

Geen wonderkuur voor de zorgexplosie

Maar is de patiënt wel zo ziek?

Marc Pomp

Al minstens veertig jaar verkondigen beleidsmakers dat de stijging van de collectieve zorguitgaven onhoudbaar is. In werkelijkheid is er geen reden voor bezorgdheid. Internationaal gezien zijn de uitgaven in de curatieve zorg niet hoger dan gemiddeld. Claims dat er miljardenbesparingen mogelijk zijn zonder verlies aan kwaliteit en toegankelijk zijn ongefundeerd. Bovendien bevat het Nederlandse stelsel in de curatieve zorg sterke doelmatigheidsprikkels die ook steeds beter werken. In de langdurige zorg is Nederland internationaal gezien wel een geval apart: we hebben de langdurige zorg verregaand gecollectiveerd. Door recente beleidsmaatregelen zal Nederland wat dit betreft opschuiven naar het internationale gemiddelde. Het beleid bij curatieve zorg en langdurige zorg dient zich te richten op het verder verbeteren van de prikkels in de zorg.

1 Hoe ziek is de patiënt

Meer dan 80% van de Nederlanders maakt zich zorgen over de groei van de zorguitgaven (*NRC Handelsblad* 31-8-2013). Stijgende zorguitgaven staan volgens diezelfde peiling zelfs op plaats drie van de belangrijkste angsten van 'de' Nederlander. Tegen deze achtergrond lijkt de bezorgdheid in beleidskringen over stijgende zorguitgaven volstrekt terecht. Of ligt de causaliteit omgekeerd? Onze politici dragen al decennialang jaren de boodschap uit dat de zorguitgaven veel te snel stijgen. Zo schreef toenmalig staatssecretaris Jo Hendriks veertig jaar geleden al in de Structuurnota Gezondheidszorg:

“Evenals in andere landen is er ook in ons land grote ongerustheid ontstaan over de sterke stijging van de kosten van de gezondheidszorg. In 1968 bedroegen de totale kosten van de gezondheidszorg rond 5 mld. gulden, hetgeen overeenkomt met 5,5 pet. van het nationaal inkomen; voor het jaar 1972 worden deze kosten geraamd op rond 10 mld. gulden of wel 6,7 pet. van het nationaal inkomen. Ofschoon er voor deze kostenstijging vele verklaarbare redenen bestaan is het, mede met het oog op de afweging ten opzichte van andere behoeften, van groot belang te kunnen beschikken over instrumenten om de kostenontwikkeling te beheersen.” (p. 7)¹

¹ Structuurnota Gezondheidszorg 1973-1974, te lezen op <http://www.kenniscentrumhistoriezorgverzekeraars.nl>

In de veertig jaar sinds de Structuurnota zijn de zorguitgaven flink blijven groeien. Het aandeel van de collectieve zorguitgaven in het bbp is volgens het CPB zo'n 11%.² Staatssecretaris Hendriks zou in 1973 dit ongetwijfeld als een rampscenario hebben bestempeld. Maar zo kijken we er heden ten dage niet tegenaan. Het is nog steeds de groei, niet het niveau, die onze beleidsmakers kopzorgen oplevert. Zie bijvoorbeeld het rapport van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven, geschreven door een commissie van topambtenaren:

“De stijging van de collectieve uitgaven drijft de premies en belastingen op, waardoor werken minder gaat lonen, de concurrentiepositie verslechtert en het draagvlak voor solidariteit wordt uitgehold. Zo heeft het CPB berekend dat met het groeitempo van 2001-2010 de collectieve zorguitgaven in 2040 meer dan een kwart van het BBP bedragen. Tweeverdieners met een verzameinkomen van anderhalf keer modaal betalen dan grofweg de helft van het inkomen aan zorgpremies. Voortzetting van de huidige groei van de zorguitgaven leidt bovendien tot vergaande verdringing van andere overheidsbestedingen. Deze ontwikkelingen zijn onhoudbaar.” (Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012, p. 4)

De zorgquote voor de collectieve zorguitgaven van meer dan 25% die de Task Force noemt, volgt uit een extrapolatie van de groei in de periode 2001-2010. De groei van de collectieve zorguitgaven was in deze periode met 5% (reëel) echter veel hoger dan in de jaren ervoor, zoals het CPB zelf ook constateert in het Centraal Economisch Plan 2012:

“In de periode 2007-2011 zijn de reële collectieve zorguitgaven met 5% per jaar gestegen. Dat is iets sneller dan in de periode 2001-2005 en veel sneller dan in de jaren daarvoor.”

Het CPB gaat voor de komende jaren uit van een reële groei van de collectieve zorguitgaven van 3%. De meest recente realisatiecijfers liggen hier nog onder. In de recente studie *Toekomst voor de Zorg* van het CPB staan twee scenario's voor de groei van de zorguitgaven. In het ene scenario stijgt de collectieve zorgquote van 10,9 procent in 2010 tot 25,4 procent in 2040. In het andere scenario stijgt de collectieve zorgquote tot 18,4 procent in 2040. Het eerste scenario is gebaseerd op extrapolatie van de hoge groei in de periode 2001-2010. Het CPB vindt dit zelf voor de komende jaren kennelijk onrealistisch hoog. De achterliggende CPB-notitie, waar *Toekomst voor de Zorg* naar verwijst, bevat overigens maar liefst 8 scenario's (Van der Horst et al. 2011). Het hogegroei-scenario in *Toekomst voor de Zorg* is binnen deze acht scenario's een opwaartse uitschieter. In het scenario met

² Hierin zitten niet het eigen risico, de eigen bijdragen en de aanvullende verzekering. Dit in afwijking van het CBS dat dan ook veel hoger uitkomt, op ongeveer 15% van bbp. Het CBS hanteert bovendien een zeer ruime definitie van zorg, die ook kinderopvang en andere vormen van welzijn omvatten.

de op een na hoogste groei ligt de collectieve zorgquote in 2040 al veel lager (20,9%), in alle andere anders scenario's (ruim) onder de 20%. Ter vergelijking: de OESO komt voor ons land op een collectieve zorgquote van 16,4% van het bbp in 2060 in het scenario met de hoogste uitgavengroei (de la Maisonneuve en Oliveira Martins 2013).

Zou de steeds maar herhaalde mantra van onhoudbare uitgavengroei de angst onder de burgers hebben veroorzaakt?³ Ik concludeer dat de veelgehoorde stelling 'de stijging van de zorguitgaven is onhoudbaar' onbewezen is. Het is natuurlijk waar dat in alle scenario's de collectieve zorguitgaven stijgen. Het is ook waar dat deze stijging alleen valt te financieren door belastingen en premies te verhogen (met ongunstige gevolgen voor de economie), of door het mes te zetten in andere collectieve uitgaven. Maar dat is nog geen reden om de stijging als een probleem te zien. Waar het om gaat is dat de maatschappelijk baten van de extra zorg de maatschappelijke kosten moeten overtreffen. Zolang dat het geval is, leidt de stijging van de zorguitgaven tot welvaartswinst en is het onwenselijk botte instrumenten in te zetten om de zorguitgaven af te remmen. Voorbeelden van botte instrumenten zijn budgettering, hoge eigen bijdragen, uitkleden van het basispakket of zelfs nationalisering van de zorg. Zolang de patiënt niet doodziek is, hoeven we niet naar dit soort paardenmiddelen te grijpen. De vraag moet dus luiden of de maatschappelijke baten van extra zorguitgaven de kosten overtreffen. Later in dit artikel ga ik hier nader op in.

2 Curatieve zorg en langdurige zorg

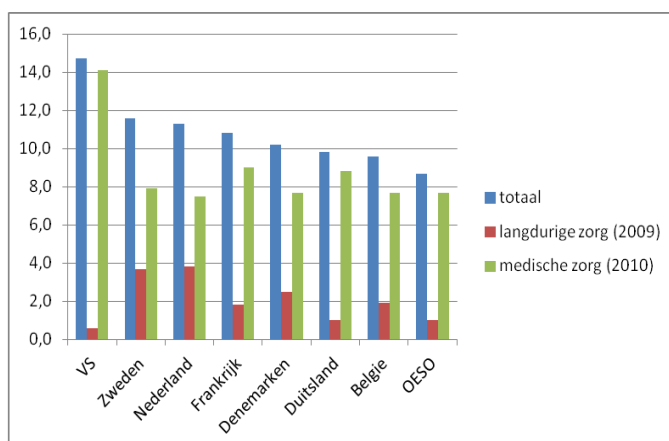
Voor een nadere diagnose van de stijgende zorguitgaven is het van belang onderscheid te maken tussen de curatieve zorg (ziekenhuiszorg, huisartsen en geneesmiddelen) en de langdurige zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg), en wel om twee redenen. Allereerst geven we in vergelijking met het buitenland relatief weinig uit aan de medische zorg (de curatieve zorg) en juist veel aan de langdurige zorg (de 'care'). Onderstaande grafiek brengt dit in beeld.

In de tweede plaats is in de curatieve zorg de laatste jaren veel werk gemaakt van *getting the incentives right*. Zorgverzekeraars zijn inmiddels voor een groot deel van de curatieve zorg risicodragend. Zij zijn hierdoor scherper gaan inkopen. Het meest overtuigende voorbeeld betreft geneesmiddelen. Het zogenoemde preferentiebeleid van zorgverzekeraars heeft geleid tot een overdracht van 0,6 miljard van apothekers naar consumenten (Visser en Boonen 2013).⁴ Daarnaast zijn zorgverzekeraars gaan experimenteren met contracten die zorgaanbieders

³ De zorgquote van 25% in 2040 die de Task Force noemt, blijft trouwens nog achter bij de 31% die het Centraal Planbureau noemt als bovengrens in de recente studie Toekomst voor de zorg (2013). Het CPB schrijft: "Het aandeel van de zorg in het bbp nam toe van 9% in 2000 tot 13% in 2012. Wanneer de zorguitgaven in hetzelfde hoge tempo blijven groeien, neemt het aandeel in het bbp toe tot 31% in 2040." Het CPB doelt hier op de totale zorguitgaven, collectief en privaat.

belonen voor verlaging van de kosten. Een voorbeeld zijn de aanneemsommen die een aantal zorgverzekeraars met ingang van 1 januari 2012 heeft afgesproken met ziekenhuizen. De aanneemsommen per ziekenhuis werden doorgaans gebaseerd op een verwachte omzetgroei van 2,5% ten opzichte van een basisjaar. De feitelijke omzetgroei in de ziekenhuiszorg lijkt in 2012 juist te zijn gedaald (volgens voorlopige ramingen, definitieve omzetcijfers van ziekenhuizen over 2012 zijn pas in 2014 beschikbaar). Het is gissen naar de precieze oorzaak van deze daling. Mogelijk speelt het gestegen eigen risico een rol, of de economische recessie. Maar ook de aanneemsommen kunnen een belangrijke rol hebben gespeeld. Misschien komen we daar de komende jaren achter. Zorgverzekeraar Achmea heeft inmiddels aangekondigd vanaf 2014 geen aanneemsommen meer af te zullen sluiten. Het valt te bezien of dit een wijs besluit is (andere verzekeraars zijn in 2014 wel doorgegaan met aanneemsommen). Immers, als de aanneemsommen een belangrijke oorzaak zijn van de gematigde omzetontwikkeling in ziekenhuizen, dan zal na afschaffing de ziekenhuisomzet weer gaan groeien. Maar wellicht is dit te pessimistisch en weet de zorgverzekeraar andere slimme contracten met een ingebouwde omzetrem af te sluiten.

Figuur 1 Zorguitgaven in % bbp



Bron: CPB, Toekomst voor de Zorg, 2013; het CPB baseert zich op OESO-cijfers.

Ook de recente initiatieven op het terrein van populatiebesteding bevatten een sterke prikkel tot kostenverlaging. Populatiebesteding staat in de steigers in een aantal regio's waaronder Eindhoven, Maastricht en Alkmaar. In deze regio's krijgen zorggroepen in de eerste lijn (soms samen met een ziekenhuis) een 'budget' voor de zorg in de eerste en de tweede lijn. 'Budget' tussen aanhalingstekens, omdat in de praktijk niet gewerkt wordt met een echt budget, maar met *shared savings* ten opzichte van een geraamde uitgaventrend. De deelnemende zorgaanbieders mogen een deel (doorgaans een derde) van de gerealiseerde besparingen houden. Populatiebesteding bevat een sterke prikkel tot kostenbeheersing. Immers, als zorgaanbieders erin slagen minder uit te geven dan het budget, dan levert dit extra inkomen op.

Hoe effectief deze contracten zijn in het beheersen van de zorguitgaven zonder verlies aan kwaliteit of toegankelijkheid zal de komende jaren moeten blijken. Buitenlandse ervaringen zijn niet onverdeeld positief. Een van de best onderzochte buitenlandse voorbeelden van betalen voor gezondheidswinst is het Alternative Quality Contract (AQC) in Massachusetts. In het AQC krijgen zorgaanbieders financieel belang bij het beperken van de zorgkosten en bij het verbeteren van de kwaliteit. Het AIQ wordt vaak aangehaald als voorbeeld van een succesvol nieuwe contract van betalen voor gezondheidswinst (zie bijvoorbeeld het *Financieele Dagblad* van 5-2-2014). Het evaluatie-onderzoek van Song et al. (2012) laat echter zien dat de uitgaven voor de zorgverzekeraar waarschijnlijk zijn gestegen.

Een andere innovatie op het terrein van zorgcontractering is betalen voor gezondheidswinst, ook wel aangeduid als Pay for Performance (P4P). Zo pleit McKinsey, op basis van een serie vraaggesprekken met Nederlandse beleidsmakers in de zorg voor ‘Rewarding health benefits instead of volume’ (McKinsey 2013). Zorgaanbieders zouden betaald moeten worden op basis van de gezondheidswinst van hun patiënten, of op basis van het voorkómen van zorgvraag. In de praktijk blijkt gezondheidswinst echter (nog) niet goed gemeten te kunnen worden. Het ideaal van betalen voor gezondheidswinst is daarom (nog) niet haalbaar (Pomp 2010). Bestaande P4P-contracten werken dan ook vooral met procesindicatoren en intermediaire uitkomsten zoals het voorkomen van onnodige heropnames.⁵

Deze kanttekeningen laten onverlet dat slimme contracten de zorg beter en goedkoper kunnen maken. De kunst bij het vormgeven van dergelijke contracten is zorgaanbieders te prikkelen tot kostenbeheersing zonder dat de kwaliteit en toegankelijkheid in het gedrang komen. Dat is de heilige graal van de gezondheidseconomie. Die heilige graal vinden we alleen via goed vormgegeven en goed geëvalueerde experimenten. Want als we niet goed meten wat de effecten zijn, komen we er nooit achter wat werkt en wat niet werkt.

In de langdurige zorg staan we wat betreft risicodragende zorginkoop pas aan het begin. Voor het deel van de langdurige zorg dat wordt uitgevoerd door gemeenten in het kader van de WMO zijn we het verst gevorderd. Gemeenten lopen risico in de WMO in de zin dat overschrijdingen van het normbudget ten laste komen van de eigen begroting. Blijven de WMO-uitgaven achter bij het normbudget, dan staat het de gemeente vrij om deze middelen aan te wenden voor andere gemeentelijke taken. De ervaringen tot dusverre wijzen uit dat dit gemeenten aanzet tot kostenbesparingen. Bijvoorbeeld door de noodzaak van dure hulpmiddelen, zoals de scootmobiel nog eens kritisch tegen het licht te houden, en door de thuiszorg aan te besteden.

In de rest van de langdurige zorg – grotendeels gefinancierd uit de AWBZ – kennen we nog geen risicodragende inkoop. Zorgverzekeraars treden via

⁵ Bij diabetes, de aandoening waarbij de meeste ervaring is opgedaan met P4P, wordt vaak de HbA1c-waarde als prestatie-indicator gebruikt, maar dit is niet onomstreden. Een lagere HbA1c-waarde kan vaak wel bereikt worden door een bepaalde keuze van geneesmiddelen, maar tegelijkertijd neemt dan de kans op een zogeheten hypo toe. Een dergelijke uitruil van prestatie-indicatoren maakt het ontwerpen van een goed P4P-systeem extra ingewikkeld.

zorgkantoren op als inkoper, maar lopen geen risico over de schadelast. Een voorbeeld van wat er misgaat in een dergelijke setting betreft de indicatiestelling. De afgelopen jaren is het aantal en de zwaarte van de indicaties in de AWBZ sterk toegenomen (Centraal Planbureau 2013, p. 49). De directe oorzaak is waarschijnlijk een verandering in de bekostiging in 2010 waardoor zorginstellingen er een financieel belang bij hebben dat alle bewoners een zo zwaar mogelijke indicatie hebben. Bovendien mogen zorgaanbieders sinds begin 2010 voor bepaalde cliëntgroepen zelf herindicaties afgeven. Maar de indirecte oorzaak is het ontbreken van een kostenbewuste inkoper. Countervailing power van risicodragende zorginkopers had een rem kunnen zetten op de indicatie-inflatie.

De komende jaren wordt een groot deel van de AWBZ overgeheveld naar gemeenten en zorgverzekeraars, die hierover ook risico gaan lopen. Volgens de kabinetsplannen blijft er alleen een landelijke regeling over voor de intramurale zorg. Met deze hervorming van de langdurige zorg worden belangrijke stappen gezet richting *getting the incentives right*. Succes is echter niet verzekerd. Net als in de curatieve zorg kan een sterke prikkel om de uitgaven te beheersen ten koste gaan van kwaliteit en toegankelijkheid. Bij overheveling naar verzekeraars is dit risico kleiner dan bij overheveling naar gemeenten, omdat voor verzekeraars een zorgplicht geldt voor een duidelijk omschreven pakket zorg, terwijl voor gemeenten slechts sprake is van een vrij algemeen geformuleerde compensatieplicht. Overheveling naar verzekeraars stelt echter strengere eisen aan het verdeelmodel, omdat verzekeraars gemakkelijker onaantrekkelijke verzekerde kunnen weigeren dan gemeenten (Koopman en Pomp 2013). Ook is er een gevaar dat risicodragende inkopers in de extramurale zorg kosten zullen afwentelen op het resterende AWBZ, bijvoorbeeld door ouderen te snel naar een verpleeghuis te sturen.

Volgt uit de combinatie van relatief hoge uitgaven in de langdurige zorg en de vooralsnog zwakke prikkels tot uitgavenbeheersing in de langdurige zorg, dat de belangrijkste kansen voor het afremmen van de zorguitgaven liggen in de langdurige zorg? Hierop past een genuanceerd antwoord. Volgens sommigen is de mate waarin de langdurige zorg in Nederland collectief is geregeld te verdoorgesloten. Ik kom hier nog op terug. Verkleining van het pakket en vermindering van de aanspraken zijn dan de geëigende beleidsreacties. Maar als de vraag is waar veel doelmatigheidswinst is te halen, in de langdurige zorg of de curatieve zorg, dan is het eerlijke antwoord dat we dit niet weten. Zoals zal blijken hebben we geen goed beeld van de omvang van de potentiële doelmatigheidswinst, noch in de curatieve zorg noch in de langdurige zorg.

3 Is een extra rem op de zorguitgaven nodig?

Dat de zorguitgaven stijgen is op zichzelf geen goede reden om die groei af te remmen. Stijgende collectieve zorguitgaven zijn geen probleem zolang de extra uitgaven genoeg opleveren, in de vorm van gezondheid en welzijn of hogere

productiviteit. De curatieve zorg bevat bovendien al een reeks mechanismen die eraan bijdragen dat aan deze voorwaarde wordt voldaan: de huisarts als poortwachter, risicodragende zorgverzekeraars en *last but not least* een terughoudende zorgcultuur.⁶ In de langdurige zorg leunen we nog vooral op ouderwetse budgettering, maar ook hierin komt de komende jaren verandering met de overheveling van taken naar gemeenten en zorgverzekeraars.

Alleen in de volgende situaties leidt een goed geplaatste extra rem op de zorguitgaven tot welvaartswinst:

1. Als extra zorguitgaven onvoldoende baten opleveren.
2. Als er ruimte is voor kwaliteitsverbetering bij constante of zelfs lagere kosten.
3. Als sprake is van verspilling of ondoelmatigheid (onnodig volume, onnodige kosten).
4. Als sprake is van onnodig hoge prijzen, tarieven en honoraria (onnodige prijs).
5. Als we doorgeschoten zijn in het verplicht verzekeren van zorg.
6. Als we doorgeschoten zijn in de verplichte solidariteit in de zorg.

In de volgende paragrafen ga ik na in hoeverre deze situaties van toepassing zijn op de Nederlandse gezondheidszorg.

Te weinig gezondheidswinst per euro? Wat heeft de stijging van de zorguitgaven ons de afgelopen tien jaar opgeleverd? De eerder geciteerde Taskforce stelt hierover (zonder onderbouwing): “De marginale baten van meer zorg dalen al enkele decennia.” Een recente analyse van Mackenbach et al. (2012) komt tot de tegenovergestelde conclusie. Zij concluderen dat de stijging van de levensverwachting tussen 2002 en 2008 met bijna twee jaar (van 76,0 tot 78,3 jaar onder mannen en van 80,7 tot 82,3 jaar onder vrouwen) waarschijnlijk op het conto komt van de extra zorguitgaven:

“Onze bevindingen suggereren dat de snelle toename van de levensverwachting in Nederland sinds 2002 ten minste gedeeltelijk het gevolg was van een toename van gezondheidszorg voor ouderen en werd gefaciliteerd door het loslaten van budgettaire beperkingen in de gezondheidszorg.” (Mackenbach et al., 2012).

Maar levert alle zorg die nu in het pakket voldoende gezondheidswinst op per euro? Die vraag kunnen we pas beantwoorden als we eerst hebben vastgesteld wat gezondheid mag kosten. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in een spraakmakend rapport getiteld *Zinnige en Duurzame Zorg* (2006) een poging gedaan deze vraag te beantwoorden. De RVZ bepleit in dit rapport een

⁶ Sinds 2012 is er ook nog het macro-beheersinstrument (MBI), een wettelijke bepaling die de minister het recht geeft om alle ziekenhuizen (of andere aanbieders) achteraf een korting op te leggen bij overschrijding van het makro-kader. De woordvoerder zorg van haar eigen partij in de Tweede Kamer, Anne Mulder, kwalificeerde dit als een vorm van communistisch liberalisme. Het MBI werkt prijsverhogend, leidt tot onnodige faillissementen en levert geen bijdrage aan uitgavenbeheersing. Zie Schut et al. 2011.

drempelwaarde te hanteren van bijvoorbeeld maximaal 80.000 euro per QALY (quality adjusted life year). Zorg die meer kost dan dit bedrag zou niet in het basispakket horen. Ook de huidige minister heeft aangekondigd het criterium kosteneffectiviteit zwaarder te willen laten wegen bij pakketbeslissingen.

Overtuigend bewijs dat bij een kosteneffectiviteitsdrempel van bijvoorbeeld 80.000 euro per QALY veel zorg uit het pakket zou verdwijnen is er echter niet. Bovendien is het de vraag of de grens van 80.000 euro de maatschappelijke voorkeuren wel weerspiegelt. Voor identificeerbare levens, bijvoorbeeld iemand met een zeldzame ziekte als de ziekte van Pompe, blijken we bereid te zijn een veelvoud van dit bedrag te betalen. Deze conclusie valt te trekken uit de gang van zaken na publicatie van rapporten van het College van Zorgverzekeringen, de ‘pakketbeheerder’. Ik doel op de CvZ-rapporten over de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry, twee zeldzame spierziekten die onbehandeld veelal de dood tot gevolg hebben. Bij de ziekte van Pompe blijkt de kosteneffectiviteit in het beste geval 300.000 euro per QALY te zijn, en wellicht een veelvoud hiervan. Toch heeft de minister besloten dat deze middelen in het basispakket blijven. Een interpretatie van deze beslissing is dat hier de *rule of rescue* geldt: als je een identificeerbaar leven kunt redden moet je dat doen, ongeacht de kosten.

Eigen bijdragen zijn, naast toepassing van kosteneffectiviteitsgrenzen, een ander veelgenoemd instrument om onzinnige zorg af te remmen. Aan eigen bijdragen zitten echter twee belangrijke nadelen. Allereerst informatieproblemen die eigen bijdragen een slecht gericht instrument maken, vooral in de curatieve zorg. Dit was het fundamentele inzicht waarop de grondlegger van de gezondheidseconomie, Kenneth Arrow, precies vijftig jaar geleden zijn analyse bouwde (Arrow 1963). Een van de gevolgen is dat eigen bijdragen ook het gebruik van *zinnige* zorg afremmen. Het meest invloedrijke onderzoek in de geschiedenis van de gezondheidseconomie, het Amerikaanse *RAND Health Insurance Experiment* uit de jaren 80 van de vorige eeuw, liet dit al zien. Een hoger eigen risico leidde tot een hogere bloeddruk en een hogere sterftekans, vooral bij mensen met lage inkomens en een slechte gezondheidstoestand. Baicker et al. (2013) vatten recenter onderzoek samen dat dit beeld bevestigt (zie ook Mullainathan 2013). Volgens een enquête in opdracht van het minister van VWS heeft ongeveer 2% van de Nederlandse bevolking in de periode januari 2012 tot medio 2013 afgezien van zinnige zorg vanwege de kosten. In hoeverre dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade is onbekend.⁷ Verdere verhoging van het eigen risico zal dit percentage doen stijgen.

Het tweede probleem is dat hoge eigen bijdragen niet passen bij het bekostigingssysteem zoals we dat nu kennen in de curatieve zorg. Het DOT-systeem is gebaseerd op gemiddelde kosten voor breed gedefinieerde zorgproducten. Individuele patiënten gebruiken vaak meer of minder dan deze gemiddelde kosten. Voor individuele patiënten is de rekening daardoor

⁷ Brief Minister Schippers aan de Tweede Kamer, 25 oktober 2013, Tussenrapportage verhoging eigen risico en zorgmijding.

onherkenbaar. De verontwaardiging die hiervan het gevolg is, is een belangrijke verklaring voor de perceptie van grootschalige fraude in de zorg.

Lagere kosten door kwaliteitsverbetering? Als we de rapporten van gerenommeerde adviesbureaus moeten geloven, liggen er miljarden aan besparingen in het verschieft bij gelijkblijvende of zelfs betere kwaliteit, vooral in de ziekenhuiszorg. De onderbouwing van deze claims is echter steevast onvolledig, waarmee natuurlijk niet gezegd is dat de claim zelf onjuist is. Neem bijvoorbeeld het, in veel opzichten zeer gedegen, rapport van de Boston Consulting Group (BCG) *Zorg voor Waarde* (2011). BCG betoogt hierin dat in Zweden de systematische registratie op patiëntniveau van gegevens zoals heroperaties, complicaties, en patiënttevredenheid, hebben geleid tot hogere kwaliteit en lagere kosten. Deze kwaliteitsregistraties worden in Zweden gebruikt voor het maken van zogeheten spiegelinformatie voor artsen. Die kunnen hiermee hun prestaties vergelijken met die van hun collega's elders. Volgens BCG heeft dit in Zweden ondermeer tot de volgende verbeteringen geleid:

- Afname van heroperaties voor heupoperaties.
- Lagere amputatiefrequentie bij bypasschirurgie.
- Afname in het aantal heropnames na een beroerte.
- Afname in de prevalentie van chronische ziekten en complicaties door vroege identificatie van risicofactoren.

Bij deze voorbeelden lopen de besparingen volgens BCG uiteen van 1,5% tot 3% van de behandelkosten. Door deze cijfers te extrapoleren naar de hele ziekenhuiszorg komt BCG tot de volgende conclusie:

“Deze waardestijging komt tot stand via een aanzienlijke verbetering van de medische resultaten en het structureel afremmen van de jaarlijkse kostengroei met 1,5%. Dit laatste zou leiden tot jaarlijkse kostenbesparingen die oplopen tot €4,3 miljard in 2020 (ofwel 10% van de totale ziekenhuiskosten in 2020).”

Deze extrapolatie is natuurlijk niets meer dan een *leap of faith*. Inmiddels wordt in ons land ook gewerkt aan het opzetten van dit soort registraties. De eerste ervaringen lijken te wijzen op kostenbesparende kwaliteitsverbetering (Orde van Medisch Specialisten 2012).

Onnodig volume I: praktijkvariatie. Voor een aantal veel voorkomende verrichtingen is al langer bekend dat de er binnen Nederland een grote mate van praktijkvariatie bestaat: grote regionale verschillen in behandelintensiteit voor aandoeningen als rughernia, staar en amandelen. Dit kan wijzen op over- of onderbehandeling. In beide gevallen is praktijkvariatie een maatschappelijk probleem.

Onderzoeksbureau Plexus (inmiddels overgenomen door KPMG) heeft voor een aantal aandoeningen de praktijkvariatie in kaart gebracht (Plexus 2010). Voor

vier aandoeningen hebben de onderzoekers bovendien een poging gedaan om vast te stellen of praktijkvariatie het gevolg is van over- of juist onderbehandeling. Dit doen zij door aan richtlijnen normwaarden te ontleen voor het aantal interventies per inwoner. Het volledig uitbannen van praktijkvariatie zou dan leiden tot een afname van het behandelvolume bij de vier onderzochte aandoeningen van 25% tot 60%. Dit zou resulteren in besparingen op de zorguitgaven van in totaal bijna een kwart miljard euro, uitsluitend bij de vier onderzochte aandoeningen. Op basis van een aantal aanvullende aannames over overbehandeling (o.a. 20% overbehandeling bij verloskunde) concluderen de onderzoekers dat op de totale ziekenhuiszorg tussen de 5% en 7% kan worden bespaard als het lukt praktijkvariatie terug te dringen.

Het Plexus-rapport bevat ook de reacties van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten op de bevindingen voor de vier aandoeningen (de urologen hebben niet gereageerd). De aanname dat de gemeten praktijkvariatie wijst op overbehandeling wordt niet onderschreven door de artsen. Uit de reactie van de neurochirurgen:

"Het rapport doet een poging om het maatschappelijk belang van een beleidsverandering weer te geven, maar verzuimt hierin wetenschappelijk een volledige analyse van de literatuur data te presenteren. Vooral de gezondheidseconomische resultaten van de door u aangehaalde studie van Peul et al. worden niet vermeld. Doordat een significant verschil in utiliteiten over het eerste jaar is gemeten is er vanuit een maatschappelijk perspectief geen reden om aan te nemen dat vroeg opereren afgeraden moet worden. Gezondheidseconomisch gezien is er zelfs een dusdanige winst in het eerste jaar dat het kosteneffectiever is om vroeg te opereren dan langer af te wachten en met vele begeleiding en pijnmedicatie met alsnog de 40 % operatie na een langere tijd van arbeidsongeschiktheid. [...] Vanuit louter gezondheidseconomisch standpunt is vroeg opereren dus te prefereren, maar daar staan wij als beroepsgroep niet achter. We willen de keuze aan de goed geïnformeerde patiënt laten."

Uit deze en andere reacties op het rapport concludeer ik dat we niet weten of praktijkvariatie vooral wijst op over- of onderbehandeling. Bovendien maakt de reactie van de neurochirurgen duidelijk dat het terugdringen van het aantal operaties in regio's waar veel wordt geopereerd weliswaar leidt tot lagere zorguitgaven, maar dat hier dermate grote productiviteitsverliezen tegenover staan dat per saldo een welvaartsverlies zal resulteren.⁸

Onnodig volume II: aanbodgeïnduceerde vraag. Een veelgenoemde oorzaak van onnodig volume is zogeheten *aanbodgeïnduceerde vraag*. Hiervan is sprake als

⁸ De plaatsing van stents bij patiënten met zogeheten stabiele angina is een ander veel genoemd voorbeeld van zorg die onnodig zou zijn. Zie voor een tegengeluid Rosenbaum 2013.

behandelaars onnodige zorg leveren om zo hun inkomen te vergroten. Een recent CPB-onderzoek concludeert dat dit op grote schaal is gebeurd:

“Eén procent meer specialisten impliceert een gemiddelde toename in het aantal behandelingen [per hoofd van bevolking, MP] met 0,4 procent wanneer het vrij gevestigde specialisten betreft en 0,15 procent bij specialisten in loondienst.”

Dit is een groot effect. Als 10% van de vrijgevestigde artsen al dan niet vrijwillig overstapt naar loondienst daalt de productie met ongeveer 2,5%. Op de totale ziekenhuisomzet is dit ruim een half miljard euro. Een verplicht dienstverband voor alle artsen zou dan resulteren in een omzetsdaling van miljarden.

Een paar kanttekeningen bij deze conclusie. Allereerst bij de interpretatie. We kunnen niet uitsluiten dat in regio's met minder artsen per hoofd sprake is van onderbehandeling. Daarvoor zouden we moeten weten of er verschillen zijn in uitkomsten tussen regio's met veel en weinig ingrepen per hoofd van de bevolking. Een tweede kanttekening betreft het raadsel van de heupbreuk. Ik bedoel hiermee het volgende. Een van de onderzochte behandelingen is heupbreuk, als een soort check op de aanpak: “Heupbreuk is gekozen als controlebehandeling omdat daar de ex-ante verwachting is dat de zorgvraag moeilijk is te beïnvloeden.” De onderzoekers vinden echter toch een significant effect voor heupbreuk bij vrijgevestigde specialisten. Dit geeft te denken. Zij merken hierover terecht op: “Dit positieve effect kan erop wijzen dat in de econometrische studie niet voor alle mogelijke factoren goed is gecorrigeerd.” Niettemin worden aan het eind van het artikel stellige conclusies getrokken over de omvang van aanbodgeïnduceerde vraag. In een eerder onderzoek met Fleur Hasaart kwam ik tot veel kleinere effecten op basis van een andere econometrische aanpak (Pomp en Hasaart 2009).

Een derde kanttekening is dat sinds 2009 de productieprikkel al sterk is afgezwakt. De analyse van Douven et al. is gebaseerd op gegevens voor de periode 2006-2009. Sinds 2012 is sprake van door de NZa vastgestelde honorariumbudgetten per ziekenhuis. Vrijgevestigde medisch specialisten verdelen dit budget onderling. Een belangrijk verschil met het eerdere systeem met een vast honorariumdeel per DBC is, dat niet langer extra wordt betaald voor productie die boven het honorariumbudget uitgaat.

Een laatste kanttekening is dat recent onderzoek van Cutler et al. het belang van financiële prikkels als verklaring voor praktijkvariatie sterk relativeert. Zij concluderen dat praktijkvariatie in de VS vooral het gevolg is van verschillen in opvattingen (Cutler et al. hebben het over *beliefs*) over wat de juiste zorg is (Cutler et al. 2013). Als deze verklaring van praktijkvariatie klopt, dan is het sleutelen aan financiële productieprikkels veel minder belangrijk dan het investeren in kennis over klinische evidentie over wat werkt en wat niet.

Onnodige kosten: de juiste patiënt op de juiste plaats. In beleidskringen leeft de overtuiging dat het verplaatsen van zorg van het ziekenhuis naar de huisarts of andere eerste-lijnsaanbieders resulteert in lagere zorguitgaven. Dat kan het resultaat

zijn, maar ook hier moeten we ons niet rijk rekenen. Sommigen doen dat wel. Zo stelde adviesbureau Boer en Croon in een rapport uit 2010 dat in 2020 3,5 miljard euro te besparen is door verplaatsing van zorg:

“Verplaatsing van zorg naar goedkopere infrastructuur: Door een deel van de primaire zorg en de monodisciplinaire interventie zorg in een goedkopere “primaire zorg” setting te leveren dan de huidige ziekenhuis-infrastructuur, zullen de kosten aanmerkelijk afnemen.” (Boer en Croon 2010).

Onduidelijk is waar dit bedrag op is gebaseerd. Vergelijking van prijzen of tarieven tussen eerste en tweede lijn geeft in ieder geval geen zicht op de mogelijke besparingen. De reden is dat de patiëntmix verschilt tussen eerste en tweede lijn. Tarieven zijn (in het beste geval) gebaseerd op de gemiddelde kosten per patiënten. De patiëntenmix in de tweede lijn bevat meer ‘zware gevallen’.

Om in deze situatie kostenbesparende substitutie tot stand te brengen zal dus andere informatie gebruikt moeten worden dan prijzen/tarieven. De eerder genoemde nieuwe contracten, en dan vooral integrale populatiebekostiging ‘over de eerste en tweede lijn heen’, bevatten een prikkel om dit soort informatie te verzamelen en toe te passen. Doelmatige substitutie wordt dan immers beloond en ondoelmatige substitutie wordt financieel afgestraft.

Onnodig hoge prijzen. Indien zorgaanbieders te hoge prijzen, tarieven of honoraria ontvangen, dan leidt dat tot onnodig hoge zorguitgaven. Dit kan twee oorzaken hebben: reguleringsfouten en marktmacht van aanbieders. Er zijn duidelijk aanwijzingen dat soms sprake is van te hoge prijzen. Ik heb al gewezen op de resultaten van het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen. Verzekerden hebben jaren te veel betaald voor deze middelen, met als gevolg een transfer van ettelijke miljarden van verzekerden naar apothekers en producenten van generieke geneesmiddelen.⁹

Ook van Nederlandse artsen, en dan vooral vrijgevestigde medisch specialisten, wordt vaak gezegd dat hun inkomens te hoog zouden zijn. Bij de laatste Tweede Kamerverkiezingen heeft een aantal politieke partijen daarom een besparing van 0,5 miljard ingeboekt op de inkomens van medisch specialisten. Een door de overheid ingestelde commissie (de Commissie Meurs) concludeerde eind 2012 “dat de inkomens van Nederlandse vrijgevestigd specialisten in 2012 hoog zijn, zowel in internationaal perspectief als in vergelijking met hun Nederlandse collega’s in loondienst. Dit laatste verschil zou deels verklaard kunnen worden door verschillen in productiviteit” (Commissie inkomens medisch specialisten, 2012, p. 4).

Ik zal het beeld van vrijgevestigde medisch specialisten als teveelverdieners niet proberen bij te stellen. Mijn echtgenote is vrijgevestigd gynaecoloog, dus de lezer mag mijn objectiviteit bij dit thema in twijfel trekken. Maar laten we eens

⁹ Mogelijk zijn ook bij de medische hulpmiddelen die worden gebruikt in ziekenhuizen besparingen mogelijk. Volgens onderzoek van de NMa betalen Nederlandse ziekenhuizen hier veel meer voor dan bijvoorbeeld Duitse ziekenhuizen.

aannemen dat een besparing van een half miljard euro inderdaad mogelijk is. Dit is minder dan 1% van de zorguitgaven. Een dergelijke besparing is niet te versmaden, maar is evenmin *de* wonderkuur voor de stijgende zorguitgaven. In de eerder aangehaalde CPB-scenario's tot 2040 ligt de jaarlijkse groei van de zorguitgaven tussen de 2,6 en 4,2%. Een eenmalige verlaging van minder dan 0,1% heeft in geen van deze scenario's een substantieel effect op de groei van de zorguitgaven.

Is het basispakket te breed? We kennen in Nederland een breed basispakket in de curatieve zorg. Volgens sommigen te breed: er zou ook zorg in het pakket zitten waar veel mensen zich niet voor zouden verzekeren als ze de keuze hadden. De huidige verplichting om dit toch te doen resulteert dan in welvaartsverlies. Althans, als consumenten bij het kiezen van een zorgverzekering verstandige keuzes maken, een aanname die voor discussie vatbaar is (zie hierna). Een te breed basispakket pleit ervoor zorg over te hevelen naar aanvullende polissen, waarvoor geen verzekeringsplicht geldt. De collectieve zorguitgaven zouden hierdoor dalen. Het CPB redeneert langs deze lijnen in het recente rapport *Toekomst voor de Zorg* (2013). Het CPB vertelt er overigens niet bij welke zorg dan uit het basispakket zou moeten. En ook niet om hoeveel zorg het gaat. Hebben we het over een paar procent of over tientallen procenten van het basispakket?

In de praktijk blijkt pakketverkleining in de curatieve zorg geen haalbare route. Zie de eerdere opmerkingen over de ziekte van Pompe en Fabry. Ook een CVZ-advies over verwijdering van forse delen van de GGZ uit het basispakket is na protesten van de sector niet overgenomen door de minister. In plaats daarvan riep zij begin 2013 veldpartijen op om zelf met voorstellen te komen tot pakketverkleining. Het veld zou hiervoor een half jaar de tijd krijgen. De besparingen dienden op te tellen tot 1,3 miljard euro. Het wekt weinig verbazing dat veldpartijen niet met voorstellen zijn gekomen om in eigen vlees te snijden. En hoewel de termijn van een half jaar inmiddels ruim is overschreden, rept de minister niet meer over pakketingrepen in de curatieve zorg.

We hoeven hier niet rouwig over te zijn, want aan pakketingrepen in de curatieve zorg kleven grote nadelen. Allereerst zijn pakketbeslissingen per definitie digitaal: iets zit in het pakket of het zit er niet in. Het is aannemelijk dat alles wat nu in het basispakket zit voor ten minste een deel van de patiënten zinnige zorg is. Misschien niet voor alle patiënten: zie de cijfers over praktijkvariatie. Maar pakketbeslissingen lossen dit niet op.

Bovendien is het aannemelijk dat men zich massaal zal gaan herverzekeren via aanvullende polissen. Naast de verplichte basisverzekering hebben 9 van de 10 Nederlanders ook een aanvullende verzekering, vrijwel altijd bij dezelfde verzekeraar (Vektis 2011). De markt voor aanvullende polissen werkt notoir slecht. Alle maatregelen die nodig zijn om marktwerking bij de basispolis in goede banen te leiden – acceptatieplicht, gelijke premie voor iedereen, risicoverevening – gelden niet voor de aanvullende verzekering (en de Europese richtlijn voor schadeverzekeringen staat dit ook niet toe). Gevolg: de markt voor aanvullende polissen is niet transparant en overstappen is moeilijk.

Maar ook de markt voor de basispolis gaat minder goed functioneren als steeds meer zorg wordt overgeheveld naar de aanvullende polis. De reden hiervoor is dat sprake is van koppelverkoop tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering: je krijgt korting op de aanvullende verzekering als je die sluit bij dezelfde verzekeraar als de basispolis. Of je wordt alleen geaccepteerd voor de aanvullende polis als je de basispolis afsluit bij dezelfde verzekeraar (Duijmelinck en Van de Ven 2011; Roos en Schut 2012). Belemmeringen op overstappen bij de aanvullende polis remmen daardoor ook het overstappen bij de basispolis. Gevolg: de concurrentie tussen zorgverzekeraars neemt af en de premie stijgt, ook bij de basispolis. Ik concludeer dat een systeem van gereguleerde marktwerking alleen goed kan werken bij een breed basispakket.

Doorgeschoten solidariteit? Is de solidariteit in de zorg te ver doorgeschoten? Ook hiervan weten we niet of dit het geval is. In een recente enquête onder een representatieve steekproef van Nederlanders was slechts 15% het eens of zeer eens met de stelling ‘De overheid moet minder solidariteit in de samenleving organiseren en dat meer aan de mensen zelf overlaten’ (Dekker et al. 2013). Maar dit betreft solidariteit in het algemeen en niet specifiek in de zorg. Bovendien zeggen deze enquêteantwoorden weinig als de prijs van de solidariteit er niet bij wordt vermeld.

Een teveel aan solidariteit in de zorg kan twee vormen aannemen: een teveel aan zorgsolidariteit, dat wil zeggen een te breed of te luxe basispakket aan zorg, of een teveel aan premiesolidariteit, dat wil zeggen, een zorgpremie die te sterk inkomensafhankelijk is. Een teveel aan zorgsolidariteit vergt ‘decollectivisering’ van de zorg, via pakketverkleining of hogere eigen bijdragen. Voor de curatieve zorg heb ik al aangegeven dat beide routes onaantrekkelijk zijn. Een teveel aan premiesolidariteit vergt niet per se dit soort maatregelen, maar kan beleidsmakers hier indirect wel toe nopen. Vermindering van de premiesolidariteit betekent immers een verlaging van de zorgtoeslag of een vermindering van de progressiviteit in de zorgpremie. Dit zal bij lage inkomens resulteren in een groter deel van het inkomen dat aan zorg wordt besteed. Het draagvlak bij deze groep voor een breed pakket aan collectieve zorg zal hierdoor eroderen.

Voor de langdurige zorg geldt het zojuist genoemde argument van koppelverkoop niet, om de wat paradoxale reden dat aanvullende verzekeringen in de langdurige zorg niet van de grond zullen komen. Er is dus geen efficiëntieargument tegen pakketverkleining in de langdurige zorg. Maar decollectivisering in de langdurige zorg zal voor bepaalde groepen wel leiden tot minder kwaliteit en toegankelijkheid.

4 Wat te doen?

Curatieve zorg. Bij al het tumult over stijgende zorguitgaven dreigen we wel eens uit het oog te verliezen dat de Nederlandse curatieve zorg gekenmerkt wordt door

een terughoudende behandelcultuur. Nederlandse artsen opereren minder en grijpen minder snel naar het receptpapier dan de meeste van hun buitenlandse collega's (NVZ/Sirm 2012). Ook het poortwachterssysteem met huisartsen die onnodig beroep op duurdere zorg afremmen, draagt bij aan deze cultuur. Hieruit volgt natuurlijk niet dat er geen grote doelmatigheidswinst haalbaar is in de curatieve zorg. We weten eenvoudigweg niet hoe groot het doelmatigheidspotentieel is. Beweringen dat miljardenbesparingen mogelijk zijn in de curatieve zorg bij gelijkblijvende of zelfs hogere kwaliteit, vallen niet onder *evidence based economics*.

Verdergaan op het pad van gereguleerde marktwerking is de enige manier om het mogelijke doelmatigheidspotentieel te benutten. Deze conclusie wordt ondersteund door recente ervaringen waaronder het preferentiebeleid bij geneesmiddelen en de experimenten met nieuwe contractvormen met een ingebakken uitgavenrem. Toestaan van winstgerichte zorgaanbieders (inclusief ziekenhuizen) zonder al te veel restricties zou de experimenteerruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders verder vergroten. De buitenlandse ervaringen met winstgerichte ziekenhuizen geven geen aanleiding voor terughoudendheid op dit punt.

Succes is echter niet verzekerd. De belangrijkste onzekerheid betreft de verdeling van onderhandelingsmacht tussen verzekeraars en aanbieders. Want ondanks klachten van zorgaanbieders over eenzijdige dictaten van zorgverzekeraars, is het nog maar de vraag of zorgverzekeraars werkelijk zo'n sterke onderhandelingspositie hebben. Patiënt en verzekerden vertrouwen de arts, niet de verzekeraar. Selectief inkopen wordt bovendien bemoeilijkt doordat goede openbare kwaliteitsinformatie nog steeds ontbreekt. Zolang dit het geval is kan een zorgverzekeraar niet aantonen dat de door hem gecontracteerde aanbieders goede kwaliteit leveren. Deze onzekerheid verkleint de bereidheid van verzekerden om een polis af te sluiten met een beperkte keuze van aanbieders. En dit verzwakt weer de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars. Daar komt nog de recente uitspraak van het gerechtshof in Den Bosch bij, die zorgverzekeraars verplicht om aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders ten minste 75% van het NZa-tarief te betalen (het betrof tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, waarvoor de NZa nog steeds tarieven vaststelt). Dit maakt de onderhandelingspositie niet sterker (zorgverzekeraar CZ is in cassatie gegaan).

Van andere beleidsopties dan versterking van het stelsel valt weinig te verwachten. Hogere eigen bijdragen leiden tot ongewenst zorgmijddedrag en passen niet bij het huidige bekostigingsmodel. Voor pakketingrepen op basis van kosteneffectiviteit bestaat geen draagvlak. Pakketverkleining in de curatieve zorg ondermijnt bovendien de werking van het zorgstelsel.

Is preventie een effectieve manier om de zorguitgaven te beheersen? In ieder geval niet op korte termijn, en op lange termijn weten we het niet. Stoppen met roken leidt volgens onderzoek van het RIVM tot hogere zorguitgaven door kosten in gewonnen levensjaren. Maar als longkanker in de toekomst dankzij betere screening en therapie verandert in een dure chronische aandoening, dan geldt de

conclusie van het RIVM niet langer. Bij obesitas komt het RIVM tot een soortgelijke conclusie. Het is echter maar de vraag of obesitas de levensverwachting verkort. Zo niet, dan leidt preventie niet tot kosten in gewonnen levensjaren. Vanuit welvaartspectief is dit allemaal niet bijzonder relevant. Het doel van preventie is welvaartswinst in de vorm van gezondheidswinst. Preventiemaatregelen die voor een acceptabele prijs veel gezondheidswinst opleveren zijn welvaartsverhogend, ook als hierdoor de zorguitgaven stijgen.

Langdurige zorg. De langdurige zorg, met als grootste component de ouderenzorg, is in Nederland voor een veel groter deel collectief gefinancierd dan in het buitenland. Een manier om de collectieve zorguitgaven duurzaam op een lager groeipad te brengen is dan ook via ‘decollectivering’ van de langdurige zorg. Het kabinet heeft hier inmiddels een start mee gemaakt. Aanspraken zijn geschrapt en de overheveling van delen van het restant naar gemeenten betekent feitelijk afschaffing van het verzekerd recht. Bovendien is de eigen bijdrage in de AWBZ verhoogd en telt sinds 1 januari 2013 in de WMO niet alleen het inkomen maar ook het vermogen mee bij de bepaling van het eigen risico. De eigen woning blijft nu nog buiten beschouwing voor de vermogenstoets, maar ook dit kan gaan veranderen. De Commissie Don heeft onlangs gewezen op het Ierse model waarbij overwaarde in de woning leidt tot een uitgestelde eigen bijdrage (Ministerie van Financiën 2013).

Decollectivering van de langdurige zorg is geen free lunch. Ouderen met lage inkomens en weinig spaargeld zullen aangewezen blijven op steeds kariger ‘staatszorg’. Degenen die het zich kunnen permitteren zullen vaker zelf private zorg regelen.

Net als in de curatieve zorg kan *getting the incentives right* ook in de langdurige zorg bijdragen aan grotere doelmatigheid. En ook hier zijn door het kabinet belangrijke stappen gezet, in de vorm van overheveling van delen van de AWBZ naar gemeenten en zorgverzekeraars. Een fors afwentelingsrisico ontstaat echter doordat de overheveling alleen de extramurale zorg betreft. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben hierdoor geen prikkel om te voorkomen dat ouderen naar het verpleeghuis moeten verhuizen. Dit is alleen op te lossen door ook de intramurale zorg over te hevelen naar gemeenten of zorgverzekeraars.

Auteur

Marc Pomp (e-mail: info@marcpomp.nl) is zelfstandig gezondheidseconoom.

Literatuur

- Arrow K.J., 1963, Uncertainty and the welfare economics of medical care, *The American Economic Review*, vol. 53: 941-73.
- Baicker, K., S. Mullainathan en J. Schwartzstein, 2012, Behavioral Hazard in Health Insurance. NBER Working Paper 18468.
- Mullainathan, S., When a Co-Pay Gets in the Way of Health, *New York Times*, 10 augustus 2013.
- Boer en Croon, 2010, Van instituten naar netwerken, Een verkenning van de “next generation” curatieve zorg.
- Centraal Planbureau, 2013, *Macro Economische Verkenning 2014*.
- Centraal Planbureau, 2013, *Toekomst voor de Zorg*.
- Commissie inkomens medisch specialisten, 2012, Gezond belonen: Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten.
- Cutler, D., J. Skinner, A.D. Stern, D. Wennberg, 2013, Physician Beliefs And Patient Preferences: A New Look At Regional Variation In Health Care Spending, NBER Working Paper 19320.
- Dekker, P., P. van Houwelingen, J. den Ridder, L. van Vliet, 2013, Samen! – en met de overheid: de publieke opinie over solidariteit, Sociaal en Cultureel Planbureau en Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Douven, R.C.H.M., L.P.C.M. Mocking, I. Mosca, 2012, Zorggebruik en beloning van medisch specialisten, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 97(4632): 212-15.
- Duijmelinck, D., en W. van de Ven, 2011, Beperking keuzevrijheid zorgpolis door aanvullende verzekering, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 96(4621): 634-37.
- Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong, 2011, Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg, CPB Achtergronddocument.
- Koopman, S., en M. Pomp, 2012, De AWBZ op een tweesprong, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 97(4645): 600-603.
- Mackenbach, J., L. Slobbe, J. Looman, A. van der Heide, J. Polder en J. Garssen, 2012, Snelle toename van de levensverwachting in Nederland, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 156:A4535.
- Maisonneuve, C. de la, en J. Oliveira Martins, 2013, Public spending on health and long-term care: a new set of projections, OESO.
- McKinsey / World Economic Forum, A vision for the Dutch Health Care system in 2020, maart 2013.
- Ministerie van Financiën, 2013, Inkomen en vermogen van ouderen: analyse en beleidsoplossingen, IBO Inkomens- en vermogenspositie en subsidiëring 65+'ers, augustus 2013.
- NVZ/Sirm, 2012, Brancherapport Ziekenhuizen Vergelijking Europa, 12 juli 2012.
- Orde van Medisch Specialisten, 2012, Visiedocument Medisch Specialist 2015.
- Plexus, 2010, Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatstelling, juni 2010.
- Pomp, M., en F. Hasaart, 2009, Aanbodgeïnduceerde vraag in de ziekenhuiszorg. *Economisch Statistische Berichten*, vol. 94(4562):372-74.
- Pomp, M., 2013, Populatiebepaling: Panacee, hype of verkapt kartel?, NZa Research Paper, september 2013.
- Rosenbaum, L., 2013, When Is a Medical Treatment Unnecessary?, *The New Yorker*, 23 oktober 2013.

- Roos, A.F., en F.T. Schut, 2010, Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands, *European Journal of Health Economics*, vol. 13(1): 51-62.
- Schut, F.T., M. Varkevisser en W.P.M.M. van de Ven, 2011, Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 96(4610): 294-97.
- Song Z, D.G. Safran, B.E. Landon, M.B. Landrum, Y. He, R.E. Mechanic, M.P. Day en M.E. Chernew, 2012, The 'Alternative Quality Contract,' based on a global budget, lowered medical spending and improved quality, vol. 31(8):1885-94.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven, Naar beter betaalbare zorg, juni 2012.
- Vektis, Zorgthermometer: Verzekerden in beweging, 2011.
- Visser, J.S., L. Boonen en P. Stam, 2013, Effectiviteit van inkoopbeleid geneesmiddelen, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 98(4659): 284-286.