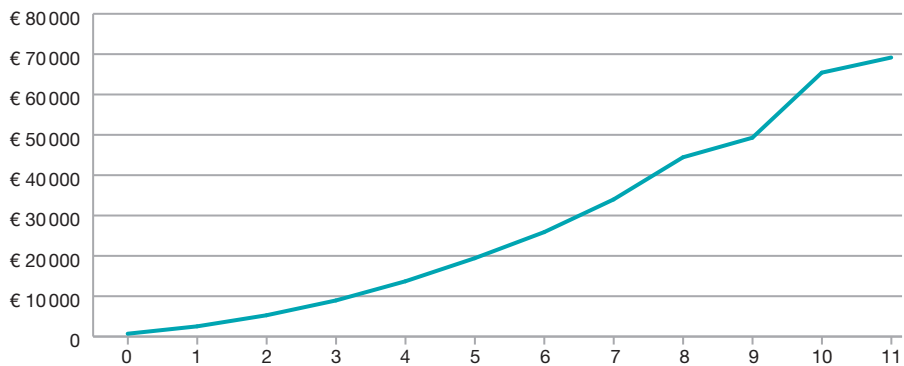
De internationale literatuur wijst eenduidig op multimorbiditeit (ofwel het tegelijk voorkomen van meerdere aandoeningen) als belangrijkste determinant van hoge zorgkosten. Zo vond Reid dat de top 5 procent zorggebruikers werden behandeld voor gemiddeld zes chronische aandoeningen.<sup>16</sup> In Nederland vonden wij vergelijkbare patronen. Top 1 procent en top 2-5 procent patiënten werden behandeld voor respectievelijk gemiddeld 4,2 en 3,3 aandoeningen (hoofdstukken uit de ICD10). Deze informatie is gebaseerd op data afkomstig uit ziekenhuizen, de tweedelijns ggz en FKGs (een registratiesysteem van medicijngebruik, waarmee wij chronische aandoeningen vaststelden). Gemiddeld werden top 1 procent en top 2-5 procent patiënten behandeld voor respectievelijk 1,1 en 1,0 *chronische* aandoening. Ongeveer driekwart van de top 1 procent patiënten werd behandeld voor één of meer chronische aandoeningen. Hiermee lijkt het of het aantal chronische aandoeningen onder Nederlandse patiënten met hoge zorgkosten veel lager is dan in het buitenland. Waarschijnlijk hebben wij in de Nederlandse studie echter te maken met een onderschatting, omdat wij geen gebruik

konden maken van huisartsenregistraties voor het vaststellen van de aandoeningen per patiënt.

De relatie tussen multimorbiditeit en zorgkosten is vaker onderzocht. Een systematisch literatuuronderzoek uit 2011 concludeerde dat patiënten met multimorbiditeit meer zorg gebruiken dan de simpele som van de behandelingen voor elke aandoening doet vermoeden; deze relatie verloopt bijna exponentieel.<sup>17</sup> Figuur 18.4 illustreert dit voor Nederland. De kostencurve wordt steeds steiler naarmate het aantal aandoeningen toeneemt. Het aantal aandoeningen in deze grafiek is sterk gecorreleerd met het aantal ziekenhuisspecialismen dat in dat jaar per patiënt is betrokken bij de behandeling.

Een belangrijke beperking van studies naar patiënten met hoge zorgkosten is dat het voor een groot deel gaat om onderzoek met beperkte looptijd. Hierdoor is het niet goed mogelijk het ontstaan van multimorbiditeit te duiden. Een patiënt met kanker kan bijvoorbeeld parallel aan of voorafgaand aan het ontstaan van zijn of haar ziekte verschillende andere aandoeningen hebben ontwikkeld, maar een deel van die aandoeningen kan ook het gevolg zijn van de kankerbehandeling.

**Figuur 18.4** Gemiddelde kosten per verzekerde per aantal comorbiditeiten (ICD10-hoofdstukken) in de totale populatie



#### ***Onderscheid tussen zorgbehoeften met de hoogste kosten en secundaire behoeften per patiënt***

De veelheid aan zorgbehoeften van patiënten met hoge zorgkosten roept de vraag op welke van die zorgbehoeften verantwoordelijk zijn voor de meeste kosten en welke in dit opzicht een ‘secundaire’ rol spelen. Vanuit het oogpunt van betaalbaarheid is dit van belang, omdat aandoeningen die veel voorkomen niet per se veel kosten met zich mee hoeven te brengen.

Daarom hebben wij per patiënt bepaald welke aandoening verantwoordelijk was voor de hoogste kosten. Dit biedt interessante inzichten. Om één voorbeeld te geven: wij vonden dat 12,2 procent van de top 1 procent patiënten met de hoogste zorgkosten

werd behandeld voor nierinsufficiëntie. Bij 52,4 procent van deze patiënten was nierinsufficiëntie de aandoening met de meeste kosten. Dit zijn patiënten die nierdialyse ondergaan. Bij de overige 47,6 procent gingen met de behandeling van nierinsufficiëntie relatief weinig kosten gepaard (vanuit kostenperspectief is dit voor deze patiënten een ‘secundaire’ aandoening), waarschijnlijk doordat er sprake was van minder gevorderde nierinsufficiëntie, bijvoorbeeld ontstaan ten gevolge van slecht gecontroleerde diabetes mellitus. De relevantie van het onderscheid tussen primaire en secundaire aandoeningen voor het beleid wordt besproken in box 18.1.

Een belangrijke bevinding volgens deze methode is dat de aandoening met de hoogste kosten verantwoordelijk is voor gemiddeld 40-50 procent van de totale kosten per patiënt met hoge zorgkosten. De overige kosten gaan op aan de behandeling van overige aandoeningen, (dure) geneesmiddelen, intensive care kosten, huisartsenzorg en niet nader omschreven kosten. Dit relatief lage aandeel is een logisch gevolg van het feit dat de patiënten voor meerdere aandoeningen behandeld worden. Voor een deel is dit echter ook ingegeven door de door ons gehanteerde methode, omdat wij alleen ziekenhuiszorg en zorg uit de tweedelijns-ggz naar ICD10 konden toerekenen.

Deze versnippering in kostenopbouw illustreert de stapeling van kosten voor een patiënt. Patiënten met hoge zorgkosten verschillen van andere patiënten omdat zij in meer zorgsectoren door meer verschillende (typen) zorgverleners voor een gemiddeld hogere prijs worden behandeld.

### **Overlijden**

Een belangrijk deel van de zorgkosten wordt gemaakt in de laatste levensfase, maar slechts een beperkt deel van de patiënten met hoge zorgkosten bevindt zich in het laatste levensjaar. In elke geraadpleegde internationale studie overleed 10 tot 30 procent van de patiënten met hoge zorgkosten in het onderzoeksjaar. Eén Amerikaanse studie liet zien dat 80 procent van de overledenen in het jaar van de studie tot de top 5 procent van zorggebruikers behoorde.<sup>18</sup> In Nederland vonden wij dat ongeveer 10 procent van de top 1 procent patiënten overleed in het jaar van het onderzoek, plus nog eens 12,5 procent in de 14 maanden daarop (zie Tabel 18.1). Meer dan 60 procent van de overledenen in dat jaar behoorde niet tot de top 5 procent zorggebruikers uit de Zorgverzekeringswet. Mogelijk ontvingen deze patiënten wel veel langdurige zorg, maar het is ook denkbaar dat het aantoonde dat de palliatieve zorg in Nederland goed is georganiseerd.

Wereldwijd worden veel initiatieven genomen met als het doel de palliatieve zorg te verbeteren en zo onnodige kosten te voorkomen, bijvoorbeeld door middel van *advance care planning*. Vanuit het perspectief van patiënten met hoge zorgkosten zijn hier vraagtekens bij te zetten. Deze groep is relatief klein en het tijdsbestek waarin de kosten voor het levenseinde groeien is relatief kort. Hierdoor is het onwaarschijnlijk dat een strategie gericht op deze populatie leidt tot grote besparingen. Tegelijkertijd is ook bekend dat er gedurende deze periode veel *low value care* wordt verstrekt.



### Box 18.1 Primaire en secundaire aandoeningen en beleid

Het onderscheid tussen aandoeningen met de hoogste zorgkosten en veelvoorkomende aandoeningen kan helpen bij het stellen van prioriteiten ten aanzien van nieuwe betaalbaarheidsinitiatieven. Het ligt voor de hand een doelgroep of aandoening te kiezen met hoge totale zorgkosten, waarvan bekend is dat dit ook vaak de belangrijkste kostenposten zijn van één patiënt.

Doordat het zorggebruik van patiënten gefragmenteerd is, zijn veel (Amerikaanse) verbeterinitiatieven erop gericht de zorg beter te coördineren of te integreren. Een belangrijke vraag is: maar wat moet dan worden geïntegreerd met wat? Met andere woorden: hoe breed moet een verbeterinitiatief zijn? Onze bevindingen suggereren dat dergelijke initiatieven ernaar zouden moeten streven om de zorg voor een bepaalde primaire aandoening te integreren met de zorg die patiënten ontvangen voor geassocieerde of frequent voorkomende secundaire aandoeningen. Zo heeft van alle patiënten met hartfalen een derde diabetes en een derde COPD. Het omgekeerde is ook waar: een derde van de patiënten met COPD wordt behandeld voor hartfalen. Deze zorg integreren lijkt wenselijk.

Amerikaanse en Canadese studies bediscussiëren primair patiëntengroepen met meerdere chronische aandoeningen, maar in Nederland blijken dure zorgvoorzieningen of operaties van groter belang. Hiermee verschuift onze blik op de vraag wat integrale zorg aan patiënten met hoge zorgkosten kan betekenen. Dit illustreren wij hieronder.

In de medische praktijk worden continu keuzes gemaakt over de vraag welke klacht of aandoening op welk moment de primaire aandacht moet krijgen (wat bedreigt de patiënt op dit moment het meest?). Dit speelt het meest in acute situaties. Bij een patiënt met een aneurysma (een verwijding van de slagader) zal de aandacht voor diens diabetes naar de achtergrond verdwijnen. Dit is natuurlijk goed en moet ook niet veranderen, maar hierin schuilt wel het gevaar dat de diabetes over het hoofd wordt gezien. Wellicht ook verstoort de diabetesbehandeling de behandeling van het aneurysma. Jarenlang zijn patiënten geopereerd voor een aneurysma zonder dat bij de indicatiestelling werd gekeken naar comorbiditeit (bijkomende kwalen). Dit veranderde toen men erachter kwam dat EVAR (aneurysma-operatie via de lies zonder de buik te hoeven openen) geen overlevingswinst bood bij patiënten met ernstige comorbiditeit. De richtlijn schrijft nu voor deze patiënten niet meer preventief te opereren.<sup>19</sup> Bij TAVI-operaties (aortaklepoperaties via de lies) zien wij een vergelijkbare situatie; comorbiditeit en belastbaarheid bepalen voor een deel de waarde van een ingreep (vanuit patiëntenperspectief). Wanneer een klinisch geriatrater aansluit bij het laatste gesprek (indicatiestelling) voor de operatie, blijkt 14,5 procent van de patiënten af te zien van de operatie.<sup>20</sup>

Ook in de oncologie speelt comorbiditeit een belangrijke rol. Ruim 40 procent van de patiënten met kanker is ouder dan 70 en veel van deze patiënten hebben ook diabetes, hart- en vaatziekten, COPD of een verminderde cognitie. Bij zulke patiënten is de medische besluitvorming altijd complex. Soms wordt de geriatrater geraadpleegd om te bespreken of een patiënt fit genoeg is voor een operatie of andere behandeling. Ook wordt gezamenlijke besluitvorming bevorderd en wordt gebruikgemaakt van geriatrische screeningsinstrumenten of van de uitgebreide *comprehensive geriatric assessment*. Misschien wel het belangrijkste is om te bepalen wat het doel is van de behandeling; wat wil een patiënt nog met zijn of haar leven en wat mag realistisch gezien van de behandeling worden verwacht? In veel gevallen streven zorgverleners te lang genezing (curatieve behandeling) na, waar een conservatiever beleid gericht op de kwaliteit van leven of een palliatief beleid in feite wenselijker is. Ook onder volwassen patiënten met kanker komt comorbiditeit vaak voor. Een belangrijke vraag is in hoeverre het wenselijk is om (een deel van de) geriatrische principes toe te passen in de algemene oncologie, omdat een deel van deze patiënten met dezelfde problemen in de thuis-situatie of problemen als gevolg van de comorbiditeiten te kampen heeft, en dat duidelijk is dat deze van invloed kunnen zijn op de behandelkeuze.

Zouden alle oncologische patiënten bijvoorbeeld een geriatrische screening (door middel van de G8-vragenlijst) moeten ondergaan? De afgelopen jaren heeft men in de oncologie grote stappen gezet naar het steeds meer multidisciplinair behandelen van *kanker*. De volgende stap is wellicht het multidisciplinair en integraal behandelen van *patiënten met kanker*.

*‘Alle oncologen zijn geriatrische oncologen, of ze het nu weten of niet.’*

Stuart M. Lichtmann, MD, FACP

#### 18.3.4 Analyse zorggebruik

Uit de literatuur blijkt dat patiënten met hoge zorgkosten gebruikmaken van meer typen behandeling, in meer sectoren en tegen gemiddeld hogere kosten dan andere patiënten. Een significant groter deel van de kosten wordt besteed aan intramuraal behandeling. Ongeveer 40 procent van de patiënten met hoge zorgkosten in de VS behoort meerdere jaren achtereen tot de top 5 procent (*persistent* hoge kosten patiënten). Dit zijn overwegend ouderen met functionele beperkingen die worden behandeld voor een aantal veelvoorkomende chronische aandoeningen.<sup>18</sup> Dit is de belangrijkste doelgroep voor kostenbeheersing omdat de effecten van een interventie hier meerdere jaren achtereen tot besparingen kunnen leiden.

In Nederland vonden wij een vergelijkbaar patroon. Ligdagen waren een belangrijke kostenpost bij de top 1 procent patiënten, die gemiddeld 22 dagen werden opgenomen in ziekenhuizen. De top 1 procent patiënten met ggz-kosten werd gemiddeld 55 dagen opgenomen in een ggz-kliniek (zie Tabel 18.1). Verder werden top 1 procent patiënten overwegend in meerdere ziekenhuizen behandeld, door gemiddeld 4,2 specialismen (let wel, dit kunnen veel meer personen zijn, wanneer bijvoorbeeld meerdere internist-oncologen betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt met borstkanker, mogelijk bijgestaan door internisten die gespecialiseerd zijn in onderliggende diabetes of nefroloog-internisten voor nierfalen).

#### **Kostbare behandelingen**

Opvallend is dat in geen van de door ons geraadpleegde studies naar patiënten met hoge zorgkosten is onderzocht wat de rol is van hoge prijzen ten opzichte van volume. Alleen Joynt meldt dat kostbare behandelingen als heupoperaties en het implanteren van pacemakers waarschijnlijk een belangrijkere oorzaak zijn van hoge zorgkosten dan (vermijdbare) heropnamen en bezoeken aan de eerste hulp waarop veel bezuinigingsbeleid op dit moment is gericht.<sup>14</sup> In Nederland ontving ongeveer eenderde van de patiënten met hoge zorgkosten ten minste één of meer kostbare behandelingen, waaronder dure geneesmiddelen of intensive care (24,6 procent had meer dan € 10.000 *add-on* kosten, zie Tabel 18.1), transplantatiegeneeskunde (3,7 procent), nierdialyse (6,1 procent) en andere dure verrichtingen (4,5 procent had declaraties met een prijs van meer dan € 30.000). Zowel dure geneesmiddelen als intensive care waren verantwoordelijk voor ongeveer 9 procent van de totale zorgkosten van de top 1 procent patiënten. Kostbare behandelingen bepalen dus maar voor een deel de scheve verdeling van de zorgkosten. De stapeling van kosten vanwege de behandeling van meer aandoeningen *per*

*patiënt* lijkt belangrijker. Gebruikers van kostbare behandelingen hadden daarnaast nog tal van andere behandelingen nodig.

#### 18.4 **Discussie: patiënten met hoge zorgkosten en kwaliteit van zorg; hoe de zorg te verbeteren?**

Patiënten met hoge zorgkosten verschillen van andere patiënten doordat zij in meer zorgsectoren door meer verschillende (typen) zorgverleners voor een gemiddeld hogere prijs worden behandeld. De zorg aan patiënten met hoge zorgkosten is vaak gefragmenteerd. Vrijwel elke onderzochte studie benoemt dit probleem en bespreekt mogelijkheden om de kwaliteit te verbeteren en kosten te besparen door de zorg beter te coördineren of te integreren.

Problemen ten gevolge van gefragmenteerde zorg kunnen verschillende vormen aannemen. Eerder gaven wij al verschillende voorbeelden van hierdoor veroorzaakte kwaliteitsproblemen. Dit betrof de interactie tussen behandelingen die mogelijk tegengesteld aan elkaar zijn (de behandeling voor ziekte A verstoort de behandeling voor ziekte B, of de combinatie van behandelingen leidt tot onveilige situaties), de gepastheid en de bepaling van het doel van kostbare behandelingen bij complexe kwetsbare patiënten, en slechte patiëntervaringen. In aanvulling hierop is in Nederland sprake van verschillende kwaliteitsproblemen, onder meer van gebrekkige communicatie zowel binnen ziekenhuizen als tussen ziekenhuizen en tussen de eerste, tweede en derde lijn.

Uit de International Health Policy Surveys van het Commonwealth Fund blijkt dat Nederland al jaren achterblijft ten opzichte van andere landen op het gebied van nazorg. In 2017 bijvoorbeeld, gaf slechts 52 procent van de respondenten aan dat het ziekenhuis bij ontslag iets had georganiseerd of geregeld zodat hij of zij nazorg zou krijgen van een dokter of een andere gezondheidsprofessional. Van de patiënten had 62 procent schriftelijke informatie ontvangen over wat zij na thuiskomst moesten doen en op welke symptomen zij moesten letten. Aan 65 procent van de patiënten werd na ontslag uit het ziekenhuis uitgelegd waarom zij medicijnen moesten innemen. Ook wordt in Nederland relatief weinig gebruikgemaakt van behandelplannen voor patiënten met chronische aandoeningen.<sup>21,22</sup>

In onze studie naar patiënten met hoge zorgkosten vonden wij dat de gebruikers van kostbare zorg ook nog tal van andere soorten zorg gebruikten. Dit suggereert dat ook hier integratie mogelijk en wenselijk is. Box 18.1 geeft hiervan een aantal prangende voorbeelden, waarin met name de vraag wordt gesteld of de zorgvorm wel effectief, passend of wenselijk is voor de patiënt. Er spelen ook andere kwaliteitsproblemen rond kostbare zorgvormen, bijvoorbeeld ten aanzien van de intensive care (IC). Van oudsher vormen intensive care-afdelingen aparte 'eilandjes' binnen de ziekenhuiszorg. Recent onderzoek toonde grote verschillen in kwaliteit van ontslagprocedures vanuit de IC en van verplaatsingen binnen het ziekenhuis van de ene naar de andere afdeling, met mogelijk onveilige situaties en vermijdbare zorgkosten ten gevolg.<sup>23</sup>

De zorg voor patiënten met hoge zorgkosten wordt door zowel patiënten als professionals als problematisch ervaren. Hiermee rijst de vraag wat er nodig is om deze zorg

te verbeteren. Zoals eerder vermeld, richten Amerikaanse initiatieven zich voornamelijk op ouderen met meerdere chronische aandoeningen. Box 18.2 biedt ter illustratie een beknopt overzicht van complexe case management modellen. De focus ligt hier op het verbeteren van de coördinatie en het management van de zorg voor patiënten met meerdere aandoeningen. De effectiviteit hiervan wordt echter in twijfel getrokken.<sup>24</sup> Dit komt onder meer doordat veel van deze interventies zich primair richten op ondergebruik van zorg (zoals een gebrek aan coördinatie en afstemming, slechte therapietrouw of onderdiagnose). Op deze manier probeert men elders vermijdbare zorgkosten te voorkomen. Sommige onderzoekers geloven hier niet in:

*‘The idea that less is more is a tough sell. The idea of care coordination slowing cost growth, on the other hand, supports the romantic notion that if we could do more for patients, savings would materialize. As health services and health economists research has shown, however, the only guaranteed outcome from doing more is that more is done.’*  
J. Michael McWilliams<sup>25</sup>

Ik vind McWilliams te cynisch. Omdat deze interventies zowel kwaliteitsverbetering als kostenbeheersing als doel hebben, is het niet voldoende om ze alleen te beoordelen op kostenreductie. Wanneer een interventie de kwaliteit van zorg tegen minimale kosten verhoogt, is dit zeer waardevol. Bovendien zijn er genoeg voorbeelden van interventies die de kosten voor patiënten met hoge zorgkosten daadwerkelijk hebben verminderd. Eén voorwaarde is dat zulke interventies zijn gericht op de juiste patiëntengroepen.<sup>26</sup> Een recente Amerikaanse studie vond dat participeren in een *accountable care organisation* en een *care management* programma (lees: integrale zorg) leidde tot minder zorgkosten. Hoe langer een patiënt participeerde, hoe groter de besparingen per tijdsperiode werden.<sup>27</sup> Al met al moeten de verwachtingen dus worden getemperd; het is niet realistisch om op korte termijn grote besparingen te verwachten in de zorg voor patiënten met hoge zorgkosten.<sup>8</sup>

Een belangrijke vraag is uiteraard in hoeverre de resultaten van Amerikaans onderzoek naar (interventies bij) patiënten met hoge zorgkosten naar Nederland zijn te generaliseren. Duidelijk is dat er op een aantal vlakken fundamentele verschillen zijn tussen het Nederlandse en het Amerikaanse stelsel. Hoewel wij vonden dat ook Nederlandse top 1 procent patiënten voor het overgrote deel één of meer chronische aandoeningen hebben, ligt het gemiddeld aantal chronische aandoeningen in Nederland lager dan in de VS.<sup>21,22</sup> Een ander kenmerkend verschil is dat wij in Nederland een sterke eerstelijnszorg kennen, met ook in de avond, de nacht en het weekend een goede bereikbaarheid door middel van huisartsenposten. Dure zorgvoorzieningen of operaties blijken in Nederland belangrijker dan mocht worden verwacht op basis van de Amerikaanse studies.

Tegelijkertijd zijn er ook veel overeenkomsten, waaronder de fragmentatie van de zorg. Ook Nederlandse ziekenhuizen zijn in onderling van elkaar gescheiden onderdelen georganiseerd, met als gevolg tal van schotten die een belemmering vormen voor goede zorgverlening. Zo heeft eenderde van alle patiënten met hartfalen ook diabetes

en eenderde ook COPD. Het omgekeerde is ook waar: eenderde van de patiënten met COPD wordt behandeld voor hartfalen. Het is niet goed voor te stellen dat deze kwetsbare, oudere patiënten geen baat zouden hebben bij behandeling in een *ambulatory intensive caring unit* (zie box 18.2). Dergelijke initiatieven komen in Nederland echter nog onvoldoende van de grond. Daarvoor zijn zowel de zorg als de financiering te veel ziektegericht. Door de bril van patiënten met hoge zorgkosten bezien is het trouwens opmerkelijk dat artsen zich steeds verder specialiseren. Hoewel dit in veel opzichten een goede zaak is, gaat het waarschijnlijk wel ten koste van de broodnodige integratie.

### Box 18.2 Een selectie van vormen van complex casemanagement

- **Health Plan Model.** Een verzekeraar heeft een care management team in dienst dat patiënten telefonisch begeleidt
- **Primary Care Model.** Het care management team is ingebed in een of meerdere huisartsenpraktijken, maar is in dienst van de verzekeraar of van een organisatie van aanbieders
- **A-ICU (Ambulatory Intensive Caring Unit) Model.** Complexe patiënten met hoge zorgkosten ontvangen al hun zorg vanuit een separate hoogrisicokliniek of van een hoogrisicoteam binnen een kliniek. De patiënten worden niet meer behandeld door huisartsen die zowel complexe als niet-complexe patiënten zien. Alle aandacht van de kliniek of het team is gericht op een beperkt aantal patiënten met hoge zorgkosten
- **Hospital Discharge Model.** Dit model richt zich op intensive care management tijdens de overgang van ziekenhuis naar thuissituatie (of huisarts). Idealiter wordt het care management in de thuissituatie (of elders na ontslag uit het ziekenhuis) vervolgd

Bron: Bodenheimer 2013.<sup>30</sup>

De afgelopen jaren zijn in de zorg verschillende samenwerkingsverbanden ontstaan. Het betrof primair de samenwerking tussen ziekenhuizen (horizontale netwerken), waarbij de belangen van de aanbieders en niet die van het gros van de patiënten die het overgrote deel van de zorg in de eigen regio genieten, voorop stonden. Belangrijk is dat ziekenhuizen zich veel sterker inzetten om ook regionale samenwerking (verticale netwerken) van de grond te krijgen.

Onze resultaten roepen de vraag op wie verantwoordelijk is voor het coördineren van de zorg voor complexe patiënten. Traditioneel is dit in Nederland de taak van huisartsen. Zij hebben ook de ambitie om deze rol (en de rol van 'gids') de komende jaren te versterken.<sup>28</sup> Ik betwijfel echter of dit haalbaar is, omdat het maar de vraag is of huisartsen hiertoe in staat zijn of worden gesteld. Dit soort zorg kost erg veel tijd, die er simpelweg niet is. Het is ook maar de vraag of huisartsen hun weg in het ziekenhuis als 'gids' voor de patiënt wel weten te vinden. Wij vonden in de eerder genoemde International Health Policy Survey dat er veel valt te verbeteren in de coördinatiefunctie van huisartsen. Van alle patiënten die aangaven hulp nodig te hebben bij het coördineren van hun zorg, werd slechts 69 procent hierin altijd of vaak ondersteund door de huisarts of iemand uit de huisartsenpraktijk. Negen van de tien andere onderzochte landen scoorden op dit punt hoger dan Nederland. Mijn inschatting is dat de expertise van huisartsen onderling te grote verschillen vertoont om van hen een centrale rol in de zorg voor deze diverse en complexe groep patiënten

te kunnen verwachten. Eerder onderzoek liet al zien dat de poortwachtersfunctie van de huisarts onder druk staat.<sup>29</sup>

Ik voorzie voor huisartsen primair een rol *stepped down*, om voor patiënten na hun ontslag uit het ziekenhuis goede nazorg te organiseren en te verstrekken, en om de patiënt in zijn of haar thuissituatie te ondersteunen. In het eerder benoemde verticale netwerk zorgt de huisarts op dit punt voor een goede afstemming met de behandelend artsen in het ziekenhuis. Hiermee resteert wel de vraag in hoeverre de zorg voor complexe patiënten *binnen het ziekenhuis* verder gecoördineerd dient te worden, bijvoorbeeld door generalisten of poortwachterspecialisten binnen het ziekenhuis.

Een belangrijke bevinding is dat niet alle patiënten met hoge zorgkosten op elkaar lijken. Het verdient daarom aanbeveling om subpopulaties te onderscheiden met min of meer homogene karakteristieken, zorgbehoeften en gedrag, zodat op basis hiervan gericht verbeterinitiatieven kunnen worden gestart. Onze databaseanalyse is een goed voorbeeld van onderscheid op macroniveau, maar biedt ook mogelijkheden voor het mesoniveau (dergelijke analyses kunnen bijvoorbeeld ketenzorg voor diabetes informeren: wat is het zorggebruik van patiënten met diabetes?) en het microniveau (het identificeren van hoogrisicopatiënten). De toegevoegde waarde van segmentatie in subpopulaties is tweeledig: allereerst biedt dit hulp bij het identificeren van doelpopulaties en ten tweede biedt het inzicht in de karakteristieken en het zorggebruik van deze subpopulaties. Ggz-patiënten met hoge zorgkosten zijn hiervan een goed voorbeeld. Hun somatische zorggebruik is hoog, ongeveer 80 procent werd gedurende het jaar in een algemeen ziekenhuis behandeld, een kwart werd opgenomen. Een belangrijke beperking is dat tot op heden vrijwel niemand in Nederland een compleet inzicht heeft in het zorggebruik van individuen – patiënten zelf ook niet. Alleen zorgverzekeraars beschikken over deze informatie, zij het met grote vertraging, en het is maar de vraag of zij in de positie verkeren om het hier besproken onderwerp op te pakken.

De toegevoegde waarde van de hogekostenbenadering is meervoudig. Het uitgangspunt moet een zo breed mogelijke analyse zijn van de zorgbehoeften van de ziekste patiënten. De ervaring leert dat informatie hierover bij de meeste beleidsmakers of professionals in de zorg onbekend is of de afgelopen jaren geen aandacht heeft gekregen. Op basis van inzicht in deze zorgbehoeften kunnen deelonderwerpen voor beleid worden gekozen of kan algemeen beleid worden ontwikkeld. Wij hebben ervaren dat zulke analyses kunnen leiden tot inzicht in verschillende *inconvenient truths*: bevindingen waarvan men weet dat ze waar en belangrijk zijn, maar die gaan over problemen waarvoor niet direct een panklare oplossing voorhanden is. In de volgende paragraaf bespreken wij enkele oplossingsrichtingen waarvan wij denken dat deze de zorg voor patiënten met hoge zorgkosten kunnen verbeteren.

## 18.5 Conclusie

Een strategie gericht op patiënten met hoge zorgkosten veronderstelt kostenbeheersingmaatregelen die ook de kwaliteit van de zorg verbeteren. Dat betekent dat het gaat om maatregelen die persoonsgericht zijn en die recht doen aan de integrale zorgbehoeften van complexe patiënten. Een deel van de hieronder gepresenteerde richtingen

is nieuw, een deel bouwt voort op al lopende initiatieven die kunnen worden versneld of uitgebreid.

### 18.5.1

#### Macro

- **De informatievoorziening dient verbeterd te worden**, zodat behandelaars een compleet inzicht kunnen krijgen in het zorggebruik en het medisch dossier van patiënten. Op korte termijn is hiervoor vereist dat regionale ICT-systemen goed op elkaar aansluiten en met elkaar communiceren, op langere termijn zou een landelijk elektronisch patiëntendossier of persoonlijke gezondheidsomgeving hierin kunnen voorzien. De faciliteiten moeten ook ruimte bieden voor het perspectief van de patiënt op zijn of haar leven en zorgplan.
- **Van horizontale netwerken naar verticale netwerken.** Het is van belang dat er veel meer aandacht komt voor regionale afstemming en voor afspraken tussen de verschillende niveaus, zoals UMC's of topklinische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, de eerste lijn en het sociale domein. Dit vraagt om sturing vanuit zorgverzekeraars die hierin een belangrijke bemiddelende rol kunnen spelen.
- **Landelijk moet er meer aandacht komen voor het thema multimorbiditeit (het hebben van meerdere aandoeningen).** Ter ondersteuning van huisartsen (die te druk zijn en onvoldoende kennis hebben) en klinisch geriateren (specialisten van ouderen en geriatrische syndromen, niet alleen multimorbiditeit) dienen meer generalisten te worden opgeleid, bijvoorbeeld ziekenhuisartsen of multimorbiditeitsdokters. Ook moet er meer aandacht komen voor multimorbiditeit in nieuwe (of updates van) richtlijnen. Daarnaast kan er een aparte multimorbiditeitrichtlijn worden ontwikkeld voor ziekenhuisartsen, conform de richtlijn in de Britse National Health Service. Zo'n richtlijn biedt artsen de mogelijkheid om, indien nodig, af te wijken van de aanbevelingen in ziektespecifieke richtlijnen.

### 18.5.2

#### Meso

- **De indicatiestelling voor ingrijpende of kostbare ingrepen of dure geneesmiddelen kan strakker worden geborgd, en dat niet alleen bij ouderen.** Hiervoor bestaan meerdere opties, waaronder multidisciplinaire besluitvorming. Een strakkere borging moet helpen voorkomen dat 'de randen van de indicatie worden opgezocht' of dat de zorg niet overeenstemt met de voorkeuren van de patiënt. Alternatieven voor multidisciplinaire besluitvorming, zoals het weghalen van de indicatiestelling bij de operateur of het vooraf toestemming verlenen voor een behandeling door de verzekeraar (*prior authorization*), botsen met de professionele autonomie van artsen. Onderzocht moet worden in hoeverre deze maatregelen kunnen bijdragen aan het betaalbaar houden van de zorg.
- **Individuele zorgaanbieders als huisartsen en ziekenhuizen (of hun afdelingen) kunnen zelf het initiatief nemen om hun populatie patiënten met hoge zorgkosten te analyseren en onder te verdelen in subgroepen voor beleidsvorming.** Een analyse op basis van declaratiegegevens volstaat hiervoor. Dit kan echter ook *bottom-up*, door het uitvoeren van de *5x5x5-methode*. Die houdt in dat een aanbieder vijf willekeurige patiënten met hoge zorgkosten (de kosten worden

zo breed mogelijk vastgesteld) selecteert. Vervolgens wordt per patiënt zo integraal (vanuit meerdere invalshoeken, met alle behandelende professionals, de patiënt zelf en diens mantelzorger) en nauwkeurig mogelijk vastgesteld hoe diens zorgtraject eruit heeft gezien, wat goed is gegaan en wat beter had gekund. Op basis van een analyse van de vijf casussen worden gedeelde problemen gesignaleerd en kunnen verbetermaatregelen worden genomen. Na verloop van tijd kan het project worden herhaald, maar dan voor 25 patiënten, en later voor 125 patiënten.

- **Er dient meer geëxperimenteerd te worden met integrale zorgmodellen, ook in ziekenhuizen.** Op verschillende manieren is of wordt in Nederland geëxperimenteerd met integrale zorgmodellen.<sup>31,32</sup> Deze initiatieven kunnen echter worden versneld en opgeschaald, want de rol van de ziekenhuiszorg erin is vooralsnog onderbelicht. Onderzocht moet worden in hoeverre integrale zorgmodellen binnen het ziekenhuis (of met het ziekenhuis als centraal punt, zoals in het geval van de *ambulatory intensive care unit* uit box 18.2), kunnen bijdragen aan het betaalbaar houden van de zorg. Onze bevindingen suggereren dat ernaar moet worden gestreefd om de zorg voor bepaalde primaire aandoeningen te integreren met de zorg voor secundaire aandoeningen die nauw met de primaire aandoening samenhangen, of er frequent samen mee voorkomen, in specifieke zorgpaden.
- **Er dient meer aandacht te komen voor goede nazorg van ziekenhuispatiënten.** Vooralsnog ontbreekt het hier soms aan, onder meer omdat niet duidelijk is wie de verantwoordelijkheid ervoor draagt. Huisartsen spelen bij deze patiënten primair een rol *stepped down*, bij het organiseren en verstrekken van goede nazorg na ontslag uit het ziekenhuis.
- **Huisartsen en specialisten dienen beter te worden opgeleid voor de behandeling van complexe patiënten.** De ‘Ariadne principes’ en de principes van *collaborative goal setting* en *shared decision making* zijn hierin leidend. In de zorg voor kwetsbare patiënten komen onherroepelijk vragen aan de orde met betrekking tot het regiehouderschap en de onderlinge verdeling van verantwoordelijkheden. Het is van belang dat er goede procesafspraken worden gemaakt over hoe te handelen bij patiënten die door meerdere professionals worden behandeld. Dat betekent dat het nodig is om elkaar veel beter te informeren en om, waar nodig, meer onderling te overleggen.

## Referenties

- 1 <http://ellawest.com/?p=5777>
- 2 C. Schoen, R. Osborn, D. Squires en M.M. Doty, ‘Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries’, *Health Affairs (Millwood)*, 2013;32(12):2205-15.
- 3 Nederlandse Zorgautoriteit, *NZa tariefapplicatie*. <<http://dbc-zorgproducten-tarieven.nza.nl/nzaZpTarief/Welkom.aspx>>; 2017.
- 4 Skipr, *Kosten dure geneesmiddelen stijgen jaarlijks met 100 miljoen*, 2017.



- 5 M.J. van der Aa, J.R. van den Broeke, K. Stronks en T. Plochg, 'Patients with multimorbidity and their experiences with the healthcare process: a scoping review', *Journal of Comorbidity*, 2017;7(1):11-21.
- 6 A. Gawande, *The hot spotters*, *The New Yorker*, 2011.
- 7 D. Blumenthal, B. Chernof, T. Fulmer, J. Lumpkin en J. Selberg, 'Caring for High-Need, High-Cost Patients – An Urgent Priority', *The New England Journal of Medicine*, 2016;375(10):909-11.
- 8 B. Vrijhoef en R. Thorlby, *Developing care for a changing population: supporting patients with costly, complex needs*, Londen: Nuffield Trust, 2016.
- 9 A.C. Tricco, J. Antony, N.M. Ivers, H.M. Ashoor, P.A. Khan, E. Blondal, M. Ghassemi, H. Macdonald, M.H. Chen, L.K. Ezer en S.E. Straus, 'Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis', *Canadian Medical Association Journal*, 2014;186(15):E568-78.
- 10 R.M. Andersen, 'Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?', *Journal of Health and Social Behavior*, 1995;36(1):1-10.
- 11 G.F. Kominski, *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*, San Fransisco: Wiley, 2014.
- 12 C. de Oliveira, J. Cheng, S. Vigod, J. Rehm en P. Kurdyak, 'Patients With High Mental Health Costs Incur Over 30 Percent More Costs Than Other High-Cost Patients', *Health Affairs (Millwood)*, 2016;35(1):36-43.
- 13 L.C. Rosella, T. Fitzpatrick, W.P. Wodchis, A. Calzavara, H. Manson en V. Goel, 'High-cost health care users in Ontario, Canada: demographic, socio-economic, and health status characteristics', *BMC Health Services Research*, 2014;14:532.
- 14 K.E. Joynt, A.A. Gawande, E.J. Orav en A.K. Jha, 'Contribution of preventable acute care spending to total spending for high-cost Medicare patients', *Journal of the American Medical Association*, 2013;309(24):2572-78.
- 15 J.D. Reschovsky, J. Hadley, C.B. Saiontz-Martinez en E.R. Boukus, 'Following the money: factors associated with the cost of treating high-cost Medicare beneficiaries', *Health Services Research*, 2011;46(4):997-1021.
- 16 R. Reid, R. Evans, M. Barer, S. Sheps, K. Kerluke, K. Mcgrail, C. Hertzman en N. Pagliccia, 'Conspicuous consumption: characterizing high users of physician services in one Canadian province', *Journal of Health Services Research & Policy*, 2003;8(4):215-24.
- 17 T. Lehnert, D. Heider, H. Leicht, S. Heinrich, S. Corrieri, M. Luppa, S. Riedel-Heller en H.H. Konig, 'Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions', *Medical Care Research and Review*, 2011;68(4):387-420.
- 18 M.D. Aldridge en A.S. Kelley, 'The Myth Regarding the High Cost of End-of-Life Care', *American Journal of Public Health*, 2015;105(12):2411-15.
- 19 N.V.V. Heelkunde, *Diagnostiek en behandeling van het aneurysma van de abdominale aorta*, Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2009.

- 20 Y. Schoon, P. Kievit, M. Olde Rikkert en M. de Boer, 'Niet elke oudere heeft baat bij nieuwe hartklep', *Medisch Contact*, 2015;70(49):2377-79.
- 21 P. van der Wees, J.J.G. Wammes en G.P. Westert, *International Health Policy Survey 2016. Onderzoek onder volwassen burgers in 11 landen*, Nijmegen: Scientific Center for Quality in Healthcare, 2017.
- 22 J.J.G. Wammes, P. van der Wees en G.P. Westert, *International Health Policy Survey 2017. Onderzoek onder 65-plussers in 11 landen*, Nijmegen: Scientific Center for Quality in Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc, 2017.
- 23 N. van Sluisveld, *The ICU discharge process. Making the connection between ICU and ward*, PhD thesis, Nijmegen: Radboudumc, 2017.
- 24 J.M. McWilliams en A.L. Schwartz, 'Focusing on High-Cost Patients – The Key to Addressing High Costs?', *The New England Journal of Medicine*, 2017;376(9):807-09.
- 25 J.M. McWilliams, 'Cost Containment and the Tale of Care Coordination', *The New England Journal of Medicine*, 2016;375(23):2218-20.
- 26 R.S. Brown, D. Peikes, G. Peterson, J. Schore en C.M. Razafindrakoto, 'Six features of Medicare coordinated care demonstration programs that cut hospital admissions of high-risk patients', *Health Affairs (Millwood)*, 2012;31(6):1156-66.
- 27 J. Hsu, M. Price, C. Vogeli, R. Brand, M.E. Chernew, S.K. Chaguturu, E. Weil en T.G. Ferris, 'Bending The Spending Curve By Altering Care Delivery Patterns: The Role Of Care Management Within A Pioneer ACO', *Health Affairs (Millwood)*, 2017;36(5):876-84.
- 28 NHG en LHV, *Toekomstvisie huisartsenzorg 2022*, Utrecht: NHG/LHV, 2012.
- 29 J.J. Wammes, P.P. Jeurissen, L.M. Verhoef, W.J. Assendelft, G.P. Westert en M.J. Faber, 'Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners', *Family Practice* 2014;31(5):538-44.
- 30 T. Bodenheimer, *Strategies to Reduce Costs and Improve Care for High-Utilizing Medicaid Patients: Reflections on Pioneering Programs*, San Fransisco: Centre for Health Care Strategies, 2013.
- 31 Selfie 2020. *Sustainable Integrated Care Models For Multimorbidity Delivery Financing and Performance*, www.selfie2020.eu; 2017.
- 32 M. Rijken, A. Hujala, E. van Ginneken, M.G. Melchiorre, P. Groenewegen en F. Schellevis, 'Managing multimorbidity: Profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe', *Health Policy*, 2018;122(1):44-52.
- 33 J.J.G. Wammes, M. Tanke, W. Jonkers, G.P. Westert, P. van der Wees en P.P. Jeurissen, 'Characteristics and healthcare utilisation patterns of high-cost beneficiaries in the Netherlands: a cross-sectional claims database study', *BMJ Open*, 2017;7(11):e017775.



## 19. Betaalbaarheid en bekostiging van curatieve zorg: combinaties van bekostigingsvormen en kwaliteitsmeting

Floris Vlaanderen en Ab Klink

### Kernboodschappen

- In veel landen komt de betaling van de zorg in essentie nog steeds neer op betaling per verrichting. Dit model heeft belangrijke nadelen, zoals een prikkel tot overproductie en het ontbreken van een prikkel tot kwaliteitsverbetering. Om die reden wordt gezocht naar alternatieve betalingssystemen
- Er is geen enkel financierings- of bekostigingsmodel denkbaar dat alle doelen van goede zorgverlening in zich verenigt. Ook bekostiging primair op basis van gezondheidswinst is in de praktijk niet mogelijk
- Bij integrale bekostiging heeft de betaling niet per verrichting plaats maar per zorgbundel, dat wil zeggen voor het hele (multidisciplinaire) behandeltraject van een aandoening. Deze vorm van bekostiging helpt financiële schotten tussen zorgsectoren te overbruggen of weg te nemen, wat kan leiden tot betere samenwerking, doelmatiger zorg en lagere zorgkosten. De volume prikkel van betalen per verrichting blijft echter bestaan. Integrale bekostiging werkt tevens monopolievorming in de hand
- Populatiebekostiging is een ziekte-overstijgende en multidisciplinaire vorm van bekostiging van afgebakende zorgvormen voor afgebakende populaties. Dit model bevat prikkels voor kostenbeheersing, coördinatie, innovatie en preventie. Het belangrijkste nadeel is de concentratie van marktmacht. Daarnaast vergt het model goede afspraken over de verdeling van de budgetten
- Bij betaling voor kwaliteit worden financiële prikkels gekoppeld aan structuur- en procesindicatoren voor de kwaliteit van de zorg. Deze indicatoren hoeven echter geen verband te houden met de gezondheid van de populatie. Ook bestaat de kans dat aanbieders gaan *gamen*, in het bijzonder door risicoselectie toe te passen. Een speciale vorm van betalen voor kwaliteit is uitkomstbekostiging. In dit model worden financiële prikkels gekoppeld aan het resultaat van een behandeling. Uitkomstbekostiging, gecombineerd met een globaal budget, lijkt qua kwaliteit en kosten de beste resultaten op te leveren

### 19.1 Inleiding

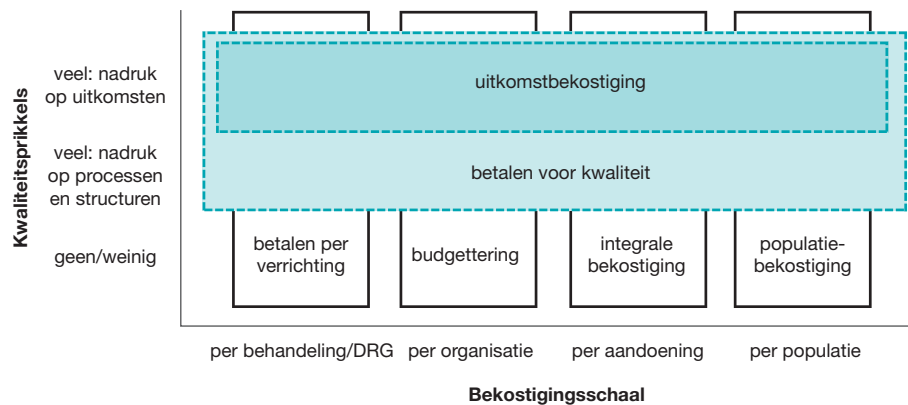
In veel landen wordt de (curatieve) gezondheidszorg per verrichting bekostigd. In een dergelijk *fee for service* systeem declareert een zorgverlener de verleende zorg bij een verzekeraar of een andere publieke dan wel private *third party*. In dit bekostigingsmodel schuilt een belangrijke volume prikkel: een zorgverlener krijgt immers ‘per eenheid zorg’ betaald, waardoor hij of zij er baat bij heeft zo veel mogelijk zorg te leveren. Deze prikkel moet de productiviteit van zorgverleners stimuleren, waardoor wachtlijsten voorkomen worden.

Volumeprikkels kunnen echter ook leiden tot een onnodige toename in zorggebruik en daarmee tot stijgende zorgkosten.<sup>1,2</sup> Daarnaast ontbreekt een prikkel om kwaliteit

te leveren. Om deze problemen te ondervangen, is de laatste twintig jaar veel energie gestoken in het ontwerpen van alternatieve bekostigingsmodellen. Voorbeelden zijn integrale bekostiging, populatiebekostiging, ‘betalen voor kwaliteit’, en zeer recentelijk uitkomstbekostiging.

In dit hoofdstuk bespreken we deze bekostigingssystemen. Bij elke vorm wordt uitgelegd hoe de bekostiging is ingericht en welk conceptueel kader eraan ten grondslag ligt. Centraal staat daarbij Figuur 19.1. Hierin maken we per bekostigingsmodel zichtbaar wat er precies wordt bekostigd en welke kwaliteitsprikkel is ingebouwd. Ook beschrijven we de effecten op de betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg en presenteren we enkele praktijkvoorbeelden. De samenvattende paragraaf bevat de belangrijkste conclusies en aanbevelingen over manieren om te stimuleren dat de zorg betaalbaar blijft. Omwille van de duidelijkheid en vanwege de complexiteit van de materie, zullen we ons in dit hoofdstuk hoofdzakelijk beperken tot de situatie in de curatieve zorg, en daarbinnen met name tot de zorg in ziekenhuizen.

**Figuur 19.1** Indeling van besproken bekostigingsmodellen op basis van kwaliteitsmeting en bekostigingsschaal



## 19.2 Betalen per verrichting

In veel landen krijgen zorgverleners per behandeling betaald. Deze manier van betalen heet in de internationale literatuur *fee-for-service*, in het Nederlands vertaald als ‘betalen per verrichting’. Het model is in de kern eenvoudig: een zorgaanbieder verleent een bepaalde dienst en brengt deze vervolgens in rekening bij de patiënt, diens verzekeraar of een andere betalende instantie (*third-party*). Doorgaans bevat dit model geen specifieke kwaliteitsprikkel (zie Figuur 19.1).

Betalen per verrichting is zo oud als de zorgverlening zelf. Dat betalen per verrichting in sommige gevallen nadelige effecten heeft, is ook al lang bekend. Zo maakten steensnijders (middeleeuwse chirurgijnen die nier- en blaasstenen operatief verwijderden) zich vaak na het ontvangen van hun bezoldiging uit de voeten voordat de medische complicaties van hun behandeling optraden.<sup>3</sup>

Ook de WHO<sup>4</sup> concludeert dat betalen per verrichting stevige prikkels tot overproductie bevat, zeker als de patiënt niet zelf de kosten van zijn behandeling betaalt. Maar als patiënten wel zelf de kosten moeten opbrengen, kan betalen per verrichting gemakkelijk onderproductie en zorgmijding tot gevolg hebben. Het WHO-rapport adviseert daarom overheden en zorgverzekeraars maatregelen te nemen om volumeprikkels tegen te gaan, of om op zijn minst het zorggebruik te monitoren, met het oog op het risico van overproductie. Met deze maatregelen zijn vanwege implementatiekosten en investeringen in menskracht en infrastructuur echter ook weer uitgaven gemoeid.

In Nederland is het model van betalen per verrichting begin jaren tachtig geleidelijk vervangen door een budgetmodel. Sluitstuk was de lumpsumregeling voor medisch specialisten uit 1995. Specialisten kregen niet langer per verrichting betaald, maar ontvingen jaarlijks een vast budget ongeacht het aantal verrichtingen dat zij uitvoerden. Door de betaling los te koppelen van het aantal medische handelingen, probeerde de overheid de overproductie tegen te gaan en de stijgende zorgkosten aan banden te leggen.<sup>5</sup>

Al snel bleek echter dat betaling per verrichting niet uitsluitend nadelen kende, want door de verminderde productieprikkel ontstonden er nu wachtlijsten in de ziekenhuizen. Per 1 januari 2005 werd daarom teruggegrepen op een model dat in zijn kern berust op betalen per verrichting: de diagnosebehandelcombinatie(DBC)-systematiek.

In het DBC-systeem staat elke DBC voor een zorgtraject in het ziekenhuis. Zoals de naam al zegt, omvat een DBC alle medisch-specialistische verrichtingen – vanaf het diagnosticeren tot aan het behandelen – die voortkomen uit een bepaalde zorgvraag. Na afloop wordt de DBC gedeclareerd bij de verzekeraar van de patiënt. Vooraf hebben ziekenhuis en verzekeraar een bepaald tarief voor elke DBC afgesproken. Per ziekenhuisbezoek kan sprake zijn van meerdere DBC's en ook de poliklinische zorg is in dit systeem ondergebracht. Deze manier van geïntegreerd betalen is in de Verenigde Staten ontwikkeld en wordt internationaal een *diagnosis related group* (DRG) genoemd. Het is een ingenieus systeem omdat het deactiviteiten bundelt en daaraan een prijskaartje hangt. In feite wordt er dus niet meer betaald per verrichting maar per behandeling.

De DRG-systematiek is in allerlei varianten in bijna alle westerse landen ingevoerd. Het systeem berust op de veronderstelling dat het de efficiëntie en de samenwerking in de zorgverlening stimuleert. Het nodigt uit tot een terughoudende inzet van diagnostiek en medische interventies *binnen* een DBC. Zo maakt een ziekenhuis immers minder kosten, terwijl de vergoeding gelijkblijft. De volumeprikkel blijft echter bestaan: meer DBC's declareren levert het ziekenhuis meer inkomsten op.

Niet iedere patiënt met dezelfde zorgvraag heeft dezelfde behandeling nodig: de diagnostiek of de behandeling van bijvoorbeeld een 30-jarige man kan om allerlei redenen verschillen van die van een 80-jarige vrouw, ook al hebben beiden dezelfde aandoening. Hierdoor waren er aanvankelijk zeer veel DBC's: meer dan 30.000. Dit leidde tot hoge transactiekosten. Al gauw zagen ziekenhuizen en verzekeraars door de bomen het bos niet meer. Om hier wat aan te doen is het DBC-systeem in 2012 omgevormd tot het DOT-systeem, waarbij de afkorting 'DOT' staat voor 'DBC op weg naar

transparantie'. In het kader van deze omvorming zijn de 30.000 DBC's in 2012 vervangen door circa 4400 DOT's.

Door de invoering van het DBC- en het DOT-systeem zijn de wachtlijsten in de Nederlandse ziekenhuiszorg inderdaad afgenomen, maar de nadelen van betalen per verrichting (zoals overproductie en een beperkte kwaliteitsprikkel) lijken erdoor teruggekeerd. Dat de volumes toch niet erg zijn gestegen, komt mogelijk doordat de Hoofdlijnenakkoorden tussen overheid en zorgveld dit nadeel enigszins hebben ondervangen. Het valt ook niet uit te sluiten dat de pas op de plaats in de volumeontwikkeling te maken heeft met meer factoren, waaronder de laagconjunctuur (zie onder andere hoofdstuk 4).

### 19.3 Budgettering

Naast betalen per verrichting is budgettering een ander klassiek bekostigingsmodel in de gezondheidszorg. In dit model wordt aan een organisatie, een instelling of een andere entiteit vooraf een vast budget toegekend (zie Figuur 19.1). Alle door deze entiteit geleverde zorg wordt bekostigd uit dit budget. Budgettering wordt veel toegepast in de langdurige zorg, maar ook in de curatieve zorg komt deze bekostigingsvorm voor. Een bekend voorbeeld is de in het begin van de jaren tachtig geïntroduceerde ziekenhuisbudgettering (zie hoofdstuk 3). Hierbij ontvangt elk ziekenhuis een vast budget voor de zorgverlening (zie ook de lumpsumregeling zoals besproken in paragraaf 19.2).

Ten opzichte van betalen per verrichting heeft budgettering voor- en nadelen. Een voordeel van een vast budget is de afwezigheid van een productieprikkel, maar hier staat een mogelijk uithollend effect op de kwaliteit van de zorg tegenover. Er is eerder sprake van een prikkel tot onderproductie: hoe minder verrichtingen een zorgaanbieder uitvoert, des te meer geld blijft er over. Door onderproductie kunnen echter wachtlijsten ontstaan. Om dit te voorkomen wordt in sommige budgetteringsmodellen het resterende deel van het budget teruggevorderd of vertaald in een lager budget voor het volgende jaar. Maar dit kan voor de zorgaanbieder weer aanleiding zijn om het toegekende budget op een al dan niet doelmatige manier op te maken. In feite is er dus sprake van een prikkel om meer patiënten te behandelen, tot het budgetplafond is bereikt (overinclusie).

De kunst bij budgettering is om een balans te vinden tussen deze tegengestelde prikkels. Om die reden wordt budgettering tegenwoordig vaak gecombineerd met een *shared savings* model. Dit model houdt in dat eventuele overschotten zowel ten goede komen aan de zorgaanbieder (zorgverlener) als aan de zorgverzekeraar of andere betalende partij. Soms wordt ook het omgekeerde afgesproken: eventuele overschrijdingen komen dan ten laste van beide partijen. Als zorgaanbieders geen risico's lopen bij overschrijdingen binnen een *shared savings* model, is er sprake van een *upside risk*. Dragen ze wel risico voor overschrijdingen, dan spreekt men van een *downside risk*.

Tegenwoordig wordt budgettering vaak toegepast in combinatie met een ander bekostigingssysteem. Een voorbeeld is de Nederlandse huisartsenzorg: huisartsen ontvangen per ingeschreven patiënt een vast inschrijftarief, maar declareren daarnaast ook per verrichting. Bovendien bestaan er aparte tarieven voor ketenzorg en voor specifieke innovaties, zoals teleconsulten.

## 19.4 Integrale bekostiging

Door de voortschrijdende ontwikkeling en specialisatie in de zorg en als gevolg van de toename van het aantal patiënten met meer dan één chronische aandoening, is de bekostigingssystematiek versnipperd geraakt. De eerstelijnszorg, de tweedelijnszorg, de langdurige zorg, de geestelijke gezondheidszorg en de thuiszorg hebben anno 2018 alle met verschillende manieren van bekostiging te maken. Deze versnippering belemmert in sommige gevallen de samenwerking en de doelmatigheid en vormt daarmee ook een probleem voor de betaalbaarheid.

Een mogelijke oplossing vormt de introductie van één tarief voor een geheel (multidisciplinair) behandeltraject. De veronderstelling is dat financiële schotten tussen de verschillende sectoren op deze manier worden overbrugd, waardoor betere samenwerking, doelmatiger zorg en lagere zorgkosten worden bevorderd. Een dergelijk model wordt integrale bekostiging (of in het Engels: *bundled payments*) genoemd: de bekostiging vindt niet langer plaats per verrichting, behandeling of instelling, maar per aandoening per patiënt (ofwel: per bundel van zorgactiviteiten, zie Figuur 19.1).<sup>6</sup>

In Nederland zijn in 2010 op deelterreinen vormen van integrale bekostiging ingevoerd, namelijk voor patiënten met diabetes mellitus en COPD en in het kader van cardiovasculair risicomangement. Het doel was deze patiënten meer samenhangende zorg te bieden. Dit zou moeten resulteren in betere en goedkopere zorg, omdat meer patiënten in de eerste lijn kunnen worden behandeld. Er kwam in de genoemde gevallen daarom één DBC voor een hele ‘zorgketen’: de zogenaamde keten-DBC.

Deze vormen van integrale bekostiging zijn uitgebreid geëvalueerd.<sup>7,8</sup> In het geval van diabeteszorg heeft integrale bekostiging geleid tot een netwerk van zorggroepen waarbinnen huisartsen multidisciplinair samenwerken met onder anderen praktijkondersteuners, diëtisten, fysiotherapeuten, podotherapeuten, internisten en oogartsen. Voor COPD en vasculair risicomangement is dit in mindere mate het geval. De evaluaties laten kleine maar waarneembare positieve effecten zien op de kwaliteit van de zorg voor diabetespatiënten. Of integrale bekostiging ook op de kwaliteit van de zorg voor andere groepen een positief effect heeft, is onduidelijk. Wel blijkt bij diabetespatiënten substitutie van de tweede naar de eerste lijn te hebben plaatsgevonden: minder patiënten kwamen in het ziekenhuis terecht. De integrale bekostiging had dus een positief effect op de betaalbaarheid van de diabeteszorg.

Toch kan integrale bekostiging ook nadelig uitpakken voor de betaalbaarheid. Dit is het geval als de vrijgekomen capaciteit bij ziekenhuizen of ggz-instellingen met andere verrichtingen wordt ‘opgevuld’. Men moet alert zijn op dit ‘opvul-effect’, omdat het resulteert in een toename van de totale kosten.

Integrale bekostiging biedt bovendien niet altijd een antwoord op het vraagstuk van volumeprikkels. Deze prikkels zijn er nog steeds. Vooral het opnemen van ‘lichte’ patiëntgroepen in een bundel van integrale bekostiging kan een lucratieve strategie zijn voor zorgaanbieders. Daarbij komt dat door de noodzakelijke intensieve samenwerking tussen zorgverleners een groter risico bestaat op concentratie van marktmacht bij zorgaanbieders. Een geïntegreerd zorgtraject bestaand uit verschillende aanbieders kan immers steeds meer gaan functioneren als één organisatie. Bij de zorggroepen van



huisartsen blijkt dit voor het overgrote deel van de ketenzorg inderdaad het geval te zijn. Er kan zo de facto een monopolist ontstaan die nog steeds een volumeprikkel ondervindt, maar door zijn marktmacht nog moeilijker dan voorheen valt te corrigeren.

## 19.5 Populatiebekostiging

Populatiebekostiging is een ziekte-overstijgende, multidisciplinaire vorm van bekostiging van afgebakende zorgvormen voor afgebakende populaties.<sup>6</sup> Per regio, organisatie of patiëntengroep wordt een bedrag afgesproken voor de zorg aan de betreffende populatie (zie Figuur 19.1). Dit kan een geografische populatie zijn (bijvoorbeeld alle inwoners van de stad Nijmegen), maar ook een verzekerdenpopulatie of een bepaalde patiëntenpopulatie (bijvoorbeeld diabetespatiënten). Feitelijk betreft het hier een soort uitbreiding van de integrale bekostiging waarbij de inhoud van de bundel veel breder is. Waar bij integrale bekostiging wordt gerekend met een vast tarief voor één zorgtraject, wordt bij populatiebekostiging één tarief gehanteerd per inwoner van een regio, per verzekerde bij een maatschappij, of per patiënt met een bepaalde aandoening.

Populatiebekostiging heeft afhankelijk van de vormgeving voor- en nadelen. Ten opzichte van de betaling per verrichting en de integrale bekostiging biedt het bepaalde voordelen. De volumeprikkel is verdwenen, waardoor kostenbeheersing wordt gestimuleerd. Wanneer een persoon uit de populatie zorg afneemt in verschillende sectoren (bijvoorbeeld in de eerste- of tweedelijns of in de langdurige zorg) kan dat een stimulans zijn voor coördinatie, samenwerking en doelmatige substitutie van zorg. Daarnaast is er een prikkel tot preventie en innovatie. Daar staat tegenover dat populatiebekostiging net als integrale bekostiging het ontstaan van monopolies kan stimuleren. Er is immers behoefte aan een coördinerende aanbieder (hoofdaannemer) die een betrekkelijk groot aantal onderaannemers aanstuurt en betaalt. Kortom: populatiebekostiging leidt op het niveau van de organisatie of het netwerk van organisaties tot allerlei bestuurlijke vraagstukken, met inbegrip van de interne wijze van verrekenen en de daarmee gemoeide gedragseffecten.

Daarnaast roept populatiebekostiging dezelfde vragen op als budgettering: de prikkel tot besparing kan de kwaliteit uithollen en de productiviteit doen afnemen, met mogelijke wachtlijsten tot gevolg. Door toepassing van een *shared savings* model zijn dergelijke nadelen te ondervangen. Er bestaat dan nog steeds een doelmatigheidsprikkel door productiebeperking en doelmatigheid, maar de prikkel tot onderproductie en uitholling van de kwaliteit is minder sterk. Wordt er gekozen voor een abonnementstarief per deelnemende patiënt, dan blijft het risico van overinclusie bestaan.

Gegeven de complexiteit van de organisatie van de zorg en de interne financieringssystematiek, is populatiebekostiging kansrijker naarmate de contracttermijnen langer zijn. Een voorbeeld is het Duitse *Gesundes Kinzigital* model. Dit model is in 2005 in het zuidwesten van Duitsland ingevoerd. Doel was om de zorguitkomsten voor de relatief ongezonde bevolking van het Kinzigital te verbeteren door multidisciplinaire samenwerking en preventie. Hierdoor zou op de korte (door verbeterde coördinatie en efficiëntie) en lange termijn (door preventie) ook een kostenbesparing gerealiseerd kunnen worden.

Aan de basis van dit model staan twee zorgverzekeraars (bij wie ongeveer de helft van de 70.000 verzekerden staat ingeschreven) en een multidisciplinaire groep zorgaanbieders. Deze partijen zijn een joint venture gestart die verantwoordelijk is voor de betaling van alle zorg aan de klanten van de twee verzekeraars. De joint venture krijgt hiervoor elk jaar vooraf een budget ter grootte van de te verwachten kosten. Deze worden berekend op basis van het Duitse risicovereveningsmodel dat correctiemechanismen bevat voor leeftijd, geslacht en circa tachtig chronische en/of dure aandoeningen.

Wanneer aan het eind van het jaar een besparing is gerealiseerd, wordt die uitgekeerd aan de joint venture. Deze verdeelt het bedrag, na aftrek van de eigen kosten, onder de aandeelhouders in de verhouding een derde voor de zorgverzekeraars en twee derde voor de aanbieders. Aanbieders komen pas in aanmerking voor een winstuitkering als zij langer dan vier jaar in het project participeren. Ook geldt als voorwaarde dat zij voldoende kwaliteit hebben geleverd. Voor de aanbieders geldt alleen het *upside risk*, want een budgetoverschrijding komt voor rekening van de verzekeraars. In ruil daarvoor hebben deze wel het recht om de (meerjarige) contracten tussentijds op te zeggen en zo het project te beëindigen. Contracten kunnen ook tussentijds worden opgezegd als verzekeraars weten aan te tonen dat de kwaliteit is verschaald.

Het *Gesundes Kinzigtal* model heeft geleid tot de bottom-up ontwikkeling van tientallen zorgprogramma's. Zo zijn er zorgprogramma's voor onder andere hartfalen, osteoporose, obesitas, diabetes, stoppen met roken en kwetsbare ouderen. De resultaten van deze zorgprogramma's worden continu gemonitord met behulp van een ICT-systeem. Via dit systeem worden de prestaties van individuele aanbieders zichtbaar gemaakt voor de andere deelnemers.<sup>9</sup> Evaluaties tonen aan dat het model leidt tot kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering. Zo bedroeg het cumulatieve verschil tussen verwachte en gerealiseerde kosten over de eerste drie jaar € 150 per verzekerde. Daarnaast heeft de invoering van het model een positief effect gehad op de kwaliteit van de zorg: de sterfte is gedaald en over de periode 2005-2010 is een significant grotere toename in proces- en uitkomstkwaliteit gemeten dan in de voorgaande periode. Tenslotte zijn ook de ervaringen van patiënten en aanbieders positief: bijna 100 procent van de patiënten en ruim 80 procent van de aanbieders zou opnieuw aan het project deelnemen en deelname aanbevelen aan anderen. Daarnaast ervaren aanbieders een betere coördinatie van de zorg en betere samenwerking met andere aanbieders, plus een toename van *health awareness* bij aanbieders en patiënten. De patiënttevredenheid blijkt ook uit het feit dat deelnemende verzekerden significant minder vaak van zorgverzekeraar zijn gewisseld dan niet-deelnemende verzekerden.<sup>6</sup>

## 19.6 Betalen voor kwaliteit

Met het beschikbaar komen van steeds meer kwaliteitsindicatoren drong zich de vraag op of betalen voor kwaliteit een zinvol alternatief is voor betalen per verrichting. Aan het begin van deze eeuw werden daarom diverse experimenten met betalen voor kwaliteit gestart. Internationaal wordt de term *pay for performance* gebezigd, vaak populair afgekort tot P4P. In deze experimenten worden financiële prikkels gekoppeld

aan prestatie-indicatoren. Dit gebeurt vaak in de vorm van een bonus (soms een malus ofwel een boete) in aanvulling op de gangbare bekostigingssystematiek (zie Figuur 19.1). Een verklaring voor het veelvuldige gebruik van bonussen is dat zij als ‘lokkertje’ voor zorgaanbieders dienen. Een andere verklaring is dat modellen op het gebied van betalen voor kwaliteit vaak in nauwe samenspraak met de zorgverleners worden ontwikkeld. De meeste P4P-programma’s zijn dan ook niet-budgetneutraal, waardoor de betaalbaarheid van zorg er eerder door verslechtert dan verbetert. Zoals bij alle veranderingen in bekostigingssystemen spelen politieke overwegingen vaak een hoofdrol: de deelnemers willen ‘zeker’ weten dat hun positie niet wordt aangetast.

In verreweg de meeste vormen van betalen voor kwaliteit wordt de beloning voornamelijk gekoppeld aan de score op procesindicatoren (bijvoorbeeld het percentage patiënten dat is behandeld volgens de richtlijn) en structuurindicatoren (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een elektronisch dossier). Uitkomstindicatoren (bijvoorbeeld: de hoogte van de bloeddruk of de sterfte) spelen doorgaans een minder belangrijke rol (zie hier het verschil met uitkomstbekostiging in paragraaf 19.7). Er zijn verschillende redenen waarom proces- en structuurindicatoren veel vaker worden gebruikt dan uitkomstindicatoren. De voornaamste reden is dat zorgverleners proces- en structuurindicatoren gemakkelijker kunnen beïnvloeden dan uitkomstindicatoren. Een huisarts kan een diabetespatiënt perfect volgens de geldende richtlijnen behandelen, maar als de patiënt zich onttrekt aan de behandeling of (voedings)adviezen in de wind slaat, zullen de uitkomsten van de geleverde zorg toch slecht zijn. Zorgverleners ervaren het als oneerlijk als zij hierop worden afgerekend. Daarnaast dreigt bij bekostiging op uitkomstindicatoren het gevaar van risicoselectie: zorgverleners kunnen patiënten weigeren bij wie de kans op een slechte uitkomst heel groot is. Een ander voorbeeld: ziekenhuizen die terminale patiënten vlak voor hun overlijden snel doorsturen naar een verpleeghuis of een hospice om daarmee het sterftecijfer laag te houden, of die bij de rubricering van patiënten en hun zorgzwaarte al rekening houden met het verwachte resultaat van de behandeling. Toch blijft het onlogisch om de bekostiging aan proces- en structuurindicatoren te koppelen zonder oog te hebben voor de uitkomst van de behandeling. Het doel van zorgverlening is immers het beter maken van de patiënt. Om die reden bevatten veel betalen-voor-kwaliteit-systemen toch enkele uitkomstindicatoren.

Om eventuele risicoselectie tegen te gaan, zijn veel betalen-voor-kwaliteit-programma’s uitgebreid met instrumenten voor dit doel (*risk mitigating measures*). Soms worden indicatorscores gecorrigeerd voor bijvoorbeeld de leeftijd of de zorgzwaarte. Een andere manier om risicoselectie te voorkomen is het zogenoemde *exception reporting*, waarbij de participerende zorgverleners de mogelijkheid hebben om patiënten op bepaalde gronden van de scoreberekening uit te sluiten. Het gaat dan bijvoorbeeld om patiënten die zich niet houden aan het behandelplan of patiënten met meerdere ernstige chronische aandoeningen. Een voorbeeld van dit laatste geval is een patiënt in de terminale fase van een ziekte. Het zou onjuist zijn om de huisarts bij een dergelijke patiënt af te rekenen op bijvoorbeeld een te hoge cholesterolwaarde of bloeddruk. Die zaken zijn in een dergelijke situatie immers niet (meer) relevant.

Het misbruiken van maatregelen om risicoselectie tegen te gaan of het op een andere wijze kunstmatig ‘oppoetsen’ van indicatorscores, wordt in de internationale literatuur *gaming* genoemd. Bij modellen die belonen op basis van kwaliteitsindicatoren ligt dit gevaar altijd op de loer. Zo bestaat er vaak een prikkel om zo veel mogelijk gezonde en hoogopgeleide mensen in de berekening mee te nemen (*cream skimming*). Dit zijn immers patiënten bij wie een zorgverlener zonder veel inspanningen goede scores behaalt. Hierdoor kan ‘indicatie-inflatie’ of overinclusie optreden. Dit effect vertroebelt niet alleen de kwaliteitsindicator, maar kan ook overbehandeling veroorzaken waardoor de kosten toenemen. Om die reden wordt bij betalen voor kwaliteit vaak gecontroleerd of aanbieders *gamen* en wordt *gaming* gesanctioneerd met hoge boetes.

Betalen-voor-kwaliteit-programma’s mochten zich enige tijd in een grote populariteit verheugen. De resultaten van evaluaties zijn echter zowel op het gebied van de kwaliteit van de zorg als op het gebied van betaalbaarheid zeer wisselend. Veel studies vinden nauwelijks een effect op de proces- en structuurscores. En als er al een effect wordt gevonden, blijkt dit vaak lastig toe te schrijven aan het programma. Bovendien wordt veelal niet aangetoond dat de gerealiseerde verbeteringen in proceskwaliteit ook tot een verbetering in zorguitkomsten hebben geleid. Daardoor kan men zich afvragen of beloning op basis van voornamelijk procesindicatoren wel een doelmatige besteding van zorggeld is.<sup>10,11,12</sup>

Als gevolg van de twijfelachtige relatie tussen betere scores op structuur- en procesindicatoren en kwaliteitsverbetering, is ook een positief effect van P4P op de betaalbaarheid van de zorg onzeker. Het is bijvoorbeeld de vraag of dit systeem leidt tot minder heropnames, minder complicaties of een betere therapietrouw. De kosten van een P4P-programma kunnen bovendien behoorlijk oplopen. Daar komt het gevaar bij dat een vermindering van het zorggebruik door aanbieders in de praktijk vaak wordt gecompenseerd met andere zorg (het eerder genoemde ‘opvuleffect’). In dat geval doet zich weer de besparingsparadox voor: wat potentieel tot verlaging van kosten moet leiden loopt de facto uit op kostenverhoging (zie ook de paragraaf over integrale bekostiging). Zonder het aantal aanbieders te beperken is die paradox nauwelijks te voorkomen.<sup>13</sup> Omdat bij betalen voor kwaliteit vooral wordt gebruikgemaakt van bonussen (en niet van boetes) en deze bonussen vaak relatief gemakkelijk zijn te behalen, dragen deze programma’s in de regel niet bij tot een betere betaalbaarheid van de zorg. Er zijn overigens ook studies die suggereren dat bepaalde betalen-voor-kwaliteit-programma’s wél kosteneffectief kunnen zijn. Veel lijkt af te hangen van het ontwerp van deze programma’s.

## 19.7 Uitkomstbekostiging

Door de tegenvallende resultaten van traditionele vormen van betalen voor kwaliteit, waarbij de kwaliteit werd bepaald aan de hand van proces- en structuurindicatoren, is de laatste tien jaar een toenemende interesse ontstaan in het betalen voor resultaten, ofwel uitkomsten, van de verleende zorg. Hiervoor wordt vaak de term uitkomstbekostiging gehanteerd. Dit moet worden gezien als een speciale vorm van betalen voor kwaliteit, waarbij de focus veel meer op de resultaten van de zorg ligt dan op de processen

en structuren van de zorgverlening (zie Figuur 19.1). Hoewel de term impliceert dat de bekostiging financiële prikkels bevat op basis van zorguitkomsten (zoals sterfte, onverwachte ziekenhuis(her)opnames, of streefwaarden voor bijvoorbeeld de bloeddruk of het cholesterol), bestaat er geen internationaal geaccepteerde definitie en is de focus op uitkomsten zelden absoluut.

Recent is een nieuwe review verschenen over de effecten van uitkomstbekostiging.<sup>14</sup> Hierin wordt de volgende definitie gehanteerd: 'Uitkomstbekostiging is een bekostigingsmodel waarin de variabele vergoeding voor zorgverleners voor ten minste 10 procent afhankelijk is van de uitkomsten van de geleverde zorg, met als doel het stimuleren van wenselijke effecten in termen van kwaliteit en zorgkosten'. Er is dus sprake van uitkomstbekostiging als minimaal 10 procent van de mogelijke bonussen (of boetes) afhankelijk is van de zorguitkomsten. De achterliggende gedachte is dat bekostiging op basis van uitkomsten moet leiden tot betere en betaalbare zorg. Door de nadruk op uitkomsten in plaats van op processen te leggen, wordt bovendien het probleem omzeild dat verbeterde processen vaak niet tot verbeterde uitkomsten leiden.<sup>15</sup>

Toch blijkt ook een focus op uitkomstindicatoren niet zonder nadelen. Zo bestaat ook hier het gevaar op risicoselectie en *gaming* (zie paragraaf 19.6). Daarnaast is vaak sprake van zogenaamde intermediaire uitkomstmaten. Deze zeggen weliswaar iets over de uitkomst van een bepaalde behandeling of therapie, maar weinig over de overlevingskansen of de levenskwaliteit. Een voorbeeld is de LDL-cholesterolspiegel in het bloed. Veel behandelingen hebben als doel deze waarde zo laag mogelijk te houden, omdat dit het risico van toekomstige hart- en vaatziekten verkleint. De meeste patiënten hebben echter, zeker op de korte termijn, maar weinig baat bij een lage cholesterolspiegel. Die verlaagt weliswaar de kans op een toekomstige aandoening of op sterfte, maar dit is enkel een statistische observatie. Een ander probleem betreft de toekenning van uitkomsten aan individuele zorgverleners. Wie heeft bijgedragen aan het goede of slechte resultaat? Deze vraag speelt bijvoorbeeld bij uitkomstmaten als 'het aantal heropnames binnen dertig dagen na operatie X'. Aan wie valt het negatieve resultaat toe te schrijven als er toch binnen die termijn een heropname plaatsvindt? Heeft het ziekenhuis schuld (ging er bijvoorbeeld iets mis tijdens de operatie)? Was de nazorg buiten het ziekenhuis niet op orde? Of lag het misschien aan de patiënt zelf (bijvoorbeeld door een lage therapietrouw)? Dit soort vragen onderstreept de complexiteit van bekostiging op uitkomsten.

Uitkomstbekostiging wordt in twee vormen toegepast. In de eerste vorm krijgen zorgaanbieders een score aan de hand van een (uitkomst)indicatorenlijst, en op basis van die score een bonus of een boete. Deze vorm richt zich meestal op één type aanbieder. De groep aanbieders die op deze manier wordt bekostigd, wordt de bonus/penalty groep genoemd. Een voorbeeld van deze vorm van bekostiging is het Britse *quality and outcome framework* (QOF, zie box 19.1) dat in de huisartsenzorg wordt toegepast. De resultaten van deze manier van bekostigen laten grote overeenkomsten zien met de resultaten van betalen voor kwaliteit. Er is sprake van een mogelijk positief maar inconsistent effect op de kwaliteit van de zorg. Het effect op de zorgkosten blijkt nihil of zelfs negatief.<sup>6</sup>

De tweede vorm combineert prikkels voor uitkomsten met elementen van populatiebekostiging door middel van een budget voor de totale zorguitgaven. Hier is dus sprake van een zeer brede zorgbundel, waarvan de bekostiging fluctueert met de waarden van de uitkomstindicatoren. Deze vorm wordt aangeduid als de *accountable care organizations* (ACO) groep. Vaak wordt hierbij een *shared savings* model afgesproken. Aanbieders mogen besparingen houden, mits ze een aantal minimumscores op het gebied van kwaliteitsuitkomsten halen. Dit geeft een extra prikkel aan zorgaanbieders om niet alleen de zorguitkomsten te optimaliseren, maar om dit ook op een zuinige manier te doen. Een belangrijk voorbeeld van een bekostigingsprogramma in deze categorie is het *alternative quality contract* van Blue Cross Blue Shields (zie box 19.1).

### Box 19.1 Twee voorbeelden van uitkomstbekostiging: het *quality and outcome framework*, en het *alternative quality contract*.

#### **Quality and outcome framework (QOF)**

Het *quality and outcome framework* (QOF) is een vorm van uitkomstbekostiging voor huisartsenpraktijken in het Verenigd Koninkrijk dat in 2004 is geïmplementeerd. Het is een programma uit de *bonus/penalty* groep en bestaat uit uitkomstbekostiging op basis van betalen per verrichting (linksboven in Figuur 19.1). Binnen dit programma worden huisartsen beloofd voor goede scores op meer dan honderd verschillende kwaliteitsindicatoren. Naast uitkomstindicatoren gaat het hierbij ook om proces- en structuurindicatoren.<sup>16</sup> Voorbeelden zijn: 'hoogte van de bloeddruk bij diabetespatiënten (uitkomst)', en 'percentage patiënten met hart- en vaatziekten met een bloeddrukcontrole in de laatste 12 maanden (proces)'.<sup>17</sup> Voor elke indicator zijn punten te halen en het maximaal te behalen puntenaantal weerspiegelt het gewicht van de indicator. Het totale aantal behaalde punten wordt vertaald naar een financiële beloning. Bij een maximale score op alle indicatoren resulteert dit in een bonus van 25 procent van de praktijkomzet.<sup>6</sup> Dit geld kan door de betreffende huisartsenpraktijken vrij worden besteed. Er is geen boete bij een lage score. De indicatorscores worden door de huisartsen zelf verzameld. Om te voorkomen dat dit systeem aanbieders perverse prikkels geeft voor *gaming*, maakt het gebruik van *exception reporting*. Dit houdt in dat huisartsen onder bepaalde voorwaarden patiënten mogen uitsluiten van het programma (zie ook de paragraaf over betalen voor kwaliteit). Alle indicatorscores worden centraal geadministreerd en gepubliceerd op internet. Vrijwel alle huisartspraktijken doen vrijwillig mee.<sup>6,16</sup>

De uitkomsten van het QOF zijn uitgebreid onderzocht.<sup>6,9,14</sup> In het eerste jaar lijkt het QOF te hebben geleid tot een kwaliteitsverbetering, afgemeten aan zowel de proces- als de uitkomstindicatoren. Vanaf het tweede jaar is de kwaliteit echter weer gaan afnemen en inmiddels is zij weer terug op het niveau van vóór de invoering van het QOF. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het in de praktijk erg eenvoudig bleek om het maximale puntenaantal voor een indicator te behalen, waardoor verdere verbetering niet werd gestimuleerd (plafondeffect). Jaarlijks werd 1 miljard pond aan bonussen uitgekeerd. Het is dus zeer de vraag of dit geld wel efficiënt is besteed. Bovendien bleek dat de huisartsen door de grote financiële prikkels steeds meer werden afgeleid en dat dezelfde resultaten mogelijk ook met een minder riant beloning hadden kunnen worden behaald. Een van de subdoelen van het QOF was echter om het inkomen van huisartsen te verhogen. Tegen de achtergrond van deze resultaten is het QOF in 2014 fors aangepast: er is met name flink gesnoeid in het aantal indicatoren. Recente studies tonen echter een onveranderd beeld: nog steeds is er sprake van een beperkte kwaliteitsverbetering, maar tegelijkertijd van een toename van zowel het zorggebruik als de zorgkosten.<sup>14,18</sup>

### **Alternative quality contract (AQC)**

Een voorbeeld van een uitkomstbekostigingsprogramma uit de ACO-groep is het alternative quality contract (AQC).<sup>14</sup> Dit programma werd in 2009 in Massachusetts (USA) ingevoerd door de grootste zorgverzekeraar van de staat: Blue Cross Blue Shields (BCBS). Het AQC is een vorm van uitkomstbekostiging in combinatie met populatiebekostiging (rechtsboven in Figuur 19.1). Zorgaanbieders die door BCBS zijn gecontracteerd, zijn in het AQC verantwoordelijk voor de levering van vrijwel alle zorg aan BCBS-verzekerden. Hieronder vallen onder meer de ziekenhuiszorg, geneesmiddelen, de ggz, en de langdurige zorg. Zorgaanbieders krijgen een vooraf vastgesteld budget waaruit zij deze zorg moeten bekostigen.<sup>6</sup> Dit budget wordt vastgesteld op basis van de kosten van deze patiëntengroep in het voorgaande jaar. Er geldt ook een *shared savings* afspraak, met zowel een *upside* als een *downside risk*. Ook wordt onderhandeld over jaarlijkse groeimarges. Om zorgaanbieders tot deelneming te stimuleren wordt aan het begin vaak een relatief hoog budget afgesproken. Daarentegen zijn de groeimarges krap, zodat de kosten aan het einde van de looptijd met de helft minder zijn gestegen dan op basis van de normale prijsontwikkeling mocht worden verwacht. Bij het leveren van de zorg mag (moet) de gecontracteerde aanbieder andere aanbieders als onderaannemer inzetten. Hierdoor ontstaat niet alleen een belangrijke prikkel voor minder volume, maar ook voor lagere prijzen: het loont voor de zorgaanbieder om patiënten te verwijzen naar een goedkopere onderaannemer. Om te voorkomen dat deze prikkels de kwaliteit van de zorg ondermijnen, kunnen zorgaanbieders buiten de budgetten om aanspraak maken op een bonus op basis van hun score op kwaliteitsindicatoren. Deze kan oplopen tot maximaal 10 procent van het budget. Uitkomstindicatoren wegen hierbij zwaarder dan procesindicatoren. De score op deze indicatoren bepaalt niet alleen de bonus, maar ook de mate waarin aanbieders aanspraak maken op *shared savings*: hoe hoger de score, des te groter is het deel van de gerealiseerde besparingen dat de zorgaanbieder mag houden. Een AQC heeft een relatief lange looptijd van vijf jaar. Hierdoor hebben zorgorganisaties meer zekerheid en krijgen zij de tijd om de vruchten van investeringen in bijvoorbeeld preventie te plukken.<sup>6</sup> Daarnaast ontvangen zij regelmatig feedback via het ICT-systeem van BCBS. Deze feedback bestaat uit spiegelinformatie over zowel hun financiële als hun zorginhoudelijke prestaties.<sup>6</sup> De effecten van het AQC op de zorgkosten en de kwaliteit van de zorg zijn in verschillende studies uitgebreid onderzocht.<sup>6,19,20,21,22,23,24</sup> In de eerste twee jaar overtroffen de betalingen aan de zorgaanbieders de gerealiseerde besparingen, hoewel er wel sprake was van een afname van de kostengroei.<sup>20,23</sup> Deze werd vooral veroorzaakt door een lagere prijs en in mindere mate door een afname in volume.<sup>20,21,23</sup> Vanaf 2011 overtroffen de besparingen de betalingen aan de zorgaanbieders en droeg de afname in volume evenveel bij aan de kostendaling als de afname in prijs.<sup>24</sup> Ook bij patiënten die niet zijn verzekerd bij BCBS, maar die wel bij een zorgaanbieder met een AQC staan ingeschreven, werden deze effecten gevonden. Er was dus sprake van een positief spillover effect.<sup>19</sup> Wat betreft de kwaliteit van de zorg, verbeterden de scores op zowel de proces- als de uitkomstindicatoren.<sup>24</sup> Opvallend daarbij is dat dat effect sterker werd naarmate de looptijd van het AQC verstreek.<sup>24</sup> Samenvattend kan worden geconcludeerd dat het AQC heeft geresulteerd in een afname van de kostengroei en een verbetering van de kwaliteit.<sup>14</sup>

In het eerder aangehaalde review over uitkomstbekostiging zijn de wetenschappelijke bevindingen over de effecten van beide vormen van uitkomstbekostiging op een rij gezet.<sup>14</sup> De voornaamste conclusie luidt dat bekostigingsmodellen uit de ACO-groep beduidend beter scoren waar het gaat om de verbetering van de kwaliteit en het beperken van de kosten dan die uit de bonus/penalty groep. Dit is daarom een belangrijke

bevinding voor beleidsmakers die de betaalbaarheid van de zorg willen bevorderen. De scores van de geanalyseerde modellen zijn weergegeven in Tabel 19.1.

**Tabel 19.1** Effecten van uitkomstbekostiging op kwaliteit van zorg en zorgkosten.<sup>14</sup>

Model	Quality of care	Healthcare costs	Number of studies
<b>Bonus/penalty group</b>			
CQUIN	+	?	3
HQID	mixed*	-	13
HRRP	+	?	2
Hudson Health Plan	mixed	-	2
Maryland HACP	+	?	1
PAMC P4P	-	?	2
QOF	+	-**	43
VBP	-	?	9
VIP	+	?	3
<b>ACO group</b>			
AQC	+	+	10
MSSP	+	+	2
Pioneer ACO	+	+	2

'?' = onbekend.

\* Na drie jaar werden in het ontwerp van de HQID enkele veranderingen aangebracht. In de eerste fase verbeterden de uitkomsten; de tweede fase bleek minder succesvol.

\*\* Een van de doeleinden van dit programma was een substantiële verbetering van het inkomen van huisartsen.

De modellen uit de ACO-groep laten duidelijke kwaliteitsverbeteringen zien op zowel de kwaliteitsindicatoren met als zonder uitzicht op een bonus.<sup>14</sup> Dit is een belangrijk verschil met de modellen uit de bonus/penalty groep, waarbij de scores op de indicatoren zonder dat uitzicht juist lijken te verslechteren door een overmatige verschuiving van de aandacht naar de indicatoren mét uitzicht op een bonus. Belangrijk is verder dat uitkomstbekostiging niet alleen lijkt te zorgen voor betere uitkomsten, maar ook tot verbeterde processen.<sup>14</sup> Ook blijkt dat private zorgaanbieders en zorgaanbieders die vooraf relatief slecht scoren het meest lijken te verbeteren als gevolg van uitkomstbekostiging.<sup>14</sup> Naast een verbeterde kwaliteit lijkt uitkomstbekostiging bij deze tweede groep ook te zorgen voor verminderde kostengroei. Deze reductie heeft waarschijnlijk te maken met lagere volumes en niet met lagere prijzen. De combinatie met een *global budget* zorgt ervoor dat aanbieders de afname in het zorggebruik niet kunnen 'opvullen' met andere zorg.

Een belangrijke kanttekening bij de conclusies van bovenstaand review is dat de onderzochte AQC-bekostigingsmodellen alle in de Verenigde Staten zijn gebruikt. Hierdoor is het de vraag of de gevonden resultaten generaliseerbaar zijn naar de rest van de wereld.



Tot slot wordt uitkomstbekostiging vaak in één adem genoemd met value-based health care (VBHC)<sup>25</sup>, wat in het Nederlands meestal wordt vertaald met de term ‘waardegedreven zorg’. De begrippen uitkomstbekostiging en VBHC zijn, in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, niet uitwisselbaar. VBHC is niet zozeer een opzichzelfstaand bekostigingsmodel, maar meer een totaalconcept voor de inrichting van de zorg. In dit concept staat de ‘waarde’ van de zorg voor de patiënt centraal. Het concept wordt uitvoerig besproken in hoofdstuk 13.

## 19.8 Een hybride aanpak van bekostigingsmodellen en contractstrategieën

Zoals uit de bovenstaande paragrafen blijkt, bestaan er veel bekostigingsmodellen, die elk hun specifieke effecten op de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg hebben. Bijna altijd is de zoektocht naar het optimale bekostigingsmodel ingegeven door de wens twee doelen tegelijk te bereiken: doelmatigheid en budgetbeheersing. In de loop van de tijd zien we betalen per verrichting en budgettering telkens stuivertje wisselen. Budgetteren leidt tot uitgestelde betalingen via wachtlijsten en improductiviteit, terwijl betalen per verrichting voor even helpt bij het wegwerken van wachtlijsten maar daarna al snel doorschiet in overbehandeling en overdiagnostiek. Het voorbeeld van Kinzigtal en dat van het AQC laten zien dat een combinatie van intelligent bekostigen én contracteren tot resultaten leidt. Zeker na een periode waarin betalen per verrichting resulteerde in allerlei vormen van overdiagnostiek en overbehandeling, is het zinvol om te werken met *gain sharing* om te voorkomen dat de doelmatigheidswinst weglekt door het ‘opvuleffect’.

De in bovengenoemde voorbeelden gekozen combinatie van bekostigen en contracteren wint aan betekenis als niet alleen naar de reductie van de kosten wordt gekeken, maar ook naar de manier waarop artsen betere zorg weten te verbinden met kostenbeheersing: medische *good practices*. De *know how* hierover ligt bij artsen en professionals. Verzekeraars kunnen daarvan leren en de lessen vervolgens via contracten met andere aanbieders in praktijk brengen. In Kinzigtal, bij het AQC en in ziekenhuizen en ggz-instellingen (maar ook in eerstelijnspraktijken) die werken met langetermijncontracten die hen in staat stellen om gepaste zorg te leveren, ligt een schat aan informatie en ervaringskennis waaraan andere zorgaanbieders zich kunnen spiegelen.

Een agenda van *saving lives, saving costs* (Obama), waarin kwaliteitsverbeteringen tot kostenreductie moeten leiden, levert honderden voorbeelden op van zulke *good practices*, het levert bovendien inzicht in de financiële en organisatorische randvoorwaarden binnen instellingen en zorgnetwerken om ze in te voeren. Positief is dat dokters bij het ontwikkelen van zulke interventies *in the lead* zijn. Deze *good practices* bieden alternatieven voor uitkomstbekostiging en VBHC, omdat zij het hart van de dagelijkse zorgverlening raken en niet alleen de randvoorwaarden of gestileerde uitkomstlijstjes. Zij doen daardoor ook veel meer recht aan de complexiteit van de arts-patiënt relatie. Deze rijkdom aan *good practices* staat op gespannen voet met het uitsluitend persen van de zorg in het keurslijf van een bekostigingsmodel. Die modellen blijven weliswaar relevant – de prikkel van doelmatigheid zal bijvoorbeeld altijd

deel moeten blijven uitmaken van de zorgbekostiging – maar de correctie op uitwassen of risico's van overbehandeling zal toch voor een veel groter deel moeten komen van de manier van contracteren. De laatste jaren experimenteren zorgverzekeraars dan ook met alternatieve vormen van contractering. Hierbij komen vaak combinaties van bekostigingssystemen voor. In Nederland kennen we het model van Rivas, Bernhoven, de Noord West Ziekenhuisgroep en het West Fries Gasthuis: een combinatie van meerjarenbudgettering met prikkels voor kwaliteit (box 19.2 zoomt in op Bernhoven, maar de reikwijdte is veel groter).

Gebruikmaken van *good practices* en varen op de kennis en ervaring van artsen bij de contractering en bekostiging van de zorg kunnen helpen om een uitweg te vinden uit de hierboven besproken dilemma's die bestaande vormen van bekostiging kenmerken. Dat is ook hard nodig. Het huidige debat over bekostiging is steriel en vervalt in herhalingen. Nog belangrijker is dat het niet aansluit bij de complexiteit van het werk van artsen en dat het verhuult waar het in de zorg echt om zou moeten gaan: het toevoegen van waarde in de zorgrelatie. Richtlijnen, procesindicatoren, uitkomsten: ze blijven van belang maar mogen niet domineren. Ze moeten in dienst van de patiënt staan. Laten we ze dan ook niet dominant maken in de bekostiging en doen alsof daarmee de kwaliteit van de zorg is gewaarborgd. Deze lijn van denken sluit goed aan bij de morele en pluralistische benadering die voormalig Harvard-hoogleraar Don Berwick bepleit<sup>26</sup>: voorbij is de tijd dat de scholing van artsen genoeg was om kwaliteit te mogen veronderstellen en voorbij is de tijd dat richtlijnen en daarvan afgeleide proces- en uitkomstindicatoren de discussie domineerden. *Good practices* spreken de taal van arts én patiënt: deze moeten leidend zijn bij de inrichting, financiering en contractering van de zorg.

### Box 19.2 Het bekostigingsmodel van Bernhoven

Het bekostigingsmodel van ziekenhuis Bernhoven in Uden behelst een alternatieve contractvorm. Aan de basis van dit model staat een meerjarencontract met de twee dominante verzekeraars in de regio. In dit contract wordt een vast jaarlijks budget overeengekomen dat de daaropvolgende jaren in reële termen constant blijft. Als het ziekenhuis erin slaagt de omzet terug te brengen en er dus sprake is van een overschot op het budget, wordt dit verdeeld tussen de verzekeraars en het ziekenhuis. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de omzetsdaling niet mag zijn veroorzaakt door verwijzing van patiënten naar naburige ziekenhuizen. Er moet daadwerkelijk sprake zijn geweest van minder zorggebruik of van substitutie naar goedkopere zorgverleners (bijvoorbeeld naar de eerste lijn) dan wel van effectieve preventie. Binnen het ziekenhuis worden de initiatieven om dit resultaat te bewerkstelligen door de medisch specialisten zelf ontwikkeld, waarbij de waarde ervan voor de patiënt centraal staat. Hierbij wordt niet zozeer gekeken naar de medische (uitkomst)kwaliteit, maar vooral of de zorg 'gepast' is en of deze voor de patiënt niet beter kan worden georganiseerd. Zo houden sommige medisch specialisten spreekuur in lokale huisartspraktijken en is door hun inzet op de spoedeisende hulp (in plaats van gesuperviseerde basisartsen) het aantal ziekenhuisopnames met 7 procent gedaald.

Daarnaast zijn alle medisch specialisten op vrijwillige basis in loondienst gegaan, waarbij de goodwill van de maatschappen via een transitieconstructie met het ministerie van VWS is gestort in een speciaal fonds. Verder is de rechtspersoon van het ziekenhuis omgevormd tot een BV, waarin de medisch specialisten medeaandeelhouders zijn geworden.

Omdat het in Nederland (nog) niet mogelijk is om winst uit te keren aan aandeelhouders van ziekenhuizen, wordt momenteel gewerkt met een obligatieconstructie waarbij een vaste rente wordt uitgekeerd. De financiële belangen van het ziekenhuis en van de medisch specialisten lopen nu in hoge mate synchroon. Bovendien zijn de financiële schotten tussen de maatschappen verdwenen.

Hoewel (nog) niet wetenschappelijk beschreven, lijken de resultaten van het bekostigingsmodel van Bernhoven veelbelovend. De deelnemende verzekeraar meldt dat de omzet van het ziekenhuis met gemiddeld 14 procent is gedaald. Deze trend zal naar verwachting doorzetten. Hoewel lastig te meten, lijkt het er volgens de verzekeraar niet op dat de daling in omzet wordt 'opgevuld' met extra omzet in naburige ziekenhuizen. Bovendien blijkt uit de scores op de kwaliteitsindicatoren dat de volumereductie gepaard gaat met kwaliteitsverbetering en tevreden patiënten. Op de lange termijn echter zijn de resultaten op enkele onderdelen van het programma onzeker. Mogelijk is de verminderde omzet voor een deel 'uitgestelde zorg' die later weer extra zorgverlening vereist, hoewel het erop lijkt dat een dergelijk effect op het geheel van de bereikte resultaten betrekkelijk gering is. Het werk van de eerstelijnszorg rondom het ziekenhuis is ten gevolge van de substitutie wel toegenomen. Terwijl de uitgaven aan huisartsen de laatste twee jaar landelijk met 18 procent zijn gegroeid, gingen zij in de regio Uden met 23 procent omhoog<sup>27</sup>. Deze kostenverhoging valt echter in het niet bij de bespaarde kosten op ziekenhuisniveau.

Binnen dit bekostigingsmodel is er door de verzekeraars en het ziekenhuis ook voor gekozen om te inventariseren welke behandelingen waardevol zijn voor patiënten. Het streven is om deze behandelingen in een breder model van zorginkoop en bekostiging te integreren, zodat er een vorm van betalen per waardevolle verrichting kan ontstaan. Dan nóg zal het ondervangen van de negatieve aspecten van productieprikkels om specifieke vormen van contractering blijven vragen.

## 19.9

### Conclusie

Steeds duidelijker wordt dat de manier van bekostiging van invloed is op de zorgverlening. Dit creëert kansen en valkuilen voor beleidsmakers. In dit hoofdstuk hebben we een overzicht proberen te geven van de tot dusver in de westerse wereld gehanteerde bekostigingsmodellen. Vrijwel elk model heeft voor- en nadelen. Tot dusver biedt geen enkel model een 'garantie op succes'.

De conclusie moet dan ook luiden dat het herijken van bekostigingsmodellen op zichzelf niet voldoende zal zijn om de betaalbaarheid van de zorg te verbeteren. Het zal altijd onderdeel van een omvattende strategie moet zijn. Wel is duidelijk dat het combineren van elementen uit verschillende bekostigingsmodellen tot goede resultaten kan leiden.

Voor de Nederlandse situatie geldt dat veel alternatieve bekostigingsmethoden (bijvoorbeeld uitkomstbekostiging, moderne populatiebekostiging en value-based health care) nog in de experimentele fase zitten. Het komt eropaan condities voor *fore-runners* te creëren om te participeren in de ontwikkeling van innovatieve modellen die de kosten verlagen en tegelijkertijd de kwaliteit verhogen. Om de betaalbaarheid in de toekomst te waarborgen is een intelligente combinatie nodig van enerzijds gemoderniseerde manieren van betalen en anderzijds een uitgekende vorm van contractering.

Het blijkt in de praktijk lastig om op één plek succesvolle, innovatieve bekostigingsmodellen uit te rollen in de rest van het zorglandschap. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars

en de overheid lijken nog niet gewend te zijn om te denken in termen van 'beperken' en 'minder produceren'. Binnen het Nederlandse zorgstelsel is iedereen immers gewend aan de al jaren dominante productieprikkel. Om de weerstand tegen deze andere manier van denken te overbruggen, zouden verzekeraars en overheid in hun rol van betaler een boete moeten kunnen opleggen aan zorgaanbieders die weigeren deel te nemen aan een dergelijk innovatief bekostigingssysteem. Hiervoor is echter een wettelijke grondslag dan wel voldoende marktmacht nodig. Bij monopolistische aanbieders is dat laatste nagenoeg onmogelijk. Daarom blijft pluriformiteit in het zorgaanbod essentieel. Schaalvergroting en fusies vormen een bedreiging voor deze pluriformiteit.

### Referenties

- 1 P.R. Orszag en P. Ellis, 'The challenge of rising health care costs. A view from the Congressional Budget Office', *The New England Journal of Medicine*, 2007;357(18):1793-95.
- 2 A. Klink, *Toerusting in de Arena van de Gezondheidszorg. Waarom kostenbesparende innovaties de zorg vaak duurder maken* (oratie), Amsterdam: Vrije Universiteit, 2012.
- 3 A.J. van der Weide, *Geschiedenis der Geneeskunde*, Utrecht: 1924.
- 4 World Health Organization, *Health systems financing*, Genève: WHO, 2010.
- 5 E.S. Mot, *Paying the medical specialist, the eternal puzzle: experiments in the Netherlands*, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2002.
- 6 F. Eijkenaar en F.T. Schut, *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?*, Rotterdam: instituut Beleid & Management in de Gezondheidszorg, 2015.
- 7 Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, *Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering*, Den Haag: ZonMW, 2012.
- 8 J.N. Struijs, J.T. De Jong-van Til, L.C. Lemmens, H.W. Drewes, S.R. De Bruin en C.A. Baan, *Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2012.
- 9 F. Eijkenaar, W. van de Ven en F.T. Schut, *Uitkomstbekostiging in de zorg: internationale voorbeelden en relevantie voor Nederland*, Rotterdam: instituut Beleid & Management in de Gezondheidszorg, 2012.
- 10 F. Eijkenaar, M. Emmert, M. Scheppach en O. Schoffski, 'Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews', *Health Policy*, 2013;110(2-3):115-30.
- 11 T. Allen, T. Mason en W. Whittaker, 'Impacts of pay for performance on the quality of primary care', *Risk Management and Healthcare Policy*, 2014;7:113-20.
- 12 R. Milstein en J. Schreyoegga, 'Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries', *Health Policy*, 2016;120(10):1125-40.
- 13 A. Klink, H.C. Schakel, S. Visser en P.P.T. Jeurissen, 'The arduous quest for translating health care productivity gains into cost savings. Lessons from their evolution at economic scoring agencies in the Netherlands and the US', *Health Policy*, 2017;121(1):1-8.

- 14 F.P. Vlaanderen, M.A. Tanke, B.R. Bloem, M.J. Faber, F. Eijkenaar, F.T. Schut en P.P.T. Jeurissen, 'Design and effects of outcome-based payment models: a systematic review'. Under review.
- 15 J. Mant, 'Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care', *International Journal for Quality in Health Care*, 2001;13(6):475-80.
- 16 T. Doran, C. Fullwood, H. Gravelle, D. Reeves, E. Kontopantelis, U. Hiroeh en M. Roland, 'Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom', *The New England Journal of Medicine*, 2006;355(4):375-84.
- 17 Health & Social Care Information Centre, *QOF indicator definitions 2014-15*. [internet]. Beschikbaar via: <https://digital.nhs.uk/catalogue/PUB18887>; 2014.
- 18 A.M. Ryan, S. Krinsky, E. Kontopantelis en T. Doran, 'Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study', *The Lancet*, 2016;388(10041):268-74.
- 19 J.M. McWilliams, B.E. Landon en M.E. Chernew, 'Changes in health care spending and quality for medicare beneficiaries associated with a commercial ACO contract', *Journal of the American Medical Association*, 2013;310(8):829-36.
- 20 Z. Song, D.G. Safran, B.E. Landon, Y. He, R.P. Ellis, R.E. Mechanic, M.P. Day en M.E. Chernew, 'Health care spending and quality in year 1 of the alternative quality contract', *The New England Journal of Medicine*, 2011;365(10):909-18.
- 21 C.C. Afendulis, A.M. Fendrick, Z. Song, B.E. Landon, D.G. Safran, R.E. Mechanic en M.E. Chernew, 'The impact of global budgets on pharmaceutical spending and utilization: early experience from the alternative quality contract', *Inquiry*, 2014;51: 10.1177/0046958014558716 0046958014558716.
- 22 A.T. Chien, Z. Song, M.E. Chernew, B.E. Landon, B.J. McNeil, D.G. Safran en M.A. Schuster, 'Two-year impact of the alternative quality contract on pediatric health care quality and spending', *Pediatrics*, 2014;133(1):96-104.
- 23 A.L. Sharp, Z. Song, D.G. Safran, M.E. Chernew en A. Mark Fendrick, 'The effect of bundled payment on emergency department use: Alternative quality contract effects after year one', *Academic Emergency Medicine*, 2013;20(9):961-64.
- 24 Z. Song, D.G. Safran, B.E. Landon, S. Rose, M. Day en M.E. Chernew, 'Payment reform in Massachusetts: Effect of global payment on health care spending and quality 4 years into the alternative quality contract', *Journal of General Internal Medicine*, 2014;29:S169.
- 25 M.E. Porter en E.O. Teisberg, *Redefining Health Care*, Boston: Harvard Business School Press, 2006.
- 26 D. Berwick, 'Connections Between Quality Measurement and Improvement', *Medical Care*, 2003;41(1):30-38.
- 27 K. Bos en J. Wester, *Beloond voor minder zorg*, [internet] beschikbaar via: <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/09/23/beloond-voor-minder-zorg-12248867-a1574534>; 2017.

## 20. Ethiek van betaalbaarheid van zorg

Stef Groenewoud

### Kernboodschappen

Niet alle maatregelen, middelen en ingrepen om de zorg betaalbaar te houden zijn ook moreel verdedigbaar. In dit hoofdstuk reflecteren we vanuit een ethisch gezichtspunt op betaalbaarheidskwesties van de gezondheidszorg op het macro-, meso- en microniveau.

- Ten aanzien van pakketkeuzes wordt betoogd dat het de moeite loont om waarden zoals die leven onder de bevolking nadrukkelijker in ogenschouw te nemen. Aan de hand van de casus 'IVF' bespreken we een methode om deze waarden te inventariseren en een plek te geven in het pakketbeheer
- Ten aanzien van selectief contracteren, en meer specifiek het fenomeen 'budgetpolis', stellen we dat dit op gespannen voet staat met onder andere het solidariteitsprincipe. We komen tot de conclusie dat – zo lang nog nauwelijks serieus wordt ingekocht op kwaliteit – de budgetpolis haar beloften van 'vrijheid' en 'efficiency' niet waarmaakt
- Value-based health care (VBHC) lijkt een veelbelovend mechanisme om op microniveau (in de dagelijkse zorgpraktijk) te zorgen voor maximale kwaliteit tegen zo laag mogelijke kosten. We bespreken echter ook hoe een doorgeschoten nadruk op VBHC kan leiden tot een inbreuk op de persoonlijke waarden van individuele patiënten, de intrinsieke waarde van de zorgende relatie, de professionele autonomie en de solidariteit. We bepleiten een values-driven benadering. Deze 1) is gebaseerd op een slimme verantwoording die vertrouwen heeft in integere zorgverleners; 2) moedigt patiënten aan om hun stem te laten horen voor het gezamenlijke goed van de gezondheidszorg; 3) hecht belang aan de intrinsieke waarde van 'geven' in de zorg, en 4) beschouwt de unieke levenswaarden van de patiënt als voorschrijvend en leidend

### 20.1 Inleiding: betaalbaarheid is keuzes maken

Bij het betaalbaar houden van de zorg hoort het maken van keuzes. Op *macroniveau* (het niveau van ons landelijk stelsel van gezondheidszorg) moeten we bijvoorbeeld kiezen welke verstrekkingen we wel en niet in het verzekerde pakket opgenomen willen zien. Op *macroniveau* speelt ook de keuze een rol om geld wel of niet aan zorg uit te geven. In de miljoenennota komt zorg met € 80,4 miljard op de eerste plaats, gevolgd door sociale zaken en arbeidsmarkt (€ 79 miljard). Op deze keuze gaan we hier niet verder in. Op *mesoniveau* (het niveau waarop stakeholders binnen ons zorgstelsel met elkaar omgaan) moeten zorgverzekeraars kiezen welke zorg ze waar inkopen voor hun verzekerden; en op *microniveau* (het niveau van de dagelijkse zorgpraktijk) richten zorgaanbieders hun zorg steeds doelmatiger in en kiezen zij er bijvoorbeeld voor om bepaalde handelingen niet meer uit te voeren of deze te delegeren.

Maar hoe zit het eigenlijk met de *morele verdedigbaarheid* van al dit soort keuzes? Wat een goede keuze is wordt immers niet *uitsluitend* bepaald door de mate waarin de keuze bijdraagt aan de betaalbaarheid van de zorg. Ook andere waarden zijn in het geding, zoals solidariteit, autonomie, of gelijke toegang tot zorg. Hier zijn we beland

op het terrein van de *ethiek*: de systematische bezinning op wat goed handelen, goed beleid of een goede houding is.

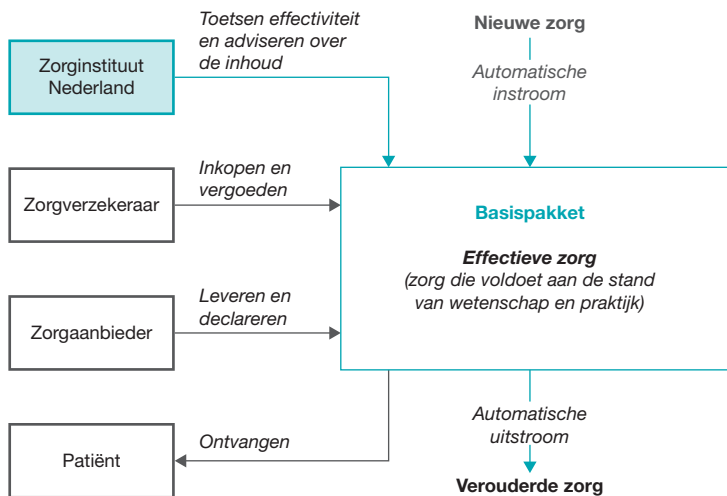
In dit hoofdstuk denken we na over de ethiek van enkele betaalbaarheidsthema's. Op elk van de drie genoemde niveaus (macro-, meso- en microniveau) selecteren we één onderwerp, waarop we vervolgens ethisch reflecteren en/of waarvoor we alternatieve invalshoeken presenteren. Hiermee behandelen we dit onderwerp vanzelfsprekend niet uitputtend, noch qua onderwerpen noch qua morele principes die een rol spelen bij betaalbaarheidskwesties. Toch krijgen we op deze manier een goede indruk van de manier waarop ethiek ons kan helpen om goede of zelfs betere keuzes te maken in het streven naar het betaalbaar houden van onze zorg.

## 20.2 Macroniveau: ethiek van pakketkeuzes

### 20.2.1 Pakketkeuzes in Nederland

Een belangrijke verantwoordelijkheid voor het maken van keuzes binnen het verzekerde pakket ligt bij het Zorginstituut Nederland (ZIN). ZIN adviseert de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) over verstrekkingen die (nieuw) in het pakket moeten worden opgenomen. De zorgverzekeraars kopen de zorg in voor hun verzekerden, aan wie ze ook de kosten vergoeden, maar het zijn de zorgaanbieders die de zorg uiteindelijk aan de patiënt geven (zie Figuur 20.1).

**Figuur 20.1** Het Zorginstituut Nederland adviseert de minister van VWS over het verzekerde pakket<sup>1</sup>



Adviezen om zorg op te nemen of juist te verwijderen uit het basispakket, komen tot stand op basis van een toetsing aan vier criteria:

- Werkt de zorgvorm bij de betreffende aandoening? (effectiviteit)
- Staan de kosten van de zorgvorm in redelijke verhouding tot de baten? (kosteneffectiviteit)

- Is de aandoening dermate ernstig en zijn de kosten van de zorgvorm dermate hoog dat vergoeding vanuit het basispakket gerechtvaardigd is? (noodzakelijkheid)
- Kan de samenleving de kosten van opname van de zorgvorm in het basispakket dragen? (uitvoerbaarheid)

### 20.2.2 Bescheiden rol van burgers bij pakketkeuzes

Het is opvallend dat een belangrijke functie als het adviseren over de samenstelling van het verzekerde pakket in handen is gelegd van één zelfstandig bestuursorgaan. Weliswaar wordt ZIN bij het uitvoeren van deze taak terzijde gestaan door een wetenschappelijke adviesraad die de adviezen op hun technische correctheid beoordeelt, en ook door de Adviescommissie Pakket met daarin deskundigen op het gebied van de geneeskunde, de medische ethiek, de economie, de sociologie en het patiëntperspectief, maar er is geen directe vertegenwoordiging van burgers. In andere landen kent men pakketbeheersystemen waarin meer ruimte is voor de stem van de burger. Begin jaren negentig vond in de Amerikaanse staat Oregon een experiment plaats waarbij de bevolking de gelegenheid kreeg zich direct uit te spreken over de gewenste prioritering en rantsoenering van de verzekerde zorg.<sup>2</sup> In België is de afgelopen jaren ervaring opgedaan met zogeheten ‘burgerlabo’s’, waarin een groep burgers in een serie weekendbijeenkomsten kon meedenken en mee-adviseren over het verzekerde pakket.<sup>3</sup> Op het moment van schrijven van dit hoofdstuk vinden de eerste Nederlandse experimenten plaats met burgerfora op het gebied van pakketbeslissingen.<sup>4</sup> Vanuit ‘Celsus-Ethiek van Betaalbaarheid van zorg’ onderzochten wij de mogelijkheden om waarden en principes ten aanzien van de pakketkeuze, zoals deze leven onder de burgerbevolking, meer inzichtelijk te maken. Daartoe ontwikkelden wij een methode, die we toepasten op de casus *vruchtbaarheidsbehandelingen en het verzekerde pakket*.<sup>5</sup>

### 20.2.3 Celsus-onderzoek ‘Waarden onder de burgerbevolking t.a.v. vruchtbaarheidsbehandelingen’

Wij lieten documentenonderzoek en semigestructureerde interviews met stakeholders (N=9) resulteren in 26 stellingen over pakketbeslissingen ten aanzien van vruchtbaarheidsbehandelingen. Deze stellingen legden wij – ingebed in een survey – voor aan een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking (N=501). We maakten gebruik van de MaxDiff-methode, maar beschrijven in het onderzoek ook een alternatief, namelijk Q-methodologie. Factoranalyse (*by item* en *by person*) leidde tot de identificatie van vijf *kernthema’s* die een rol spelen bij pakketbeslissingen over vruchtbaarheidsbehandelingen. Tezamen verklaren deze factoren 60 procent van de variatie in het denken over zulke beslissingen. Verder vonden we drie *basishoudingen* van burgers ten aanzien van pakketbeslissingen over vruchtbaarheidsbehandelingen:



**Tabel 20.1** Onderzoeksresultaten ‘Waarden onder de burgerbevolking t.a.v. pakketkeuzes bij vruchtbaarheidsbehandelingen’

Kernthema's bij pakketbeslissingen	Basishoudingen van burgers
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Maatschappij en toegankelijkheid</i> In het denken over vruchtbaarheidsbehandelingen en het verzekerde pakket vinden mensen de toegankelijkheid tot zorg erg belangrijk. Onvruchtbaarheid wordt gezien als een maatschappelijk probleem en daarom moet de maatschappij zorg dragen voor mensen die ermee kampen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Breed solidair, toegang tot zorg voor iedereen</i> Het overgrote deel van de respondenten (N=265; 47,0%) past bij dit profiel. Men vindt dat arts en patiënt samen moeten kunnen beslissen of een behandeling zinvol is en welke behandeling het meest geschikt is. Verzekeraars of overheid hebben daar niets over te zeggen. Verder mag het om in aanmerking te komen voor vruchtbaarheidsbehandelingen niet uitmaken hoe rijk of arm mensen zijn. De kosten moeten voor iedereen worden vergoed.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verantwoordelijkheid en preventie</i> Hier gaat het om leefstijlkeuzes, eigen verantwoordelijkheid, preventie en voorlichting. De eigen verantwoordelijkheid van mensen, voor zover deze is gerelateerd aan de onvruchtbaarheids-problematiek, is een belangrijk thema voor burgers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Leefstijl en eigen risico (en kosten)</i> Degenen die zich met deze houding identificeren (N=174, 34,8%) vinden dat mensen met onvruchtbaarheidsproblematiek eerst alles in het werk moeten stellen om leefstijlfactoren positief te veranderen en dat zij daarvoor ook de verantwoordelijkheid moeten nemen. Daarnaast zijn zij strikter in hun mening over de controle op de hoeveelheid (verzekerde) zorg: patiënt en arts mogen dit niet samen bepalen. Ook is het voor hen niet vanzelfsprekend dat het krijgen van kinderen een recht is van mensen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kosten en ziekte</i> Hier speelt de discussie over de vraag of onvruchtbaarheid wel of geen ziekte is. Het antwoord op deze vraag heeft direct consequenties voor het standpunt over wie de kosten van onvruchtbaarheidsbehandelingen voor zijn/haar rekening moet nemen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Traditionele stellen, tegenstanders van bemoeizorg</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Moderne relaties</i> Het denken over andere dan de traditionele man-vrouwrelatie verschilt sterk onder burgers. De visie hierop bepaalt mede hoe de vraag wordt beantwoord voor wie vruchtbaarheidsbehandelingen tot de verzekerde zorg moeten behoren.</li> </ul>	<p>Het zijn niet veel mensen die deze houding eropna houden (N=23; 4,6%). We waren in deze studie echter ook niet op zoek naar houdingen die in groten getale voorkomen, maar naar een representatieve afspiegeling van houdingen die kunnen voorkomen. Dit profiel kenmerkt zich door een aversie tegen 'bemoeizorg', wat inhoudt dat zowel professionals als patiënten niet zouden mogen worden beperkt in hun (professionele) autonomie. Daarnaast moet – volgens de burgers met dit profiel – de zorg zijn voorbehouden aan stellen en mogen de zorgkosten niet worden vergoed aan alleenstaande vrouwen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Professionele autonomie</i> Men verschilt van mening of aan de professionele autonomie van artsen beperkende voorwaarden mogen worden gesteld; bijvoorbeeld in de vorm van een maximaal aantal behandelingen per patiënt.</li> </ul>	

#### 20.2.4 Wat leert het onderzoeken van de waarden van burgers ten aanzien van pakketbeslissingen ons?

De gevonden waarden zijn zeer complementair aan de vier criteria waarmee ZIN normaal gesproken werkt (effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid). Onderzoek onder burgers naar dieper liggende waarden bij pakketbeslissingen

loont dus de moeite. De door ‘Celsus – Ethiek van Betaalbaarheid’ beschreven methode (MaxDiff- en Q-methodologie) maakt het bovendien zeer haalbaar om – met een niet-onredelijk grote inspanning – de houding van burgers te peilen. De recente ontwikkelingen in Nederland op het gebied van burgerfora over pakketkeuzes maakt de mogelijkheid alleen maar groter om burgers een stem te geven. Zo kunnen ze als het ware een ‘extra zetel innemen’ in bijvoorbeeld de Adviescommissie Pakket. Burgerfora zouden (mede) kunnen worden samengesteld op basis van de kenmerkende opvattingen van burgers, om zodoende een representatieve afspiegeling te krijgen van standpunten binnen de bevolking ten aanzien van pakketkeuzes voor specifieke (groepen) verstrekkingen.

## 20.3 Mesoniveau: zijn selectieve contractering en de budgetpolis moreel verdedigbaar?

### 20.3.1 Managed care: via selectie naar betere zorg?

De meeste westerse landen hebben hun zorgstelsels het afgelopen decennium ingrijpend gewijzigd. Er zijn natuurlijk grote verschillen, maar wat al die landen gemeen hebben, is dat er naast de zorgverlener en de patiënt ‘derde partijen’ zijn geïntroduceerd, aan wie bij wet de bevoegdheid is verleend om het zorggebruik, de kwaliteit van de zorg en de kosten van de zorg te beïnvloeden. In Nederland zijn dit – zo is in de Zorgverzekeringswet vastgelegd – hoofdzakelijk de zorgverzekeraars, en de gemeenten voor delen van de langdurige zorg.

Voor dit fenomeen wordt in beleidstaal, en ook in de literatuur, de term *managed care* gebruikt, een verzamelnaam voor uiteenlopende maatregelen en *incentives* die – hetzij via selectie, hetzij door verbetering<sup>6</sup> – moeten leiden tot meer gepast gebruik, hogere kwaliteit en lagere kosten van de zorg. Het is vooral die ‘selectie’ en meer specifiek het fenomeen ‘selectief contracteren’ waarop we in dit hoofdstuk ethisch willen reflecteren. Grofweg zijn twee typen te onderscheiden: a) het werken met voorkeuraanbieders en b) meer exclusieve varianten die verzekerden ontmoedigen om gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorg.

### 20.3.2 De opkomst van de budgetpolis in Nederland

Onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit toont aan dat in Nederland het aanbod van ‘budgetpolissen’ (polissen met beperkende voorwaarden) redelijk stabiel is. In 2015 werden er zeventien aangeboden<sup>7</sup>, in 2016 dertien en in 2017 veertien.<sup>8</sup> Een budgetpolis beperkt bijvoorbeeld het aantal ziekenhuizen waar verzekerden naar toe kunnen tot circa vijftien tot twintig. Niet-gecontracteerde, planbare zorg wordt door deze polis voor maximaal 75 procent vergoed. Eind 2014 strandde in de Eerste Kamer nog een wetsvoorstel om niet-gecontracteerde zorg helemaal niet meer te vergoeden. De meerderheid van de senatoren vond dit een te rigoureuze inperking van de vrije artskenkeuze. Daarna werd gezocht naar alternatieven, waarbij de nadruk minder ligt op het bestraffen van patiënten die niet-gecontracteerde zorg gebruiken dan op het aanmoedigen om van de gecontracteerde zorg gebruik te maken, bijvoorbeeld door middel van een korting op de eigen bijdrage.

### 20.3.3 Is gezondheidszorg een ‘gewoon’ consumptiegoed?

Wat bij dit alles opvalt, is dat over gezondheidszorg wordt gesproken en geschreven in termen van de markt: dokters en ziekenhuizen zijn ‘aanbieders’ die met elkaar concurreren, verzekeraars zijn ‘zorginkopers’ en patiënten zijn ‘consumenten’ die kritisch kiezen. Afgezien van de vraag of deze terminologie wel zo onschuldig is, kan worden gesteld dat het volgens bio-eticus Edmund Pellegrino een fundamenteel principe van *managed care* is om de gezondheidszorg te beschouwen ‘als elke andere *commodity*, wat betekent dat de kosten, de prijs, de beschikbaarheid en de verdeling ervan moeten worden overgelaten aan de markt en dat dit mechanisme slechts zou moeten worden beperkt door een minimum aan overheidsregulering’.<sup>9</sup> Er zijn helaas geen goede Nederlandse equivalenten van het begrip ‘commodity’, maar vertaald vanuit de Oxford English Dictionary gaat het om ‘een ding (of dienst) dat wordt geproduceerd om het te verkopen, en dat door de consument wordt gewaardeerd (tegen een bepaalde prijs) vanwege zijn bruikbaarheid of vanwege de voldoening die het geeft’. Intuïtief voelen we allemaal wel aan dat zorg voor patiënten geen ‘commodity’ is, en vaak is zo’n morele intuïtie een goed vertrekpunt voor een ethische discussie. Maar laten we eerst de argumenten *vóór* ‘commodificatie’ en marktwerking in de zorg eens bekijken, zodat we deze op hun houdbaarheid kunnen toetsen.

### 20.3.4 De gedachte achter managed care: vrijheid en efficiency

De ‘commodificatie’ van zorg en de distributie ervan via de markt wordt meestal verdedigd en beargumenteerd vanuit twee principes: vrijheid en efficiëntie. Het concept ‘vrijheid’ heeft zowel een negatieve als een positieve connotatie. Negatief is: ‘niemand heeft het recht zich te mengen in jouw keuzes en die te beperken’. Dit is een meer instrumentele benadering van vrijheid. Er is echter ook een positieve opvatting van vrijheid, die een meer intrinsieke waarde heeft. Vrijheid is dan: ‘de mogelijkheid om jouw leven door middel van jouw eigen keuzes vorm te geven’. Volgens die interpretatie is vrij zijn ‘een persoon zijn, een identiteit hebben, je eigen leven leiden’. In hoeverre doen selectief contracteren en budgetpolissen daadwerkelijk recht aan dít vrijheidsideaal? We kunnen allereerst stellen dat de keuzevrijheid afneemt als de zorgverzekeraar voor je bepaalt naar welke zorgaanbieder je wel en niet mag gaan. Een tegenargument zou kunnen zijn dat niemand verplicht is een budgetpolis te kiezen of – als je voor een budgetpolis gekozen hebt – ook echt alleen naar gecontracteerde aanbieders te gaan. Om twee redenen echter is deze stelling onhoudbaar.

De eerste reden is een argument op basis van het morele principe van gelijkheid. Voor mensen met een lager inkomen zou de druk om een budgetpolis te kiezen immers wel eens groter kunnen zijn dan voor mensen die meer te besteden hebben. En zodra zij zo’n polis hebben, is hun vrijheid om toch naar niet-gecontracteerde aanbieders te gaan minder groot dan die van hun rijkere medeburgers. Want bij die aanbieders moeten zij immers 25 procent van de kosten zelf betalen. Voor de minder bedeelden kan vrijheid daardoor zomaar in dwang veranderen.

Het andere argument heeft te maken met de positieve opvatting van vrijheid: is iedereen inderdaad volledig vrij om te doen en te laten wat hij of zij wil, zelfs als dat

betekent dat men ervoor kiest zijn eigen vrijheid ernstig in te perken? De filosofische literatuur over zowel het vrijheids-<sup>10</sup> als het autonomiebegrip<sup>11</sup> leert ons dat het antwoord op deze vraag afhangt van a) de situatie (hoe groter het risico van verkeerde keuzes, hoe meer inperking van vrijheid is toegestaan) en van b) de opvattingen die je eropna houdt over de inrichting van onze samenleving: is dat een neoliberale, solidaristische of perfectionistische opvatting van autonomie en vrijheid?

Ad a) Het risico dat je als verzekerde verkeerde keuzes maakt, is aanzienlijk. Al sinds de jaren zestig van de vorige eeuw stellen gezondheidseconomen zoals Kenneth Arrow dat mensen niet in staat zijn tot rationele afwegingen ten aanzien van hun toekomstige zorgbehoeften, omdat deze zeer onzeker zijn.<sup>12</sup> Hier zouden we tegenin kunnen brengen dat het Nederlandse basispakket al zo volledig is (ook voor houders van budgetpolissen) en dat de basiskwaliteit in alle Nederlandse ziekenhuizen zo hoog is, dat de risico's vrijwel verwaarloosbaar zijn. Ook deze stelling is echter niet zonder meer houdbaar. In februari 2015 bleek bijvoorbeeld dat zorgverzekeraar Achmea (nu Zilveren Kruis) in haar budgetpolis niet het gespecialiseerde oncologisch centrum Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis had gecontracteerd, maar wel een ziekenhuis dat onder verscherpt toezicht stond van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.<sup>13</sup>

Ad b) Of je vindt dat personen hun eigen (keuze)vrijheid mogen beperken, bijvoorbeeld door te kiezen voor een budgetpolis, wordt mede bepaald door de politieke en maatschappelijke opvattingen die je eropna houdt.<sup>14</sup> Volgens *neoliberalen* is er maar weinig (kennis, bewustzijn, verantwoordelijkheidsbesef) nodig om autonoom te zijn in je beslissingen en is de reikwijdte van die autonomie vrijwel onbeperkt. Mensen die er een *solidaristische* visie op na houden, benadrukken veel meer de kwetsbaarheid van bepaalde groepen en de mogelijke risico's en de kosten die verbonden zijn aan verkeerde keuzes die mensen uit deze kwetsbare groepen kunnen maken. Een derde visie is de *perfectionistische* visie, die een nog hogere drempel opwerpt voordat iemand daadwerkelijk als autonoom beschouwd kan worden. Zo probeert men risico's zo veel mogelijk uit te sluiten. Ten aanzien van de budgetpolis kan worden gesteld dat een solidaristische visie de voorkeur verdient. De gevolgen van een eigenhandig ingeperkte polis zijn, gezien de onvoorspelbaarheid van de toekomstige zorgbehoefte, onmogelijk te voorzien en te overzien. Budgetpolissen geven blijk van een overschatting van het beoordelingsvermogen van mensen en zouden gelet op de risico's niet binnen het keuzebereik van burgers moeten liggen. Vanuit het oogpunt van solidariteit is ook een andere fundamentele kritiek te geven. Als sommige polissen goedkoper worden doordat mensen zich dekking op bepaalde onderdelen ontzeggen en aan de zorg op die onderdelen dus ook niet langer willen meebetalen, worden de polissen voor andere mensen automatisch duurder. De rekening zal immers betaald moeten worden. Deze hogere kosten treffen naar verwachting vooral mensen met een hoge zorgbehoefte, omdat zij het zich niet kunnen veroorloven een goedkopere polis te kiezen.

Het tweede principe, dat meestal wordt aangevoerd ter verdediging van commodificatie en selectief contracteren – en dus ook van het fenomeen budgetpolissen – is *efficiency*. Door aanbieders te contracteren van zorg met hoge kwaliteit en lage kosten, zou een *shake-out* ontstaan van slechte en dure zorg, wat netto betere en goedkopere

zorg voor iedereen zou opleveren. De gedachte is dat een situatie optimaal is wanneer niemands positie (gemeten in termen van voorkeuren en tevredenheid) verbeterd kan worden zonder dat de positie van een ander daardoor verslechtert: dit heet een Pareto-optimum. Economisch bezien lijkt selectief contracteren te helpen bij het bereiken van een dergelijk optimum. Sterker nog, eind 2014 bleek dat een van de belangrijkste argumenten voor invoering van budgetpolissen en afschaffing van de vrije artskenauze de efficiencywinst van € 1 miljard was die het zou opleveren<sup>14</sup>.

Ethisch bezien zijn economische argumenten of efficiencyargumenten echter maar van beperkt belang. Neem een situatie waarin het verschil in inkomen tussen twee mensen zo groot is dat de een gebrek lijdt terwijl de ander in weelde baadt. Toch kan hier sprake zijn van een Pareto-optimale situatie omdat de positie van de een niet verbeterd kan worden zonder die van de ander te schaden. Voor een morele waardering van het efficiencyargument zullen we dus andere maatstaven moeten aanleggen dan een Pareto-optimum. We stellen twee voorwaarden voor waaraan moet zijn voldaan willen selectief contracteren en de budgetpolis vanuit efficiencyoogpunt verdedigbaar zijn. 1) De waarde van de geleverde zorg moet op correcte wijze worden gedefinieerd. Dat wil zeggen dat er sprake moet zijn van een goede vaststelling van de kwaliteit van de zorg (onder meer gemeten aan de hand van resultaten en de kwaliteit van leven) en van een vergelijking tussen de kwaliteit en de kosten. 2) Deze manier om de waarde vast te stellen (kwaliteit en kosten) dient de daadwerkelijke intrinsieke waarde van de zorg onaangetast te laten, omdat anders geen sprake meer is van een optimum. In de woorden van de filosoof Elisabeth Anderson: *'De waardering van (gezondheidszorg) diensten door de markt en de uitwisseling hiervan op de markt moet neutraal geschieden en de intrinsieke kwaliteit(en) van het goed of de dienst niet beïnvloeden of veranderen.'*<sup>10</sup>

Ad 1) Om twee redenen wordt aan dit eerste criterium niet voldaan. Ten eerste wordt bij het vaststellen van de kwaliteit en de waarde van de zorg gewerkt met standaard sets van indicatoren voor grote groepen patiënten. In een individueel geval kunnen echter heel andere (persoonlijke) waarden belangrijker zijn. Deze inbreuk op de persoonlijke waarden van patiënten behandelen we in paragraaf 20.4. meer uitgebreid. Ten tweede blijkt uit onderzoek dat bij selectief contracteren helemaal niet wordt geselecteerd op kwaliteit.<sup>15-16</sup> De klassieke prijsafspraken met de bijbehorende plafonds voeren nog altijd de boventoon.<sup>17</sup> Dit leidt per definitie tot een onjuiste waardering en selectie van zorg voor verzekerden. Burgers die voor een budgetpolis kiezen verwachten een product dat hen in contact brengt met de beste zorg voor de laagste prijs, maar in werkelijkheid zijn de lage kosten doorslaggevend.

Ad 2) Minstens zo belangrijk is dat, ook al zouden we tot een juiste vaststelling van de intrinsieke waarde van zorg kunnen komen, commodificatie en distributie via de markt voor belangrijke onderdelen van de zorg een uithollend effect op die waarde hebben. Op de vraag hoe en bij welke onderdelen van de zorg dit gebeurt, reageert Anderson door onderscheid te maken tussen twee typen goederen of diensten waarbij dit risico groot is<sup>10</sup>: *shared goods* en *gift goods* (op beide komen we nog terug in paragraaf 20.4). In beide gevallen spelen andere waarden een rol dan alleen het gebruiksgemak

of het plezier dat de gebruiker van de goederen heeft: namelijk respectievelijk ‘de waarde van het delen’ en ‘de waarde van het geven’.

Voor het eerste type goederen en diensten geldt dat de meerwaarde van het gebruik mede ligt in het feit dat andere mensen er vrijelijk toegang toe hebben en er gezamenlijk gebruik van maken. Gezamenlijk genot betekent ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de zorg steeds te verbeteren. Daarbij past ‘inspraak’ en ‘in gesprek gaan’ (*voice*) beter dan ‘stemmen met de voeten’ en ‘overstappen’ (*exit*). Daarnaast betekent het: je samen inzetten om ook voor de minder bedeelden hetzelfde gebruiksgenot te blijven garanderen. Anderson geeft diverse voorbeelden van *shared goods*, zoals nationaal erfgoed. Maar ook gezondheidszorg, of op zijn minst delen daarvan, zijn als zodanig te beschouwen. Daarbij past geen selectief contracteren, of een budgetpolis, omdat die optie veel meer uitgaat van het ‘exit-paradigma’ (als het tegenvalt, selecteer je een andere aanbieder) en bovendien bepaalde delen van de zorg voor sommige gebruikers uitsluit.

Maar ook een andere eigenschap van de zorg botst met commodificatie en vermarkting; en dus met selectieve contractering en budgetpolissen. Dit is de ‘waarde van het geven’, die enerzijds is gelegen in de relatie tussen zorgverlener en -ontvanger en anderzijds in de zorgactiviteit zelf. Als ik een brood koop bij de bakker, overhandig ik hem geld en hij mij brood. In die transactie zelf ligt geen meerwaarde. Ook doet het er niet toe of ik wel of geen relatie heb met de bakker. Dat is anders in de zorg, waar een belangrijk deel van de waarde is gelegen in de identiteit van de betrokken personen, hun onderlinge relatie, het altruïstische karakter van het helpen, en ten slotte de zorgende handeling zelf. Deze waarde is niet te vatten in indicatoren of kosten/baten afwegingen. Elke poging daartoe heeft een uithollend, corrumperend en verlagend effect op de intrinsieke waarde van de zorgactiviteit.<sup>18</sup>

We moeten dus concluderen dat vrijheid en efficiency – twee veel aangevoerde argumenten voor commodificatie en vermarkting van de zorg – niet worden gerealiseerd via selectieve contractering en de budgetpolis. Als we vanuit het oogpunt van kostenbeheersing toch op zoek willen naar manieren om zorg van hoge kwaliteit tegen lage kosten te bevorderen, zullen we op zoek moeten naar andere mechanismen. Value-based health care lijkt daarin (alleen al in naam) een veelbelovend concept. Hierop reflecteren we in de volgende paragraaf.

## 20.4 Microniveau: een ethische reflectie op value based health care (VBHC)

Value-based Health Care Delivery (VBHC) is een concept dat in 2006 werd geïntroduceerd door Harvard hoogleraar Michael Porter.<sup>19</sup> VBHC organiseert de zorg rondom patiëntgroepen, terwijl per zorgketen de kwaliteit in relatie tot de kosten continu wordt gemonitord en verbeterd.<sup>1</sup>

De afgelopen jaren is VBHC in snel tempo zeer populair geworden, zowel bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders als bij (semi)overheden. We horen over zorginkoop op waarde, VBHC-prijzen, VBHC-masterclasses en we gaan zelfs op VBHC-studiereizen. En het moet gezegd: VBHC brengt veel goeds. Een mooi Nederlands voorbeeld is het Meetbaar Beter-initiatief van de Santeon Ziekenhuizen, dat volledig op

VBHC-gedachtegoed is gebaseerd. De hartcentra die hierbij zijn aangesloten delen een benchmark met zorguitkomsten; door onderlinge vergelijking zijn al diverse verbeteringen in de hartzorg doorgevoerd.<sup>20,21</sup>

#### 20.4.1 Te veel focus op VBHC leidt tot inbreuk op vier medisch-ethische principes

Tegelijkertijd geldt ook hier wat voor alle waardevolle zaken geldt: te veel ervan leidt tot het tegenovergestelde, namelijk tot onwenselijke (bij)werkingen. En dit is precies wat we op dit moment zien in veel VBHC-initiatieven: te veel focus op VBHC-principes leidt tot een inbreuk op ten minste vier medisch-ethische principes. De eerste twee hebben te maken met een te beperkt waardenbegrip in VBHC; de derde en de vierde met de nadruk op ‘competitie’ in de zorg. In deze paragraaf bespreken we deze inbreuken, die we steeds inleiden met een casus. Maar daar willen we het niet bij laten. We geven ook steeds alternatieven, wat uiteindelijk uitmondt in een voorstel voor een ‘VBHC 2.0’, dat zal leiden tot nog meer toegevoegde waarde voor patiënten.

##### Box 20.1 VBHC negeert de persoonlijke waarden van patiënten

Mevrouw Ariessen was een 64-jarige kunstenares en kunsthistorica die door haar huisarts werd doorverwezen naar dr. K, een psychiater. Ze leed aan een manisch-depressieve stemmingsstoornis die, hoewel incidenteel, in toenemende mate ontwrichtend begon te worden. Een collega van haar was voor een soortgelijke aandoening ooit met succes behandeld met lithium. De combinatie van de individuele expertise van dr. K en de indruk die mevr. Ariessen kreeg van de ervaring van haar collega met deze behandeling, leidde ertoe dat werd besloten om eenzelfde behandeling met lithium te starten. Haar persoonlijke waarden speelden nauwelijks een rol, omdat de besluitvorming voornamelijk was gebaseerd op zaken als klinische effectiviteit, kosten en mogelijk schadelijke neveneffecten. Na een aantal weken bleek dat het verkeerd was geweest om dit besluit te nemen. Dat wil zeggen, bezien vanuit de waarden die mevr. Ariessen had als kunstenaar. Ze legde het als volgt uit: ze had geen probleem met het gebruik van lithium op zich, haar gemoedstoestand was zelfs veel stabielier dan voorheen. Het probleem waarmee ze werd geconfronteerd was dat ze niet langer meer ‘kleuren kon waarnemen’. En nee, ze bedoelde daarmee niet dat ze kleurenblind was geworden! Maar kleuren hadden voor haar hun emotionele intensiteit verloren. Voor haar als kunstenaar was dat een regelrechte ramp. Als bij aanvang van de behandeling duidelijk was geweest dat het ‘echt zien van kleuren’ voor haar van zeer groot belang was, dan zouden de gevolgen van het ‘emotioneel afstompend’ effect van het gebruik van lithium waarschijnlijk op dat moment zijn besproken. Mevr. Ariessen zou dan nog steeds hebben kunnen besluiten om de behandeling met lithium te beginnen, maar ze zou zich dan ook bewust zijn geweest van deze mogelijke bijwerking. Bovendien zou haar huisarts zich er bewust van zijn geweest dat dit voor haar een grote zorg was.

In de casus wordt gesteld dat waarden slechts een impliciete rol speelden. VBHC daarentegen zou mevr. Ariessens behandeling beoordelen als ‘high value care’: haar gemoedstoestand was immers stabielier geworden (verbeterde uitkomst), terwijl lithium bovendien een relatief goedkoop medicijn is (redelijke kosten). Het probleem is dat VBHC gebruikmaakt van een lijst van indicatoren in een vaste volgorde op basis waarvan de behandeling wordt beoordeeld. Die lijst is gestandaardiseerd voor alle patiënten met dezelfde aandoening. Zo’n reductionistische (smal waardebegrip) en monistische

(één absolute waarde staat bovenaan) set indicatoren gaat totaal voorbij aan het gegeven dat de persoonlijke waarden van patiënten onderling erg kunnen verschillen. Van oudsher staan ‘patiëntwaarden’ voor de eigen voorkeuren, betrokkenheid en ervaringen die een patiënt meeneemt naar een klinisch consult. Wij vinden dat de unieke levenswaarden van elke patiënt normatief zouden moeten zijn en zouden moeten aanzetten tot actie; het moeten geen standaardsets met indicatoren zijn. Een voorbeeld van een normatieve waardentheorie in de gezondheidszorg die expliciet rekening houdt met de unieke levenswaarden van patiënten, is *values-based medicine* (VBM). VBHC is uitsluitend gericht op uitkomsten, waarbij de focus is gericht op de (verwachte) klinische resultaten in relatie tot de kosten. De focus van VBM daarentegen is het perspectief van de unieke patiënt in een gegeven situatie.

Een mooi voorbeeld van de focus op persoonlijke waarden die VBM kenmerkt, is het concept van *advance care planning*. Dit helpt mensen om hun doelen en voorkeuren te definiëren voor hun toekomstige medische behandeling en zorg, om over deze doelen en voorkeuren te praten met familieleden en gezondheidszorgprofessionals, alsook om deze voorkeuren vast te leggen en te beoordelen –indien nodig. In een *advance care planning* programma dat onlangs in het Nijmeegse Radboudumc werd opgezet, viel op dat de principes van VBM een belangrijke aanvulling vormden op het nogal beperkte waardenbegrip van VBHC. Een onderdeel van het programma was de ontwikkeling van de ‘Pal Pal’, een hulpmiddel waarbij een tablet gebruikt wordt om oudere kankerpatiënten te begeleiden in de laatste fase van hun leven.

Dit hulpmiddel helpt patiënten en hun partners bij het benoemen van hun doelen en bij het definiëren van hun persoonlijke waarden. Een vraag die Pal Pal de patiënt kan stellen, is bijvoorbeeld: ‘Wat zou u graag willen doen op een gewone dag?’ Het programma stelt dan de vraag aan de orde hoe de zorg zodanig kan worden georganiseerd dat de wens van de patiënt in vervulling kan gaan. Patiënten en hun partners gaan die wens vervolgens bespreken met hun arts. Als een patiënt bijvoorbeeld heel graag tuint, dan wordt bekeken hoe de zorg hem in staat kan stellen om, zo lang als dat kan, te blijven tuinieren. Pal Pal ondersteunt ook uitkomstmaten. Daarbij wordt gebruikgemaakt van adaptieve technieken om, afhankelijk van de persoonlijke waarden en doelen van de patiënt, gepersonaliseerde uitkomstmaten te verkrijgen. Dit kan een *patient reported outcome measure* (PROM) zijn, maar soms zijn andere middelen nodig, zoals interviews, observaties of schaduwtechnieken, om te kunnen meten in hoeverre de verwachte resultaten zijn behaald.

### **Box 20.2 VBHC negeert de intrinsieke ‘waarde van het geven’ van de zorg**

Stel je voor dat er twee buurvrouwen zijn die ieder een oudere vader hebben die lijdt aan dementie. Beide vrouwen hebben goedbetaalde banen, maar ze komen in de knel met hun werk door de zorg die hun vaders momenteel nodig hebben. Buurvrouw A regelt thuiszorg voor haar vader voor 24 uur per dag, zodat zij kan blijven werken en hij de zorg krijgt die hij nodig heeft. Buurvrouw B geeft voor 60 procent haar werk op, zodat ze vijf dagen in de week bij haar vader kan zijn.



Wat zou de uitkomst zijn geweest als VBHC de waarde (uitkomst gedeeld door de kosten) had gemeten van de zorg die beide oudere mannen ontvingen? Als we daarbij allerlei soorten professionele kwaliteitsstandaarden en de lagere alternatieve kosten van professionele zorg in beschouwing nemen, dan kan het resultaat zijn dat de professionele thuiszorg hoger wordt gewaardeerd dan de goedbedoelde informele zorg geleverd door dochter B. Die zorg zal waarschijnlijk niet voldoen aan professionele criteria en zal in hogere alternatieve kosten resulteren. Hoewel onze sympathie waarschijnlijk meer uitgaat naar de unieke zorg en aandacht die dochter B haar vader geeft, lijkt VBHC niet in staat om de zorg op die manier te waarderen. Wij vinden dan ook dat VBHC inbreuk pleegt op de intrinsieke ‘waarde van het geven’ van zorg – en die mogelijk zelfs aantast. VBHC huldigt een puur instrumentele uitleg van gezondheidszorg, waarbij het principe geldt dat gezondheidszorg alleen waarde heeft als er goede uitkomsten tegen redelijke kosten mee worden behaald. Maar voor sommige diensten – en wij zijn van mening dat dit ook van toepassing is op de ‘zorgende’ kant van de zorg – geldt dat de waarde in elk geval deels wordt gevormd door de niet-vermarkte motieven die ervoor worden gegeven. Die motieven worden gezien als gebaren van liefde, bewondering, respect en eer. Bij de waarde van het geven is de relatie tussen degenen die betrokken zijn bij de transactie relevant, alsook het altruïstische karakter van die transactie, die daardoor een eigen intrinsieke waarde krijgt. Dit staat in scherp contrast met de manier waarop concurrerende markten functioneren. Daarin zijn transacties op zich onbelangrijk, relaties onpersoonlijk, en telt ook de identiteit van de deelnemers niet. Men is er vrij om zijn eigen persoonlijke profijt na te streven en wordt niet belemmerd door het idee dat men rekening moet houden met mogelijke nadelen voor anderen.

In de ‘zorgethiek’ wordt wél aandacht besteed aan de intrinsieke waarde van de zorgrelatie. Ons voorstel is dan ook om zorgethiek in VBHC op te nemen in het ‘waarden-ontwerp’ voor kwaliteitsbeoordeling van de zorg. Het zal niet voldoende zijn om daartoe alleen maar een extra prestatie-indicator aan VBHC toe te voegen: wat nodig is, is een paradigmaverschuiving in het kwaliteitsontwerp in VBHC. Daar waar VBHC het paradigma van *erklären* toepast (het zoeken naar managementgeleide verklaringen van oorzaak en effect), zoekt zorgethiek het in *verstehen* (het verklarende begrijpen van de betekenis van menselijke activiteiten in een sociale context). Om de specifieke context van een patiënt echt te begrijpen, stellen wij voor om de huidige focus van VBHC op het meten van indicatoren aan te vullen en te verrijken met andere methoden, zoals interviews, (participerende) observaties en schaduwtechnieken, om op die manier een idee te krijgen van de diepere ‘lagen’ van intrinsieke waarden in de gezondheidszorg.

Tot nu toe hebben we de schending van twee medisch-ethische principes door VBHC besproken: die van persoonlijke waarden en die van de waarde van het geven. Deze schendingen werden voornamelijk veroorzaakt door een te smalle opvatting van het begrip ‘waarde’. We laten nu zien hoe VBHC inbreuk pleegt op twee andere medisch-ethische principes, veroorzaakt door de sterke focus op marktwerking als een verdeelmechanisme voor de gezondheidszorg.

### Box 20.3 VBHC pleegt inbreuk op de professionele autonomie

In haar briljante TED talk over publieke verantwoording tegenover vertrouwen, vertelde Onora O'Neill het volgende: 'Ik was ooit voorzitter van een klein onderzoeksteam dat de veiligheid in de kraamzorg onderzocht. Een van de verloskundigen vertelde dat het voorkwam dat het langer duurde voordat ze de administratie in orde had dan dat ze de baby ter wereld hielp komen. Daar is een verloskundige niet voor.'

Een van de manieren waarop in VBHC 'marktwerking' wordt uitgedrukt, is het mechanisme van 'doelen en prestatie management'. Dit mechanisme leidt echter niet alleen tot meer standaardisatie, metingen, audits en bureaucratie, maar ook tot een strakkere organisatorische controle over de dagelijkse medische praktijk. Het risico van deze 'auditcultuur' is dat professionalisme en professionele standaarden onder druk komen te staan, waardoor beroepsethiek verandert in zakenethiek. Dit kan ertoe leiden dat over patiënten uitsluitend nog wordt gesproken in termen van winst en verlies en dat de arts-patiëntrelatie ondergeschikt wordt gemaakt aan de resultaten. Artsen ervaren daardoor stress en verlies van eigenaarschap, en voelen zich niet aangemoedigd om nog nieuwe initiatieven te ontwikkelen. Overigens koesteren we geen nostalgisch en naïef verlangen naar de vroege dagen van de geneeskunde, toen mensen nog onvoorwaardelijk vertrouwen hadden in 'meneer de dokter' – hoe schurkachtig diens karakter soms ook was. Wel pleiten we voor 'intelligente vormen van publieke verantwoording', die kunnen bijdragen aan vertrouwen in degenen die je ook werkelijk kunt vertrouwen: de bekwamen, de betrouwbaren en de eerlijken. In ons eigen ziekenhuis bijvoorbeeld, heeft het concept van 'intelligent vertrouwen' geleid tot voorstellen om de bestaande competentieprofielen voor studenten geneeskunde te veranderen. Die profielen waren eerder voornamelijk gericht op kennis en vaardigheden. Ons nieuwe medische curriculum bevordert nu expliciet ook deugden en karaktereigenschappen, bijvoorbeeld door 'rolmodellen' in te zetten voor studenten en artsen; een al eerder als effectief beoordeelde strategie.

### Box 20.4 VBHC ondermijnt de solidariteit

Mevrouw De Boer, een rijke weduwe, gaat naar het spreekuur van een orthopedist in het plaatselijke ziekenhuis. Bij haar eerste afspraak op de polikliniek wordt duidelijk dat mevrouw De Boer en haar arts elkaar, om het mild uit te drukken, bepaald niet mogen. Bij het verlaten van het ziekenhuis na die afspraak voelt mevrouw De Boer zich diep beledigd en gekrenkt. Diezelfde avond nog bezoekt ze een website waarop patiënten hun ervaringen met artsen kunnen plaatsen. Ze plaatst een kritische beoordeling van de arts op de site, en ze gebruikt de 'Vind een arts'-functie om een andere orthopedist te zoeken, in een privékliniek.

*Volgens VBHC 'erkennen patiënten en hun familieleden, (...) mondig geworden door betere informatie, meer hun eigen verantwoordelijkheid in het maken van keuzes in de gezondheidszorg. Deze keuzes moeten dan wel gebaseerd zijn op uitstekende*

*resultaten, niet op gemak en voorzieningen. De dichtstbijzijnde zorgverlener is niet noodzakelijkerwijs de beste zorgverlener*'.<sup>22</sup>

In onze ogen echter kan commodificatie van zorg(relaties) en de verandering van patiënten in kritische consumenten de solidariteit in zijn algemeenheid op twee manieren ondermijnen.

Ten eerste kan de 'overstapoptie' – als de zorg niet overeenstemt met onze voorkeuren – leiden tot problematische situaties. De midden- en hogere klassen kunnen ontsnappen aan dat systeem doordat ze naar particuliere zorgverleners gaan, iets dat buiten het bereik ligt van de minder bedeelden wanneer hiervoor uit eigen zak (bij) betaald moet worden.

Ten tweede kan 'overstappen' een corrumperend effect hebben op de 'gedeelde waarde', de intrinsieke waarde van die delen van de maatschappij (bijvoorbeeld nationaal erfgoed of bepaalde voorzieningen) die waardevol zijn – tenminste gedeeltelijk – omdat we ze met elkaar delen en omdat iedereen er gebruik van kan maken. We zouden de gezondheidszorg ook als zo'n waarde kunnen beschouwen. Maar gezamenlijk gebruik ervan houdt ook de gezamenlijke verantwoordelijkheid in voor het aanbrengen van verbeteringen als een lid van de groep er problemen mee ondervindt of ontevreden is over het gebruik ervan.

Omdat een focus op keuzes maken en overstappen de waarde van de zorg mogelijk corrumpeert, stellen wij 'stem' voor als een geheel ander middel tot verbetering. Het appelleert aan het verantwoordelijkheidsgevoel van mensen om het gezamenlijke goed in de gezondheidszorg te verdedigen. In die betekenis kan 'stem' in veel verschillende vormen voorkomen. Veel westerse landen hebben een geïnstitutionaliseerde patiëntvertegenwoordiging op zowel mesoniveau (bijvoorbeeld het ziekenhuis) als macroniveau (bijvoorbeeld het verzekerde pakket). Veel radicaler echter is het fenomeen *community owned/pooled resources*, waarbij de gemeenschap als eigenaar optreedt van (eerstelijns)gezondheidszorg. Dit is een welbekend concept in Australië, waarbij burgers de verantwoordelijkheid op zich nemen om de zorg te organiseren en te verbeteren, en om de beschikbare middelen te (her)verdelen.

## 20.5 Conclusie

Dit hoofdstuk laat zien dat betaalbaarheid van zorg niet slechts een kwestie is van kosten en baten, maar dat betaalbaarheidskwesties altijd een morele dimensie hebben. Immers: de wens om zorgvuldig om te gaan met schaarse middelen brengt ons rechtstreeks in het hart van de ethiek van de gezondheidszorg. Het gaat dan onder andere over het bekende medisch ethische principe van 'rechtvaardigheid'. We illustreerden dit aan de hand van drie deelonderwerpen: op *macroniveau* moeten keuzes worden gemaakt ten aanzien van het verzekerde pakket; op *mesoniveau* is ons zorgstelsel dusdanig ingericht dat verzekeraars worden geacht selectief te contracteren en goede zorg tegen lage kosten aan te bieden; en op *microniveau*, het niveau van de dagelijkse zorg, worden zorgprocessen meer en meer ingericht volgens de principes van Value Based Health Care delivery.

### ***Aanbeveling 1 (macroniveau)***

In de huidige keuzeprocessen rond de samenstelling van het verzekerde pakket is weinig plaats voor rechtstreekse inbreng van morele waarden zoals die leven onder de burgerbevolking. Wij bevelen aan om door ons beschreven onderzoeksmethoden toe te passen om deze waarden te onderzoeken en in beeld te brengen. Vervolgens bevelen we aan om een op deze waarden gebaseerde representatieve vertegenwoordiging van burgers aan het woord te laten wanneer belangrijke keuzes ten aanzien van het verzekerde pakket gemaakt moeten worden. Daartoe zouden – naar Belgisch voorbeeld – burgerfora kunnen worden opgezet die de minister zouden kunnen adviseren.

### ***Aanbeveling 2 (mesoniveau)***

Een achilleshiel in het huidige zorgstelsel is de beoogde selectieve contractering. We zagen hoe zorginkoop tot op heden vooral op basis van kosten geschiedt en niet zozeer op basis van kwaliteit. Onder dat gesternte kan nooit de claim van selectieve inkoop en de ‘budgetpolis’ worden ingelost; namelijk dat deze een kwaliteitopdrijvend effect zou hebben. We bevelen daarom aan om werk te maken van zorginkoop op kwaliteit. Daartoe is transparantie vereist over kosten, gepastheid van zorg (praktijkvariatie) en over kwaliteit. In dit laatste schuilt het gevaar van een te smalle kwaliteitsdefinitie, zodat wij nog een derde aanbeveling doen.

### ***Aanbeveling 3 (microniveau)***

We zagen hoe een te sterke focus op Value Based Health Care (VBHC) en een te smalle definitie van ‘waarde’ zouden kunnen leiden tot inbreuken op vier belangrijke medisch ethische principes. De gezondheidszorg heeft dringend een volgende stap in VBHC nodig. Die volgende stap zou de stap naar *values driven health care* (VDHC) moeten zijn en wel om de volgende vier redenen.

VDHC

- is gebaseerd op een slimme verantwoording die vertrouwen heeft in de betrouwbaren;
- moedigt patiënten aan om hun stem te laten horen voor het gezamenlijke goed van de gezondheidszorg;
- hecht belang aan de intrinsieke waarde van het geven in de zorg;
- beschouwt de unieke levenswaarden van de patiënt als voorschrijvend en leidend.

### **Referenties**

- 1 ZIN, *Van Goede Zorg Verzekerd. Hoe Zorginstituut Nederland adviseert over de inhoud van het basispakket*, Diemen: ZIN, mei 2015.
- 2 R. ter Meulen en S. Vaughan-Brakman, ‘Het Oregon Health Care Program. Een voorbeeld voor Nederland?’, *Medisch Contact*, 1991;46(18):559-61.
- 3 Koning Boudewijnstichting (KBS), *Burgers als leidraad bij terugbetalingen in de gezondheidszorg*, 2015. <https://www.kbs-frb.be/nl/Virtual-Library/2015/317344>
- 4 R. Baltussen, *Burgerforum: keuzes in de zorg, 2017*. <https://www.radboudumc.nl/projecten/burgerforum>

- 5 A.S. Groenewoud en W. van Dijk, *Keuzes in het verzekerde pakket: mag de burger er ook iets van vinden? Houdingen van burgers t.a.v. vruchtbaarheidsbehandelingen in het verzekerde pakket*, Nijmegen/Amsterdam: Celsus/Talma, 2016.
- 6 D. Berwick, B. James en M.J. Coye, 'Connections between quality measurement and improvement', *Medical Care*, 2003;41(1 Suppl):130-38.
- 7 NZa, *Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015*, Utrecht: NZa, 2015, p. 46.
- 8 NZa, *Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2017*, Utrecht: NZa, 2017, p. 19.
- 9 E.D. Pellegrino, 'The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic', *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1999;24(3):243-66.
- 10 E. Anderson, 'The Ethical Limitations of The Market', *Economics and Philosophy*, 1990;(6):179-205.
- 11 J. Anderson, 'Regimes of Autonomy', *Ethical Theory and Moral Practice* 2014;17(3):355-68.
- 12 K.J. Arrow, 'Uncertainty and the Welfare Economics of Medical-Care', *American Economic Review* 1963;53(5): 941-73.
- 13 NRC, 24 januari 2015, <https://www.nrc.nl/nieuws/2015/01/24/budgetpolis-niet-zelf-naar-antoni-van-leeuwenhoek-a1419255>.
- 14 E. Schippers, Antwoorden op Kamervragen. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/12/02/beantwoording-kamervragen-over-reactie-minister-op-uitspraak-europese-hof-over-vrije-artsenkeuze>
- 15 K. Kuperus en D. Ikkersheim, *Evaluatie Zorgverzekeringswet (ZVW)*. Eindrapportage, Amstelveen: Plexus, 2014, p. 102.
- 16 NZa, *Monitor en Beleidsbrief Zorginkoop*, Utrecht: NZa, 2014, p. 1-49.
- 17 NZa, *Marktscan Medisch-specialistische Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)*, Utrecht: Nza, 2017.
- 18 M.J. Sandel, *What money can't buy: the Moral Limits of Markets*, The Tanner Lectures on Human Values, Oxford: Brasenose College, 1998.
- 19 M.E. Porter en E. Teisberg, 'How physicians can change the future of health care', *Journal of the American Medical Association*, 2007;297(10): 1103-11.
- 20 Meetbaar Beter Books 2012-2016, <http://www.meetbaarbeter.com/documents/meetbaar-beter-boeken> (Nederlands), <http://www.meetbaarbeter.com/english> (Engels).
- 21 D. van Veghel, M. Marteiijn en B. de Mol, 'First results of a national initiative to enable quality improvement of cardiovascular care by transparently reporting on patient-relevant outcomes', *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 2016;49:1660-69.
- 22 M.E. Porter en E. O. Teisberg, 'Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston, Mass.: Harvard Business School Press, 2006, p. 301.

## 21. Maakt e-health de toekomstige zorg betaalbaar?

Tijn Kool

### Kernboodschappen

- Indien snel bredere opschaling van de grond komt, dan zorgt e-health er de komende jaren voor dat de patiënt meer mogelijkheden krijgt om regie te voeren en zijn eigen gezondheid en ziekte te begrijpen
- E-health biedt substantiële mogelijkheden tot het verminderen van de kosten per diagnose of per behandeling, mits het daadwerkelijk bestaande zorg vervangt. Maar de mogelijkheden hiertoe zijn in de praktijk nog weinig onderzocht. En als dat al is gebeurd, dan is maar voor enkele toepassingen aangetoond dat e-health de kosten van de zorg kan verlagen. Meer robuust onderzoek is daarom noodzakelijk
- Cruciaal voor meer gebruik van e-health en voor mogelijke effecten daarvan op de zorgkosten is een andere houding van zorgverleners. Zij moeten minder gaan 'zorgen' en meer gaan stimuleren en coachen. Ook zorgaanbieders, zorgverzekeraars en publieke partijen moeten hun verantwoordelijkheid nemen door bewezen effectieve e-health te stimuleren

### 21.1 Een toekomstbeeld?

Het is een sombere herfstochtend in 2040 als Edith haar ogen opendoet. Ze beseft direct dat het vandaag een belangrijke dag gaat worden. Vandaag krijgt ze een nieuw heupgewricht en zal ze eindelijk van de pijn verlost zijn. Het is de beste dag om geopereerd te worden heeft haar Personal Medical Advisor aangegeven, die dat heeft berekend op basis van de afgelopen maanden geüploade pijnscores, haar vitale kenmerken en het op haar genetisch profiel gebaseerde complicatierisico. Echt zorgen maakt ze zich niet, het schijnt een ingreep van niets te zijn die de Robodoc Michelangelo ongetwijfeld vakkundig zal uitvoeren. Daar heeft ze het volste vertrouwen in. Ze laat haar benen nog even masseren door haar huisrobotje Mark voor een goede doorbloeding en gaat, aangespoord door haar Personal Organiser, snel naar haar auto die haar feilloos door het drukke verkeer naar de AH Hip Clinic stuurt.

Daar verwelkomt een vriendelijk lachende jongeman haar en wijst haar de operatiekamer, waar de orthopedisch chirurg al staat te wachten. Hij vraagt of ze nog vragen heeft over de procedure die ze vorige week al eens via haar Virtual Reality-bril heeft meegemaakt. Alles was toen helemaal duidelijk, dus nu kan Edith zich overgeven aan de zorgen van Michelangelo en zijn team van OK-verpleegkundigen. Edith heeft gekozen voor plaatselijke verdoving en bekijkt tijdens de operatie, die binnen een uur vlekkeloos verloopt, een aflevering van haar favoriete serie die ze van tevoren had besteld.

Voor ze het weet staat de orthopedisch chirurg al weer lachend naast haar om te vertellen dat de operatie zoals gepland is verlopen en dat het bloedverlies minimaal was. Ze kan daarom direct naar huis. Hij neemt eerst nog enkele praktische zaken met haar door: hoe ze de programmatuur van haar huisrobotje Mark kan upgraden, zodat

ze de komende dagen meer aandacht en zorg krijgt omdat ze haar been moet ontzien. En er verschijnt een instructieprogramma op haar lenzen dat laat zien hoe ze zich de eerste dagen na de operatie met krukken kan voortbewegen. Ze kan de komende dagen als ze behoefte heeft even beeldbellen om de wond te laten zien aan de verpleegkundige. En over een week heeft ze een videoafspraak met de chirurg om de voortgang door te nemen. Ook laat hij zien dat haar European Medical Record is bijgewerkt met alle gegevens van de operatie. En tenslotte besluit hij met het goede nieuws dat de heupvervangende deze week in de bonus is; dat scheelt toch weer 10 procent.

Met een glimlach op haar gezicht stapt zij in de auto die haar naar huis rijdt, waar familie en vrienden, huisrobotje Mark voorop, haar verwelkomen.

## 21.2 Inleiding en vraagstelling

De verre toekomst boeit de mensheid al heel lang. Van Jules Verne tot de filmcyclus *Back to the Future* blijkt: een blik in de toekomst fascineert en prikkelt onze fantasie. Zowel Jules Verne als de scriptschrijvers van *Back to the Future* zijn er overigens aardig in geslaagd om toekomstige ontwikkelingen te voorspellen. Er zijn reizen naar de maan gekomen en in 2015 was het mogelijk om via een beeldscherm te bellen, met een vingerafdruk te betalen en door een 3D-bril te kijken. Of bovengenoemde heupoperatie in 2040 ook werkelijk zo zal plaatsvinden, is de vraag. Het voorzien van grote veranderingen op betrekkelijk korte termijn blijkt lastig. De val van de Berlijnse Muur, de beurskrach en de ondergang van veel banken in 2008, de introductie van de iPod of de verkiezing van Donald Trump: de wereldgeschiedenis bleek in veel gevallen moeilijk te voorspellen.

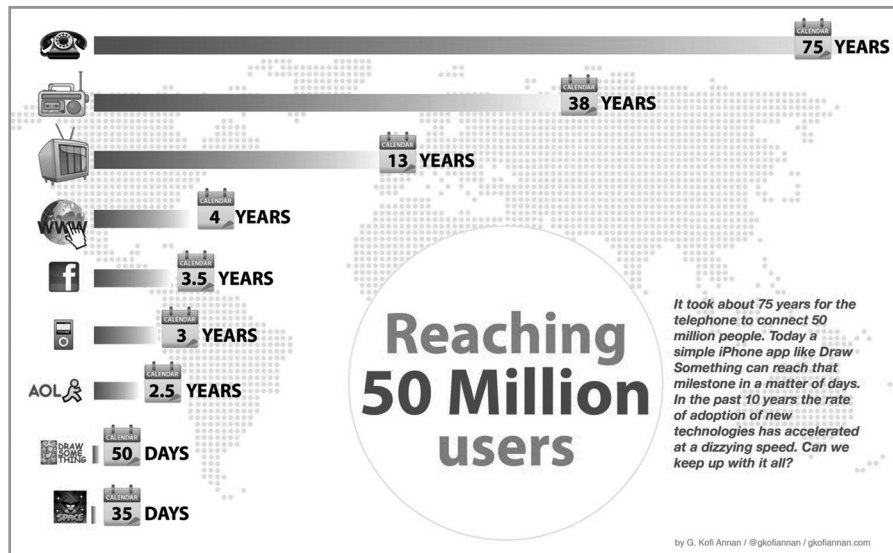
Dit geldt ook voor de zorg. Verschillende futurologen hebben de afgelopen jaren al op korte termijn grote aardverschuivingen in de zorg voorspeld. Robodocs die operaties verrichten, vergaand gebruik van kunstmatige intelligentie bij diagnostiek, gepersonifieerde behandeladviezen op basis van unieke genanalyse: het zijn allemaal mogelijkheden die inmiddels al bestaan. En ze zullen alle aan bod komen in dit hoofdstuk. Maar het gebruik van de vele beschikbare technologische mogelijkheden blijft in de praktijk nog achter. Zorg blijft voor een groot deel mensenwerk en het veranderen van het gedrag van zorgprofessionals en patiënten is een complex en langdurig proces.

Hoe en via welke concrete stappen de zorgwereld zich de komende jaren gaat ontwikkelen, is lastig te schetsen, maar dat de zorg radicaal gaat veranderen is onvermijdelijk. De introductie van technologie is de afgelopen decennia, met name door het internet, steeds sneller verlopen. Uit onderstaande figuur blijkt dat het tegenwoordig een kwestie van weken is voordat een innovatie een miljoenenpubliek heeft bereikt, terwijl daar vroeger vele decennia voor nodig waren. En inmiddels heeft Pokémon Go deze periode al weer bijna gehalveerd naar 19 dagen.

Anticiperen op de toekomst is daarom van groot belang. Er zijn met name meer mogelijkheden gekomen door de informatie- en communicatietechnologie (ICT), een ontwikkeling die in de zorg een eigen naam heeft gekregen: *electronic health* oftewel e-health. Dit is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologie, met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te

verbeteren.<sup>1</sup> Een onderdeel van e-health is *mobile health* (m-health), zorg die wordt ondersteund door draadloze apparatuur als mobiele telefoons, monitoringsapparatuur en persoonlijke digitale assistenten.<sup>2</sup> In dit hoofdstuk komen ook ontwikkelingen aan de orde die niet direct onder deze definitie van e-health vallen. Deze worden wel besproken omdat zij mede het toekomstbeeld bepalen en de mogelijkheden van e-health versterken.

**Figuur 21.1** Tijd tot het bereiken van 50 miljoen gebruikers van een bepaalde technologie (ontwerp: G. Kofi Annan)



Meer zicht op ontwikkelingen die ons in de zorg staan te wachten door e-health is van groot belang om iets over de betaalbaarheid van de zorg in de toekomst te kunnen zeggen. Voortschrijdende technologie wordt soms genoemd als een van de belangrijkste redenen voor kostenstijging. Het uitgangspunt is immers dat de toegenomen mogelijkheden door e-health voor iedereen beschikbaar moeten zijn en dat het aanbod van zorg hierdoor zal worden vergroot. Soms wordt e-health ook gezien als een mogelijkheid om de zorg doelmatiger te maken en kosten te besparen door bestaande zorg te vervangen. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal wat de gevolgen zullen zijn van e-health voor de inrichting en de betaalbaarheid van de zorg. Om deze vragen te beantwoorden, komen eerst de veranderingen in de dagelijkse zorgpraktijk als gevolg van e-health aan de orde. Daarna volgt een schets van de mogelijke consequenties van deze veranderingen voor de betaalbaarheid. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van wat we uit wetenschappelijk onderzoek weten over de effecten van deze veranderingen. Het hoofdstuk besluit met de implicaties voor het beleid in de vorm van enkele aanbevelingen.



### 21.3 Welke ontwikkelingen bepalen onze toekomstige zorg?

Technologische ontwikkelingen hebben de afgelopen jaren voor een forse verandering in het zorglandschap gezorgd. Dit proces zal de komende jaren versterkt doorzetten met consequenties voor met name de rol en de verantwoordelijkheid van de patiënt. Onderstaand overzicht is niet uitputtend, maar geeft wel de belangrijkste ontwikkelingen weer.

#### 21.3.1. Patiënten krijgen de regie in diagnose en behandeling

Vershillende ontwikkelingen hebben er de afgelopen jaren toe geleid dat patiënten beter in staat zijn om hun ziekte te begrijpen en hun zorg te coördineren. Hierdoor kunnen ze meer dan voorheen de regie voeren over hun ziekte en gezondheid. Deze ontwikkelingen zullen de komende jaren doorgaan en de positie van de patiënt aanzienlijk versterken. Zorgverleners zullen daardoor een andere rol krijgen en de verantwoordelijkheid voor de zorg van de patiënt steeds minder overnemen. Zij zullen zich meer als coach opstellen die de patiënt helpt bij het voeren van de regie over diagnose en behandeling.

##### ***Betere toegang tot data***

Patiënten zijn beter over hun gezondheidstoestand geïnformeerd dan vroeger doordat ze toegang hebben tot hun data bij zorgaanbieders. Dat gebeurt met name via zorgportalen, websites waarmee zorgaanbieders patiënten een beveiligde toegang bieden tot hun gegevens, een mogelijkheid waarvan steeds meer zorgaanbieders gebruikmaken. Dit is sterk gestimuleerd door minister Schippers die in 2014 als uitgangspunt heeft geformuleerd dat 80 procent van de chronisch zieken voor 2020 toegang moet hebben tot bepaalde medische gegevens, zoals medicatiegegevens en testuitslagen.<sup>3</sup> Ook stelde zij dat patiënten deze gegevens moeten kunnen gebruiken in apps en internetapplicaties. Deze ontwikkeling heeft in 2016 een extra *boost* gekregen door een subsidie van de minister van 105 miljoen euro aan de ziekenhuizen om deze toegang te realiseren. De Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) heeft hierna het ‘Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional’ gestart met als uitgangspunt dat alle Nederlanders in 2020 bij alle ziekenhuizen digitaal toegang moeten hebben tot hun medische gegevens. Halverwege 2017 had eenderde van de ziekenhuizen een dergelijk portaal. Een deel van deze ziekenhuizen biedt met deze portalen inmiddels ook uitgebreide functionaliteiten; bij een ander deel is de toegang nog beperkt tot de inzage in uitslagen van diagnostiek en het medicatie-overzicht.<sup>4</sup>

Vooralsnog bieden de meeste zorgportalen patiënten alleen nog de mogelijkheid tot het passief inkijken van hun data. Sommige portalen bieden echter ook al de mogelijkheid om vragen te stellen.

### Box 21.1 Open Notes

In de Verenigde Staten is een beweging gestart met als doel om niet alleen testuitslagen en medicatiegegevens voor de patiënt toegankelijk te maken via zorgportalen, maar ook de notities die de zorgverlener maakt tijdens het consult. Deze beweging heet *Open Notes*. Belangrijke doelen zijn om de zorg veiliger te maken doordat patiënten de kans krijgen om te reageren op de gedachten van de zorgverlener, en om de communicatie te verbeteren en daardoor het vertrouwen te versterken.

Bron: <https://www.opennotes.org>.

### ***Gegevensbeheer en -uitwisseling worden eenvoudiger te organiseren en betrouwbaarder***

De afgelopen jaren zijn er veel discussies gevoerd over de vraag hoe de gegevensuitwisseling in de zorg zo betrouwbaar mogelijk kan worden georganiseerd. Dit blijkt een cruciaal criterium te zijn voor artsen en patiënten om technologie te willen gebruiken. Blockchaintechnologie zal hierin de komende jaren een cruciale rol vervullen. Deze technologie is oorspronkelijk ontwikkeld om de uitwisseling van bitcoins mogelijk te maken. Blockchain is een manier om gegevens te registeren in een soort grootboek en deze vervolgens uit te wisselen met andere deelnemers in de vorm van een openbaar (transactie)log. Het is een database die door een netwerk van aangesloten computers continu wordt bijgehouden. Bij toepassingen in de zorg valt te denken aan declaraties maar vooral aan het elektronische patiëntendossier. De veiligheids- en privacyaspecten bij het beheer van het landelijke Elektronische Patiëntendossier (EPD) vormden indertijd een struikelblok voor de invoering ervan. Blockchaintechnologie zal het de komende jaren mogelijk maken om een dergelijk landelijk EPD wel betrouwbaar in te voeren. Het feit dat de uitwisseling van informatie veilig plaatsvindt, leidt overigens niet automatisch tot uitwisseling. Dat blijft deels mensenwerk en vergt een actieve rol van patiënt en zorgverlener.

### ***Meer transparantie over kwaliteit en kosten***

De afgelopen jaren zijn er veel pogingen gedaan om de kwaliteit en de kosten van de zorg voor patiënten transparant te maken. Er zijn verschillende websites ontwikkeld, zoals KiesBeter. Deze websites bestaan al enige tijd en bieden allerlei soorten informatie. In de praktijk gebruiken patiënten ze nog weinig, onder andere omdat de bruikbaarheid van de data beperkt is.

Ook is veel informatie voor patiënten beschikbaar gekomen op sociale media als Twitter, Facebook en patiëntwaarderingssites als zorgkaartnederland.nl. De Patiëntenfederatie Nederland zorgt voor het beheer en de exploitatie van deze site, de grootste in zijn soort in Nederland. De site groeit hard en kent per maand inmiddels een miljoen unieke bezoekers en 10.000 nieuwe waarderingen. Patiënten kunnen de zorg waarderen door cijfers te geven voor zes onderwerpen, zoals de omgang door medewerkers en de wijze van communicatie.

## Box 21.2 Zorgkaart Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

De waardering van patiënten voor zorgaanbieders en zorgverleners vormt een maat voor de kwaliteit van de zorg, en hangt samen met andere kwaliteitsindicatoren, zoals het aantal heropnames en de patiënttevredenheid.<sup>5</sup> Daarom gebruikt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd de waarderingen op Zorgkaart Nederland bij het dagelijks toezicht. Zij doet dat door de onvoldoende waarderingen te vermelden bij de informatie over de betreffende zorgaanbieder. De inspecteurs gebruiken deze informatie bovendien ook voor de beoordeling van het zorgrisico.<sup>6</sup>

Figuur 21.2 Zorgkaart Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

The screenshot shows the homepage of Zorgkaart Nederland. At the top, there is a navigation bar with links for 'Home', 'Aandoeningen', 'Sectoren', 'Feiten en cijfers', 'Blog', 'Vergelijkingshulpjes', and 'Schrijf een waardering'. A search bar is located in the top right corner. Below the navigation bar is a large banner image of a healthcare worker wearing a mask interacting with a child. Overlaid on this image is a search box with the text 'Zoek, vind en waardeer 124.623 zorgaanbieders' and a search button. Below the search box, it says 'Er staan 540.135 ervaringen online'. At the bottom of the banner, there is a button 'Deel nu uw ervaring met de zorg' and a link 'Schrijf een waardering'. Below the banner, there are three columns of search filters: 'Zoek op beroep' (listing Fysiotherapeut, Huisarts, Tandarts), 'Zoek op organisatie' (listing Fysiotherapiepraktijk, Huisartsenpraktijk, Tandartsenpraktijk), and 'Zoek op plaats' (listing Amsterdam, Rotterdam, Den Haag).

Bron: <https://www.zorgkaartnederland.nl>.

### ***Eigen beheer van data***

Patiënten hebben de afgelopen jaren de mogelijkheid gekregen om gegevens over hun gezondheid op te slaan in een persoonlijke gezondheidsomgeving, een beveiligde website die door henzelf wordt beheerd. Zij kunnen zorgverleners toegang tot hun dossier verschaffen, maar zij voeren de regie. In die persoonlijke omgeving verzamelen zij medische gegevens die bij verschillende zorgverleners verspreid liggen: van diagnoses tot inentingen en van onderzoekuitslagen tot behandelingen. In theorie kunnen patiënten in een persoonlijke gezondheidsomgeving met allerlei andere databronnen communiceren. In de praktijk zijn zulke koppelingen echter nog lastig te maken, vooral als gevolg van een gebrek aan standaarden voor die communicatie. Daarom is de Patiëntenfederatie Nederland met MedMij begonnen een programma om voor dit doel standaarden te ontwikkelen. In de praktijk van 2017 was het gebruik van persoonlijke

gezondheidsomgevingen nog beperkt. In de E-health monitor van 2016, een jaarlijks overzicht van het gebruik van e-health in Nederland, gaf de helft van de ondervraagden aan nog nooit te hebben gehoord van een persoonlijke gezondheidsomgeving. De andere helft gebruikte deze omgeving niet of nauwelijks.<sup>7</sup>

### **Directe communicatie met de zorgverlener**

Dankzij de zorgportalen zijn patiënten niet alleen beter geïnformeerd, maar communiceren ze ook directer met zorgverleners wanneer ze vragen hebben. Naast de zorgportalen bestaan hiervoor ook verschillende andere opties. Patiënten kunnen zorgverleners mailen en steeds meer zorgaanbieders bieden bovendien de mogelijkheid tot een videoconsult. Patiënten gebruiken die mogelijkheden in de praktijk echter nog weinig. Slechts 3 procent van de patiënten heeft ooit gebruikgemaakt van een e-consult bij de huisarts.<sup>8</sup> Er verschijnen wel steeds meer andere beveiligde verbindingen, zoals de app BeterDichtbij. Deze app is ontwikkeld door enkele algemene ziekenhuizen om patiënten gemakkelijk maar wel veilig met artsen te laten communiceren.<sup>9</sup> Door de vele mogelijkheden zijn er echter ook mogelijke privacy- en veiligheidsproblemen ontstaan. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft al in 2007 een richtlijn opgesteld voor online contact tussen arts en patiënt.<sup>10</sup> Deze richtlijn is recent aangevuld met onder andere aanwijzingen hoe om te gaan met WhatsApp. In 2015 bleek ongeveer de helft van de artsen deze relatief onveilige dienst wel eens te gebruiken voor de uitwisseling van patiëntgegevens, een derde gaf zelfs aan soms patiëntfoto's te versturen via WhatsApp.<sup>11</sup> De KNMG heeft tevens een overzicht gegeven van veiligere alternatieven.


### **Snelle toegang tot zorginhoudelijke informatie**

Patiënten kunnen de regie steeds beter voeren omdat de toegang tot medisch-inhoudelijke kennis beter wordt ontsloten dan voorheen. Er is al langer een grote hoeveelheid gezondheidsinformatie op internet te vinden. Een groot deel hiervan is echter onbetrouwbaar. Een onderzoek in 2012 schatte het aantal Nederlandse websites met medische inhoud op 15.000 waarvan de helft onbetrouwbaar was.<sup>12</sup> Zo bieden ook commerciële websites met financiële belangen medische inhoud aan.

#### **Box 21.3 Thuisarts**

De website [thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) is gelanceerd in maart 2012 en had medio 2017 per maand ongeveer 1,6 miljoen unieke bezoekers en 2,9 miljoen paginabezoeken. De onderwerpen op de website zijn speciaal voor patiënten geschreven en zijn gebaseerd op de wetenschappelijke huisartsenrichtlijnen. Bijna alle huisartsen gebruiken de website voor voorlichting. Thuisarts.nl is bedoeld voor mensen die informatie zoeken over gezondheid en ziekte. De website kan helpen als patiënten zich afvragen wanneer ze naar de huisarts moeten gaan, als ze zich willen voorbereiden op een gesprek met de huisarts of als ze de uitleg en adviezen van de huisarts nog eens na willen lezen na een bezoek.

Bron: <https://www.thuisarts.nl>.

THUISARTS.NL | 

De laatste jaren zijn er onafhankelijke sites bij gekomen, gebaseerd op onderbouwde medische informatie, zoals thuisarts.nl, betrouwbarebron.nl en de app Moetiknaarde-dokter.

### **Zelf een diagnose stellen**

Patiënten krijgen ook steeds meer de mogelijkheid om laagdrempelig zelf een diagnose te stellen. Ze kunnen zichzelf nu al testen op een aantal ziekten, waaronder hiv, andere geslachtsziekten, de ziekte van Pfeiffer, coeliakie en beginnende huidkanker. Ook zijn er mogelijkheden om zelf foto's en hartfilmpjes te maken en die vervolgens te interpreteren met behulp van smartphone apps.

De regierol zal nog meer bij patiënten komen te liggen met de komst van testen waarmee zij hun eigen DNA-structuur in beeld kunnen brengen. Zo krijgen ze mogelijk voorspellende informatie over hun gezondheid of ziekte zonder de zorgverlener te consulteren. Een stap verder gaat het gebruik van beslissingsondersteunende systemen. Dankzij kunstmatige intelligentie kan de patiënt in de toekomst advies op maat krijgen afhankelijk van de informatie die hij of zij invoert. De twee belangrijkste projecten waaraan momenteel op dit gebied wordt gewerkt, zijn het Watson-project van IBM en het Deepmind-Health-project van Google en de Engelse National Health Service. Op basis van veel ongestructureerde informatie uit medische dossiers kunnen deze gigantische kunstmatige-intelligentiemachines conclusies trekken over diagnostiek en behandeling. Inmiddels heeft onderzoek laten zien dat Watson, nadat de dossiers van een groot aantal kankerpatiënten waren ingevoerd, met een nauwkeurigheid van 90 procent ten opzichte van een expertpanel met ervaren oncologen, een juiste diagnose kon stellen en op basis daarvan een behandeling kon adviseren.<sup>13</sup>

#### **Box 21.4 Nurse Molly**

Nurse Molly is een virtuele verpleegkundige die algemene vragen weet te beantwoorden over gezondheid en ziekte. Ze kan patiënten op basis van kunstmatige intelligentie helpen bij allerlei problemen, zowel door antwoord te geven op eenvoudige administratieve vragen als door te adviseren over complexe chronische ziekten die medische hulp vergen. Patiënten kunnen ook hun eigen meetgegevens delen met Molly en met haar praten over dieet, slaap en stress. Als het nodig is kan zij je doorverbinden met een dokter voor een videoconsult.

Bron: <http://sensely.com>.

### **De mogelijkheid om zelf gezondheidsdata te genereren**

Patiënten bepalen steeds meer zelf welke data zij genereren met *wearables*, *trackers*, apps en andere technologie. Op die manier verzamelen zij onder meer informatie over hun hartslag, bewegen, slaap en voeding, waardoor ze actief worden betrokken bij hun gezondheidsmanagement. Zij beschikken over veel data die bruikbaar kunnen zijn voor henzelf, maar ook voor wetenschappelijk onderzoek op basis van grote databestanden.

Wearables kunnen ook een rol spelen bij het opsporen en monitoren van ziekten. De analyse van gegevens over lichaamsbewegingen kan bijvoorbeeld gebruikt worden om de ziekte van Parkinson op te sporen. Patiënten kunnen data uit wearables ook

gebruiken bij het management van chronische ziekten, zoals COPD en diabetes mellitus. Applicaties die worden gevoed met data uit wearables kunnen een belangrijke rol spelen bij de behandeling en de preventie van obesitas, angst- en paniekstoornissen, posttraumatische stressstoornissen en astma.<sup>14</sup>

### **Meer regie door gebruik van technologie thuis**

Ten slotte kunnen patiënten beter regie over hun eigen leven voeren door het gebruik van domotica, elektronica en huisnetwerken ten behoeve van de automatisering van processen in en om de woning. Hierdoor kunnen ze langer zelfstandig thuis leven en zijn ze minder afhankelijk van intramurale zorg. Naast de klassiekere domotica, zoals de thuiszorgtechnologie die momenteel al een belangrijke rol speelt, zal *the internet of things* de regievoering door patiënten gaan faciliteren. The internet of things bestaat uit apparaten die via internet met elkaar en met de gebruiker kunnen communiceren. Voorbeelden zijn thermostaten, lantaarnpalen en ijskasten, maar ook meer zorggerichte apparaten als weegschalen en thermometers. Dankzij the internet of things is er meer informatie beschikbaar in huishoudens en kunnen patiënten daarop inspelen. Een voorbeeld is het bedienen van lichten en andere apparaten met iemands stem via een platform op afstand. Ook robots kunnen zorgtaken of kleine zelfstandige klussen in het huishouden overnemen. Door robots en the internet of things kunnen ouderen en bijvoorbeeld dementiepatiënten langer thuis functioneren.

Een belangrijke kanttekening bij de schets van een mondige, actief participerende patiënt met regie over zijn of haar gezondheid en ziekte is dat een op de zeven Nederlanders onvoldoende (digitale) vaardigheden heeft om deze regie te kunnen voeren. Dit komt in de slotparagraaf aan de orde.

### **21.3.2 Het ziekenhuisbed van de toekomst staat thuis**

Een tweede ontwikkeling die de zorg zal veranderen is het feit dat diagnose, consultatie en behandeling steeds meer in de eigen omgeving van de patiënt zullen plaatsvinden. Zorgverleners op afstand luisteren en kijken mee en adviseren waar nodig. Deze zogenoemde telezorg maakt het voor patiënten mogelijk om thuis te blijven terwijl zorgverleners hen met behulp van telemonitoring op afstand in de gaten houden. Dit scheelt een soms ingewikkelde reis en wachttijd en ook de responstijd kan hierdoor sneller worden. Zorgverleners kunnen patiënten monitoren met tablets, apps en thuismeetapparatuur en kunnen indien nodig met hen overleggen. Telemonitoring wordt inmiddels al veel toegepast bij chronische patiënten met hartfalen en COPD. Volgens een recent onderzoek kan bijna de helft van de huidige ziekenhuiszorg ook thuis worden verleend. De belangrijkste belemmerende factoren zijn de attitude van patiënten (en/of hun omgeving) en – vooral – van zorgverleners, de beperkte data-infrastructuur, de afwezigheid van financiële stimuli en logistieke belemmeringen.<sup>15</sup> De negatieve attitude van patiënten en artsen wordt onder andere gevoed door onbekendheid met de technologie en door de vrees dat deze ‘koude’ technologie de plaats gaat innemen van de in hun ogen noodzakelijke ‘warme’ zorg. Een organisatorische belemmering kan worden gevormd door schotten in de financiering. Inmiddels hebben zorgverzekeraars

verschillende mogelijkheden gecreëerd om telezorg te vergoeden. Deze zijn echter niet altijd bekend bij zorgaanbieders. Het is de vraag of deze vergoedingen voldoende zijn voor een financieel rendabele inzet van telezorg. Het vergt van zorgaanbieders vaak kostbare investeringen inclusief de opleiding van personeel en de training van patiënten om telezorg operationeel te krijgen.

### Box 21.5 COPD InBeeld

Met COPD InBeeld van zorgorganisaties Sensire en het Slingeland Ziekenhuis worden COPD-patiënten grotendeels thuis behandeld. Bij de behandeling wordt gebruikgemaakt van een tablet en apps. Na goede resultaten bij de eerste patiëntgroepen, is COPD InBeeld nu in het oosten van het land breed beschikbaar met volledige vergoeding door zorgverzekeraar Menzis.

Bron: [www.focuscura.com/nl/copd-inbeeld](http://www.focuscura.com/nl/copd-inbeeld).

Telemonitoring is ook geschikt om zorgverleners kennis en ervaring te laten uitwisselen. Zo wisselen huisartsen en dermatologen al langer beelden uit, waardoor een dermatoloog tijdens het bezoek van patiënten aan de huisarts kan meekijken naar bijvoorbeeld afwijkende moedervlekken en kan adviseren of verwijzing noodzakelijk is. Ook bij veel andere specialismen kan een consult via telemonitoring patiënten een reis besparen.

### 21.3.3

#### Diagnose en therapie kunnen speciaal op de persoon worden gericht

Er zijn – in grote lijnen – drie ontwikkelingen die ervoor zorgen dat diagnose en therapie steeds meer op de persoon kunnen worden gericht. Ten eerste is het ontrafelen van het genoom en het toewijzen van functies aan genen een belangrijke stap geweest die het mogelijk heeft gemaakt om ziekte en gezondheid te verklaren vanuit het unieke genetische perspectief van een individuele patiënt. Ten tweede maakt de voortschrijdende technologie, in de vorm van onder meer 3D-printen en micro-invasieve nanotechnologie, behandeling op maat mogelijk. Ten derde faciliteren technieken als data- en/of tekstmining het doorzoeken van grote ongestructureerde databestanden, al dan niet uit verschillende databases, op zoek naar associaties, trends en patronen. Dankzij deze nieuwe technieken kunnen ziekten in de toekomst eerder worden ontdekt en kunnen zorgverleners beter op de persoon toegesneden diagnoses en behandeladviezen geven, adviezen die niet alleen curatief maar ook steeds vaker preventief zullen zijn.

### Box 21.6 3D-geprinte schedel

In 2014 werd bij een 22-jarige vrouw in het UMC Utrecht de totale schedel vervangen door een met behulp van 3D-print technologie gemaakte kunststof schedel. De patiënte bij wie de nieuwe schedel is geïmplantéerd lijdt aan een aandoening waarbij met name het schedelbot steeds dikker wordt. De ziekte manifesteert zich in het begin met zware hoofdpijnen. Door de dikker wordende schedel komen de hersenen steeds meer onder druk te staan. Uiteindelijk verdwijnen langzaam allerlei hersenfuncties en volgt eventueel overlijden.

Bron: <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Afdelingen/Hersencentrum/Actueel/Nieuws-2014/Volledige-kunststof-3D-geprinte-schedel-geïmplanté>.

#### 21.3.4 De zorg wordt minder arbeidsintensief

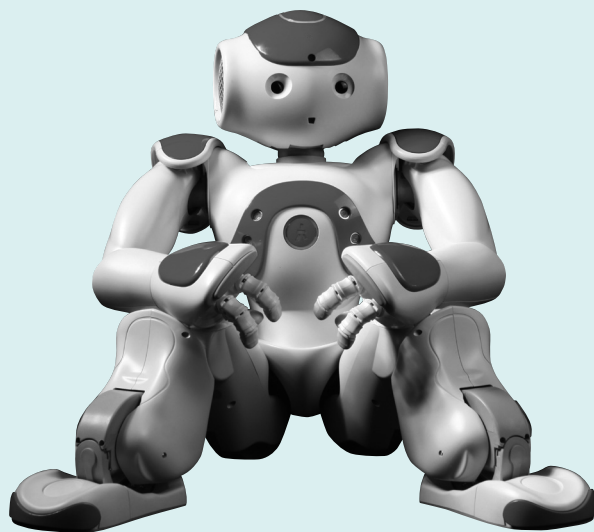
Verschillende technologische ontwikkelingen zorgen ervoor dat de zorg minder arbeidsintensief wordt. Ten eerste kunnen robots worden ingezet voor ingewikkelde medische verrichtingen. Zo speelt de Da Vinci-robot al enkele jaren een belangrijke rol bij prostaatoperaties. Daarnaast kunnen zorgrobots ouderen helpen met huishoudelijke taken en hen aandacht geven, waarmee zij een essentiële schakel kunnen vormen in het voorkomen van personeelstekort in de zorg.

Ten tweede kan toepassing van sensoren die bewegingen of geluiden opvangen in met name de langdurige zorg ervoor zorgen dat zorginstellingen personeel efficiënt kunnen inzetten.

Ten derde zorgt de eerder besproken telezorg voor inzet op maat van zorgpersoneel en minder vraag naar zorgverleners.

##### Box 21.7 Zora de robot

Zora is een robot die zorgverleners onder andere kunnen inzetten voor de activering van ouderen in woonzorgcentra en op scholen voor jonge autistische kinderen. Ze kan de dansbegeleiding doen, voorlezen en spelletjes doen. De robot van 57 cm hoog kan zich 'lopend' voortbewegen en is uitgerust met armen, benen en een soort hoofd. De robot heeft twee videocamera's, vier microfoons (voor 'richting horen'), een sonar-afstandsmeter, twee luidsprekers, ledverlichting en een spraaksynthesizer. Eén camera scant de horizon, de andere doet dit voor de directe omgeving.



Bron: <http://zorarobotics.be/index.php/nl/>.



### 21.3.5 De patiënt beschikt over zijn data en bepaalt wat er mee gebeurt

Verschillende van de hier geschetste ontwikkelingen, zoals toepassingen van kunstmatige intelligentie die gebruikmaken van grote databestanden, zijn alleen mogelijk als de data ook daadwerkelijk beschikbaar zijn. De komende jaren zal steeds meer worden geïnvesteerd in het beheer van zulke databestanden, waarbij het geven van toestemming van patiënten cruciaal zal zijn. Wet- en regelgeving zullen in toenemende mate het eigenaarschap van de patiënt als uitgangspunt moeten nemen.

#### Box 21.8 E-Estonia en het landelijke dossier

Terwijl in Nederland de invoering van een landelijk elektronisch patiëntendossier sinds de mislukking in 2011 op veel – met name politiek – verzet stuit, bestaat in Estland, ook voor medische gegevens, een landelijke digitale infrastructuur. Alle Esten hebben een digitale identiteit waarmee ze toegang hebben tot hun medische gegevens, maar waarmee ze ook de belastingaangifte kunnen doen en betalingen verrichten. Alle gegevens worden maar één keer opgeslagen en aan de digitale infrastructuur zijn allerlei databases verbonden waardoor de gegevens uit die verschillende bronnen eenvoudig gekoppeld kunnen worden. Er is weliswaar sprake van een *opt-out* systeem, maar uiteindelijk hebben slechts enkele honderden Esten aangegeven niet mee te doen.

Bron: <https://e-estonia.com>.

## 21.4 Gevolgen van e-health voor de betaalbaarheid

Wat betekenen al deze ontwikkelingen nu voor de betaalbaarheid van de zorg? In deze paragraaf bespreken we eerst wat de gevolgen voor de betaalbaarheid op papier zouden kunnen zijn en bekijken we vervolgens wat onderzoek ons leert over het effect van e-health op de zorgkosten.

### 21.4.1 Potentiële effecten e-health op de betaalbaarheid

De hierboven geschetste ontwikkelingen op het gebied van e-health kunnen zowel een kostenreducerend als een kostenverhogend effect hebben.

#### **Kostenreducerend**

- *Meer zelfzorg en minder professionele zorg*

Omdat patiënten meer mogelijkheden hebben om de regie zelf in handen te nemen en hun eigen zorg te coördineren, zou dat consequenties kunnen hebben voor de personele inzet. Zorgpersoneel is minder op locatie en meer op afstand nodig, door bijvoorbeeld telezorg. Dit zou kunnen resulteren in tijdwinst, minder personele inzet en daarmee een besparing op personele kosten.

- *Minder intramurale capaciteit*

Omdat een steeds groter deel van de behandeling thuis plaatsvindt, zal er minder behoefte zijn aan ziekenhuisbedden. Het ziekenhuis van de toekomst zal steeds meer een virtueel ziekenhuis zijn waar de coördinatie van de communicatie tussen patiënt en zorgverlener plaatsvindt. Een beddeninfrastructuur wordt grotendeels vervangen door een ICT-infrastructuur. Dit kan een besparing opleveren in de huisvestingskosten.

- *Minder arbeidsintensief, minder personele lasten*

Niet alleen door meer zelfzorg maar ook door bijvoorbeeld telezorg, kan de vraag naar zorgpersoneel afnemen en kunnen de personele lasten dalen. Ook kan e-health taakherschikking ondersteunen en daarmee meer inzet van goedkoper zorgpersoneel faciliteren.

- *Meer preventie van ziekte, minder kosten van behandeling*

Met name de mogelijkheid tot het geven van beter gepersonifieerde gezondheidsadviezen op basis van voorspellende modellen, biedt de kans om meer aandacht te besteden aan preventie op maat. Hierdoor kunnen ziekten worden voorkomen of uitgesteld en kunnen de uiteindelijke zorgkosten lager worden.

- *Meer kennis bij patiënten, meer zekerheid, minder vraag naar zorg*

Patiënten kunnen zekerder worden over hun gezondheid door meer kennis, en doordat informatie van betrouwbare websites of adviezen op basis van kunstmatige intelligentie hen kan geruststellen. Hierdoor kan de vraag naar zorg dalen.

### **Kostenverhogend**

- *Meer mogelijkheden en daardoor verruiming van aanbod*

Er zullen nieuwe mogelijkheden komen die oudere alternatieven niet vervangen maar die complementair zijn aan de bestaande zorg en ernaast worden aangeboden. Dit is een al langer bekend mechanisme waardoor de kosten van de zorg stijgen, zoals in eerdere hoofdstukken is toegelicht.

- *Een grotere en complexere ICT-infrastructuur*

Voor de instandhouding van de vele e-healthtoepassingen zal een grootschalige ICT-infrastructuur nodig zijn. Door de vele onderlinge interacties van al die toepassingen zal deze infrastructuur complex zijn. Hierdoor kunnen de personele en materiele kosten voor onderhoud en beheer van de hard- en software toenemen.

- *Meer kennis bij patiënten, meer onzekerheid, meer vraag naar zorg*

De beschikbaarheid van meer medische informatie kan als effect hebben dat patiënten onzekerder worden en meer behoefte hebben aan een diagnose om hen gerust te stellen. Hierdoor kan de zorgconsumptie stijgen.

## **21.4.2 Onderzoek naar de invloed van e-health op de betaalbaarheid**

Een recent overzicht van literatuuronderzoeken naar e-health liet zien dat er de laatste jaren veel wetenschappelijke literatuur is verschenen over de effecten van e-health op de zorgkosten.<sup>16</sup> In dat overzicht zijn 31 onderzoeken bekeken waarvan twee derde ook het kostenaspect meenam. Daarvan toonden drie studies overtuigend aan dat interventies door middel van e-health kosteneffectief zijn, tien studies lieten veelbelovende effecten van e-health op de kosten zien en zeven onderzoeken konden geen positieve effecten aantonen. Deze studie en enkele andere literatuuroverzichten leren dat het in het algemeen van belang is om voorzichtig te zijn met te stellen conclusies. Veel studies nemen de kostencomponent niet mee, en als ze dat wel doen zijn ze vaak van onvoldoende kwaliteit. Goede gecontroleerde studies zijn immers lastig uit te voeren want die kosten tijd, terwijl e-healthinnovaties elkaar snel opvolgen.<sup>17</sup>

Ook zijn de effecten vaak gemeten na een relatief korte periode van één tot enkele maanden. Van enkele specifieke vormen van e-health wordt hieronder het effect op de kosten beschreven. Deze beschrijving is omwille van de lengte van het hoofdstuk niet uitputtend.

### **Zorgportalen**

Een literatuuronderzoek heeft laten zien dat zorgportalen niet in staat zijn om de zorgkosten te verlagen. Van de acht studies die het effect van een zorgportaal op de kosten onderzochten, gaven vijf studies hogere ziekenhuiskosten aan, twee vonden geen verschil en slechts één vond een positief effect op de kosten van de eerstelijnszorg.<sup>18</sup> Een van deze studies liet bijvoorbeeld zien dat patiënten die toegang kregen tot een portaal en de mogelijkheid hadden om de arts een bericht te sturen, 63 berichten verstuurd en 287 keer telefonisch contact hadden met het ziekenhuis. De controlegroep belde in dezelfde tijd 267 keer.<sup>19</sup> Een andere studie liet zien dat na introductie van het portaal patiënten vaker de polikliniek bezochten (0,7 bezoek meer per patiënt) en meer belden (0,3 keer meer per patiënt).<sup>20</sup> Een ander systematisch literatuuronderzoek toonde evenmin een duidelijk effect aan van patiëntportalen op zorggebruik en doelmatigheid.<sup>21</sup> Het lijkt erop dat zorgportalen complementair zijn aan de bestaande zorg en daardoor resulteren in een extra zorgvraag, eerder dan dat ze deze vervangen. Ook de kosten lijken eerder toe te nemen dan af te nemen.

### **Gezondheidsinformatie**

In 2016 heeft onderzoek aangetoond dat na de introductie van thuisarts.nl het aantal telefoontjes naar de huisarts afnam.<sup>22</sup> Het aantal lange huisartsconsulten nam juist toe. Met name het aantal telefonische contacten over laag-complexe zorg verminderde na de lancering van thuisarts.nl. Ook nam het zorggebruik van ouderen en mensen met een lage sociaaleconomische status af. Kennelijk weet de website ook deze groepen te bereiken. Dit onderzoek is een aanwijzing dat gezondheidsinformatie zelfzorg kan vergroten en zorggebruik kan verminderen. Mogelijke succesfactoren zijn het onafhankelijke karakter van de website en de integratie in het werkproces van de huisarts. Veel huisartsen gebruiken de website als voorlichtingsbron.

### **Telezorg**

De wetenschappelijke literatuur over telezorg is veelomvattend en gevarieerd. Er bestaan vele honderden systematische literatuuronderzoeken en duizenden studies over de toepassing van telezorg bij allerlei aandoeningen. Een recent overzicht kwam desalniettemin tot de conclusie dat wat betreft de invloed van telemonitoring op de kosten van de zorg, vaak onvoldoende bekend is.<sup>23</sup> Enkele studies over specifieke chronische ziektebeelden, zoals COPD en hartfalen, tonen aan dat telezorg de kosten kan verminderen.<sup>24</sup> Ook voor de behandeling van hoge bloeddruk<sup>25</sup>, inflammatoire darmziekten<sup>26</sup> en diabetes<sup>27</sup> is aangetoond dat de consultatie- en medicatiekosten verminderen door telezorg.

### **Robotchirurgie**

Naar de effecten van zorgrobots op de kosten van de zorg is nog nauwelijks onderzoek gedaan. Een systematisch literatuuronderzoek naar de inzet van robots bij het verwijderen van baarmoeders wees uit dat er medisch-inhoudelijke voordelen waren, maar dat het gebruik van de robot 1,5 tot 3 keer zo duur was als de conventionele behandeling.<sup>28</sup> Er zijn verschillende onderzoeken geweest naar de zorginhoudelijke voordelen van robots bij prostaatkankeroperaties<sup>29</sup>, het deels verwijderen van een nier<sup>30</sup> en de schildklier<sup>31</sup>, maar geen van deze studies heeft de kostencomponent meegenomen.

### **Zelfmanagement via internet of mobiele apps**

Voor enkele aandoeningen kwam een systematisch literatuuronderzoek tot de conclusie dat zelfmanagement door chronische patiënten via een website de zorg goedkoper kan maken. Voorwaarde is wel dat er goede begeleiding is en dat de juiste interventie wordt uitgevoerd. Een voorbeeld is een op internet gebaseerde cognitieve therapie voor het prikkelbare darmsyndroom.<sup>32</sup> Een recent literatuuronderzoek naar de effecten van het gebruik van smartphones in het kader van zelfmanagement liet zien dat m-health-interventies in driekwart van de gevallen goedkoper waren dan de op traditionele manier verleende zorg.<sup>33</sup>

Een belangrijke kanttekening bij deze resultaten betreft het effect van e-health op de zorgkosten bij patiënten met meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit). Eén studie toonde aan dat e-health bij deze kwetsbare groep negatieve effecten kan hebben op bijvoorbeeld de sterfte.<sup>34</sup> Een groep ouderen met multimorbiditeit en een hoog risico op ziekenhuisopname kreeg gedurende een jaar dagelijks telemonitoring met biometrie, symptoomregistratie en videogesprekken via internet. De controlegroep kreeg de traditionele zorg. Na een jaar was er geen effect op de ziekenhuisopnames maar was de sterfte in de e-healthgroep 3-4 keer zo hoog als in de controlegroep. Dit kan mogelijk een teken zijn dat de effectiviteit van e-healthtoepassingen bij kwetsbare ouderen minder groot is dan bij de gemiddelde Nederlander.

## **21.5**

### **Conclusie**

De belangrijkste conclusie van dit hoofdstuk is dat e-health de potentie heeft om de zorgkosten te verminderen, maar dat dit voor slechts een deel van de e-healthtoepassingen is aangetoond in overtuigend onderzoek. In een aantal gevallen heeft e-health juist een kostenverhogend effect, waarschijnlijk doordat geen substitutie plaatsvindt en zorgverleners het beschouwen als aanvulling op de bestaande zorg. Er is kortom onvoldoende onderzoek gedaan om de stelling te kunnen verdedigen dat e-health de betaalbaarheid van de zorg in de toekomst zal verbeteren. Er is daarom behoefte aan goede evaluatiestudies van de effecten van e-health op de zorgkosten. Voor zover er al goede studies bestaan over de effecten van e-health, nemen die vaak de kosten niet mee. Daardoor weten we nu nog onvoldoende over de mechanismen die van invloed zijn op de kostenontwikkeling bij de introductie van e-healthinterventies. Het meeste potentieel lijkt zelfmanagement via websites, apps en telegeneeskunde te hebben. Daar waar

e-health de toegang tot professionele hulp gemakkelijker maakt, lijkt echter soms eerder sprake van kostenverhogingen.

Wat kunnen zorgverleners, bestuurders en beleidsmakers in de zorg doen om patiënten toch optimaal gebruik te laten maken van e-health en om daarmee de zorg in de toekomst mogelijk betaalbaar te houden? Want als e-health de potentie waarmaakt om de zorg minder arbeidsintensief en kostbaar te maken, kan het een belangrijke rol spelen bij het voorkómen van personeelstekorten en in het betaalbaar houden van de zorg.

### **1. Geef patiënten de ruimte om de regierol te vervullen**

Patiënten gaan in het komend decennium steeds meer hun eigen zorg organiseren. Dat doen ze omdat ze dat willen en omdat er in toenemende mate technologische middelen en platforms voor zijn. Patiënten gaan steeds meer ervaringen delen via websites om elkaar te informeren over de kwaliteit van zorgverleners en om mogelijk onveilige situaties te signaleren. Zorgkaart Nederland groeit nog steeds explosief en gezien de ervaringen in het buitenland, is het eind nog lang niet in zicht. Patiënten gaan ook zelf bepalen wanneer ze contact willen hebben met een zorgverlener door middel van apps die hen direct toegang geven tot iemand die naar hen luistert. Zo'n uitgesproken regierol kan positieve gevolgen hebben voor de betaalbaarheid van de zorg; meer zelfmanagement is niet alleen vaak effectief gebleken voor wat betreft de zorguitkomsten, maar kan ook de zorgkosten verminderen.

Bij deze regierol hoort echter het maken van keuzes en de vraag is of patiënten hier klaar voor zijn. Onderzoek toont aan dat een deel van de patiënten niet wil of kan kiezen.<sup>35</sup> Ook is een deel van de bevolking niet in staat e-health te gebruiken.<sup>36</sup> Een probleem is bovendien dat zorggebruikers nog nauwelijks de mogelijkheid hebben gehad om te kiezen, en dat kiezen in de zorg een gedragsverandering impliceert die begeleiding, tijd en dus geld kost. Het paradoxale gevolg is dat zorgaanbieders en de overheid de patiënt moeten stimuleren om de regiefunctie op zich te nemen. Soms moet immers de keuze via het aanbod worden bepaald, ook in een typische consumentenmarkt. Geen enkele consument had om een iPod gevraagd totdat Steve Jobs deze namens Apple in oktober 2001 introduceerde, waarmee deze voorganger van de smartphone onze samenleving voorgoed veranderde.

Om patiënten ertoe te bewegen de regierol op zich te nemen, moeten de mogelijkheden daartoe reëel zijn en moet het hen weinig moeite kosten. Als aan die voorwaarden is voldaan, dan zijn zij zeker geïnteresseerd, want de wil om actief te participeren in gezondheidsmanagement is er bij een groot deel van de patiënten wel degelijk. Dat bleek bijvoorbeeld toen consumenten zich via een eenvoudige registratie op hun iPhone konden aanmelden voor een gezondheidsonderzoek via de Healthkit van Apple. Onderzoekers van Harvard University stonden perplex toen tienduizenden geïnteresseerden zich in één nacht hadden opgegeven om via de app data voor dit onderzoek aan te leveren, een aantal dat voor de meeste conventionele onderzoeken slechts een droom is. Zorgconsumenten willen graag geïnformeerde patiënten zijn die zelf beslissen wat er gebeurt en die een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Maar ze hebben hierbij wel een zetje nodig, en

gebruiksvriendelijke apparatuur. Pas dan zal hun regierol gestalte kunnen krijgen en mogelijk gevolgen kunnen hebben voor de kosten van de zorg.

## **2. Geef patiënten de tijd om te wennen aan het gebruik van e-health en laat zorgverleners hun patiënten stimuleren om het te gebruiken**

Om ervoor te zorgen dat e-health positieve effecten heeft op de betaalbaarheid van de toekomstige zorg, is het van belang dat patiënten er gebruik van maken. En dat is vaak een probleem. De implementatie van e-health is een langdurig proces dat zeker niet vanzelf gaat en dat op allerlei manieren moet worden gestimuleerd. Steeds weer blijkt, bijvoorbeeld uit de jaarlijkse E-health-monitor, dat de verspreiding van plaatselijk succesvolle e-healthprojecten stukt en dat het gebruik in de praktijk fors tegenvalt. Of het nu gaat om het gebruik van het e-consult in de huisartsenpraktijk, van de persoonlijke gezondheidsomgeving door de patiënt of van een van de vele beschikbare apps in de dagelijkse zorgpraktijk: dit gebruik neemt in het algemeen traag toe. Landelijke verspreiding van lokale initiatieven komt langzaam van de grond. Een analyse van de redenen voor deze vertraging laat de belemmerende factoren zien die wij ook al kennen uit de algemene implementatieliteratuur. Wat dat betreft vormt het in gebruik nemen van e-health geen uitzondering. Zorgverleners en patiënten moeten het gedrag aanpassen dat zij zich in de loop van vele jaren hebben aangeleerd, en dat is op korte termijn vaak lastig te beïnvloeden. Om dat voor elkaar te krijgen, moeten belemmerende en bevorderende factoren systematisch in kaart worden gebracht en moet een implementatiestrategie op maat worden ontwikkeld. Gedurende dat traject is voldoende coördinatie en feedback over behaalde resultaten nodig.<sup>37</sup> Daarbij is geduld van groot belang, want gedragsverandering kost tijd. Het zou helpen als e-health bekender wordt bij zorgconsumenten, ook al zal het uiteindelijk vanzelf de reguliere zorg van de toekomst worden.

Zowel publieke als private partijen kunnen een belangrijke rol spelen bij het stimuleren van het gebruik van e-health. Een cruciale rol hierbij spelen artsen die hun patiënten kunnen motiveren om vertrouwen in de technologie te hebben en ook de wil om die technologie te gebruiken. Veel artsen staan zelf echter nog terughoudend tegenover e-health, waarmee zij een extra remmend effect hebben op de verdere implementatie. Deze tegengestelde krachten moeten transparant en bespreekbaar worden gemaakt. Zorgverleners moeten minder gaan zorgen en meer gaan stimuleren en begeleiden. Dat vergt een andere professionele houding. De opleidingen tot zorgverlener zullen daarop moeten sturen: de zorgverlener als coach. Zorginstellingen moeten deze houding stimuleren en hun strategie voor de komende jaren aanpassen aan de beoogde gedragsverandering. Dit zal ongetwijfeld consequenties hebben voor de manier waarop instellingen zijn georganiseerd en inkomsten verwerven. Zo'n gedragsverandering bij zorgverleners en een strategische verandering bij zorginstellingen zijn echter van groot belang wil e-health de kans krijgen om effect te hebben op de toekomstige betaalbaarheid van de zorg.

Publieke partijen kunnen een belangrijke rol spelen bij de implementatie van e-health door mogelijkheden te creëren om nieuwe initiatieven op dit gebied te

financiering. Al jaren klagen leveranciers en zorgaanbieders over de gebrekkige financieringsmogelijkheden voor e-health en over het feit dat daardoor mogelijkheden voor een rendabele exploitatie ontbreken. Ook de E-healthmonitor 2017 kwam tot de conclusie dat financiering een punt van aandacht blijft bij e-healthimplementatie. Onderzoek is nodig naar financieringsmodellen of *good practices* van samenwerking bij gedeelde investeringen.<sup>38</sup> De laatste jaren zijn steeds meer financieringsbronnen beschikbaar gekomen, die echter niet altijd bekend zijn bij zorgaanbieders. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft inmiddels een *Wegwijzer bekostiging e-health* uitgebracht die per sector de mogelijkheden aangeeft om de kosten van e-healthtoepassingen te declareren.<sup>39</sup> Ook kunnen zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg per 2018 schriftelijke consulten of belconsulten declareren, terwijl dat tot nu toe alleen mogelijk was voor polikliniekbezoeken. De NZa wil hiermee e-healthtoepassingen stimuleren en voorkomen dat patiënten onnodig naar de polikliniek moeten komen als een telefonisch of e-consult voldoende kan zijn. Voorwaarde is wel dat de patiënt aan het begin van het zorgtraject een consult bij de behandelaar op de polikliniek heeft gehad.<sup>40</sup> Het ministerie van VWS publiceert al langere tijd een *Wegwijzer financiering e-health* met allerlei praktische hulpmiddelen, zoals een opschalingsgids.<sup>41</sup>

Een andere mogelijkheid voor publieke partijen om e-health te stimuleren is het faciliteren van zelfmanagement via websites. Gezien de effectiviteit hiervan, de positieve effecten op de kosten en het feit dat commerciële partijen als zorgverzekeraars zich vanuit concurrentieoverwegingen afzijdig zullen houden, lijkt hier een rol voor de overheid weggelegd. Een mooi voorbeeld is het beschikbaar stellen van gezondheidsinformatie en vergelijkingsgegevens op internet, iets dat in Nederland wordt gedaan door publieke partijen, zoals KiesBeter (Zorginstituut), en publiek gefinancierde partijen, zoals Zorgkaart Nederland (Patiëntenfederatie Nederland) en Thuisarts (Nederlands Huisartsen Genootschap).

### ***3. De introductie van e-health moet vergezeld gaan van goed evaluatieonderzoek met betrokkenheid van de patiënt, waarin de effecten van e-health op de zorgkosten op langere termijn worden meegenomen***

Er is sprake van een nog maar beperkte wetenschappelijke onderbouwing van de effecten van e-health en van de mogelijkheden om er kosten mee te besparen. Er wordt veel beweerd, maar feitelijk is maar van weinig e-healthtoepassingen bewezen dat ze concrete positieve effecten hebben op de kwaliteit of de kosten van de zorg. Het gemak waarmee e-health zonder degelijk onderzoek wordt geïntroduceerd, staat in schril contrast met de uitgebreide procedures die bijvoorbeeld geneesmiddelen moeten doorlopen voordat ze worden toegelaten tot de markt. De geneesmiddelenmarkt kent ook duidelijke regels over patenten, wat innoveren voor de farmaceutische industrie potentieel aantrekkelijk maakt. Vergelijkbare procedures zijn nodig voor e-healthinterventies die beogen in te grijpen in het ziekteproces. Daarvoor is goed evaluatie-onderzoek nodig, waarbij de patiënt uitdrukkelijk moet worden betrokken. Sluit de e-healthtoepassing wel aan bij de patiëntengroep? Willen ze deze technologie wel? Helpt die hun belangrijkste problemen op te lossen? Dit vraagt om terughoudendheid bij weer een nieuwe

app of website, en om goede evaluatieprogramma's van bestaande e-healthtoepassingen, bijvoorbeeld gecoördineerd door ZonMw. Dit is een belangrijke randvoorwaarde om een goed beeld te krijgen van de mogelijkheden van e-health in het algemeen en van de kostenbeperkende mogelijkheden in het bijzonder. Onderzoekers moeten ruim de tijd krijgen om de effecten van e-health in kaart te brengen. E-health-onderzoek is vaak gericht op de korte termijn, terwijl implementatie juist een lange adem vergt en de effecten pas op langere termijn zichtbaar worden.

Bewezen effectiviteit door middel van degelijk onderzoek is ook nodig om gefundeerde beslissingen te nemen over welke e-healthtoepassingen tot de verzekerde zorg gaan behoren en dus voor iedereen toegankelijk zouden moeten zijn, en welke niet.

Dat onderzoek is mede nodig om patiënten goed over e-healthtoepassingen te informeren. De wildgroei aan bijvoorbeeld medische apps heeft voor de zorgconsument een ondoordringbaar digitaal bos gecreëerd met vele tienduizenden beschikbare apps. Onafhankelijke informatie gestoeld op degelijk onderzoek kan patiënten helpen zich hierover een gefundeerd eigen oordeel te vormen.

### Referenties

- 1 Raad voor de Volksgezondheid en zorg, *Inzicht in e-health*, Den Haag: RVS, 2002.
- 2 World Health Organization, *mHealth: New horizons for health through mobile technologies*, Genève: WHO, 2017.
- 3 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/07/02/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering>; geraadpleegd op 25 september 2017.
- 4 Nictiz, *Het gebruik van patiëntportalen, een verkennende studie*, Rijswijk: Nictiz, 2017.
- 5 L.M. Verhoef, T.H. van de Belt, L.J. Engelen, L. Schoonhoven en R.B. Kool, 'Social media and rating sites as tools to understand quality of care: a scoping review', *Journal of Medical Internet Research*, 2014;16(2):e56.
- 6 S.M. Kleefstra, L.C. Zandbelt, I. Borghans, H.J. de Haes en R.B. Kool, 'Investigating the Potential Contribution of Patient Rating Sites to Hospital Supervision: Exploratory Results From an Interview Study in the Netherlands', *Journal of Medical Internet Research*, 2016;18(7):e201.
- 7 J.H. Krijgsman, I. Swinkels, B.van Lettow, J. de Jong, K. Out, R. Friele en L. van Gennip, *Meer dan techniek. E-health monitor 2016*, Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL, 2016.
- 8 [Dhttp://www.pharmapartners.nl/actueel/nieuwsoverzicht/helpt-nederlanders-geen-weet-van-e-healthtoepassingen-huisartsen-5248/](http://www.pharmapartners.nl/actueel/nieuwsoverzicht/helpt-nederlanders-geen-weet-van-e-healthtoepassingen-huisartsen-5248/).d. 25 september 2017.
- 9 <https://www.beterdichtbij.nl>; geraadpleegd op 25 september 2017.
- 10 <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/online-arts-patient-contact-1.htm>; geraadpleegd op 27 september 2017.
- 11 S. Nouwt, 'Whatsapp niet veilig; alternatieven wel', *Medisch Contact*, 2016;71(12):20-23.



- 12 <https://radar.avrotros.nl/nieuws/detail/medische-sites-gekeurd-op-betrouwbaarheid/>; geraadpleegd op 25 september 2017.
- 13 D.H. Herath, D. Wilson-Ing, E. Ramos, G. Morstyn, et.al., 'Assessing the natural language processing capabilities of IBM Watson for oncology using real Australian lung cancer cases', *Journal of Clinical Oncology*, 2017;34(15): suppl.e18229.
- 14 L. Piwek, D.A. Ellis, S. Andrews en A. Joinson, 'The Rise of Consumer Health Wearables: Promises and Barriers', *PLOS Medicine*, 2016;13(2):e1001953.
- 15 Gupta Strategists, *No place like home. An analysis of medical care at home*, 2016.
- 16 N.J. Elbert, H. van Os-Medendorp, W. van Renselaar, A.G. Ekeland, L. Hakkaart-van Roijen, H. Raat, T.E. Nijsten en S.G. Pasmans, 'Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses', *Journal of Medical Internet Research*, 2014;16(4):e110.
- 17 A.D. Black, J. Car, C. Pagliari, C. Anandan, K. Cresswell, T. Bokun, B. McKinstry, R. Procter, A. Majeed en A. Sheikh, 'The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview', *PLOS Medicine*, 2011;18;8(1):e10000387.
- 18 T. Otte-Trojel, A. de Bont, T.G. Rundall en J. van de Klundert, 'How outcomes are achieved through patient portals: a realist review', *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2014;21(4):751-57.
- 19 S.E. Ross, L.A. Moore, M.A. Earnest, L. Wittevrongel en C.T. Lin, 'Providing a web-based online medical record with electronic communication capabilities to patients with congestive heart failure: randomized trial', *Journal of Medical Internet Research*, 2004;6(2):e12.
- 20 T.E. Palen, C. Ross, J.D. Powers en S. Xu, 'Association of online patient access to clinicians and medical records with use of clinical services', *Journal of the American Medical Association*, 2012;308(19):2012-19.
- 21 C.L. Goldzweig, G. Orshansky, N.M. Paig, A.A. Towfigh, D.A. Haggstrom, I. Miake-Lye, J.M. Beroes en P.G. Shekelle, 'Electronic patient portals: evidence on health outcomes, satisfaction, efficiency, and attitudes: a systematic review', *Annals of Internal Medicine*, 2013;159(10):677-87.
- 22 W.A. Spoelman, T.N. Bonten, M.W.M. de Waal, T. Drenthen, I.J.M. Smeele, M.M.J. Nielen en N.H. Chavannes, 'Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study', *BMJ Open*, 2016;6:e013166.
- 23 A.M. Totten, D.M. Womack, K.B. Eden, M.S. McDonagh, J.C. Griffin, S. Grusing en W.R. Hersh, *Tele health: mapping the evidence for patient outcomes from systemic reviews*, Portland: AHRC, 2016.
- 24 <https://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/624/2317/telehealth-disposition-160929.pdf>; geraadpleegd op 25 september 2017.
- 25 B. Kaambwa, S. Bryan, S. Jowett, J. Mant, E.P. Bray, F.D. Hobbs, R. Holder, M.I. Jones, P. Little, B. Williams en R.J. McManus, 'Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a

- cost-effectiveness analysis', *European Journal of Preventive Cardiology*, 2014;21(12):1517-30.
- 26 M.J. de Jong, A.E. van der Meulen-de Jong, M.J. Romberg-Camps, M.C. Becx, J.P. Maljaars, M. Cilissen, A.A. van Bodegraven, N. Mahmmod, T. Markus, W.M. Hameeteman, G. Dijkstra, A.A. Masclee, A. Boonen, B. Winkens, A. van Tubergen, D.M. Jonkers en M.J. Pierik, 'Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial', *The Lancet*, 2017;390(10098):959-68.
- 27 A.J. Brettell, T.M. Brown, N.R. Hardiker, J.N. Radcliffe en C.L. Smith, 'Telehealth: the effects on clinical outcomes, cost effectiveness and the patient experience: a systematic overview of the literature.' [http://usir.salford.ac.uk/29392/4/Telehealth\\_v8\\_.pdf](http://usir.salford.ac.uk/29392/4/Telehealth_v8_.pdf); geraadpleegd op 25 september 2017.
- 28 A.M. Tapper, M. Hannolab, R. Zeitlinc, J. Isojärvid, H. Sintonene en T.S. Ikonen, 'A systematic review and cost analysis of robot-assisted hysterectomy in malignant and benign conditions', *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2014;177:1-10.
- 29 C. Robertson, A. Close, C. Fraser, T. Gurung, X. Jia, P. Sharma, L. Vale, C. Ramsay en R. Pickard, 'Relative effectiveness of robot-assisted and standard laparoscopic prostatectomy as alternatives to open radical prostatectomy for treatment of localised prostate cancer: a systematic review and mixed treatment comparison meta-analysis', *BJU International*, 2013;112(6):798-812.
- 30 J.E. Choi, J.H. You, D.K. Kim, K.H. Rha en S.H. Lee, 'Comparison of perioperative outcomes between robotic and laparoscopic partial nephrectomy: a systematic review and meta-analysis', *European Urology*, 2015;67(5):891-901.
- 31 N.R. Jackson, L. Lao, R.P Tufan en E.H. Kandil, 'Safety of robotic thyroidectomy approaches: meta-analysis and systematic review', *Head Neck*, 2014;36(1):137-43.
- 32 E. Andersson, B. Ljótsson, F. Smit, B. Paxling, E. Hedman, N. Lindfors, G. Andersson en C. Rück, 'Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome: results from a randomized controlled trial', *BMC Public Health*, 2011;11:215.
- 33 S.J. Iribarren, K. Cato, L. Falzon en P.W. Stone, 'What is the economic evidence for mHealth? A systematic review of economic evaluations of mHealth solutions', *PLOS ONE*, 2017;12(2):e0170581.
- 34 P.Y. Takahashi, J.L. Pecina, B. Upatising, R. Chaudhry, N.D. Shah, H. van Houten, S. Cha, I. Croghan, J.M. Naessens en G.J. Hanson, 'A randomized controlled trial of telemonitoring in older adults with multiple health issues to prevent hospitalizations and emergency department visits', *Archives of Internal Medicine*, 2012;172:779-80.
- 35 J. Rademakers, *De actieve patiënt als utopie*, Maastricht: Maastricht University, 2015.
- 36 European Commission, 'European Citizens' digital health literacy', Flash Eurobarometer 404, 2014. [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl\\_404\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_404_en.pdf); geraadpleegd op 12 november 2017.

- 37 R. Grol en M. Wensing, *Implementatie. Effectieve verbetering van patiënten-zorg*, Amsterdam: Reed Business, 2011.
- 38 M. Wouters, *Kies bewust voor e-health, E-health monitor 2017*, Den Haag/ Utrecht: Nictiz/NIVEL, 2017.
- 39 [https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Wegwijzer\\_bekostiging\\_e\\_health\\_overzicht\\_per\\_zorgsector](https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Wegwijzer_bekostiging_e_health_overzicht_per_zorgsector); geraadpleegd op 3 december 2017.
- 40 <https://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-verruimt-mogelijkheden-voor-e-health-in-de-medisch-specialistische-zorg-per-2018/>; geraadpleegd op 3 december 2017.
- 41 <https://www.zorgvoorinnoveren.nl/kennisbank/ehealth-financiering/bekostiging-en-ehealth/>; geraadpleegd 3 december 2017.

## 22. Boodschappen voor de toekomst. Hoe blijft de zorg betaalbaar?

Patrick Jeurissen, Hans Maarse, Gert Westert en Marit Tanke

### Kernboodschappen

- Zonder betaalbaarheid komen toegankelijkheid, kwaliteit en keuzevrijheid vroeg of laat in het gedrang. Een budgettaire norm is nodig om hieraan richting te geven
- Impliciete rantsoenering van volume is momenteel de centrale strategie om zorg betaalbaar te houden. Dit biedt ruimte voor professionele invulling
- Zorg zal de komende decennia sterk van karakter veranderen; daardoor ontstaan risico's van dubbel betalen van het oude en het nieuwe; mede daarom moeten we doorschakelen naar meer expliciete strategieën voor het maken van keuzes
- De huidige besturingsmodellen zijn daarvoor in beginsel geschikt, maar dan moet de potentie ten volle wordt benut
- Om de betaalbaarheid en de solidariteit verder te bevorderen, moeten we 'verspilling' en ondoelmatigheid meer expliciet aanpakken. Innovatie moet dan hand in hand gaan met 'exnovatie', het uitfaseren van minder zinnige zorg
- Er bestaat een groot arsenaal aan specifieke strategieën die zich richten op betaalbare en betere zorg. Deze werken het best als ze elkaar onderling kunnen versterken. Ook daarvoor zijn expliciete keuzes nodig
- Op de wat langere termijn moet de arbeidsproductiviteit substantieel omhoog, onder meer door taakherschikking, digitalisering en meer e-health. De prijs van zorg kan dan dalen

### 22.1 Het ongetemde probleem: betaalbare zorg

Kabinetsformaties in Nederland spelen zich grotendeels af achter gesloten deuren. Maar de zorguitgaven wisten bij de kabinetsformatie van 2017 toch door die gesloten deuren heen te breken. Er werd stevig gedebatteerd over het eigen risico, dat – een novum in de Haagse politiek – op aandringen van het toekomstige kabinet door de zittende minister niet werd verhoogd, hoewel zij dat eerder wel van plan was. De Raad van State zorgde intussen voor enige ophef door te waarschuwen voor dure zorg: 'Het bedrag dat de overheid aan zorg uitgeeft, stijgt zo snel dat het andere uitgaven dreigt te verdringen. Zonder verder ingrijpen zal de groei van de zorguitgaven de komende jaren veel hoger zijn dan de voorziene economische groei.' Vanwege de gevolgen voor de koopkracht adviseerde de Raad van State 'om de groei van de zorguitgaven goed in de gaten te houden en zo mogelijk te begrenzen'.<sup>1</sup>

In dit hoofdstuk gaan we – zonder te pretenderen daarmee compleet te zijn – op zoek naar aanknopingspunten voor beleid 'voor' een betaalbare zorg en voor het maken van beleid 'over' betaalbare zorg. De eerdere analyses die in dit boek staan vormen daarbij een welkome bron.

We beginnen met een bespreking van enkele belangrijke normatieve uitgangspunten die in de discussie rond betaalbaarheid een rol spelen. Kunnen we op basis hiervan

een min of meer ‘gedeeld’ normatief kader ontwikkelen? Een kader waaraan beleid ‘voor’ de betaalbaarheid van onze zorg zou moeten voldoen (zie paragraaf 22.2)? In paragraaf 22.3 bespreken we vervolgens wat dit betekent voor het maken van beleid ‘over’ de betaalbaarheid van de zorg. Hoe krijgt dit beleid vorm? Wat zijn de belangrijkste politiek-bestuurlijke strategieën en waar leiden die toe? Is het mogelijk daarbinnen verandering te organiseren? Welke lessen kunnen uit het verleden worden getrokken? De instrumentele kant komt aan de orde in paragraaf 22.4. Hoe verhouden kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg zich tot elkaar? Wat zou er moeten gebeuren om het beschikbare geld beter te laten ‘renderen’: betere zorg en betaalbare zorg? We eindigen dit boek met een schets van een aanzet voor een agenda om de zorg betaalbaar te houden (zie paragraaf 22.5). Dit is per definitie een voorlopig antwoord op een (vooralsnog) ‘ongetemd’ probleem.

## 22.2 **Betaalbare zorg, een normatief kader**

Dit boek gaat uit van de veronderstelling dat betaalbare gezondheidszorg een belangrijke doelstelling van overheidsbeleid moet zijn. Als de betaalbaarheid in het gedrang komt, heeft dit op termijn niet alleen onherroepelijk negatieve consequenties voor de universele toegankelijkheid van de zorg – en als afgeleide hiervan voor de solidariteit in de financiering – maar ook voor de kwaliteit van de zorg en voor de keuzevrijheid van burgers. Er moet dan immers in het pakket worden gesneden, de eigen bijdragen moeten omhoog, hogere premies zullen de solidariteit ondermijnen, de voorzieningen voor personen die op langdurige zorg zijn aangewezen zullen verschromelen, en welgestelden worden verleid om hun heil op de private markt te zoeken. Voor wie de normatieve beleidserfenis uit het verleden – Nederland als een land waar solidariteit hoog in het vaandel staat – wil respecteren, moet het betaalbaar houden van de zorg dan ook een voorname beleidsopgave zijn.

Deze constatering heeft als belangrijke consequentie dat met de wens om zorg betaalbaar te houden in essentie een *instrumenteel* doel wordt nagestreefd. Wie betaalbare zorg nastreeft, doet dit primair met het oog op de instandhouding van een voor iedereen gelijkkelijk toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige zorg. Onbetaalbare zorg zal immers ten koste gaan van de toegang en zal de keuzevrijheid van velen beperken. Betaalbare zorg is daarom juist met het oog op deze normatieve uitgangspunten essentieel. Dit geldt ook andersom: zonder normatieve uitgangspunten zijn nauwelijks uitspraken mogelijk over hoeveel zorg betaalbaar is. Deze normatieve uitgangspunten zijn voortdurend onderwerp van discussie en krijgen, zeker over een langere tijdsperiode beschouwd, geleidelijk een wat andere inkleuring.

Goede en betaalbare zorg draagt bij aan meer gezondheid, maar ook aan een rechtvaardige samenleving – en langs die weg aan wat we zouden kunnen aanduiden als het maatschappelijk welzijn. De zorg heeft in het verleden, via het toegankelijk maken van medische voorzieningen voor alle burgers, veel bijgedragen aan de reductie van gezondheidsverschillen tussen hoge en lage inkomens, een trend die nu overigens stagneert. Ondanks de (sterk) stijgende zorguitgaven van de afgelopen twintig jaar zijn de gezondheidsverschillen tussen de verschillende inkomensgroepen in ons land niet

kleiner geworden. Wie dit probleem effectief wil aanpakken moet echter breder kijken dan de zorg alleen, want ook op het gebied van onder meer onderwijs, huisvesting, sociale zekerheid, veiligheid en een gezonde leefstijl is sprake van verschillen tussen inkomensgroepen die invloed hebben op het welzijn van mensen.

Ieder weldenkend persoon begrijpt dat ongebreidelde groei van de zorg maatschappelijke consequenties heeft (zie hoofdstuk 1). Om te beginnen blijkt uit veel onderzoek dat de door meer zorg geboekte gezondheidswinst niet evenredig toeneemt met de extra uitgaven die ervoor moeten worden gedaan (uitzonderingen op deelgebieden daargelaten): het marginale nut van een extra aan zorg bestede euro neemt af. Ten tweede zal als gevolg van extra zorguitgaven vroeg of laat minder bestedingsruimte overblijven voor andere overheidsuitgaven. Deze verdringing is niet altijd gewenst. Sterker nog, met het oog op het bevorderen van het maatschappelijk welzijn kan het zelfs nuttiger zijn om extra middelen juist niet aan de zorg te besteden, maar bijvoorbeeld aan goed onderwijs, aan goede huisvesting, aan behoud van werkgelegenheid of aan veiligheid. Dit mes snijdt bovendien aan twee kanten omdat slechte huisvesting, werkloosheid en een gevoel van onveiligheid kunnen leiden tot een grotere behoefte aan zorg. Het middel (extra uitgaven voor de zorg) zou zo de kwaal indirect juist nog verergeren. Waartoe dat kan leiden, valt op te maken uit het voorbeeld van de Verenigde Staten, waar in het duurste zorgstelsel ter wereld mensen met een lagere sociaaleconomische status steeds verder achterop raken, zowel qua levensverwachting als qua ziektelast.<sup>2</sup>

Voor maatschappelijk welzijn op de lange termijn is betaalbare zorg dus essentieel. Beperkte uitgavenstijgingen maken de voor een goed functionerend zorgstelsel noodzakelijke solidariteit bovendien ‘gemakkelijker’ bereikbaar. Daar staat tegenover dat als het voorzieningenniveau van de zorg niet goed genoeg is of niet als zodanig wordt ervaren, mensen met hogere inkomens in de verleiding kunnen komen om hun heil op de private markt te zoeken. Ook dit kan het draagvlak voor collectieve voorzieningen onder druk zetten. In het Verenigd Koninkrijk bestaat naast een zeer solidaire maar ‘karige’ *National Health Service* een private verzekering voor hogere inkomens: circa 12 procent van de bevolking zoekt daarin zijn heil voor met name niet-acute zorg.<sup>3</sup>

Het zijn dit soort normatieve overwegingen die aanleiding vormen voor enkele min of meer gedeelde uitgangspunten: 1) beleid ‘voor’ betaalbare zorg mag niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg in brede zin; een betere doelmatigheid preferereert bijvoorbeeld boven hogere eigen betalingen of een kleiner pakket, 2) beleid ‘voor’ betaalbare zorg moet de lagere inkomens en chronisch zieken ontzien, zodat sociaaleconomische gezondheidsverschillen niet toenemen en waar mogelijk worden verkleind. Dit impliceert bijvoorbeeld dat er een breed basispakket moet zijn, dat er voldoende inkomens- en risicosolidariteit moet worden geborgd, dat de gezondheidsbescherming op orde moet zijn, en dat werk moet worden gemaakt van preventie en van het aanleren van gezondheidsvaardigheden. Ook is het van belang om het zorgstelsel zo efficiënt mogelijk in te richten. Inefficiënte stelsels zijn namelijk veelal minder ‘eerlijk’ dan doelmatige zorgsystemen. Dit is des te belangrijker als de ‘verspilling’ niet-patiënt gerelateerde zaken betreft, zoals administratieve lasten en overhead.

### 22.2.1 Beter betaalbaar. Hoe ver mag men gaan?

Wat mag de overheid doen om de zorg betaalbaar te houden? Gezondheid is een belangrijke randvoorwaarde om 'goed' te kunnen leven en daarom zal het 'recht op zorg' door weinigen worden betwist. Waarbij overigens problematisch is dat meer zorg niet altijd tot betere gezondheid leidt. 'Uitzonderingen' op dit 'recht op zorg' vormen behandelingen waarvan men zich afvraagt of deze nog wel binnen het domein van ziekte en kwetsbaarheid passen, zoals cosmetische chirurgie (zie hoofdstuk 5). Ook de zorgkosten zelf kunnen in principe een belemmering voor het 'recht op zorg' vormen. Denk maar aan de dure geneesmiddelen voor bijvoorbeeld de ziekte van Pompe of de ziekte van Fabry. Ook de kosten voor de nieuwe oncolytica blijken torenhoog. Overigens hebben torenhoge kosten tot dusver niet geleid tot uitsluiting van deze behandelingen.<sup>4</sup>

Het doelmatig verlenen van zorg wordt alom gezien als een goede manier om zowel het 'recht op zorg' als de betaalbaarheid van de zorg te garanderen. Maar ook aan het schijnbaar neutrale begrip doelmatigheid zitten normatieve aspecten. Wat wordt er precies meegewogen? Is het doelmatiger als een behandeling minder zorgeuro's kost maar buiten de zorg extra kosten genereert? Denk bijvoorbeeld aan de 'verplaatsing' van kosten voor verwarde personen van de ggz naar de openbare orde. Daarnaast kunnen beroepsbeoefenaren niet al hun handelen ijken op hun bijdrage aan doelmatige zorg. Zorg die op groepsniveau statistisch ondoelmatig is, kan binnen de context van een behandelrelatie of voor een specifieke subgroep soms heel effectief zijn (en andersom).<sup>5</sup> Het blijkt vaak mogelijk om algemene uitspraken over onnodige zorg met individuele casuïstiek te weerleggen.<sup>6</sup> Tenslotte bestaan er grenzen aan de mate waarin de overheid met *social engineering* gedrag mag beïnvloeden, ook als dit de zorg beter betaalbaar zou maken. Denk bijvoorbeeld aan het mogelijk niet vergoeden van zorg als geen sprake is van therapietrouw<sup>7</sup>, maar ook aan mogelijke schadelijke vormen van 'zorgmijding' als gevolg van te hoge eigen betalingen (zie hoofdstuk 7).

Vanwege bovengenoemde normatieve opvattingen en de rol van gezondheid en zorg in onze samenleving, behoort de vraag hoe dat budget dient te worden besteed volgens politiek filosoof Michael Walzer tot een eigen domein, waarin verdeling naar behoefte prevaleert boven verdeling op basis van verdiensten (meritocratie) of van de vrije uitwisseling van goederen en diensten (de markt). Uit een recent experiment blijkt inderdaad dat de ernst van een ziekte voor burgers veruit het meest doorslaggevende argument vormt voor solidariteit. Maar ook weer niet tegen elke prijs. Een deel van de Nederlanders vindt het niet onredelijk om bijvoorbeeld leefstijl een rol te laten spelen bij de bekostiging van de zorg. Uit het eerder besproken experiment blijkt de politieke voorkeuren daarbij opvallend genoeg een ondergeschikte rol spelen: linkse mensen zijn niet per se meer solidair met mensen met een ongezonde leefstijl dan rechtse mensen.<sup>8</sup>

Ongeveer 5 tot 10 procent van de zorguitgaven valt rechtstreeks toe te wijzen aan ongezonde leefgewoonten, zoals roken, eenzijdige voeding, te weinig beweging en te veel alcoholgebruik (zie hoofdstuk 2). Dit roept dus soms ook vragen op over clausulering van (financiële) solidariteit. Context en de specifieke aard van de zorgvraag – IVF of bijvoorbeeld kanker – zijn medebepalend voor de afweging die mensen daarbij maken (zie hoofdstuk 20). Iets soortgelijks geldt het instrumentarium van beleidsmakers.

Zo ligt het introduceren van een hogere zorgpremie voor rokers gevoeliger dan het invoeren van hogere accijnzen voor tabak en alcohol.<sup>9</sup> Er bestaan morele grenzen aan de mate waarin financiële instrumenten mogen worden ingezet om de doelmatigheid van de zorg te bevorderen. Zulke instrumenten mogen bijvoorbeeld de noodzakelijke zorg niet in de weg staan.

Er kleven overigens tal van haken en ogen aan de wens om aan de rol van gedrag bij de bekostiging van zorg handen en voeten te geven. Hoe moet je bijvoorbeeld controleren of iemand rookt of drinkt? En in welke mate is zo'n controle vanuit normatief oogpunt acceptabel? Dit is waarschijnlijk een belangrijke reden waarom veel beleidsmakers zich over dit type maatregelen minder enthousiast tonen dan niet-beleidsmakers.<sup>10</sup> Dat leert ons ook dat er naast normatieve grenzen ook grenzen zijn die de complexiteit van de uitvoering betreffen.

### ***De rol van de markt***

Het afwijzen van de vrije markt als centraal verdelingsinstrument (Walzer) impliceert voorzichtigheid met het toestaan van commercialisering. Hiervan gaan immers sterke prikkels voor extra zorg uit – want meer zorg betekent in de regel meer winst. Waar sprake is van een vaste betaling op jaarbasis, zoals in de verpleeghuizen betekent minder zorg juist meer winst.<sup>11</sup> Bij te veel marktmacht bestaat verder het risico van (te) hoge prijzen (zie hoofdstuk 4).

Michael Walzers principe van verdelen naar behoefte impliceert overigens niet dat de gereguleerde competitie zelf afvalt als ordeningsmechanisme. Dit mechanisme kan er immers voor zorgen dat de zorg doelmatig wordt geleverd en van hoge kwaliteit is (zie hoofdstuk 10). Om de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden, zijn echter wel aanvullende voorwaarden noodzakelijk. Het gaat er dan in de eerste plaats om, om vast te stellen wat noodzakelijke zorg is (het basispakket) en welke aanvullende eisen (ten aanzien van bijvoorbeeld de kwaliteit en de toegankelijkheid) er moeten worden gesteld. Ten tweede is een passende financiële vertaling van de noodzakelijke zorg vereist in de vorm van een Budgettair Kader Zorg (BKZ), inclusief mechanismen om dit kader, indien noodzakelijk, af te dwingen. Er zijn goede redenen om zorg niet te zien als een 'open-einde' systeem. Ten derde gaat het om het minimaliseren van prikkels voor risicoselectie ten koste van de meest behoeftigen. In een systeem van gereguleerde concurrentie zouden zorgaanbieders en verzekeraars zich voorts moeten richten op het bevorderen van gepast gebruik, het terugdringen van onnodige praktijkvariatie en het verbeteren van preventie en integrale zorg. Aan het aanbieden van een 'betere' zorgkwaliteit aan bepaalde groepen patiënten tegen een hogere vergoeding (gebruikelijk op elke gewone markt) zitten echter grenzen, met name als dit de toegang tot de noodzakelijke zorg voor een grote groep onder druk zet.<sup>12</sup> Dit alles beperkt de mogelijkheid van verzekeraars om zich met inkoop van betere kwaliteit van zorg te onderscheiden.

### ***Actieve zorginkoop***

Beleidsmakers zien in een actieve vorm van zorginkoop terecht een belangrijk scharnierpunt voor de beheersing van de zorguitgaven. Verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten



hebben een betere onderhandelingspositie dan patiënten of cliënten, waardoor ze de zorg doelmatiger kunnen inkopen. De reikwijdte van deze actieve zorginkoop wordt echter door normatieve overwegingen ingeperkt. Juist omdat verzekeraars belang hebben bij een beperking van de schadelast, kan niet zonder meer worden uitgegaan van hun goede trouw. Daarom is het bijvoorbeeld noodzakelijk dat de kwaliteit van de geleverde zorg transparant is. Dit laatste is op dit moment onvoldoende het geval. Zo verantwoordten verzekeraars en gemeenten zich nauwelijks over de (kwaliteit van de) ingekochte zorg, althans niet op een voor gebruikers transparante wijze.

De reikwijdte van een selectieve vorm van inkoop kent meer beperkingen. Zo is er een zorgplicht, wat inhoudt dat verzekeraars zorg waarop mensen in redelijkheid zijn aangewezen, niet op budgettaire gronden mogen weigeren. Zij mogen in hun contracteerbeleid evenmin op de ‘stoel’ van de arts gaan zitten. Een rechtelijke uitspraak maakte onlangs duidelijk dat de zorgverzekeraar weliswaar een eigen machtigingsbeleid mag voeren, maar dat dit tijdige zorg niet in de weg mag staan. De uitkomsten van het machtigingsbeleid van de verzekeraar mogen ook niet zonder deugdelijke motivatie strijdig zijn met de opvattingen van de behandelende arts over wat nu precies goede en noodzakelijke zorg is.<sup>13</sup> Een verzekeraar moet dus heel goede gronden hebben om in individuele gevallen de door een arts noodzakelijk geachte zorg niet te vergoeden. De mogelijkheden van de verzekeraar om met directe interventies te streven naar de in zijn ogen gepaste zorg, zijn dus beperkt.

Er bestaat in Nederland verder vrije artskeuze. Iedere verzekerde mag naar de arts van zijn of haar keuze, ook als deze niet door zijn verzekeraar is gecontracteerd. Deze keuzevrijheid wordt door het zogenaamde hinderpaalcriterium geborgd. Natura verzekeraars hoeven verzekerden die naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan weliswaar niet alle kosten te vergoeden, maar mogen voor zo’n bezoek geen financiële hinderpaal opwerpen. In de praktijk betekent dit dat niet-gecontracteerde aanbieders aanspraak kunnen maken op zo’n 75 procent van het gemiddelde markttarief. Het is echter goed denkbaar dat een eigen bijdrage van 25 procent mensen met lagere inkomens toch beperkt in hun artsenbezoek. Voor een bijstandsgerechtigde vormt een eigen betaling van bijvoorbeeld enkele tientjes vaak een substantiële financiële belemmering. Mede daarom biedt de gemeente Rotterdam een collectieve polis aan voor lagere inkomens waarin het eigen risico grotendeels is meeverzekerd.<sup>14</sup> Ook hier heeft de rechter onlangs bepaald dat de verzekeraar niet vooraf een machtiging verplicht mag stellen voor niet-gecontracteerde zorg en dat verzekerden het recht hebben om de vergoeding over te dragen aan deze aanbieder.<sup>15</sup> Er bestaan dus normatieve en juridische grenzen aan de reikwijdte van de zorginkoop.

### **Pakketbeheer**

Pakketbeheer is bij uitstek een instrument waarmee op een expliciete en weloverwogen manier prioriteiten in de zorg kunnen worden gesteld, want in discussies over de samenstelling van het pakket kunnen economische, medische en normatieve argumenten tegen elkaar worden afgewogen. Hier zouden bijvoorbeeld de afwegingen tussen wenselijke en onwenselijke medicalisering moeten plaatsvinden (zie hoofdstuk 5). We hebben echter eerder gezien dat de invloed van pakketbeheer op de daadwerkelijke

uitgavenontwikkeling tot dusver gering is (zie hoofdstuk 6). Wel kunnen weloverwogen pakketbesluiten helpen om de normatieve criteria voor te maken keuzes helder te krijgen en aan te scherpen. Om de onderliggende waarden in de samenleving op dit punt te expliciteren en te vertalen in concrete besluiten, valt te overwegen om gebruik te maken van onder meer burgerfora.

Verreweg de meeste vormen van rantsoenering hebben echter een impliciet karakter. Bijvoorbeeld doordat zorginkopers werken met maximum budgetten voor een bepaalde hoeveelheid zorg. Aanbieders moeten dan hetzij doelmatiger/goedkoper gaan werken, hetzij beslissen wat ze nog wel en niet meer gaan doen, hetzij patiënten op een wachtlijst plaatsen. Impliciete rantsoenering is een bij de beroepsgroep vaak impopulaire manier om de professie medeverantwoordelijk te maken voor kostenbeheersing.<sup>16</sup> Daarbij gaat het om het benutten van de professionele attitude: ‘an ideology that asserts greater commitment to doing good work than to economic gain and to the quality rather than the economic efficiency of work’.<sup>17</sup> Kostbare zorg met beperkte marginale meerwaarde komt dan, tenminste als het goed is, onder druk te staan waardoor de beschikbare middelen ‘eerlijker’ zullen worden verdeeld. Dit draagt bij aan meer betaalbare zorg en is normatief prima verdedigbaar, zolang de noodzakelijke zorg beschikbaar blijft en er geen sprake is van een neerwaartse spiraal en een verschraling die ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg.

### 22.3

#### Betaalbaarheid, een bestuurlijk-politiek probleem

Iedere politicus of beleidsmaker onderkent dat de betaalbaarheid van de zorg (op termijn) tegen grenzen aanloopt. Maar hiermee is nog weinig gezegd. Betaalbaarheid is een ‘wiebelig begrip’. Zo bestaat er allesbehalve overeenstemming over aard en omvang van dit probleem. Wanneer is de zorg betaalbaar? Is dat het geval wanneer, zeg, 11 procent van het bnp aan zorg wordt besteed? Of mag 15 procent ook? Blijft de zorg betaalbaar als de jaarlijkse groei van de uitgaven in de pas loopt met de groei van het bnp? Ook al onderschrijft elke betrokkene het belang van betaalbare zorg, de antwoorden op deze en andere vragen lopen in de dagelijkse praktijk vaak ver uiteen.

De deskundigen blijken het vaak al niet eens te zijn over de ‘feiten’, laat staan dat zij deze ‘feiten’ op eenzelfde manier beoordelen. Ideologische uitgangspunten spelen hierbij volop mee; denk alleen maar aan de verschillende manieren waarop in de politiek over ‘marktwerking’ in de zorg wordt geoordeeld. Simplificerende analyses zijn aan de orde van de dag, bijvoorbeeld door de kosten toe te schrijven aan de vele managementlagen, de honorering van de bestuurders, de vermeende winsten van de verzekeraars en allerlei vormen van verspilling (waarvan altijd bij anderen sprake is).<sup>18</sup> Feiten vormen voortdurend inzet van debat. Mocht het macrobeheersingsinstrument (mbi) – een korting naar rato van de omzet van curatieve zorgaanbieders om een overschrijding van het BKZ te compenseren – ooit worden toegepast, dan ligt een (juridische) strijd over de omvang en de oorzaken van de budgetoverschrijding in het verschiet.<sup>19</sup> Op de achtergrond speelt bij dit alles uiteraard mee dat elke zorgactor nu eenmaal bepaalde belangen vertegenwoordigt die zijn opvattingen kleuren over wat betaalbaar is en wat daaraan gedaan moet of kan worden.

We hebben met een politiek-bestuurlijk probleem te maken waarvan de complexiteit goed zichtbaar is in discussies over strategieën en instrumenten. De ideologische loopgravenoorlog over de gevolgen van de marktwerking in de zorg (voor zover deze daadwerkelijk bestaat) spreekt in dit verband boekdoelen. Een vergelijkbare loopgravenoorlog speelt zich trouwens af in discussies over al evenzeer politiek omstreden instrumenten als eigen betalingen of de inperking van het collectief verzekerde pakket. Het ontwikkelen van effectief beleid om de zorg betaalbaar te houden is dus niet alleen een kwestie van 'uitdenken' maar tevens een kwestie van 'uitvechten' tussen de uiteenlopende denkbeelden en belangen.<sup>20</sup>

Die strijd gaat tevens over het probleemeigenaarschap. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de veel in professionele kringen gehoorde opvatting dat de overheid maar moet aangeven of een bepaalde voorziening wel of niet in het zorgpakket moet. In formele zin is dit correct, want de minister beslist immers over de inhoud van het verzekerde pakket. Het zorgpakket is echter in menig opzicht 'open' geformuleerd: de facto wordt aan de professie zelf overgelaten om te bepalen wat onder gepaste zorg moet worden verstaan, dit vanuit de gedachte dat gepaste zorg behalve met voldoende financiële middelen ook te maken heeft met de eigen professionele verantwoordelijkheid. Met de ondertekening van de hoofdlijnenakkoorden hebben partijen op mesoniveau inderdaad aangegeven zich onderdeel te voelen van de oplossing. Ook het groeiend aantal initiatieven vanuit professionals, zoals *Verstandig Kiezen*, draagt hieraan bij.

De vraag hoe de zorg betaalbaar kan blijven valt te beschouwen als een klassiek voorbeeld van een ongestructureerd probleem, een *wicked problem*. Een dergelijk probleem wordt gekenmerkt door een fundamenteel gebrek aan consensus over waarden, normen, doeleinden, verklaringen en feiten. Er bestaat dus niet zoiets als één probleemdefinitie en evenmin zoiets als één probleemaanpak. Ook het woord 'oplossen' is misleidend. *Wicked problems* worden niet opgelost, maar beheersbaar gemaakt of (tijdelijk) 'getemd'. Dit vergt een permanente inspanning; in de regel een reeks van maatregelen omdat alle beetjes helpen.<sup>21</sup> Een belangrijke maar verre van eenvoudige beleidsopgave is om een minimale consensus te bereiken over aard en omvang van het betaalbaarheidsprobleem en over de beste wijze van aanpak. Dit is zo lastig omdat het klassieke antwoord op problemen meestal is dat 'er geld bij moet'.

Uiteraard is iedereen ook voor meer doelmatigheid, maar die steun verdwijnt als sneeuw voor de zon als meer doelmatigheid negatieve repercussies heeft voor de eigen positie. Efficiënt handelen is niet alleen een kwestie van praktisch inzicht en van wetenschappelijke evidentie, maar is evenzeer inzet van politieke strijd. Doelmatigheid is een zaak die (bijna) altijd bij anderen wordt belegd. Het schrappen van bestaande zorg behoort om deze reden tot de moeilijkste beleidsopgaven. Als doelmatigheid bijvoorbeeld impliceert dat veel mensen hun baan gaan verliezen of dat het eigen ziekenhuis moet sluiten, is fel verzet verzekerd. 'Opvulzorg' is een andere strategie om de doelmatigheid te ondermijnen. De paradox is dat verbetering van de doelmatigheid dan uiteindelijk kan resulteren in een verdere stijging van de zorguitgaven, waarvoor oud-minister Klink in zijn oratie waarschuwde.<sup>22</sup>

### 22.3.1 Geconcentreerde baten met verspreide kosten

De politiek-bestuurlijke inrichting van het zorgveld heeft de afgelopen decennia grote veranderingen ondergaan. Vanuit de optiek van de betaalbaarheid is in dit verband belangrijk op te merken dat de structuur van het veld enorm is ‘verdicht’. De uitbreiding van het zorgbeleid in termen van wetgeving en andere regelingen, subsidies, beleidsprogramma’s en doelgroepen heeft geleid tot een sterke uitbreiding van het aantal organisaties dat zich met de zorg bezighoudt. In de periode van groei zijn er niet alleen veel meer zorgaanbieders bijgekomen, ook het aantal belangenorganisaties is enorm gegroeid. Als gevolg hiervan is de ‘kleilaag’ van belangen dikker geworden.<sup>23</sup> Overigens hebben die nieuwe organisaties niet altijd dezelfde positie weten te verwerven als de vertegenwoordigers van de artsen, de intramurale aanbieders en de verzekeraars.

De institutionele structuur van de zorg draagt ook op een andere wijze bij aan de complexiteit van het betaalbaarheidsprobleem. In feite is deze structuur opgebouwd uit talloze arena’s voor overleg, voor afspraken en voor andere beleidsactiviteiten. In elk van deze arena’s komen de actoren op voor hun belangen en pleiten zij voor behoud of uitbreiding van beleidsprogramma’s, vaak met als argument dat de kosten ervan beperkt zijn en dat de doelmatigheid beter zal worden. In de openbare financiën spreekt men over het fenomeen van geconcentreerde baten en verspreide kosten (de anonieme premiebetalers). Budgettaire effecten kunnen daarnaast sterker oplopen dan voorspeld. Deze uitgaven worden afgewenteld op diezelfde anonieme premiebetalers.

Het bovenstaande onderstreept nog maar eens waarom betaalbaarheid een complex politiek probleem is. De paradox is dat vermoedelijk niemand de noodzaak van betaalbare zorg zal bestrijden, maar dat ook niemand ‘thuis geeft’ als het bevorderen van de betaalbaarheid neerkomt op het nemen van maatregelen die de eigen groei beperken, de werkgelegenheid van de eigen mensen treft of die betekenen dat een instelling moet inkrimpen. Dit onderstreept waarom dit onderwerp niet kan zonder dat de overheid werkt maakt van zekere budgettaire grenzen die ze stelt aan de groei van de zorguitgaven.

### 22.3.2 Verandering en continuïteit in het besturingsmodel

De problematiek van de betaalbaarheid van de zorg kan goed worden geanalyseerd vanuit de optiek van de besturing.<sup>24</sup> Een besturingsmodel kan worden omschreven als het geheel van formele en informele regels met betrekking tot een beleidsproces en de wijze waarop de betrokkenen hiermee in de beleidspraktijk omgaan. Meer concreet gaat het om spelregels betreffende participatie in het beleidsproces, organisatie van de besluitvorming, de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, de coördinatie van activiteiten, de naleving (binding) en de verantwoording. In dit verband kunnen drie vormen van sturing worden onderscheiden, te weten hiërarchische sturing, netwerksturing en marktsturing. In het hiërarchische model is sprake van verticale besturing met bindende werking (*command and control*). In het netwerkmodel heeft de besturing meer horizontaal plaats. Besturing geschiedt hier door middel van overleg en onderhandelingen, en zij mondt uit in afspraken (al of niet geformaliseerd). In het model van marktsturing coördineren private spelers hun activiteiten door onderhandelingen,

uitmondend in bindende ruiltransacties (contracten). Met het oog op de bescherming van publieke belangen dienen de spelers zich hierbij aan door de overheid opgelegde spelregels te houden.

Natuurlijk steekt de dagelijkse besturingspraktijk veel complexer in elkaar dan deze modellen doen vermoeden. De complexiteit van de besturing houdt daarnaast ook verband met co-existentie: allerlei besturingsmodellen fungeren in de praktijk naast elkaar (bestuurlijke hybriditeit). Een voor de besturing van de zorg relevante variant van het netwerkmodel is het (neo)corporatistische besturingsmodel dat uitgaat van 'de gedachte dat de overheid in staat en bereid is politiek gezag te delen met functionele belangengroepen en dat deze belangengroepen bereid en in staat zijn de maatschappelijke steun van hun achterban te mobiliseren in ruil voor gedeelde politieke invloed op het beleid'.<sup>25</sup>

Toen betaalbaarheid eind jaren zestig/begin jaren zeventig als belangrijk beleidsprobleem op de agenda kwam, domineerde het hiërarchische model. Beleidsinstrumenten die hierbij pasten waren overheidsplanning, bouwregulering (bouwstop) en instellingsbudgettering. Effectieve kostenbeheersing kan, zo dacht men, door inzet van 'hiërarchische' instrumenten worden afgedwongen (zie hoofdstuk 3). Met de introductie van gereguleerde concurrentie werd in essentie afscheid genomen van dit model en werd overgeschakeld op een model van 'marktsturing', met allerlei regels ter bescherming van de universele toegankelijkheid en een solidaire financiering (zie hoofdstuk 10). Dit model berust op twee basisveronderstellingen. De eerste luidt dat de uitgavenstijging als gevolg van de groeiende zorgvraag beperkt zal blijven, dankzij een verbetering van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg, met name door een goed georganiseerde zorginkoop. De tweede veronderstelling luidt dat regels en toezicht op de naleving ervan een effectieve methode vormen om het gedrag van marktpartijen te disciplineren, zonder dat hierbij hiërarchisch wordt gestuurd op kosten en kwaliteit.

Tegelijkertijd heeft het model van netwerksturing aan betekenis gewonnen. Hoofddlijnenakkoorden tussen overheid en zorgveld vormen hiervan een manifestatie. Betaalbaarheid van de zorg, uitgedrukt in een streefpercentage van de budgettaire groei, vormt een centraal onderdeel van deze akkoorden. Een belangrijke veronderstelling die aan dit besturen per akkoord' ten grondslag ligt, is dat de bestuurlijke top van het zorgveld in staat is het gedrag van de achterban te disciplineren. Deze veronderstelling is tot dusver bewaarheid. De bestuurlijke afspraken vinden plaats onder een *shadow of hierarchy*;<sup>26</sup> het zorgveld weet dat de overheid de hiërarchische optie achter de hand heeft, in dit geval het macrobeheersingsinstrument. Deze afspraken zijn ook complementair aan het model van de gereguleerde competitie waarin *checks and balances* belangrijk zijn. Zorgverzekeraars hebben de groeipercentages uit de hoofdlijnenakkoorden als leidraad voor hun inkoop genomen. Gezien de bestuurlijke legitimiteit van de akkoorden konden aanbieders deze groeipercentages moeilijk en masse naast zich neerleggen.

In onze visie is het (neo)corporatistische besturingsmodel de constante factor. Vroeg of laat vallen overheid en zorgveld op deze optie terug. In het oude hiërarchische besturingsmodel kreeg het (neo)corporatistische element vooral gestalte in formele overleg- en adviesorganen waarin het zorgveld ruim was vertegenwoordigd

(voorbeelden zijn de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid). Tegenwoordig krijgt het (neo)corporatistische besturingsmodel veel meer gestalte in (informele) overlegstructuren waarin akkoorden tussen de overheid en het veld worden gesloten.

Dit (neo)corporatistische besturingsmodel past in onze traditie en biedt een flexibele en pragmatische mogelijkheid om op nieuwe ontwikkelingen in te spelen. Succesvol beleid vraagt om *coproductie* en om *gemeenschappelijke verantwoordelijkheid*. Hiërarchische besturing zal op onderdelen altijd noodzakelijk blijven, niet in de laatste plaats waar het de betaalbaarheid en de kostenbeheersing betreft, maar faalt als algemeen model. Maar het zou ook naïef zijn geheel op de heilzame werking van de ‘onzichtbare hand’ van de markt te vertrouwen. Flankerende afspraken over de hoofdlijnen van beleid en een afdwingbare budgettaire norm blijven noodzakelijk.

Dit neemt niet weg dat ‘regeren per akkoord’ ook zwakke plekken kan vertonen. Afspraken kunnen weinig concreet zijn of onvoldoende bindingskracht hebben. Binnen de hoofdlijnenakkoorden zijn de afspraken over de jaarlijkse groei weliswaar goed nagekomen, maar dit geldt niet voor afspraken over onder meer substitutie en doelmatig voorschrijven.<sup>27</sup> Zonder duidelijke richting is een tweede gevaar dat het beleid uitmond in voortmodderen of in het voorzichtig zetten van al te kleine stapjes. Toch moet dit risico niet worden overdreven. De praktijk van de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden heeft de afgelopen tijd laten zien dat op deze manier wel degelijk ingrijpende budgettaire afspraken kunnen worden gemaakt, die bovendien bindingskracht hebben. Een derde gevaar betreft een gebrek aan consistentie. Dit punt is onder meer door de Raad van State verwoord. Akkoorden weerspiegelen in de visie van de Raad weliswaar de veelvormige en gedecentraliseerde structuur van het politieke en maatschappelijke bestel in ons land, maar dragen ook het gevaar in zich dat het ‘handelingsvermogen’ van de overheid en het primaat van de politiek worden uitgehold.<sup>28</sup>

### 22.3.3 De noodzaak van checks and balances

Elk sociaal of politiek systeem heeft behoefte aan *checks and balances* om te voorkomen dat bepaalde krachten te dominant worden. Een evenwichtige ontwikkeling vereist de aanwezigheid van een of meer tegenkrachten. Bezien vanuit dit perspectief beschouwen wij de introductie van gereguleerde competitie en ook de decentralisatie van de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke ondersteuning, ondanks alle kritiek die hierop te beluisteren valt, als een belangrijke stappen in de goede richting.

Ook in het huidige stelsel blijft de overheid op *macroniveau* een brede verantwoordelijkheid voor de zorg dragen en daarmee voor de betaalbaarheid ervan. In sommige opzichten is deze verantwoordelijkheid heel specifiek – denk aan het feit dat de minister uiteindelijk beslist over het wel of niet toelaten op de markt van een nieuw kostbaar geneesmiddel. Maar anders dan in het oude stelsel kent het nieuwe zorgstelsel nu ook een systeem van *checks and balances* op *mesoniveau*. Zorgverzekeraars en gemeenten zijn immers belast met de inkoop van zorg. Het systeem van *checks and balances* is dus versterkt, juist op het punt van de betaalbaarheid van de zorg. Oud-minister Schippers

beargumenteerde de noodzaak van tegenkrachten op mesoniveau in de zorg als volgt: ‘In elk systeem heb je een boeman nodig die kijkt naar wat het kost en wat het oplevert en bij ons spelen zorgverzekeraars die rol.’<sup>29</sup>

De consequentie daarvan is echter wel dat nu ook een deel van de altijd aanwezige kritiek op het hoofd van verzekeraar neerdaalt. Burgers blijken minder vertrouwen in hun verzekeraar te hebben dan in hun huisarts of zorginstelling. Ook op de uitvoering van de Wmo door de gemeenten bestaat de nodige kritiek. In onze visie hoort dit er echter bij: de zorginkoper zal waarschijnlijk nooit een grote mate van populariteit genieten: de ‘coalitie’ tussen burger en zorgverlener is nu eenmaal veel sterker is dan de ‘coalitie’ tussen burger en zorgverzekeraar (hoewel het overgrote deel van de burgers verklaart wel te tevreden te zijn over de eigen verzekeraar).

Uiteraard is er kritiek mogelijk op de wijze waarop zorginkopers hun rol vervullen. De zorginkoop is tot dusver nog onvoldoende uit de verf gekomen (zie hoofdstuk 10). Ook gemeenten zijn zoekende om hun nieuwe rol concreet inhoud te geven (zie hoofdstuk 9). Wellicht moet het instrumentarium waarover zij beschikken nog eens kritisch worden bezien. Dit laat echter onverlet dat de bestuurlijke decentralisatie en de hiermee onlosmakelijk verbonden decentralisatie van het financiële risico met het oog op de (toekomstige) betaalbaarheid van de zorg een belangrijke stap in de goede richting is.

Een meer gedecentraliseerde besturingsstructuur biedt ruimte voor innovatie en creativiteit. De beleidstheorie die aan de decentralisatie van de maatschappelijke ondersteuning ten grondslag ligt, snijdt in onze visie hout. Gemeenten hebben veel meer informatie over de lokale situatie en zijn ook beter in staat tot een integrale aanpak, omdat zij op tal van verwante beleidsterreinen aan het roer staan. Ook verzekeraars kunnen op mesoniveau een dergelijke rol spelen. Hun rol kan dus verder reiken dan de hierboven genoemde ondankbare rol van boeman.

## 22.4 Instrumentele dimensie: beleidsanalyse voor betaalbare zorg

We hebben gezien dat betaalbare zorg een belangrijk onderdeel vormt van onze welvaart en ons welzijn, dat betaalbaarheid van zorg een normatief begrip is en dat er de nodige politiek-bestuurlijke dimensies zitten aan het streven naar een betaalbaar zorgstelsel. Dit alles brengt ons bij de conclusie dat we voor wat betreft de betaalbaarheid van de zorg te maken hebben met een ‘ongestructureerd probleem’, ofwel een probleem waarvan het moeilijk tot onmogelijk is het hele bereik te overzien en waarvoor geen ‘ultieme’ oplossing bestaat. Daar komt bij dat over de aanpak van dit probleem de nodige politieke strijd wordt gevoerd. Betrokken actoren hebben nu eenmaal sterk uiteenlopende zienswijzen en belangen. Er bestaat ook niet één oplossing, een *magic bullet* ontbreekt. De uiteindelijke aanpak is noodzakelijkerwijs én multidimensionaal én pragmatisch, met voldoende ruimte om te experimenteren en te evalueren.

Op dit moment bevinden we ons in een periode van relatief lage kostengroei en budgettaire onderschrijdingen, die nu al sinds 2012 voortduurt (zie hoofdstuk 2). Is het probleem daarmee ook op lange termijn onder controle? Dat is verre van zeker.<sup>30</sup> De volumegroei (uitgedrukt in aantallen patiënten en cliënten) is over een breed terrein afgenomen en soms zelfs gedaald, maar dit geldt niet of veel minder voor de prijs

van de zorg. Ziekenhuizen investeren momenteel aan de marge naar schatting ongeveer € 73.600 voor een extra levensjaar in goede gezondheid (zie hoofdstuk 15). En de op stapel staande investering in de langdurige zorg heeft tot gevolg dat de kosten per bewoner van een verpleeghuis met circa € 17.500 euro per jaar (kunnen) toenemen. De belangrijkste oorzaak voor de huidige lage uitgavengroei is dat minder mensen zorg krijgen. Dit is echter niet oneindig vol te houden. In sommige sectoren, zoals de geestelijke gezondheidszorg<sup>31</sup> en de jeugdzorg, bestaan nu al behoorlijke wachttijden. Ook in de reguliere medisch-specialistische zorg wordt rekening gehouden met groeiende wachttijden.

Aan de prijskant zullen dure innovaties in toenemende mate invloed hebben op de prijs van de zorg. Bovendien is de vergoeding voor de loonvorming losgekoppeld van een (noodzakelijke) stijging van de arbeidsproductiviteit in de zorg. Een deel van de toekomstige zorgvraag kan en moet door inzet van nieuwe technologieën worden opgevangen. In alle gevallen zullen echter ook extra zorgverleners nodig zijn, zeker waar het om schaarse kennis en vaardigheden gaat. Dit beperkt de mogelijkheid om loonmatiging te gebruiken voor het betaalbaar houden van de zorg. Op sommige terreinen is de 'lucht' bovendien al uit het systeem 'geperst'. Een voorbeeld is het preferentiebeleid van verzekeraars bij de inkoop van generieke geneesmiddelen. In dit opzicht moet er nu voor worden gewaakt dat dit beleid niet doorslaat, bijvoorbeeld doordat het de levering van bepaalde geneesmiddelen onder druk zet of een negatieve invloed heeft op de therapietrouw van patiënten.

#### 22.4.1 Een combinatie van maatregelen is nodig

Welke mogelijkheden hebben we om de zorg op de lange termijn betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden? In hoofdstuk 4 zagen we dat er in feite vier routes zijn om de kosten te beheersen: 1) via directe sturing op prijzen, 2) via het volume, 3) via indirecte sturing met behulp van budgetten of 4) via (pseudo)marktmechanismen. Deze maatregelen hebben allemaal effect op zowel de kosten als de kwaliteit van de zorg. De effectiviteit is vaak beter als de beschikbare maatregelen in samenhang worden toegepast. Deze zogenaamde institutionele complementariteit van beleidsmaatregelen werkt beter. Omdat bundeling van al het beleid in één effectieve maatregel om wel heel stevig vraagt (bijvoorbeeld een hoge eigen betaling) is dit politiek vaak niet haalbaar.

In hoofdstuk 1 betoogden we dat de ideale manier om betaalbare zorg te verwezenlijken bestaat uit het inzetten op die zorg waarin lagere kosten samengaan met betere kwaliteit. Dit is echter lang niet altijd mogelijk. Zo hebben innovaties in de afgelopen decennia over de hele linie de nodige kwaliteitswinst opgeleverd (bijvoorbeeld in de vorm van minder sterfte, een betere gezondheid en betere patiëntervaringen), maar hebben ze ook kostenstijgingen veroorzaakt. Technologie blijft in de curatieve zorg een belangrijke prijsopdrijvende factor. De dynamiek in de langdurige zorg is een andere. Technologie speelt hier een minder grote rol. Hier is de kwaliteit van de zorg vooral verbeterd door de inzet van meer hulpverleners en bijvoorbeeld ook door meer vierkante meters leefruimte per bewoner, wat tot hogere uitgaven heeft geleid. Dit roept enerzijds de vraag op tot hoever we willen gaan en anderzijds of de interne organisatie



niet beter kan (er bestaat immers ook hier veel variatie in wat verpleeghuizen met hetzelfde geld aan hun bewoners aanbieden).

Met enige regelmaat gaat betere kwaliteit van zorg echter samen met lagere kosten, bijvoorbeeld door het tegengaan van inefficiënties en door slimmer om te gaan met de manier waarop we zorg leveren. Het is belangrijk hier expliciet voor te kiezen en vol op in te zetten.

#### 22.4.2 **Het voorkómen van complicaties en van onnodige zorg**

We hebben eerder voorbeelden kunnen lezen waar de focus op betere kwaliteit aanknopingspunten biedt voor betaalbare zorg. Er is bijvoorbeeld veel bewijs voor het feit dat het voorkómen van medische complicaties (veiligheid) kosten bespaart en gezondheidsschade voorkomt. De OECD schatte onlangs dat minimaal 15 procent van de ziekenhuiskosten te maken heeft met (deels te voorkomen) complicaties, zoals infecties, veneuze trombo-embolie, medicatiefouten, doorliggen of een verkeerde of niet-tijdige diagnose. Nederland scoort daarbij overigens relatief gunstig<sup>32</sup>. Na jaren van dalingen van de potentieel te vermijden sterfte in de ziekenhuizen, is deze positieve trend gestopt. Tussen het vorige onderzoek (2012) en nu is de vermijdbare sterfte in de ziekenhuizen gelijk gebleven.<sup>33</sup>

Veel studies maken duidelijk dat goede coördinatie essentieel is voor veilige zorg. Betere coördinatie vaak wordt ook genoemd als effectieve manier om te komen tot besparingen in de zorg (zie hoofdstuk 4). Ook het voorkómen van onnodige infecties en van infectieresistentie leidt tot grote besparingen en tot betere kwaliteit.<sup>34</sup> Doorligwonden zijn een andere aanjager van onnodige kosten, zeker ook binnen verpleeghuizen. Veel studies laten zien dat het bij dit alles om veel geld gaat. Het is dus zeker geen gerommel in de marge om hierop in te zetten.

Zorg kan ook domweg ‘onnodig’ zijn. Bijvoorbeeld omdat deze bij bepaalde indicaties helemaal niet werkt of omdat er allerlei risico’s aan een behandeling zijn verbonden die niet opwegen tegen de mogelijk gunstige werking ervan. Het gaat om een aanzienlijke hoeveelheid zorg – waarschijnlijk meer dan 10 procent (zie hoofdstuk 16). Er is dus wederom geen sprake van klein bier. Maar stoppen met onnodige zorg blijkt geen sinecure. Ten eerste weten we vaak niet goed wat het effect van een behandeling is. Maar ook als we dat wel weten, is het lang niet altijd gemakkelijk om ons gedrag te veranderen. Dat kan komen doordat de overbodige behandeling al te zeer is ingesleten in de werkprocessen of omdat het gewoon lastig is om ‘nee’ te zeggen tegen vragende patiënten. Soms kunnen er financiële prikkels zijn om deze zorg te blijven leveren. Een recente studie laat zien dat artsen die voor hun inkomen grotendeels afhankelijk waren van één of van meer minder effectieve zorgvormen, deze langer en vaker bleven aanbieden dan artsen bij wie dezelfde overbodige verrichting een kleinere bijdrage aan hun inkomen leverde.<sup>35</sup>

Wat kunnen beleidsmakers nu doen? Op de eerste plaats kunnen zij inzicht bieden in de kwaliteit van zorg en in de geleverde (onnodige) zorg. In het huidige stelsel is het niet gebruikelijk dat artsen altijd feedback krijgen op hun handelen. Een manier om daarbij onnodige of ondoelmatige zorg op het spoor te komen, is om zowel voor de curatieve zorg als voor de langdurige zorg gebruik te maken van gegevens over de (geografische)

variatie in handelen, de praktijkvariatie (zie hoofdstuk 17). Praktijkvariatie heeft primair een signaalfunctie om (ongewenste) verschillen in zorggebruik op het spoor te komen. Alleen al het publiceren van dit type verschillen kan leiden tot een afname van de regionale praktijkvariatie, zo zagen we bijvoorbeeld in Nieuw-Zeeland. Cruciaal is een actieve rol van professionals en een klimaat waarin zij kunnen leren van deze verschillen.

Een andere mogelijke aanpak is betalen voor kwaliteit. De studie daarover (zie hoofdstuk 19) laat echter zien dat het specifiek koppelen van een kwaliteitsbonus aan (individuele) prestaties niet goed werkt: niet voor beperking van kostengroei en waarschijnlijk ook niet voor verbetering van kwaliteit. Dat wil echter allerminst zeggen dat we kwaliteit van zorg maar helemaal buiten de bekostiging moeten houden. Modellen die zijn gebaseerd op combinaties van enerzijds vaste zorgvergoedingen en anderzijds vormen van uitkomstbekostiging, lijken goede resultaten op te leveren. We konden ons bij dit oordeel overigens uitsluitend baseren op internationale studies, vooral uit de Verenigde Staten. Daar zijn veel verzekeraars overgestapt naar modellen waarin niet zichzelf (met actieve inkoop) bepalen wat goede zorg is, maar waarin groepen aanbieders dat doen. Deze moeten zich daarvoor verantwoorden op basis van kwaliteitsuitkomsten en mogen (een deel van) de eventuele besparingen zelf houden. De resultaten van deze zogenaamde *accountable care organizations* (ACO's) zijn bemoedigend, maar kennen vaak wel een aanloopfase met opstartkosten. Een mogelijk nadeel is dat zo op termijn weer een nieuwe concentratie van marktmacht ontstaat, met wederzijdse afhankelijkheden tussen enkele verzekeraars en enkele aanbidersconglomeraten.

Ex-AMC-directeur Marcel Levi pleitte eerder voor het schrappen van onzinnige, futiele en dubbelop zorg.<sup>36</sup> In alle gevallen waarin zowel de verbetering van de kwaliteit als lagere uitgaven centraal staan, vervullen de professionals een sleutelrol. Het zijn vooral de professionals die deze rol goed kunnen spelen omdat zij beschikt over voldoende vertrouwen van patiënten en cliënten en ook de noodzakelijke maatschappelijke legitimiteit en gezag heeft. Belangrijk is dat hoe dan ook wordt aangesloten bij de motivatie van zorgprofessionals, inclusief hun ideeën over hoe innovaties de zorgprocessen verder kunnen verbeteren, bijvoorbeeld via goede informatie en een veilig leerklimaat. In ziekenhuis Bernhoven kunnen professionals zelf kansrijke kwaliteitsprojecten bedenken en uitvoeren, met de garantie dat zij gedurende een periode van meerdere jaren niet worden afgerekend op het feit of die tot minder omzet voor het ziekenhuis leiden. Dat in deze contracten nog niet altijd sprake is van 'harde' afspraken over de te behalen kwaliteit en de daarop gebaseerde beloningen, doet niets af aan het feit dat dit kansrijke strategieën lijken voor betere en betaalbare zorg. Zij vormen tevens de impliciete erkenning voor het feit dat professionals hierin het voortouw hebben. De rol van de verzekeraar is faciliterend, door te werken met op deze filosofie toegesneden inkoopmodellen.

### 22.4.3 Patiënten en cliënten met een intensieve zorgbehoefte

Een groep die speciale aandacht behoeft, zijn patiënten met een intensieve zorgbehoefte. Een beperkt aantal ernstig zieke patiënten is immers verantwoordelijk voor een groot deel van de zorgkosten. Dit zijn met name kosten binnen ziekenhuizen, maar

zeker niet alleen daar. Een vergelijkbare concentratie van kosten bestaat ook binnen de langdurige zorg.

Juist deze mensen met zeer hoge kosten hebben de bescherming van een ‘verzekering’ nodig. Tegelijkertijd bestaat juist daar waar veel zorg wordt gebruikt, ruimte voor meer doelmatigheid. Er is waarschijnlijk verbeterpotentieel. Hoofdstuk 18 laat dat ook zien, maar daarbij moeten we ons wel realiseren dat het om zeer diverse combinaties van aandoeningen en populaties gaat. Ook hier is er dus geen *magic bullet* voor deze hele groep voorhanden.

Patiënten met intensieve zorgbehoeften kampen in de regel met meerdere aandoeningen en met een hoge mate van kwetsbaarheid. Daarnaast is bij ongeveer eenderde van de top 1 procent duurste patiënten ook sprake van gebruik van kostbare zorg, zoals dure geneesmiddelen of een verblijf op de intensive care. Mede als gevolg van het feit dat zij vaak last hebben van meerdere chronische ziekten, hebben deze patiënten met aanzienlijke aantallen hulpverleners en zorginstellingen te maken. Dit is een risicofactor voor fragmentatie van zorg. Er is verbeterpotentieel te behalen met een meer integrale aanpak, waardoor er kan worden bespaard op onnodige diagnostiek en op routinezorg. Ook kunnen de verwijzingsprocessen en de nazorg waarschijnlijk beter en kan meer werk worden gemaakt van behandelplannen en van complexe vormen van casemanagement voor patiënten met chronische aandoeningen. In de VS hebben specifieke interventies juist voor deze groepen tot gunstige resultaten geleid.<sup>37,38</sup>

#### 22.4.4

#### Integratie van zorg

Patiënten en cliënten kampen meer en meer met meerdere (chronische) aandoeningen. Daarnaast groeit het aantal ouderen met fysieke beperkingen en nemen ook de psychische problemen toe. Zorg moet daarom steeds meer rondom mensen, bij voorkeur in hun eigen omgeving, vormgegeven worden. Preventie, eerste lijn, wijkverpleging en maatschappelijke ondersteuning worden vaak genoemd als de sectoren die in staat zijn om de noodzakelijke zorg doelmatig te leveren. Daarnaast leert de praktijk dat gespecialiseerde aanbieders (focusklinieken) gestandaardiseerde zorg soms sneller, goedkoper en beter kunnen leveren dan ziekenhuizen. Ziekenhuizen en grootschalige woonvormen zouden in hun huidige vorm juist minder potentie hebben. Kortom, de organisatie van de zorg moet op de schop. Een recent onderzoek schatte de doelmatigheidswinst die met substitutie van zorg zou kunnen worden geboekt op maar liefst € 1,5 miljard. Vooral in het voorkómen van verwijzingen binnen de tweede lijn schuilt nog veel potentieel.<sup>39,40</sup> Maar hoe incasseer je dat potentieel – als je dit al kunt?

Opeenvolgende kabinetten maken al sinds jaar en dag substitutie van zorg tot speerpunt van beleid (zie hoofdstuk 3). Het aantal intramurale patiënten en cliënten neemt inderdaad steeds verder af terwijl de extramurale zorg explosief gegroeid is. Dit beleid heeft echter niet of maar beperkt geleid tot financiële substitutie tussen de verschillende sectoren. Zo zien we dat de kosten voor ziekenhuiszorg (en voor de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg) in de afgelopen twintig jaar een stuk harder groeiden dan de uitgaven voor traditionele extramurale sectoren, zoals de huisartsenzorg, de geneesmiddelen, de GGD'en en de arbozorg (zie hoofdstuk 2). Blijkbaar

is het moeilijk om middelen tussen de verschillende sectoren te herverdelen. Overigens leidt een sterkere eerste lijn of meer substitutie tussen tweede en eerste lijn zeker niet als vanzelf tot lagere kosten.

Beleidsmakers die de ‘omslag’ willen maken naar zorg in de buurt, zullen zich moeten voorbereiden op het gebruik van een radicaler instrumentarium dan waaraan zij gewend zijn. Daarbij moet ook specialistische zorg (in ruime zin) een plek krijgen in de eerste lijn en de buurt, inclusief de bijbehorende verschuiving van middelen. Het gaat om het creëren van netwerken waarin specialistische en generalistische zorg snel en met beperkte transactiekosten kunnen schakelen. Te denken valt aan specifieke ketennetwerken, zoals het ParkinsonNet, maar (vooral) ook aan netwerken voor de grote groep patiënten met meerdere aandoeningen. Daarbij is het van belang dat we ons realiseren dat netwerken vaak zo sterk zijn als de zwakste schakel. Dit betekent dat alle organisaties in het netwerk voldoende organisatorische kracht moeten hebben. Het (ziekenhuis)bed van de toekomst staat vaker thuis. Hechtere netwerken waarin patiënten door dezelfde professionals worden gedeeld, lijken de kosten van de zorg te kunnen verlagen.<sup>41</sup> Dit alles vraagt om regie en om een aanpak waarin zorgaanbieders met elkaar kunnen samenwerken.

#### 22.4.5 De prijs van zorg omlaag, door slimmere inzet van arbeid

Het grootste deel van de uitgaven voor onze zorg betreft arbeid. Zorg is een arbeidsintensieve sector. In de langdurige zorg is het percentage loonkosten van de omzet in de afgelopen tien jaar gestegen van 67 naar zo'n 71 procent. In ziekenhuizen is sprake van een lichte daling, van 58 naar 57 procent<sup>42</sup>, maar die procentuele daling is waarschijnlijk het gevolg van de snelle toename van de kosten voor dure geneesmiddelen in de afgelopen vijf jaar. In de langdurige zorg zal het aandeel loonkosten in de totale kosten verder oplopen door de geplande personeelsintensivering in de verpleeghuizen. De ruimte om op de lonen te besparen is beperkt, door de te verwachte schaarste als gevolg van de toenemende vraag. De focus moet daarom liggen op slimmer werken, op meer productiviteit.

Er zal meer werk moeten worden gemaakt van een tweetal strategieën. Ten eerste moet daar waar hetzelfde werk door goedkopere krachten kan worden verricht, meer energie worden gestoken in taakherschikking. Dit moet dan wel leiden tot lagere kosten, maar dat kan als de taakherschikking gepaard gaat met het verlagen van de honoreringen naar het niveau van lager opgeleide bevoegde hulpverleners. Daarnaast moet worden ingezet op arbeidsbesparende technologieën, zoals *blended* therapieën in de geestelijke zorg, meer domotica in de ouderenzorg en e-health, bijvoorbeeld bij de dermatologie.

#### 22.4.6 Niet bij zorg alleen

Betaalbare zorg hangt niet alleen samen met het primaire zorgproces. Zo kan de hoeveelheid niet op zorg gerichte activiteiten substantieel worden verminderd. Inmiddels gaat een aanzienlijk deel van de inzetbare uren van zorgverleners op aan niet patiëntgebonden activiteiten.<sup>43</sup> En hoewel dat niet altijd noodzakelijkerwijs tegen het belang

van goede zorg ingaat (kwaliteitsregistraties, etc.), zijn er steeds meer indicaties dat een en ander is doorgeslagen. Ook vanuit internationaal standpunt bezien lijkt de administratieve lastendruk hoog.<sup>44</sup> De zorg blijft achter waar het gaat om het automatiseren van de administraties en om het uitwisselen van relevante informatie. De relatieve administratieve uitgaven zijn bij zorgverzekeraars weliswaar gedaald, maar dit is niet het geval bij de uitvoerders van de Wlz en de Wmo (zie hoofdstuk 9).

Preventie kan ook bijdragen aan betaalbare zorg en kan zorgkosten vaak al op korte termijn verlagen – rokers met diabetes type 2 maken bijvoorbeeld zo'n € 900 meer aan kosten per jaar dan niet-rokers met dezelfde aandoening.<sup>45</sup> Op de langere termijn zijn de budgettaire effecten van preventie onzeker door de mogelijkheid van 'vervangende' aandoeningen en de daarmee gemoeide kosten (zie hoofdstuk 11). Maar mensen die zich beter en gezonder voelen, zoeken over het algemeen minder snel professionele hulp. Wat belangrijker is, meer preventie kan nog voor veel gezondheidswinst zorgen. Dit biedt perspectief, maar de praktijk van preventiebeleid is weerbarstig: er is vaak geen duidelijk probleemeigenaarschap en prikkels ontbreken.<sup>46</sup> Voor een integrale aanpak moeten veel partijen samenwerken. Populatiemanagement passeerde al de revue, maar belangrijk is ook om het intersectorale beleid en de primaire preventie aan te scherpen. Steeds meer landen voeren bijvoorbeeld een belasting in op suikerhoudende frisdranken. Ook gezondheidsbevordering op of via het werk verdient aandacht, omdat de pensioenleeftijd stijgt.

#### 22.4.7 Hoeveel uit te geven aan zorg?

Het zou goed zijn als een politiek-maatschappelijke discussie zou worden gestart die kan uitmonden in een norm voor de groei van de zorguitgaven op lange termijn. Hoofdstuk 8 heeft de effectiviteit van budgettaire regels voor de betaalbaarheid van de zorg duidelijk gemaakt. Op dit moment wordt de omvang van deze norm, het Budgettair Kader Zorg, vooral bepaald door een raming die goeddeels is gebaseerd op de 'historische' groei van de reële uitgaven. De daarop gebaseerde beleidsarme groei ligt volgens het CPB (Centraal Planbureau) de komende jaren op circa 4 procent per jaar, dubbel zo veel als de structurele groei van de economie.<sup>47</sup> Een dergelijke groei is op de langere termijn echter niet houdbaar.

Mogelijke besparende maatregelen stuiten veelal op forse maatschappelijke weerstand (eigen betalingen, een kleiner pakket) of zijn moeilijk hard te maken (doelmatigheid van zorg) en worden daardoor als budgettair verwaarloosbaar getaxeerd. In de praktijk betekent dit dat alleen bij een slechte economische prognose (recessie) er politieke ruimte ontstaat om de hoge uitgavenramingen enigszins af te vlakken. Bij economische voorspoed bestaat juist het risico dat men relatief eenvoudig aan extra wensen tegemoet kan komen. Het gevolg: een procyclisch budgettair zorgbeleid dat niet alleen om economische redenen onwenselijk is, maar dat het ook moeilijker maakt om de extra zorgvraag als gevolg van slechte economische omstandigheden op te vangen (denk bijvoorbeeld aan de negatieve gevolgen voor de gezondheid van langdurige werkloosheid). Dit procyclische karakter van het Nederlandse beleid blijkt ook uit een vergelijking met de uitgavenontwikkeling in andere landen. Eind jaren negentig

groeide de zorg in ons land veel langzamer dan in de ons omringende landen, vervolgens zagen we juist een lange periode van relatief sterke groei, waarna we sinds 2012 weer langzamer groeien dan veel andere landen (zie hoofdstuk 2). Op de lange termijn zijn grote budgettaire schommelingen niet wenselijk, ze bewegen niet mee met een meer geobjectiveerde vraag naar zorg.

Er is behoefte aan een goed functionerende politieke afweging en deze kan worden geholpen met een (flexibele) budgettaire norm voor de lange termijn, over kabinetsperiodes heen. Deze kan bijvoorbeeld worden opgebouwd uit epidemiologische ramingen van de toekomstige zorgbehoefte. Een meer pragmatische insteek is om aan de structurele groei van de economie een demografische component (de vergrijzing) toe te voegen. Beide modellen leiden tot een reële groei (d.w.z. inclusief een aangenomen stijging van de arbeidsproductiviteit) van tussen de ruim 2 en krap 3 procent en dat is een lager percentage dan dat op dit moment wordt gehanteerd. Tot de vergrijzing zijn maximale omvang bereikt, zullen de kosten op deze manier beheersbaar blijven stijgen (als percentage van de economie), waarna weer een geleidelijk daling zal inzetten. Uiteraard blijft het mogelijk dat nieuwe kabinetten aan zo'n methodiek nadere invulling geven met aanvullende budgettaire maatregelen.

Een ander punt dat in dit verband in belang toeneemt, is de afbakening tussen collectieve en private zorgkosten. De stijgende uitgaven zullen de druk verhogen om zorgkosten van het collectieve naar het private domein te verplaatsen. Dat zal immers op papier veel geld opleveren. Maar veel burgers zullen die private uitgaven als een verplichting ervaren. Het verdient aanbeveling om de zorguitgaven zo veel mogelijk in hun totaliteit te beoordelen, dus publiek en privaat gezamenlijk. Het zijn gemeenten die hierin nu al het voortouw nemen en het voor uitkeringsgerechtigden makkelijker maken om het eigen risico te herverzekeren en een aanvullende verzekering af te sluiten.

## 22.5 Wat te doen?

Zorg legt een steeds groter beslag op ons bruto nationaal product (bnp). Dit beslag zal in de toekomst verder oplopen. Hierdoor blijft minder geld over voor andere publieke sectoren, zoals onderwijs en sociale zekerheid. Ook de koopkracht van mensen komt onder een grotere druk te staan. Dit vormt een risico voor velen, niet in de laatste plaats voor mensen met een laag inkomen. Het betaalbaar houden van onze zorg draagt zeker op de langere termijn ook bij aan een meer solidair systeem met goede, toegankelijke zorg.

Op dit moment wordt het betaalbaarheidsprobleem de facto aangepakt via impliciete rantsoenering, zoals budgettering. Zorgaanbieders en professionals verdelen de eventuele 'schaarste' en doen dat mede op basis van beroepsethiek of specifieke kennis van 'wat er precies nodig is'. De noodzakelijke zorg wordt zo beschermd tegen een beleid van schaarste en krapte. Hoewel altijd het risico bestaat van doorschieten van zo'n kraptemodel en van beleidsuitputting, werkte dit impliciet rantsoeneren lange tijd prima om de zorg betaalbaar te houden, zeker afgezet tegen moeizame discussies om bijvoorbeeld via het pakket tot keuzes te komen. Het veld mag zelf kiezen hoe te snijden en krijgt daardoor impliciet ook existentiële zekerheid voor terug. De overheid

krijgt er budgettaire zekerheid voor terug, althans op de kortere termijn. Of dit ook op de langere termijn een effectieve strategie vormt, is minder duidelijk. Zo kan impliciete rantsoenering ook leiden tot het vooruitschuiven van allerlei noodzakelijke investeringen voor de toekomst. Dit is iets dat zich in de afgelopen jaren ook al tot op zekere hoogte lijkt te hebben voorgedaan.

Een stabiele context vormt een randvoorwaarde voor de effectiviteit van een strategie van impliciete rantsoenering. Een stabiele context is de komende decennia echter verre van gegarandeerd. Net als de rest van de samenleving, zal de zorg zal de komende paar decennia sterk van karakter veranderen. Traditionele scheidslijnen vervagen snel; kunstmatige intelligentie en digitalisering (e-health) krijgen een centrale rol binnen de behandeling; opname in een ziekenhuis of een verpleeghuis wordt een zeldzaamheid; mensen hebben steeds vaker meerdere chronische aandoeningen, maar dit staat hun maatschappelijke participatie juist minder in de weg; artsen en verpleegkundigen blijven belangrijk, maar hun traditionele monopolie op behandeling enerzijds en verpleging en verzorging anderzijds staat onder druk, de groei zit bij veel andere en nieuwe beroepen. En zo zijn er meer fundamentele veranderingen.

Dit biedt allerlei nieuwe en mooie kansen om de zorg betaalbaar te houden, maar dat vergt dan wel het maken van (expliciete) keuzes. Blijven we steken in de vertrouwde impliciete strategieën om het veld zelf te laten kiezen wat ze nog wel en wat ze niet meer doen, dan zullen we zeer waarschijnlijk én het ‘oude’ blijven betalen en daarnaast ook het ‘nieuwe’. En we weten uit het verleden dat juist dat ‘nieuwe’ (persoonsgebonden budgetten, begeleiding, ketenzorg, eerstelijnsverblijf en nieuwe specialismen, etc.) buitenproportioneel snel kan groeien. We kunnen het ‘nieuwe’ alleen blijven financieren als dit in de plaats komt van minder effectieve zorg. Hoe faseren we deze laatste uit: exnovatie. Dat kan eigenlijk alleen als op allerlei manieren wordt geëxpliciteerd waar prioriteiten wel en waar ze niet liggen. Bij dat laatste hoort ook gebruik van ‘de stok’, niet omdat dit vaak effectiever is dan een subsidie, maar ook omdat het voor de schatkist behoorlijk goedkoper is.<sup>48</sup>

Effectief beleid beheerst niet alleen de zorgkosten, maar pakt ook onderliggende inefficiënties aan. Betaalbaarheid vraagt om een zekere mate van *top-down* sturing om succesvol te kunnen zijn. In onze visie impliceert dat ook dat er meer expliciete keuzes nodig zijn over welke zorg waarom wordt gefinancierd en welke niet of minder. Dat kan overigens alleen op basis van harde *evidence* en die is er zeker niet over de hele linie.<sup>49</sup> Beleidsmakers moeten daarom meer werk maken van gevalideerde inhoudelijke modellen die de betaalbaarheid verbeteren en daarnaast resoneren bij de verschillende *stakeholders*. De intrinsieke motivatie van professionals moet worden aangeboord voor betere en betaalbare (vaak vernieuwende) zorg.

Dit impliceert overigens niet zozeer nieuwe beleidsinstrumenten, maar vergt wel vooral een beter, meer afgestemd en ‘ontschot’ inzetten van de huidige instrumenten. Dat kan ook prima binnen een (neo)corporatistisch besturingsmodel. Bij een dergelijke aanpak moet de overheid wel zorg dragen dat ook de vertegenwoordigers van de komende vernieuwing (ICT en e-health, zelfzorg) een sterkere stem krijgen binnen de besturingsportalen. De overheid moet meer doen om een lerend systeem te creëren.

Daarbij horen leertuinen, maar ook een ‘ontschot’ beleidsinstrumentarium dat goede voorbeelden faciliteert en ‘slechte’ zorg afstraft.

Welke inhoudelijke strategieën liggen met het oog op betaalbaarheid voor de hand? Om zowel de betaalbaarheid als de solidariteit te bevorderen, is het noodzakelijk verspilling door onnodig hoge prijzen en onnodige zorg aan te pakken. Enkele andere aandachtspunten: voorkomen van te grote marktmacht die de prijzen opdrijft, kritisch zijn op dure technologieën en infrastructuur, en erop letten dat de arbeidsproductiviteit niet te ver uit de pas gaat lopen met de loonontwikkelingen.

Wat betreft het terugdringen van onnodige zorg geldt dat professionals een leidende rol moeten spelen. Zonder hun kennis en motivatie om het goede te doen, lukt het niet om de zorg betaalbaar te houden. Professionals moeten de regelmogelijkheden krijgen om hun praktijk daadwerkelijk anders in te richten. Cruciaal is wel dat zij hierover een vorm van verantwoording afleggen. Beroepsbeoefenaren die de regie voor kostenbeheersing nemen, moeten daarin beter worden ondersteund door de zorginkopers van gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren. Dit kan door de contracten en de bekostiging beter aan te laten sluiten bij de gestelde doelen, bijvoorbeeld door middel van vormen van populatiebekostiging, ketenbekostiging of uitkomstfinanciering. Er kan bijvoorbeeld worden gedacht aan één basisfinanciering voor elke patiënt of oudere met multimorbiditeit (inclusief een dienstenpakket), in plaats van de huidige op ziektesilo’s gerichte bekostiging per chronische aandoening.

Het zorgaanbod kan ook beter aansluiten op de zorgvraag. Dit vereist betere afstemming tussen aanbieders en aandacht voor kwetsbare patiënten met meerdere aandoeningen die behalve (meerdere) lichamelijke, vaak ook geestelijke en sociale problemen hebben. Van zorgaanbieders vraagt dit meer (en beter georganiseerde) samenwerking. Vanuit beleidsperspectief betekent dit dat de beschikbare gelden daar worden ingezet waar ze de meeste waarde toevoegen. Dit kan betekenen dat er geld moet worden overgeheveld van de tweede lijn naar wijkteams, preventie en – vooral – nieuwe zorgvormen als e-health. Het betekent verder dat netwerken en netwerk-effecten beter moeten worden beloond. Kosten-effectiviteitsanalyses moeten worden ingezet om achter de doelmatigheid van specifieke zorgvormen te komen en niet zoals nu beperkt blijven tot individuele behandelingen en/of geneesmiddelen.<sup>49</sup>

Een bijzonder punt is de arbeidsmarkt. Om te voorkomen dat de zorg te ver uit de pas gaat lopen met andere onderdelen van de economie, moet de arbeidsproductiviteit in de zorg stijgen. Zo niet, dan ontstaat een combinatie van én stijgende lonen én structurele tekorten aan personeel. Dat betekent dat we slimmer moeten gaan werken en meer gebruik moeten gaan maken van de mogelijkheden van digitalisering, e-health, taakherschikking en andere arbeidsextensieve vormen van zorg. Daarnaast moeten we meer kritisch zijn op niet direct patiëntgebonden uitgaven. Met name de administratieve lasten, die steeds verder lijken uit te dijen, moeten worden beheerst. Voegen al deze regels nog daadwerkelijk waarde toe? Een beweging als ‘Het roer om’ in de huisartsenzorg heeft hierbij het voortouw genomen, met als gevolg een focus op de echt belangrijke zaken en meer lucht voor professionals. Eenzelfde ontwikkeling zou ook in andere sectoren op zijn plaats zijn.



Pijnlijke maatregelen zijn met dit alles niet altijd te voorkomen, maar een duidelijke strategie voor de lange termijn, met coproductie en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid kan onze zorg goed betaalbaar houden. We zijn zeker niet stuurloos. Het gaat erom dat we de beschikbare kansen zien en benutten. En dat we voorbereid zijn op de veranderingen die gaan komen. Dat betekent ook nu al nadenken over de toekomstige (zorg)behoefte en over de mogelijkheden om die op te vangen met betaalbare zorgvormen.

### Referenties

- 1 Raad van State, 'De economie groeit, maar Nederland staat voor grote opgaven', Advies bij de Miljoenennota 2018, Den Haag: september 2017. Met dank aan Johan Polder voor de tekstuele suggesties.
- 2 G.K. Singh, M.D. Kogan en R.T. Slifkin, 'Widening disparities in infant mortality and life expectancy between Appalachia and the rest of the United States, 1990-2013', *Health Affairs*, 2017;36(8):1424-32.
- 3 P.P.T. Jeurissen, *For-profit hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four different Western countries*, Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2010.
- 4 Dit roept wel allerlei vragen op. Zo zijn de kosten voor Orkambi® voor een kleine groep patiënten met taaislijmziekte naar verluidt even hoog als het toestaan van de nieuwe *Flash Glucose Monitoring* technologie van alle 100.000 patiënten met diabetes type 1 (persoonlijke communicatie van prof. dr. C. Tack).
- 5 L. Rosenbaum, 'The Less-is-more crusade – Are we overmedicalizing or oversimplifying?', *The New England Journal of Medicine*, 2017;377(24):2392-97.
- 6 Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, *Zonder Context Geen Bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*, Den Haag: 2017.
- 7 M.C. Sokol, K.A. McGuigan, R.R. Verbrugge, en R.E. Epstein, 'Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost', *Medical Care*, 2005;43(6):521-30.
- 8 M.J. van der Aa, A.T.G. Paulus, M.J.C. Hilligsmann, J.A.M. Maarse en S.M.A.A. Evers, 'Varying opinions on who deserves collectively financed healthcare services: a discrete choice experiment on allocation preferences of the general public', Under review.
- 9 P.P.T. Jeurissen, *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005.
- 10 M.J. van der Aa, M.J.C. Hilligsmann, A.T.G. Paulus en S.M.A.A. Evers, *Healthcare deservingness opinions of the general public and policy makers compared: a discrete choice experiment*, in: W. van Oorschot, F. Roosma, B. Meuleman en T. Reeskens, *The social legitimacy of targeted welfare: attitudes to welfare deservingness*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2017.
- 11 P.P.T. Jeurissen, *For-profit hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four different Western countries*, Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2010.

- 12 N. Daniels en D.W. Light, *Benchmarks of fairness for healthcare reform*, Oxford: Oxford University Press, 1996.
- 13 Rechtbank Zeeland-West-Brabant, uitspraak op 4 januari 2017, zaaknummer C/02/324471/ KG ZA 16-828, [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl)
- 14 <https://www.vgz.nl/rotterdam>
- 15 Rechtbank Midden-Nederland, kort geding 23 februari 2018 in de zaak van Stichting Zorgrecht versus Zilveren Kruis.
- 16 D. Mechanic, 'Dilemma's in rationing health care services: the case for implicit rationing', *British Medical Journal*, 1995;310:1655.
- 17 E. Freidson, *Professionalism, the third logic. On the practice of knowledge*, University of Chicago, 2001, p. 127.
- 18 J.A.M. Maarse, *Voordat de wal het schip keert*, Maastricht, 2013 (afscheidsrede).
- 19 S. van der Geest, J. Rijken, F.T. Schut en M. Varkevisser, *Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget*, Rotterdam: iBMG en AKD, 2017.
- 20 J.A.M. Maarse, *Beleid en besturing in de zorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 2018.
- 21 R.H. Hoppe, *The governance of problems: puzzling, powering and participation*, Bristol: Policy Press, 2010.
- 22 A. Klink, *Toerusting in de arena van de gezondheidszorg. Waarom kostenbesparende innovaties de zorg vaak duurder maken*, Amsterdam: VU, 2012 (oratie).
- 23 P. Pierson, 'The new politics of the welfare state', *World Politics*, 1996:48(2);143-79.
- 24 J. Visser en A. Hemerijck, *Een Nederlands mirakel: beleidslernen in de verzorgingsstaat*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998, p. 92.
- 25 A. Héritier en M. Rhodes (red), *New modes of governance in Europe: governing in the shadow of hierarchy*, Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2011.
- 26 Algemene Rekenkamer, *Zorgakkoorden: uitgavenbeheersing in de zorg, deel 4*, Den Haag, 2016.
- 27 Raad van State, Jaarbericht 2014, Den Haag.
- 28 'Er is heel veel handel in hoop', *Vrij Nederland*, 23 februari 2017.
- 29 R.B. Saltman, 'The impact of slow economic growth on health sector reform: a cross-national perspective', *Health Economics, Policy, and Law*, 2018.
- 30 Nza, *Voortgangsrapportage Wachttijden in de ggz*, Utrecht, 2018.
- 31 L. Slawomirski, A. Auraaen en N.S. Klazinga, *The economics of patient safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*, OECD, Parijs, 2017.
- 32 M. Langelaan, M.A. Broekens, M.C. de Bruine, J.F. de Groot, M.J. Moesker, P. Porte, B. Schutijser, R. Singotani, M. Smits, L. Zwaan en C. Wagner, *Monitor zorggerelateerde schade 2015/2016: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen*, Utrecht: NIVEL, 2017.

- 33 E.J.M. Oberjé, M.A.C. Tanke en P.P.T. Jeurissen, 'Antimicrobiologic stewardship initiatives throughout Europe: proven value for money', *Infectious Diseases Reports*, 2017;9(1):6800.
- 34 K. Bekelis, J.S. Skinner, D. Gottlieb en Ph. Goodney, 'De-adoption and exnovation in the use of carotid revascularization: retrospective cohort study', *British Medical Journal*, 2017;359:j4695.
- 35 <https://zorgenz.nl/nieuws/marcel-levi-amc-schrap-onzinnige-zorg/>
- 36 J. Hsu, M. Price, C. Vogeli, R. Brand, M.E. Chernew en S.K. Chaguturu, et al., 'Bending the spending curve by altering care delivery patterns: The role of care management within a pioneer ACO', *Health Affairs*, 2017;36(5):876-84.
- 37 D. McCarthy, J. Ryan en S. Klein, *Models of Care for High-Need, High-Cost Patients: An Evidence Synthesis*, The Commonwealth Fund, oktober 2015.
- 38 J.-P. Heida en J. Hoendervanger, *Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan*, Den Haag: 2016.
- 39 J. de Jong, J. Korevaar, M. Kroneman, C. van Dijk, S. Bouwhuis en D. de Bakker, *Substitutiepotentieel tussen eerste- en tweedelijnszorg – Communicerende vaten of gescheiden circuits?*, Utrecht: NIVEL, 2016.
- 40 C.E. Pollack, G.E. Weissman, K.W. Lemke, P.S. Hussey en J.P. Weiner, 'Patient sharing among physicians and costs of care: a network analytical approach to care coordination using claims data', *Journal General Internal Medicine* 2012;28(3):460-65.
- 41 Eigen berekeningen op basis jaarverslagen opgenomen in [www.jaarverantwoordingzorg.nl](http://www.jaarverantwoordingzorg.nl)
- 42 A.J.E. Veer, K. de Groot, M. Brinkman, A.L. Franke, *Administratieve druk: meer dan een kwestie van tijd*, Utrecht: NIVEL, 2017.
- 43 D.U. Himmelstein, M. Jun, R. Busse, K. Chevreul, A. Geissler, P.P.T. Jeurissen, S. Thomson, M. Vinet en S. Woolhandler, 'A comparison of hospital administrative costs in eight nations. US costs exceeds others by far', *Health Affairs*, 2014;33(9):1586-94.
- 44 Persoonlijke communicatie door prof. dr. H. Bilo.
- 45 D. Ruwaard, *De weg van nazorg naar voorzorg: buiten de gebaande paden*, oratie, Maastricht: Universiteit van Maastricht, 2012.
- 46 CPB, Middellange termijnraming | 2018 – 2021, maart 2016. Deze gaat uit van 3,4% reële groei, maar dit is exclusief de extra investeringen in de verpleeghuizen die oploopt naar circa 2 miljard euro.
- 47 J.S. Skinner en K.G. Volpp, 'Replacing the Affordable Care Act. Lessons from Behavioral Economics', *Journal of the American Medical Association*, 2017;317(19):1951-52.
- 48 K. Baicker en A. Chandra, 'Evidence-Based Health Policy', *The New England Journal of Medicine*, 2017;377(25):2413-15.
- 49 J.S. Skinner en A. Chandra, 'Managing new health Technologies', *OECD Observer*, 2017;309.

---

# Producten uit 5 jaar Celsus academie voor betaalbare zorg

## Artikelen

### **Wetenschappelijk, internationaal**

H.C. Schakel, E.H. Wu, P.P.T. Jeurissen 'Fiscal rules, powerful levers for controlling the health budget? Evidence from 32 OECD countries'. *BMC Public Health*, (2018) 18:300.

F.M. Kruse, N.W. Stadhouders, E.M. Adang, S. Groenewoud and P.P.T. Jeurissen, 'Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review.' *The International Journal of Health Planning and Management*, 2018; 33(1): 1-20.

H.C. Schakel, P.P.T. Jeurissen and S. Glied 'The influence of fiscal rules on healthcare policy in the United States and the Netherlands', *The International Journal of Health Planning and Management*, 2017;32(4): 595-607.

B.R. Bloem, L. Rompen, N.M. de Vries, A. Klink, M. Munneke en P.P.T. Jeurissen, 'ParkinsonNet: A Low-Cost Health Care Innovation With A Systems Approach From The Netherlands', *Health Affairs (Millwood)*, 2017;36(11):1987-96.

W. van Dijk, M.J. Faber, M.A.C. Tanke, P.P.T. Jeurissen en G.P. Westert, 'Define and Conquer: How Semantics Foster Progress; A Response to Recent Commentaries', *International Journal of Health Policy and Management*, 2017;6(11):681-82.

L.L. Hagedaars, P.P.T. Jeurissen en N.S. Klazinga, 'The taxation of unhealthy energy-dense foods (EDFs) and sugar-sweetened beverages (SSBs): An overview of patterns observed in the policy content and policy context of 13 case studies' *Health Policy (New York)*, 2017;121(8):887-94.

L.L. Hagedaars, N.S. Klazinga, M. Mueller, D.J. Morgan en P.P.T. Jeurissen, 'How and why do countries differ in their governance and financing-related administrative expenditure in health care? An analysis of OECD countries by health care system typology', *International Journal of Health Planning and Management*, 2017;1-16.

A. Klink, H.C. Schakel, S. Visser en P.P.T. Jeurissen, 'The arduous quest for translating health care productivity gains into cost savings. Lessons from their evolution at economic scoring agencies in the Netherlands and the US', *Health Policy (New York)*, 2017;121(1):1-8.

- E.J.M. Oberjé, M.A.C. Tanke en P.P.T. Jeurissen, 'Antimicrobial Stewardship Initiatives Throughout Europe: Proven Value for Money', *Infectious Disease Report*, 2017;9(1):6800.
- B. Ravesteijn, E.B. Schachar, A.T.F. Beekman, R.T.J.M. Janssen en P.P.T. Jeurissen, 'Association of Cost Sharing With Mental Health Care Use, Involuntary Commitment, and Acute Care' *JAMA Psychiatry*, 2017;74(9):1-9.
- J.J.G. Wammes, M.A.C. Tanke, W. Jonkers, G.P. Westert, P.J. van der Wees en P.P.T. Jeurissen, 'Characteristics and healthcare utilisation patterns of high-cost beneficiaries in the Netherlands: a cross-sectional claims database study', *BMJ Open*, 2017;7(11):e017775.
- P.J. van der Wees, J.J.G. Wammes, P.P.T. Jeurissen en G.P. Westert, 'The role of physicians and their professional bodies in containing health care costs', *Family Practice*, 2017;34(6):637-38.
- P.J. van der Wees, J.J.G. Wammes, P.P.T. Jeurissen en G.P. Westert, 'Stewardship of primary care physicians to contain cost in health care: an international cross-sectional survey', *Family Practice*, 2017;34(6):717-22.
- W. van Dijk, M.J. Faber, M.A.C. Tanke, P.P.T. Jeurissen en G.P. Westert, 'Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine', *International Journal of Health Policy and Management*, 2016;5(11):619-22.
- J.A.M. Maarse en P.P.T. Jeurissen, 'Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review' *Health Economics, Policy and Law*, 2016;11(2):161-78.
- J.A.M. Maarse en P.P.T. Jeurissen, 'The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands', *Health Policy*, 2016;120:241-45.
- N. Stadhouders, X. Koolman, M.A.C. Tanke, J.A.M. Maarse en P.P.T. Jeurissen, 'Policy options to contain healthcare costs: a review and classification', *Health Policy*, 2016;120(5): 486-94.
- P.J. van der Wees, J.J.G. Wammes, G.P. Westert en P.P.T. Jeurissen, 'The Relationship Between the Scope of Essential Health Benefits and Statutory Financing: An International Comparison Across Eight European Countries', *International Journal of Health Policy and Management*, 2016, 5(1), 13-22.
- J.J.G. Wammes, M.E. van den Akker-van Marle, E.W. Verkerk, S.A. van Dulmen, G.P. Westert, A.D. van Asselt en R.B. Kool. 'Identifying and prioritizing lower value

services from Dutch specialist guidelines and a comparison with the UK do-not-do list', *BMC Medicine*, 2016;14(1):196.

P.P.T. Jeurissen, A. Duran en R.B. Saltman, 'Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector', *BMC Health Services Research*, 2016;16(Suppl 2):168.

A.S. Groenewoud, N.J. van Exel, A. Bobinac, M. Berg, R. Huijsman en E.A. Stolk, 'What Influences Patients' Decisions When Choosing a Health Care Provider? Measuring Preferences of Patients with Knee Arthrosis, Chronic Depression, or Alzheimer's Disease, Using Discrete Choice Experiments', *Health Services Research*, 2015;50(6):1941-72.

I.L. Abma, A. Jayanti, S. Bayer, S. Mitra en J. Barlow, 'Perceptions and experiences of financial incentives: a qualitative study of dialysis care in England', *BMJ Open*, 2014;4(2):e004249.

D.U. Himmelstein, M. Jun, R. Busse, K. Chevreur, A. Geissler, P.P.T. Jeurissen, S. Thomson, M.A. Vinet en S. Woolhandler, 'A comparison of hospital administrative costs in eight nations: US exceeds all others by far', *Health Affairs*, 2014;33(9):1586-94.

J.J.G. Wammes, P.P.T. Jeurissen, L.M. Verhoef, W.J. Assendelft, G.P. Westert en M.J. Faber, 'Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners', *Family Practice*, 2014;31(5):538-44.

P.J. van der Wees, M.W.G. Nijhuis-van der Sanden, E. van Ginneken, J.Z. Ayanian, E.C. Schneider en G.P. Westert, 'Governing healthcare through performance measurement in Massachusetts and the Netherlands', *Health Policy* 2014;116(1):18-26.

G.P. Westert, P.P.T. Jeurissen en W.J. Assendelft, 'Why Dutch general practitioners do not put the squeeze on access to hospital care?', *Family Practice*, 2014;31(5):499-501.

E. van Ginneken, K. Swartz, P.J. van der Wees, 'Health insurance exchanges in Switzerland and The Netherlands offer five key lessons for the operations of US exchanges', *Health Affairs (Millwood)*, 2013;32(4):744-52.

J.Z. Ayanian en P.J. van der Wees, 'Tackling rising health care costs in Massachusetts', *New England Journal of Medicine*, 2012;367(9):790-93.

**Wetenschappelijk, Nederlands**

N. Stadhouders, J.A.M. Kremer, P.P.T. Jeurissen, M.A.C. Tanke, 'Marktprikkels verbeteren zorg niet bij reageerbuisbevruuchting', *Gezondheidszorg ESB*, 2017; 4755: 8 november.

J.J.G. Wammes, M.A.C. Tanke, W. Jonkers, G.P. Westert, P.J. van der Wees en P.P.T. Jeurissen, 'Karakteristieken en zorggebruik van patiënten met hoogste zorgkosten', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2017;161(0):D2220.

A. Klink, C. Schakel, S. Visser en P.P.T. Jeurissen, 'Lessen uit de CPB-beoordelingen van de zorg' *Zorgstelsel ESB* 2017;102(4745):12 januari 2017.

J.S. Burgers, P.J. van der Wees, J.J.G. Wammes en W.J. Assendelft, 'Nederlandse arts druk met ggz, palliatie én bureaucratie: internationaal onderzoek naar de huisartseneeskundige praktijk', *Medisch Contact*, 2016;71(26):36-39.

P.P. Jeurissen, B.A. Ravesteijn, R.T. Janssen, M.A. Tanke, 'Towards a sustainable, cost-effective mental health care; a policy perspective', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2016;58(10):683-87.

P.J. van der Wees, N. Stadhouders, J.B. Staal en P.P.T. Jeurissen, 'Problematisch arbeidsverzuim: Een kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2016;160:D48.

M. van Agthoven, A. van der Kolk, H. Knegtering, P.A. Delespaul, J. Arends, P.P.T. Jeurissen, P.F. Krabbe, R. Huijsman, R. Luijk, E. de Beurs, L. Hakkaart-Van Roijen en R. Bruggeman, 'Doelmatigheid in de GGZ: toekomst dankzij ROM? [Cost-effectiveness in Dutch mental health care: future because of ROM?]', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2015;57(9):672-79.

W.P.H. Bender en M.A.C. Tanke, 'Efficiënt en betrouwbaar berekenen van kwaliteitsindicatoren uit een combinatie van financiële en medische administratieve databases', *Medisch Contact*, 2015;70(39):1789-92.

A.S. Groenewoud, 'Advance Care Planning. Het levenseinde teruggeven aan de mensen', *Kwaliteit in Zorg*, 2015;(3):14-18.

B.M. Hilhorst en P.P.T. Jeurissen, 'Is premiedifferentiatie paternalisme of juist niet?' *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, gepubliceerd op 9 september 2014.

P.P.T. Jeurissen, 'Beheersing zorgkosten', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2014;92(3): 99-100.

P.P.T. Jeurissen en J. Trienekens, 'Leidt gereguleerde competitie tot betaalbare zorg?', [www.TPEdigitaal.nl](http://www.TPEdigitaal.nl); 2014;8(2):18-30.

### Rapporten

'Gewoon even kijken of ik nog gezond ben. Ervaringen met *health checks*'  
W. van Dijk, J.M.G. van Haren, P.P.T. Jeurissen en G.P. Westert  
Nijmegen, augustus 2017

'Reduceren van de zorgkosten: veel opties, weinig evaluaties'  
N. Stadhouders, F. Kruse, J.M.G. van Haren, G. Westert en P. Jeurissen.  
Nijmegen, januari 2017

'Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden'  
J. Visser, L. van 't Veer, J. Hoendervanger, K. Gaspar, N. Stadhouders, X. Koolman en J.-P. Heida.  
SiRM – Celsus academie – Talma Institute, maart 2017

'Delivering hospital services: A greater role for the private sector?'  
D. Molinuevo, K. Foti (Chapter 1) en F. Kruse (Chapter 4)  
Eurofound (2017), Publications Office of the European Union, Luxemburg

'Care homes for older Europeans: Public, private and not-for-profit providers'  
D. Molinuevo, R. Anderson en F. Kruse (correspondent voor Nederland)  
Eurofound (2017), Publications Office of the European Union, Luxemburg

Keuzes in het verzekerde pakket: mag de burger er ook iets van vinden?  
Houdingen van burgers t.a.v. vruchtbaarheidsbehandelingen in het verzekerde pakket  
Dr. A.S. Groenewoud, Drs. W. van Dijk, en drs. H. Schoenmakers  
Nijmegen, december 2016

Report on the Regional Implementation Strategy (RIS) of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) in The Netherlands.  
F.M. Kruse, P. van der Wees, and R. Prikkel., oktober 2016

'Cost-Effectiveness of Policies to Limit Antimicrobial Resistance in Dutch Healthcare Organisations'  
E. Oberjé, M.A.C. Tanke en P.P.T. Jeurissen  
Nijmegen, januari 2016

'De relatie tussen behandelduur en behandelingsucces in de GGZ'  
E. Oberjé, M.A.C. Tanke, W. van Dijk en P.P.T. Jeurissen  
Nijmegen, april 2016



‘Contracting for quality; Boundaries and opportunities of selective contracting’  
C. Schakel, P.P.T. Jeurissen en S. Glied  
New York, NY, USA, 2016

‘Doelmatige innovatie in de zorg’  
I.L. Abma, K. ten Hove, S. Ranke, M. Rovers, E. Adang, P.P.T. Jeurissen en P.J. van der Wees  
Nijmegen, 2016

‘Verspilling in de langdurige zorg. Een verkenning van de literatuur’  
W. van Dijk, A.S. Groenewoud, N. Stadhouders, P.J. van der Wees, M.A.C. Tanke en P.P.T. Jeurissen  
Nijmegen, 4 maart 2015

‘Evaluatie van adviestrajecten bij problematisch ziekteverzuim’  
N. Stadhouders, P.J. van der Wees, J.B. Staal en P.P.T. Jeurissen  
Nijmegen, 24 juni 2015

‘What dominates: budget policies or political agreements? *The influence of fiscal institutions on health care policy in the United States and the Netherlands*’  
C. Schakel, P.P.T. Jeurissen en S. Glied  
Nijmegen, 5 november 2015

‘Kostenbeheersing dure zorgvoorzieningen: Internationale vergelijking van beheersinstrumenten bij introductie van dure zorgvoorzieningen’  
J. Wilschut, J.J.G. Wammes en P.P.T. Jeurissen  
Nijmegen, april 2014

‘Omvang en financiering van het basispakket; Een verkennende internationale vergelijking’  
P.J. van der Wees, J.J.G. Wammes, G.P. Gert Westert en P.P.T. Jeurissen  
Nijmegen, 25 april 2014

‘Universal challenge: sustainable long-term care’  
I. Mosca, E. Mot, P.J. van der Wees, J.J.G. Wammes, F. Colombo en P.P.T. Jeurissen  
Nijmegen, Juni 2013

‘No cure, no pay? Onderweg naar uitkomstbekostiging in de Nederlandse zorg; huidige en toekomstige mogelijkheden’  
A.P. Hayen, P.J.G.M. de Bekker, M.M.T.J. Ouwens, G.P. Westert en P.P.T. Jeurissen,  
8 juli 2013

‘Onnodige zorg in de Nederlandse gezondheidszorg, gezien vanuit het perspectief van de huisarts’

J.J.G. Wammes, L. Verhoef, G.P. Westert, W.J. Assendelft, P.P.T. Jeurissen en M.J. Faber  
Nijmegen, augustus 2013

### **Boeken (of boekdelen)**

P.P.T. Jeurissen, J.A.M. Maarse en M. Tanke (Red.), Betaalbare zorg. Den Haag: SDU, 2018.

H. van Lienden en H. Calsbeek, Waardevolle zorg, kwaliteit en doelmatigheid voor verpleegkundigen. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2018.

J.A.M. Maarse, Beleid en besturing in de zorg. Den Haag: SDU, 2018.

K.P. Companje, A.C.M. Kappelhof, R.F. Mouton, P.P.T. Jeurissen, Vijftig jaar kostenbeheersing in de zorg, deel I: 1966-1995. Den Haag: SDU, 2018.

P.P.T. Jeurissen, ‘Feitelijke perspectieven op de financiële solidariteit van de zorg. De Euro in de spreekkamer. Geld speelt wel een rol’, T. Wobbles en M. van de Muijsenbergh (eds). Valkhof pers, 2017.

E. Lieberherr, J.A.M. Maarse en P.P.T. Jeurissen, Chapter 7: ‘The governance of public-private partnerships: Lessons from the UK private finance initiative in health care and the Berlin Waterworks, Germany’, In: S.L. Greer, M. Wismar en J. Figueras (ed), Strengthening governance for health systems in Europe. Open University Press, 2016:143-158.

S. Thewissen, P.P.T. Jeurissen en G.J. van der Vlugt, Hoofdstuk 10: ‘Healthcare budgetting in the Netherlands’. In: Fiscal sustainability and health systems Bridging Health and Finance perspectives. Parijs: OECD, september 2015.

P.P.T. Jeurissen en J.A.M. Maarse, ‘Zorgondernemingen in het buitenland’. In: B. Berden, L. Houwen en S. Stevens (red.), Actuele financieringsvormen voor zorgondernemingen. Elsevier: oktober 2015.

P.P.T. Jeurissen en J.A.M. Maarse, Hoofdstuk 3: ‘Zorgondernemingen in internationaal perspectief’. In: B. Berden, L. Houwen, S. Stevens (eds), Financiering van de zorg. Vakmedianet, oktober 2015.

F. Lafeber en P.P.T. Jeurissen, 'Financing health care and long-term care for ageing populations: the Netherlands'. In: A.M. Pot en P.L. Sherlock, Chapter 5: Long-term-care systems. In: J.R. Beard, A. Officer en A. Cassels (eds), World report on ageing and health. Genève: World Health Organization, 2015:145.

P.J. van der Wees, M. Kamphuis en R. Borgonjen, 'Projectmanagement' (hoofdstuk 7). In: J.J.E. van Everdingen, D.H.H. Dreessens, J.S. Burgers, J.A. Swinkels, T.A. van Barneveld en G.D.E.M. van der Weijden (eds), Evidence-based richtlijnontwikkeling Een leidraad voor de praktijk; 2e druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2013.

F.M. Kruse, P. de Bekker, E. van Ginneken en P.P.T. Jeurissen. 'Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalization of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services'; Chapter 5. The Netherlands, KCE Report 289.

G.P. Westert, P.P.T. Jeurissen, M.J. van den Berg en K. Stronks. 'Volksgezondheid en gezondheidszorg'. Hoofdstuk 10, De Nederlandse gezondheidszorg: werking en prestaties. Met medewerking van J.J.G. Wammes en E. van der Heijden.

# Figuren, tabellen en boxen

## Figuren

- Figuur 1.1 Conceptuele relatie tussen kosten, volume en zorguitkomsten 19
- Figuur 2.1 Zorguitgaven 1972-2016 in werkelijke prijzen en als aandeel in het bruto binnenlands product 30
- Figuur 2.2 Prijs- en volumeontwikkeling van de gezondheidszorg, 1972-2012 (jaarlijkse groei in %) 31
- Figuur 2.3 Financiering van de zorguitgaven (exclusief kinderopvang) in 2000-2015 32
- Figuur 2.4 Drie benaderingen van de zorguitgaven, 1998-2016 33
- Figuur 2.5 Zorguitgaven in enkele landen die lid zijn van de OECD. Aandeel van de zorguitgaven overeenkomstig de definitie van het System of Health Accounts in het bbp, 2000-2016 34
- Figuur 2.6 Zorguitgaven (volgens de zorgrekeningen) naar ziekten en aandoeningen in 2015 37
- Figuur 2.7 Zorguitgaven (volgens de zorgrekeningen) naar leeftijd en geslacht per inwoner van Nederland in 2015 38
- Figuur 3.1 Uitgaven voor curatieve en AWBZ-zorg 1973-1984 61
- Figuur 3.2 Toepassing van het bouwplafond 1975-1976 63
- Figuur 3.3 Kostenontwikkeling intramurale sector 1983-1987 65
- Figuur 3.4 Gerealiseerde kosten en budgetten voor algemene ziekenhuiszorg 1986-1994 67
- Figuur 4.1 Aanknopingspunten voor bezuinigingsbeleid 77
- Figuur 5.1 Medicalisering gedefinieerd in wetenschappelijk onderzoek 104
- Figuur 6.1 Wisselwerking tussen impliciet (bestuurlijke akkoorden) en expliciet (pakketbeheer) rantsoeneren van zorg 118
- Figuur 7.1 Ontwikkeling van het verplicht eigen risico, 2006-2018 (euro's) 125
- Figuur 7.2 Aandeel eigen betalingen in de financiering van de zorg, 2016 129
- Figuur 8.1 Ontwikkeling reële collectieve zorguitgaven vergeleken met andere sectoren (referentiejaar 2006) 144
- Figuur 8.2 Het aantal OESO-landen waar een begrotingsregel actief was tussen 1985 en 2015 146
- Figuur 8.3 Opbouw CPB-raming 151
- Figuur 8.4 Publiek gefinancierde zorguitgaven als percentage van het bbp voor OESO lidstaten, geclusterd naar begrotingsbeleid 155
- Figuur 9.1 Stijging van de uitgaven voor de AWBZ in miljarden euro's, 1998-2014 165
- Figuur 9.2 Groei van de pgb-uitgaven, 2002-2016 (miljoenen euro's) 167
- Figuur 9.3 De financiering van de langdurige zorg, 2012-2014 168
- Figuur 9.4 Schematische weergave van de hervorming van de langdurige zorg 172
- Figuur 9.5 Effect van hervorming op uitgaven voor langdurige zorg, 2012-2014 174
- Figuur 10.1 Groei Nederlandse versus Europese zorguitgaven (procent bnp) 186
- Figuur 10.2 Relatieve omzetveranderingen aanbiedersmarkten (Zvw) 192
- Figuur 11.1 Kader voor preventie 200
- Figuur 11.2 Dahlgren-Whitehead model met determinanten van gezondheid 207

- Figuur 11.3 Schematische weergave doelgroepen en preventiemaatregelen, wetten en financiers in Nederland 209
- Figuur 12.1 Model van Donabedian om kwaliteit van zorg te meten 222
- Figuur 12.2 Raamwerk kwaliteit en kosten 226
- Figuur 13.1 Triple Aim 237
- Figuur 13.2 Canterbury Health Care System 245
- Figuur 14.1 Groei ZBC's en aantal DBC's gedeclareerd door ZBC's, 2008-2015 265
- Figuur 14.2 Groei focusklinieken 267
- Figuur 14.3 Aantal klinieken per specialisme (linker-as) en gemiddeld aantal specialisten per type specialisatie in 2015 (rechter-as) per ZBC locatie 267
- Figuur 15.1 Model Verdringingseffecten, gebaseerd op Robertson et al., 2017 282
- Figuur 15.2 Evenwichtsmodel van zorginnovaties en verdringing 286
- Figuur 16.1 Soorten onnodige zorg 296
- Figuur 16.2 De hoeveelheid zorg waarvan in een RCT is aangetoond dat deze effectief is 298
- Figuur 16.3 De eerste drie Verstandige keuzes rughernia 305
- Figuur 16.4 Onnodige zorg voor en na de deïmplementatie. De projecten onder de lijn hebben een vermindering van de onnodige zorg bewerkstelligd 307
- Figuur 17.1 Regionale verschillen in de uitvoering van acht veelvoorkomende operaties 314
- Figuur 17.2 Gemiddeld aantal ligdagen in de laatste zes maanden voor overlijden per *hospital referral region* 317
- Figuur 17.3 Signaleren, duiden en verbeteren 322
- Figuur 17.4 Regionale variatie herniaoperaties op basis van tweecijferige postcodegebieden (Vektis data 2011) 323
- Figuur 17.5 Praktijkvariatie wervelkolomchirurgie wegens lumbale HNP op instellingsniveau in 2011 324
- Figuur 18.1 Lorenz curves van de verdeling van zorgkosten in Nederland in 2012 336
- Figuur 18.2 Gemiddelde kosten per leeftijdsgroep en geslacht in top 1% zorggebruikers (data over 2012) 339
- Figuur 18.3 Kosten per leeftijdsgroep per type kosten in de top 1 procent patiënten met hoogste zorgkosten 340
- Figuur 18.4 Gemiddelde kosten per verzekerde per aantal comorbiditeiten (ICD10-hoofdstukken) in de totale populatie 344
- Figuur 19.1 Indeling van besproken bekostigingsmodellen op basis van kwaliteitsmeting en bekostigingsschaal 358
- Figuur 20.1 Het Zorginstituut Nederland adviseert de minister van VWS over het verzekerde pakket 376
- Figuur 21.1 Tijd tot het bereiken van 50 miljoen gebruikers van een bepaalde technologie (ontwerp: G. Kofi Annan) 393
- Figuur 21.2 Zorgkaart Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 396

<b>Tabellen</b>	
Tabel 2.1	Zorguitgaven naar zorgaanbieder, 1998-2016. Uitgaven in miljarden euro's en jaarlijkse stijging in percentages 36
Tabel 4.1	Een beknopt overzicht van bekostigingssystemen 85
Tabel 6.1	Referentiewaarden voor kosten per QALY in relatie tot ziektelast 113
Tabel 6.2	ACP adviezen vanaf 1 januari 2016 114
Tabel 7.1	Eigen bijdragen in de Zvw in 2018 127
Tabel 8.1	Karakteristieken van begrotingsregels 153
Tabel 9.1	Internationale vergelijking van publieke uitgaven voor intramurale langdurige zorg (2015) 169
Tabel 10.1	Randvoorwaarden gereguleerde competitie 183
Tabel 10.2	Over- en onderschrijdingen Budgettair Kader Zorg (€ miljard) 187
Tabel 10.3	Gewogen gemiddeld betaalde premie per polissoort (in euro's) 191
Tabel 11.1	Zorggebruik en zorglasten (Zvw & AWBZ) per opleidingsgroep gedurende de hele levensloop, gemiddeld per jaar in euro 202
Tabel 13.1	Kwaliteitsgegevens Martini Klinik 243
Tabel 14.1	Verdeling zorginstellingen 265
Tabel 17.1	Factorscores in diverse wetenschappelijke publicaties 319
Tabel 18.1	Algemene karakteristieken en indicatoren voor zorggebruik bij top 1 procent patiënten 341
Tabel 19.1	Effecten van uitkomstbekostiging op kwaliteit van zorg en zorgkosten 369
Tabel 20.1	Onderzoeksresultaten 'Waarden onder de burgerbevolking t.a.v. pakketkeuzes bij vruchtbaarheidsbehandelingen' 378

<b>Boxen</b>	
Box 6.1	Burgerforum 120
Box 8.1	Politiek buiten spel bij miljardeninvestering verpleeghuiszorg 154
Box 11.1	Definities van preventie 200
Box 12.1	Voorbeelden van maatregelen die mogelijk kosten kunnen besparen doordat zij complicaties voorkomen 229
Box 13.1	Kostenbesparing door substitutie en zorg dicht bij huis? 239
Box 13.2	ParkinsonNet: de kracht van een netwerk 241
Box 13.3	Martini Klinik Hamburg: focuskliniek voor prostaatkanker 242
Box 13.4	Canterbury: een geïntegreerd systeem voor zorg en welzijn 245
Box 14.1	Voorbeeld focus strategie internationaal 263
Box 15.1	Beheersinstrumentarium kostbare zorgvoorzieningen 278
Box 15.2	Methoden om te prioriteren 279
Box 15.3	Beheersing van medische innovaties in Nederland en aanverwante risico's en uitdagingen 283
Box 16.1	306
Box 17.1	Zorgatlassen 317
Box 17.2	De factorscore: hoe groot is de praktijkvariatie? 318
Box 18.1	Primaire en secundaire aandoeningen en beleid 346
Box 18.2	Een selectie van vormen van complex casemanagement 350

Box 19.1	Twee voorbeelden van uitkomstbepaling: het <i>quality and outcome framework</i> en het <i>alternative quality contract</i>	367
Box 19.2	Het bekostigingsmodel van Bernhoven	371
Box 20.1	VBHC negeert de persoonlijke waarden van patiënten	384
Box 20.2	VBHC negeert de intrinsieke 'waarde van het geven' van de zorg	385
Box 20.3	VBHC pleegt inbreuk op de professionele autonomie	387
Box 20.4	VBHC ondermijnt de solidariteit	387
Box 21.1	Open Notes	395
Box 21.2	Zorgkaart Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	396
Box 21.3	Thuisarts	397
Box 21.4	Nurse Molly	398
Box 21.5	COPD InBeeld	400
Box 21.6	3D-geprinte schedel	400
Box 21.7	Zora de robot	401
Box 21.8	E-Estonia en het landelijke dossier	402

# Boekenreeks 'Betaalbaarheid van de zorg'

In deze reeks zijn de volgende titels verschenen:



▲ Verkrijgbaar via [vangorcum.nl](http://vangorcum.nl)

[sdu.nl/betaalbarezorg](http://sdu.nl/betaalbarezorg)

**Sdu** oprecht  
de beste  
keuze















