

Exploderende zorguitgaven

Signalement over
uitgavenmanagement

Signalementen RVZ

Zoetermeer, maart 2003

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	De zorguitgaven stijgen en zullen blijven stijgen	11
1.1	Versnellende uitgaven	11
1.2	Is dit een probleem?	12
2	Maatregelen	13
2.1	Restauratie macrokostenbeheersing	13
2.2	Basisverzekering	14
2.3	Zorgaanspraken beperken	16
2.4	Eigen betalingen	17
2.5	Doelmatigheidsprikkels	18
3	Een keuze uit de maatregelen	21
3.1	Conclusie	21
3.2	Het lusten voor lasten-scenario	21
	 Bijlagen	
1	De zorguitgaven	31
2	Europeesrechtelijke aspecten	35
3	Pensioenen en sparen	39
4	Samenstelling Raad	41
5	Lijst van afkortingen	43
6	Literatuur	45
7	Overzicht publicaties RVZ	47

Samenvatting

Sinds twee jaar geldt in de gezondheidszorg het beginsel 'recht op zorg'. Opereindfinanciering kwam in plaats van gefixeerde volumegroei van het zorgaanbod. Deze was in feite strijdig met het verzekeringskarakter van AWBZ en Ziekenfondswet. De resultaten lieten niet lang op zich wachten. Groeiden de zorguitgaven tot 2000 met enkele procenten per jaar, voor 2002 moeten wij rekening houden met een groei van 10%. De uitgavengroei ondergaat een enorme versnelling.

Recht op zorg vervangt budgettering: uitgavenexplosie

Geen enkele economie kan zich dit veroorloven. Er is dus een probleem:

Er is een probleem met het uitgavenmanagement

- dit groeivolume kan niet meer met gangbare methoden – premieverhoging of rijksbijdragen – geacommodeerd worden;
- het gaat hoogstwaarschijnlijk om structurele en niet om incidentele groei;
- de zorgsector kan de uitgavengroei bij lange na niet 'inverdienen' met stijging van arbeidsproductiviteit.

Wij zien hier een scherp conflict tussen twee centrale beleidsdoelstellingen: het recht op zorg (van de burger) en de plicht de kosten te beheersen (van de overheid). Het is een conflict over uitgavenmanagement. Duidelijk is dat er iets moet gebeuren. Dat zal iets nieuws moeten zijn en het moet al snel resultaat hebben. Met dit signalement gaat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) op zoek naar een nieuwe vorm van uitgavenmanagement.

Waar ligt de oorzaak van het probleem met het uitgavenmanagement? Waarschijnlijk in de diffuse verantwoordelijkheid voor de kosten: buiten de overheid, voelt niemand zich verantwoordelijk voor de beheersing van de kosten. Consumenten en producenten van zorg voelen geen prikkels tot doelmatigheid en tot zinnig en zuinig gebruik van zorg. Tussen hen kan geen afweging van vraag en aanbod plaatsvinden. Uitgavenmanagement moet zich concentreren op het stimuleren van doelmatig gedrag bij consument (patiënt en/of diens verzekeraar) en producent van zorg.

Oorzaak: geen kostenbewustzijn bij vragers en aanbieders

Een terugkeer naar de beleidsinstrumenten budgettering en macrokostenbeheersing zal niet werken. Dat creëert wachlijsten en roept verzet op bij burgers en zorgaanbieders. Een

centrale ingreep in het deel van de loonstijging dat doorwerkt in de zorgbudgetten is een optie. Maar dat is een zeer partiële oplossing met weinig maatschappelijk draagvlak. De premies of de rijksbijdragen verhogen heeft een ongunstig effect op de economie: van de collectieve lastendruk. Een wijziging van het verzekeringsstelsel werkt pas op de lange termijn door in de uitgaven. En van pakketmaatregelen moet men, vanwege allerlei hindernissen, niet te veel en te snel resultaat verwachten.

Oude maatregelen werken niet meer

Wat moet er dan gebeuren? Welke vorm van uitgavenmanagement grijpt effectief aan op het gedrag van consument en producent? Een enkele maatregel volstaat niet. Het zal een pakket maatregelen moeten zijn en dat moet aan deze eisen voldoen.

Maar wat werkt wel?

- Enerzijds resultaat opleveren op korte termijn (2003 e.v.).
- Anderzijds ook structuurverbeterend werken voor de lange termijn.
- Een doelmatig zorggebruik stimuleren, in combinatie met reële vraagsturing.
- Doelmatige zorgverlening stimuleren, in combinatie met afbouw van centrale aanbodsturing.

De RVZ denkt dat het nu volgende pakket maatregelen aan deze eisen voldoet.

Het nu volgende pakket

1. Het creëren van een reële vraagzijde

Aan de batenkant

Continuering en explicitering van beleidsdoelstellingen: inkomenssolidariteit en grondslagverbreding in de basisverzekering; toegankelijkheid van zorg door middel van een medisch basispakket; recht op zorg.

Een kwaliteitsbeleid met basishnormen, prestatie metingen, openbaarheid en scherp toezicht, gekoppeld aan een actief consumentenbeleid.

Reële mogelijkheden voor zorginkoop: uitbreiding PGB naar de curatieve zorg voor chronische patiënten, terugdringen natura-systeem, de nota gaat altijd naar de verzekerde, meer diversiteit zorgaanbod en transparante zorgproducten en -prijzen. Value (dat wil zeggen kwaliteit van zorg) for money-principe voor de verzekerde. Een zorgspaarregeling (Medical Savings Account) in plaats van wettelijke zorgaanpakken -

Creëer een reële vraagzijde m.b.t. baten:

- een solide en solidaire verzekering
- effectief kwaliteitsbeleid en value for money
- echte zorginkoop en keuzemogelijkheden
- zorgspaarregeling

woonondersteuning, mobiliteit en huishoudelijke zorg - als onderdeel van een algemene levensloopregeling.

Aan de lastenkant

De introductie van substantiële eigen betalingen, deels in de vorm van een eigen risico, deels als eigen bijdragen. Eigen betalingen zijn gemaximeerd. Voor chronisch zieken geldt een fiscale compensatiemogelijkheid. Nederland kiest voor een middenpositie in de EU.

Maar ook door middel van eigen betalingen

2. Doelmatigheid aan de aanbodzijde

Tegelijkertijd gaat de overheid zorgaanbieders aanspreken op doelmatigheid en op fraudebestrijding. Het kabinet creëert de condities waaronder zorgaanbieders tot doelmatigheid worden geprikkeld. Kernpunt: een meer rechtstreekse zorginkoop-verhouding tot de patiënt/consument. Verder: verlaging administratieve lastendruk, deregulering prijs- en volumebeleid en stimuleren van zorginnovatie. Liberalisering toelatings-regime en stimuleren van nieuwe toetreders.

Stimuleer zorgaanbieders tot doelmatigheid door concurrentie

3. Van de zijde van de overheid: het kader

Een basisverzekering met breed financieringsdraagvlak voor de premies en op termijn ingroei van AWBZ. Europa-bestendige uitvoering. De premie is inkomensafhankelijk met een fors nominaal deel. Zo stimuleert de overheid de concurrentie tussen verzekeraars.

Tenslotte de overheid:

Een basisverzekering met breed draagvlak

Het kabinet biedt een breed medisch basispakket aan. Mogelijkheden voor pakketverkleining zijn aanwezig (wonen, huishoudelijke zorg, paramedische en tandheeskundige zorg, genees- en hulpmiddelen, vervoer), maar vormen voor de korte termijn niet de hoofddoelstelling van de overheid als het gaat om uitgavenmanagement. De verzekerde heeft geen mogelijkheden voor pakket-, wel voor polisdifferentiatie (dat wil zeggen natura of restitutie, preferred providers, standaard vergoedingsbedragen met bijbetalingen etc.).

- Pakketverkleining

- Polisdifferentiatie

Een Budgettair Kader Zorg heeft uitsluitend op collectieve lasten betrekking, dus niet op eigen betalingen en nominale premies. Het bevat een taakstelling voor de overheid, specifiek voor de zorgsector. Lasten voor verzekerden (premedruk, eigen betalingen, pakketmaatregelen) brengt de overheid systematisch in kaart.

Een BKZ voor collectieve lasten

4. Resultaat: evenwichtige verdeling lusten en lasten

In dit pakket zijn de lusten en de lasten evenwichtig verdeeld. Het bestaat deels uit oude, deels uit nieuwe maatregelen. De nadruk ligt op de vraagsturing in de zin van eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager en op de rechtstreekse ruilverhouding van consument en producent (zorginkoop). Daarin wordt het aangrijpingspunt voor het uitgavenmanagement gezocht. In ruil voor eigen betalingen – en daarmee ook gelegitimeerd – krijgt de verzekerde value for money, keuzen- en zorginkoopmogelijkheden en inkomens- en risicosolidariteit.

Het pakket werkt als een hefboom voor flinke vereenvoudiging van het zorgstelsel. Er ontstaat synergie tussen drie nu nog gescheiden processen: zorgverlening, zorgverzekering, zorgbekostiging. Er ontstaat symmetrie tussen consument en producent. Dit lusten voor lasten-scenario levert profijt op: voor de patiënt, voor de zorgaanbieder, voor de verzekeraar.

Lusten en lasten in evenwicht én vereenvoudiging van het zorgstelsel én échte vraagsturing

De Raad vermoedt dat in 2007 de dan optredende uitgavengroei én de extra-uitgaven nodig voor de basisverzekering € 6 à 7 mld. zullen bedragen. De maatregelen in het lusten voor lasten-scenario dragen als volgt bij aan deze uitgavengroei:

- 50% uit nieuwe eigen betalingen;
- 25% uit pakketversmalling;
- 10% uit premiestijging;
- 15% uit doelmatigheidswinst.

In twee schema's heeft de RVZ de gevolgen en de effecten van maatregelen op het vlak van uitgavenmanagement samengevat.

Schema 1 Effecten maatregelen op gedrag

	Effect op zorgconsumptie patiënt (1)	Effect op doelmatigheid zorgaanbieder	Effect op zorginkoopgedrag verzekeraar
1. <i>Restauratie macrobudgettering</i>	-	--	--
2. <i>Invoering basisverzekering:</i>			
- cf. Strategisch Akkoord Balkenende	0	+/-	+
- cf. Paars II	0	+/-	+
- incl. restitutie; PGB in curatieve zorg; polisdifferentiatie	+	++	++
- nominalisering premie	0	+	++
3. <i>Beperking zorganspraken</i>	+/-	+	+
4. <i>Eigen betalingen:</i>			
- eigen bijdragen (incl. preferred providers)	++	+	++
- eigen risico	+	0	+
5. <i>Doelmatigheidsprikkels aanbieders:</i>			
- vooraf centraal inboeken	-	-	-
- efficiencyprikkel in WTG; concurrentie, deregulering, afschaffing contracteer- verplichting	+	++	++
- verlaging administratieve lastendruk en ICT-investering	0	++	+
6. <i>Premieverhoging:</i>			
- nominale premie	-	+	+
- procentuele premie	-	0	0
7. <i>Centrale loonmaatregel</i>	0	--	-

Bron: RVZ (eigen bewerking), 2003

(1) Een plusteken in deze kolom staat voor minder consumptie.

Schema 2 Gevolgen maatregelen

	a.	b.	c.	d.	e.
1. <i>Restauratie macrobudgettering</i>	+	--	-	--	-
2. <i>Invoering basisverzekering:</i>					
- cf. Strategisch Akkoord Balkenende	0	0	-	+	-
- cf. Paars II	0	+	+	+	+
- incl. restitutie; PGB in curatieve zorg; polisdifferentiatie	0	++	+	++	+
- nominalisering premie	0	+	0	-	+
3. <i>Beperking zorgaanpakken</i>	0	++	+/-	-	-
4. <i>Eigen betalingen:</i>					
- eigen bijdragen (incl. preferred providers)	++	++	0	-	+
- eigen risico	+	+	0	-	+
5. <i>Doelmatigheidsprikkels aanbieders:</i>					
- vooraf centraal inboeken	+	--	0	--	+
- efficiencyprikkels in WTG; concurrentie, deregulering, afschaffing contracteerverplichting	0	++	+	++	+
- verlaging administratieve lastendruk en ICT- investering	0	++	0	+	+
6. <i>Premieverhoging:</i>					
- nominale premie	+	-	0	--	++
- procentuele premie	+	--	+	--	++
7. <i>Centrale loonmaatregel</i>	+	-	+	-	--

Bron: RVZ (eigen bewerking), 2003

- a. Effect op uitgaven korte termijn (2004)
- b. Effect op uitgaven lange termijn (2007)
- c. EU-bestendigheid
- d. Gevolgen burger
- e. Uitvoerbaarheid en hardheid.

1 De zorguitgaven stijgen en zullen blijven stijgen

1.1 Versnellende uitgaven

Sinds het tweede kabinet-Kok het 'recht op zorg' tot beleidsuitgangspunt verhief, zien wij een sterke versnelling van de groei van de zorguitgaven: tot 2000 2 à 3% per jaar; na 2001 7 à 10% per jaar (het totaal van volume-, prijs- en loonontwikkeling). In bijlage 1 zijn de groeicijfers opgenomen. Nederland is nu al een snelle stijger binnen de EU.

'Recht op zorg'? Uitgavengroei van 2 naar 10%

Het nieuwe kabinet zal het recht op zorg opnieuw tot leidend beginsel moeten verklaren. Er is in feite geen andere keus. De versnelling van de groei van de uitgaven zal dus doorzetten. Een raming van de reële uitgavengroei in de periode 2003–2007 ziet er zo uit.

Groecomponenten	% per jaar gem.
a. Volumegroei	2.50
b. Loon- en prijsontwikkeling	1.00
c. Te verwachten additionele groei	1.50
d. Verplichtingen	0.28
e. Dreigingen	1.40
f. Intensiveringen	0.85
Totaal	7.53

Bron: RVZ (eigen bewerking), 2003

Deze conservatieve prognose van de RVZ zou aan het einde van de nu komende kabinetsperiode een zorgbudget opleveren van € 53 miljard. Maar een budget van € 60 miljard is evengoed mogelijk, als wij kijken naar de realisatie 2002. Want die zou met de nieuwste tegenvallers op 10% groei kunnen uitkomen.

Op weg naar een zorgbudget van € 60 mld.

1.2 Is dit een probleem?

Waarom is de inderdaad forse groei van de collectieve uitgaven in de zorgsector een probleem?

In de eerste plaats, omdat hierdoor óf (als de premies omhoog gaan) de collectieve lasten stijgen óf naleving van EU-afspraken over schulden en tekorten in gevaar komt (als de premies niet omhoog gaan, maar de overheid bijspringt met rijksbijdragen, afhankelijk van de afspraken over budgetdiscipline). In de tweede plaats, omdat de ontwikkeling van de performance geen gelijke tred houdt met de investeringen. De wachtlijsten zijn bijvoorbeeld nog niet verdwenen, al is er wel meer zorg geleverd. In de EU-ranking scoort Nederland, gezien de omvang van de zorguitgaven, niet goed (zie bijvoorbeeld Nyfer, 2002). Er gaapt een kloof tussen zorgpreferenties van de burger en dienstverlening door de sector. Dit maakt de investeerder onzeker en uiteindelijk ook terughoudend. De wens van kamerleden een parlementair onderzoek in te stellen naar de zorguitgaven is veelzeggend.

Dit is een probleem...
... de premies gaan omhoog ...
... dat is slecht voor de economie ...
... de zorgprestaties stijgen niet voldoende

De groei van de zorguitgaven is dus een probleem. Het probleem zit in het uitgavenmanagement. Op dat vlak ondernam de overheid veel. Al decennialang probeert zij de kosten te beheersen met steeds nieuwe, op beheersing van aanbod gerichte, maatregelen. Hoewel dit beleid een tijdlang succesvol was, is het dat nu niet meer. Als reactie hierop trekt de overheid zich terug. Zij wil de verantwoordelijkheid voor doelmatigheid en kostenbeheersing decentraliseren naar zorgvragers c.q. –inkopers en naar zorgaanbieders.

Instrumenten
uitgavenmanagement bot

Maar aan een centrale voorwaarde is niet voldaan: een reële vraagzijde. Een rechtstreekse ruilverhouding tussen consument en producent. En dus ontbreekt kostenbewustzijn bij zorggebruik en zorginkoop, maar evengoed bij zorgproductie. Tussen zorggebruiker c.q. –inkoper en zorgproducent staan veel wetten en regels. Die belemmeren een heldere allocatie van verantwoordelijkheid, efficiency en financiële discipline.

Een reële vraagzijde ontbreekt ...

Oplossingen voor het uitgavenprobleem moet men in die richting zoeken. Het beleidsinstrumentarium van vandaag en de daarbij behorende verdeling van verantwoordelijkheid is in het grensgebied van aanbodregulering en vraagsturing blijven steken. Alleen een consequente keuze voor vraagsturing biedt perspectief op effectief uitgavenmanagement.

... maar die is absolute voorwaarde voor uitgavenmanagement

2 Maatregelen

Om de spanning tussen het recht op zorg en de beheersing van collectieve uitgaven hanteerbaar te maken, is een aantal maatregelen denkbaar. In dit signalement concentreren wij ons op vijf maatregelen die een aantoonbaar effect kunnen hebben op het uitgavenmanagement, die op de lange én op de korte termijn resultaat kunnen hebben en die realiteitsgehalte hebben. Wij gaan niet in op premieverhoging as such en op de nominale maatregel verlaging van de loonkosten. Deze twee ingrepen zijn moeilijk realiseerbaar, en als zij al plaatsvinden, dan als een onderdeel van algemeen sociaal-economisch beleid. Bovendien grijpen zij niet aan op het centrale probleem van het uitgavenmanagement.

Vijf maatregelen voor uitgavenmanagement

2.1 Restauratie macrokostenbeheersing

Maatregel 1:
macrokostenbeheersing

a. Beschrijving

Om het openeindkarakter van de zorgfinanciering en de daaruit resulterende kostenstijging in de jaren zeventig te kunnen bestrijden, plaatste de overheid vanaf het begin van de jaren tachtig de zorgsector stap voor stap onder een budgetregime. Zij gebruikte daarvoor de al bestaande aanbodregulerende wetten: WTG en WZV. Doelstelling: beheersing van de kostenstijging, uitgaande van de gedachte dat de behoefte aan zorg oneindig is en dat dus aanbodschaarste dan een effectief en efficiënt middel is.

20 jaar geleden ontstaan

Jarenlang was dit beleid succesvol. De medische mogelijkheden namen toe, de vergrijzing kwam. Maar het beslag van de zorg op het nationaal inkomen bleef stabiel, ook door het gunstige economische klimaat. Het succes van het schaarstebeleid leidde tot verbreding en verfijning van de aanbodregulering.

Lange tijd effectief

In de jaren negentig kwamen de problemen. De aanbodschaarste leidde tot wachtlijsten. De verzekerde stapte naar de rechter. Die gaf hem gelijk. Het tweede kabinet-Kok moest het verzekeringskarakter van ZFW en AWBZ in ere herstellen ('recht op zorg'). Dit was het einde van de inputbudgettering en de rentree van de openeindfinanciering. Wel hield de overheid het Budgettair Kader Zorg (BKZ) in stand als taakstelling voor de collectieve lasten.

Veroorzaakte wachtlijsten en werd teruggefloten door de rechter

b. Beoordeling

Restauratie van de macrokostenbeheersing heeft gevolgen.

- De budgettering heeft de beleidscyclus in zijn geheel doorlopen. Het leervermogen en strategisch gedrag van partijen hollen de effectiviteit van de budgettering snel uit. Het budgetmechanisme werkt bovendien belemmerend voor de snelle en brede introductie van noodzakelijke zorginnovatie.	Deze maatregel is uitgewerkt
- Op de kortere termijn is er door de slechte economische situatie behoefte aan kostenbeheersing, maar op de lange termijn is een sterke groei van de zorguitgaven onvermijdelijk. De uitdaging is dan om, binnen die uitgaven, zo veel mogelijk opbrengsten (toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg) te genereren. Zonder extra marktprikkels lukt dit niet.	
- Het draagvlak voor de budgettering bij de veldpartijen (zorgverzekeraars en aanbieders) is nog maar minimaal. De burger is wel voor doelmatigheid, maar accepteert tegelijkertijd niet meer dat de zorg van inferieure kwaliteit is of dat er lang op moet worden gewacht.	Heeft geen draagvlak meer
- Het beperken van het recht op zorg stuit op grote juridische complicaties (aantasting verzekeringskarakter).	Tast verzekeringskarakter aan

Het ligt dan ook niet voor de hand om terug te grijpen op de aanbodbudgettering. En ligt dus niet voor de hand!

2.2 Basisverzekering

Maatregel 2: basisverzekering

a. Beschrijving

De invoering van een basisverzekering dient drie doelen:

Dient drie doelen

1. Iedereen krijgt onder dezelfde voorwaarden toegang tot noodzakelijke zorg.
2. De kosten van de gezondheidszorg worden op een sociaal aanvaardbare wijze over de bevolking verdeeld.
3. Er ontstaat een level playing field voor de besturing (te weten vraagsturing) van de gezondheidszorg.

Het strategisch akkoord van het demissionaire kabinet bevat het volgende voorstel.

1. De verzekering beperkt zich tot het 2^e compartiment van de ziektekostenverzekeringen.
2. De premie is nominaal. Inkomenscompensatie wordt fiscaal geregeld.

Het eerste kabinet-Balkenende had specifieke opvattingen

3. De verzekering is privaatrechtelijk, maar moet voldoen aan publiekrechtelijke voorwaarden.

De RVZ heeft een andere opzet aanbevolen:

De RVZ adviseerde anders

1. De basisverzekering omvat ook de AWBZ.
2. De premie is deels procentueel en deels nominaal.
3. De verzekering is publiekrechtelijk, maar wordt door private verzekeraars uitgevoerd.

Omdat het demissionaire kabinet niet aan de uitvoering van zijn voorstel is toegekomen, moet het nieuwe kabinet zich opnieuw over de vormgeving van de basisverzekering uitspreken.

Het nieuwe kabinet aan zet

b. Beoordeling

De invoering van een basisverzekering als such verkort de wachlijsten niet en levert geen directe besparingen op. Het is wel een voorwaarde om op een sociaal aanvaardbare manier met vraagsturing verder te gaan. De instrumenten die de verzekering daarvoor biedt, kunnen namelijk in een basisverzekering vraagbreed worden toegepast.

Basisverzekering: een voorwaarde

Het voorstel van het demissionaire kabinet heeft een paar nadelen.

1. Het voorstel is op onderdelen strijdig met de Europese regelgeving.
2. De overheid, onder meer door Europese schaderichtlijnen, heeft nauwelijks grip op de wijze waarop de verzekeraars de basisverzekering uitvoeren. Vraagsturing blijft daardoor in de lucht hangen, wat aan de invoering van de basisverzekering haar zin ontnemt.
3. De inkomenscompensatie is onnodig duur, zoals de Centraal Economische Commissie heeft berekend.

Voorstel eerste kabinet-Balkenende heeft nadelen

De invoering van een basisverzekering biedt zeker mogelijkheden tot vraagsturing, maar heeft alleen zin als de overheid greep heeft op de uitvoering. En verder staat of valt het succes van de basisverzekering met de mogelijkheden voor eigen verantwoordelijkheid, voor keuzemogelijkheden aan de vraagzijde en voor concurrentie tussen zorginkopende verzekeraars.

Basisverzekering: kan en moet, maar ...

2.3 Zorgaanspraken beperken

Maatregel 3: zorgaanspraken beperken

a. Beschrijving

Omvang en aard van de zorgaanspraken staan al jaren ter discussie, zowel nationaal als internationaal. Er zijn veel adviezen over inperking uitgebracht, zoals dat van de Commissie-Dunning en recent dat van de Gezondheidsraad. In de praktijk spelen drie typen overwegingen een rol: financiële (noodzaak van bezuinigingen en verwachte opbrengst van de maatregel), inhoudelijke (Dunning-criteria) en politieke (verdragen, partijprogramma's, lobby's e.d.). De resultaten zijn gemengd. Tegenover successen (tandheelkunde boven 18 jaar, langdurige fysiotherapie), staan mislukkingen (de pil, taxivervoer, psychotherapie). In het rapport Financiële Bouwstenen Zorg staan 20 nieuwe voorstellen om verstrekkingen uit het pakket te halen, waaronder huisartsenzorg, paramedische zorg, huishoudelijke verzorging, cholesterolverlagers en maagzuurremmers.

Al jaren in discussie, wisselende resultaten

b. Beoordeling

De lijst in het rapport is een goede start van een analyse van de mogelijkheden het pakket te versmallen. Als we ervan uit mogen gaan dat we het hebben over bewezen en effectieve zorg, lijkt verwijdering uit het pakket verantwoord indien:

1. de risico's voor de gezondheid beperkt zijn (lage ziekte- of invaliditeitslast);
2. de verstrekking herverzekerd kan worden of uit eigen zak kan worden betaald;
3. externe effecten beperkt blijven.

Er liggen zinvolle voorstellen, er zijn mogelijkheden: criteria

Op grond van het eerste criterium zullen uitzonderingen voor chronisch gebruik van paramedische zorg en geneesmiddelen nodig zijn. Op grond van het tweede criterium moet een uitzondering worden gemaakt voor 'brandende huizen', omdat herverzekering dan niet mogelijk is. Dit betekent onder andere dat hulpmiddelen als orthesen en orthopedisch schoeisel in het pakket moeten blijven. Op grond van het derde criterium zijn vraagtekens te plaatsen bij de huisarts (als de poortwachterfunctie in gevaar komt, wordt de 2^e lijn veel duurder), de pil (toename ongewenste zwangerschappen, abortussen e.d.) en de huishoudelijke verzorging (als mensen daardoor niet meer zelfstandig kunnen blijven).

Toepassing criteria: er zijn grenzen

Bijlage 2 bevat enkele Europeesrechtelijke aspecten. Die stellen randvoorwaarden aan pakketversmalling.

Er zijn Europeesrechtelijke randvoorwaarden!

2.4 Eigen betalingen

Maatregel 4: eigen betalingen

a. Beschrijving

Eigen betalingen kunnen de vorm aannemen van een eigen bijdrage in de kosten van een medische behandeling (een percentage daarvan of een nominaal bedrag) of van een eigen risico: een drempelbedrag in de verzekering. Eigen bijdragen en eigen risico kunnen gemaximeerd worden. Daarnaast is het mogelijk eigen betalingen te compenseren, bijvoorbeeld met fiscale maatregelen.

Er zijn drie motieven voor de introductie van eigen betalingen: Drie motieven voor eigen betalingen

- zij kunnen dienen als remgeld (stimuleren eigen verantwoordelijkheid en doelmatig gebruik van collectieve voorzieningen);
- zij zijn een vorm van medefinanciering door de verzekerde; deze leidt ertoe dat de collectieve lasten verminderen;
- zij zijn een verrekening van elders door de verzekerde bespaarde kosten (geldt bijvoorbeeld voor levensonderhoud of huisvesting).

De werking van het instrument eigen betalingen is afhankelijk van de manier waarop deze motieven in de zorgpraktijk gestalte krijgen en de mate waarin c.q. de manier waarop de verzekerde (patiënt) invloed kan uitoefenen op de zorgverlening.

Zowel in de AWBZ als in de ZFW bestaan eigen bijdragen. Het Strategisch Akkoord bevat het voornemen een verplicht eigen risico in te voeren. In het rapport Financiële Bouwstenen Zorg zijn 12 EU-landen vergeleken. Het aandeel eigen betalingen in de uitgaven aan gezondheidszorg is in Nederland het laagst: 6%.

Nederland kent lage eigen betalingen

b. Beoordeling

Mensen zijn in het algemeen weinig prijsgevoelig voor bepaalde behandelingen als ze ziek zijn. Dit betekent dat, om het gedrag van patiënten te beïnvloeden, hoge eigen betalingen moeten worden geheven. Voor de kabinetsformatie zijn rekensommen gemaakt met eigen bijdragen van 25% en 50% (Financiële Bouwstenen Zorg, 2003).

Hoge eigen betalingen nodig

Een eigen risico heeft het voordeel dat het tot zijn maximum remmend werkt, maar dit effect is weinig specifiek. De introductie van een eigen risico op zichzelf kent weinig uitvoerings-

Mogelijkheid: eigen risico

kosten. Koppelt men het aan een restitutiesysteem, dan zijn er hogere uitvoeringskosten.

Eigen bijdragen kan men goed voor specifieke zorgvormen inzetten, maar kennen, afhankelijk van de uitvoering, hoge uitvoeringskosten. Zij passen wel binnen het huidige natuurstelsel. Eigen bijdragen kunnen, in aanvulling op het eigen risico, worden toegepast en wel in de extra- en in de intramurale zorg. Bij de tarifiering moet men rekening houden met (c.q. kan men gebruik maken van) substitutie-effecten.

Mogelijkheid: eigen bijdragen

Een interessante vorm van eigen betalingen kan zijn het basisvergoedingsbedrag per standaardverstrekking van zorg. De verzekerde kan kiezen voor bijbetalen voor duurdere zorgaanbieders.

Mogelijkheid: basisvergoedingen met bijbetaling

Eigen betalingen kunnen een middel zijn om een reële vraagzijde in de zorgsector tot stand te brengen. Zij doemen bovendien onvermijdelijk op als het complement van het recht op zorg dat immers een vorm van opneemfinanciering is. Van belang is dat de Nederlandse eigen betalingen in EU-verband relatief laag zijn en ver beneden toegestane maxima liggen (zie bijlage 2). Als men de eigen bijdrage vooral wil gebruiken als remgeld, dan zal men rekening moeten houden met de mate waarin de verzekerde zijn zorgconsumptie daadwerkelijk kan beïnvloeden (de prijsgevoeligheid van het zorgproduct). De mate waarin dit het geval is, verschilt per zorgvorm. Dit pleit voor een gedifferentieerde aanpak. Verder is het waarschijnlijk noodzakelijk voor chronisch zieken een compensatieregeling te ontwerpen. Het derde motief voor eigen betalingen (verrekening van besparingen elders), is in feite oneigenlijk. Opschoning van de AWBZ voor niet-medische verstrekkingen zou dit motief obsolete kunnen en moeten maken.

Eigen betalingen: middel om vraagsturing te realiseren

Wel rekening houden met beïnvloedbaarheid zorgconsumptie!

Eigen betalingen zijn een instrument voor uitgavenmanagement dat zowel op de korte als op de lange termijn effect heeft.

2.5 Doelmatigheidsprikkels

Maatregel 5: doelmatigheid zorgaanbod

a. Beschrijving

Gesteld dat in het zorgstelsel, in het functioneren van zorgaanbieders en verzekeraars, doelmatigheidswinst mogelijk is, dan kan men die op verschillende manieren realiseren:

- door als overheid vooraf budgetkortingen in te boeken, onder de aanname dat aanbieders of verzekeraars hierop reageren met doelmatigheid bevorderend gedrag (zie het Strategisch Akkoord);
- door de administratieve lastendruk te verminderen met behulp van deregulering en automatisering;
- door in de wet- en regelgeving prikkels op te nemen voor doelmatig gedrag en vooral door in de wet- en regelgeving een integrale benadering op dit vlak toe te passen.

Verskillende manieren om dit te realiseren

b. Beoordeling

Het is aannemelijk dat in de zorgsector substantiële doelmatigheidswinst is te realiseren. Aanwijzingen hiervoor zijn de plotselinge productiegroei door de wachtlijstgelden, het hoge ziekteverzuim, de zichtbare inefficiënties in de zorgketen en de relatief trage introductie van zorginnovatie en ICT. Daarvan uitgaande, is het gewenst en nodig om in het kader van uitgavenmanagement een beroep te doen op zorgaanbieders en verzekeraars daaraan een bijdrage te leveren. Ook voor de komende regeerperiode zou dit moeten gebeuren.

Doelmatigheidswinst is mogelijk én noodzakelijk!

Men zal dan wel met het volgende rekening moet houden.

- Het eenzijdig inboeken door de overheid van budgetkortingen ten behoeve van doelmatigheidswinst is riskant. Zorgaanbieders kunnen dergelijke budgetkortingen afwentelen op de kwaliteit van de zorg en mogelijk – bij dalende meeropbrengsten – op het productievolume. Dit zou de overheid dan vervolgens weer financieel moeten compenseren, waardoor de winst verdampt. Compenseert de overheid niet, dan ontstaat zorgvershraling en creëert men nieuwe wachtlijsten. Beter is het met behulp van budgetparameters bijvoorbeeld klinische zorg te ontmoedigen en poliklinische zorg te bevorderen. De aanname is dan dat in de relatief goedkope poliklinische setting meer efficiencyverbetering mogelijk is dan bij de dure en arbeidsintensieve klinische behandelingen. Men laat dan het principe van de kostenconformiteit los.
- De algemene beleidslijn is gericht op deregulering en op vervanging van aanbod- door vraagsturing. Dit werpt de vraag op welke sturingsmogelijkheden de overheid heeft voor het afdwingen van doelmatigheidswinst. Het beleidsinstrumentarium is beperkt tot overleg en tot financiële prikkels voor innovatief en efficiënt gedrag. Het is ongewenst aanbodregulering in stand te houden uitsluitend om doelmatigheidswinst te kunnen afdwingen.

Eenzijdig inboeken doelmatigheidswinst onverstandig

Aanbodregulering ongewenst, maar ook noodzakelijk vehikel voor doelmatigheid

- Voor verlaging van de administratieve lastendruk zijn ICT-investeringen nodig. ICT-investeringen nodig

Al met al moet men niet te hoge verwachtingen hebben van deze maatregel voor het uitgavenmanagement. Tot nu toe waren de resultaten ook niet groot. Er zal niet snel sprake zijn van een kortetermijneffect. Men is afhankelijk van de medewerking van veldpartijen. Die zal men moeten inverdienen met behulp van deregulering. De uitvoering en de controle zijn lastig. Toch zal het in het kader van de verdeling van de lasten nodig zijn stappen op deze weg te blijven zetten (beleidslegitimering).

Doelmatigheid kan, moet, maar lange termijn effect!

3 Een keuze uit de maatregelen

3.1 Conclusie

- Restauratie van de macrokostenbeheersing is niet meer realistisch en in de huidige situatie waarschijnlijk ook niet meer uitvoerbaar. Wel zal er altijd een BKZ moeten zijn als raming van de collectieve uitgaven en als sectorale beleidsdoelstelling voor het kabinet.
- De komst van een basisverzekering is een conditioneel beleidskader voor een op termijn succesvol uitgavenmanagement.
- Een substantiële beperking van zorganspraken is voor de korte termijn een moeilijk begaanbare weg (Europese bezwaren, uitvoeringsproblemen, hardheid). Op termijn zijn er echter zeker mogelijkheden in de sfeer van wonen, huishoudelijke verzorging, mobiliteit/vervoer, genees- en hulpmiddelen.
- De eigen betalingen ziet de Raad wel als een dominante beleidsrichting: als remgeld (bij een opneemfinanciering), als besparingsmotief (zolang de AWBZ nog niet is ontstaan van huisvestings- en huishoudelijke elementen) en als vorm van cofinanciering (verlagen collectieve lastendruk). Maar het is vooral een onmisbaar middel om vraagsturing vorm te geven. Met behulp van eigen bijdragen kan men een reële vraagzijde creëren.
- Het nastreven van doelmatigheidswinst is altijd nodig, ook voor een geloofwaardige beleidspresentatie. Het is wel een beleidsrichting vol risico's en onzekerheden. Het levert ook niet snel reële besparingen op.

Voor- en nadelen van de vijf maatregelen

Voor de korte termijn, dat wil zeggen voor de komende kabinetsperiode, ziet de Raad substantiële eigen betalingen als de dominante oplossingsrichting voor de uitgavenproblematiek. Pakketreductie blijft daarnaast nodig en mogelijk. Voor deze lastenverzwaring zal de overheid compensatie moeten bieden. En zo ontstaat het lusten voor lasten-scenario.

Conclusie: eigen betalingen noodzakelijk; pakketreductie voor de lange termijn

3.2 Het lusten voor lasten-scenario

De combinatie van eigen betalingen en reële vraagsturing. Die vormt het hart van het lusten voor lasten-scenario. Comple-

Dit is alleen haalbaar in een 'lusten voor lasten-scenario'

mentair hieraan zijn maatregelen nodig in de verzekering, aan de aanbodzijde en in de beheersing van de collectieve lasten.

Eigen betalingen en reële vraagsturing: een koppel

Eigen betalingen

In het zorgbeleid worden substantiële eigen betalingen, direct gerelateerd aan de zorgconsumptie geïntroduceerd. Communicatie hierover met de burger is dan essentieel (vergelijk Belastingdienst). In de vormgeving wordt een relatie gelegd tussen eigen betaling en vraagsturing. De betaler bepaalt. Zorgaanpakken (of onderdelen daarvan) kunnen worden uitgezonderd van eigen betalingen. De eigen betalingen worden (cumulatief) verhoogd van 6% nu naar 10 tot 15%. Daarmee zou Nederland een middenpositie binnen de EU innemen. Een dergelijke verhoging blijft ruimschoots onder de door de EU bepaalde maxima.

Hart van dit scenario:
substantiële eigen betalingen

Het kabinet introduceert een relatief hoog eigen risico (van € 500,-). Verstrekkingen waarop het eigen risico van toepassing is, worden nader bepaald. Beleidswensen, zoals extramuralisering, zijn sturend. Alleen voor die verstrekkingen geldt een restitutie-systeem (om uitvoeringskosten te beperken). Bij het formuleren van deze maatregel houdt men rekening met strategische interactie tussen dokter en patiënt. Dit beleid moet EU-proof zijn (zie bijlage 2).

En een eigen risico

Aan de lastenkant – premie, pakketverkleining en eigen betalingen – moeten de inkomensgevolgen voor de burger gecumuleerd in kaart worden gebracht. De cumulatieve lastendruk zal naar rato van koopkracht moeten worden gealloceerd. Verder is hij aan een plafond gebonden. Bijzondere aandacht verdient de samenloop van relatief gebrek aan gezondheid, werk en inkomen. Deze vereist in een aantal gevallen (chronisch zieken) een compensatie. De compensatieregeling is gebaseerd op een algemeen aanvaarde lijst van ziekten en gebreken. De compensatieregeling moet niet het doel van de eigen betalingen uitdoven. Herverzekering is dan ook geen adequaat compensatiemechanisme. Relevante arrangementen voor sociale zekerheid (WAO, WW, ABW) worden op synergie met de compensatieregeling beproefd.

Lasteneffect zorgvuldig meten
en voor chronisch zieken
compenseren

Vraagsturing

In ruil voor profijtgebonden eigen betalingen (de lasten), biedt het kabinet de volgende lusten:

Maar: het kabinet biedt in ruil
voor deze lasten een pakket
lusten:

<ul style="list-style-type: none"> - inkomenssolidariteit in het basispakket; - toegankelijkheid van zorg en risicosolidariteit via een breed basispakket, inclusief mogelijkheden voor permanente innovatie; - continuering van het principe ‘recht op zorg’; - een expliciet kwaliteitsbeleid van de overheid (basisnormen!) en concrete, afhankelijke en openbare informatie over de prestaties van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars en verder een actief consumentenbeleid van de overheid; de overheid creëert actieve condities voor value for money voor de consument (vergelijk rechterlijke uitspraak over eigen bijdrage AWBZ en kwaliteit van zorg); - daadwerkelijke mogelijkheden voor zorginkoop, met behulp van het PGB (ook in de ZFW) of anderszins, al dan niet door (partiële) afschaffing van het in natura-stelsel; een ‘participatiebudget’ voor gehandicapten; - een spaar- of pensioenregeling voor zorgvormen die niet (meer) in het basispakket zitten, gekoppeld aan een levensloopregeling (zie bijlage 3); - grotere keuzemogelijkheden tussen zorgaanbod, inclusief acceptatie van winstoogmerk, door afslanken aanbodregulering en een actief antikartelbeleid van de overheid. 	<p>Inkomens- en risicosolidariteit en recht op zorg;</p> <p>Value for money</p> <p>Echte zorginkoop</p> <p>Levensloopregeling</p> <p>Meer zorgaanbod</p>
--	--

De drie eerstgenoemde lusten zijn niet nieuw. Toch is het van grote politieke betekenis dat deze drie statements in een regeerakkoord terechtkomen. Het kabinet legt zich vast op een resultaatverplichting en een tijdspad ten aanzien van dit programma voor vraagsturing.

Complementaire maatregelen

Complementair hieraan:

Aan de verzekeringskant

Een basisverzekering

Maatregelen in de verzekering

Met als voornaamste kenmerken:

<ul style="list-style-type: none"> - Europa-bestendigheid, zie bijlage 2, zie verder de adviezen van de RVZ en van de landsadvocaat; - een ingroeimodel voor de middellange termijn voor de AWBZ; - waar mogelijk keuzemogelijkheden voor de verzekerde. 	<p>Een basisverzekering ...</p>
---	---------------------------------

Het kabinet zal ook moeten kiezen voor een in natura- of voor een restitutie-systeem.

In een restitutiesysteem vergoedt de verzekeraar de ziektekosten van de verzekerde. Deze kiest zelf voor een bepaalde instelling en behandelaar en beoordeelt in principe ook zelf de prijs en de kwaliteit van het aanbod. Dan is het wel nodig basisvergoedingsbedragen per verstrekking te introduceren met bijbetalingsmogelijkheid voor duurdere voorzieningen. Zijn de eigen betalingen namelijk in alle gevallen gelijk, dan is er geen reële prikkel voor de consument om zich tot een voordelige aanbieder te wenden.

... met een restitutiesysteem

Dit systeem heeft voor- en nadelen. Een voordeel is de keuzevrijheid die het biedt. De patiënt heeft verder rechtstreeks te maken met 'zijn' dokter en 'zijn' verzekeraar. De dokter en de verzekeraar maken geen afspraken over zijn hoofd heen. Maar wanneer de verzekerde niet in staat is of geen zin heeft te kiezen of afspraken te maken, zijn er geen kant-en-klare arrangementen om op terug te vallen. Restitutie als uitgangspunt, maar de keuze voor natura als optie, is dan een goed compromis. Wel past in een moderne vorm van vraagsturing dat de verzekeraar de verzekerde altijd de nota stuurt en ook een- of tweemaal per jaar een individueel overzicht van medische kosten. Het kan aan de verzekeraar worden overgelaten om het aanbod voor natura-verstrekingen te doen, al dan niet in de vorm van preferred providers. Argument pro-natura kan dan zijn: beperking van administratieve lasten. De verzekerde moet kunnen kiezen. Leidt zijn keuze tot (administratieve) besparingen in de verzekering, dan moet de besparing gedeeltelijk aan hem worden teruggegeven. Verzekeraars kunnen hierop concurreren.

Maar ook de mogelijkheid om voor in natura te kiezen

Voor de verzekeraar is een van de consequenties dat hij niet langer een zorgplicht heeft. De instelling en de behandelaar hebben geen vast contract met de verzekeraar en worden afhankelijker van hun patiënten. De overheid zal zelf de beschikbaarheid van voldoende aanbod moeten waarborgen. Dus: aanmoedigen van nieuwe zorgaanbieders en uitbreiding van opleidingscapaciteit als beleidsuitgangspunten!

Verzekeraar: geen zorgplicht, die heeft de overheid!

De premie

De Nederlandse gezondheidszorg combineert lage eigen betalingen met een regressieve manier van premieheffing. Dit komt tot uiting in het hoge aandeel particuliere verzekerden en de lage inkomensgrens van de AWBZ-heffing. In de meeste andere Europese landen is sprake van een min of meer omgekeerde situatie. De betalingsgrondslag van de inkomensafhankelijke premies is dan ook kwetsbaar. De vergrijzing leidt ertoe

Bredere betalingsgrondslag voor de inkomensafhankelijke premie

dat de AWBZ een steeds groter deel van de eerste en de tweede belastingschijf in beslag neemt. De onvermijdelijke groei van de MOOZ- en de WTZ-bijdragen leidt bovendien tot steeds meer marktverstoringen bij de particuliere verzekeringen.

De Raad is voorstander van een publiekrechtelijke basisverzekering waarin uiteindelijk AWBZ, ZFW en particuliere verzekeringen opgaan. Deze verzekering dekt de noodzakelijke zorg, kent een eigen risico, eigen bijdragen en een gedeeltelijke nominale premie (RVZ, 2001). Voor overige inkomensmaatregelen is de overheid aangewezen op het fiscale stelsel. Dit betekent dat een directe compensatie van de nieuwe eigen betalingen binnen het verzekeringsstelsel zelf niet voor de hand ligt.

Een publiekrechtelijke verzekering

De vraag is nu hoe deze eindsituatie op een goede manier bereikt wordt. De introductie van de eigen betalingen komt daarbij in de tijd voor eventuele premieaanpassingen. Het is logisch om de ZFW en de particuliere verzekering vervolgens als eerste in elkaar te schuiven. De introductie van een grotere nominale premiestelling in de Ziekendwetswet kan gepaard gaan met een stapsgewijze uitbreiding van deze verzekering. Hierdoor neemt de solidariteit binnen het inkomensafhankelijke deel toe, kan de inkomensafhankelijke premie omlaag en kan tevens de MOOZ-bijdrage in de particuliere verzekering geleidelijk worden verminderd. Binnen enkele jaren kan zo de oude particuliere verzekering verdwijnen.

Begin nu met de eigen betalingen, de rest volgt!

De omgekeerde weg is moeilijk begaanbaar. Verlaging van de ziekenfondsgrens zorgt ervoor dat de grondslag voor de inkomensafhankelijke financiering disproportioneel wegsmeelt. Er ontstaan grote verstoringen bij de financiering, terwijl de vereveningsproblemen in de particuliere verzekering nauwelijks zullen afnemen. Bovendien is dit strijdig met internationale verdragen die Nederland heeft ondertekend.

Bezien moet worden of verbreding van de premiegrondslag en in elkaar schuiven van AWBZ en curatieve verzekering voor bepaalde verzekerden premieverlaging zou kunnen opleveren. Dit voordeel zou kunnen dienen als gedeeltelijke compensatie voor eigen betalingen.

Schuif AWBZ t.z.t. in de basisverzekering!

Het pakket

De omvang van het basispakket behoort een permanent aandachtspunt voor de politiek te zijn. In de volgende regeer-

Er zijn zeker mogelijkheden het pakket uit te dunnen

periode is uitdunning van het pakket zeker denkbaar: paramedische en tandheelkundige zorg, huisvesting- en hotelfunctie, vervoer, hulp- en geneesmiddelen en huishoudelijke verzorging. Het rapport Financiële Bouwstenen Zorg noemt de mogelijkheden. Tussen 2004 en 2007 zijn besparingen van € 2 mld. per jaar haalbaar.

Belangrijk nadeel is wel dat de combinatie van pakketverkleining en eigen betalingen (naast de toch al dreigende premieverhoging) ernstige gevolgen kunnen hebben voor de toegankelijkheid van zorg. Een gemeentelijke voorzieningenwet kan voor een deel van de pakketmaatregelen compensatie bieden (uitbreiding WVG). Hoe dan ook: het kabinet borgt de toegankelijkheid van essentiële medische zorg in het basispakket.

Essentiële medische zorg altijd in het pakket, rest: deels gemeente

Het kabinet zou niet de weg van de pakketdifferentiatie op moeten gaan. Dat levert ernstige problemen op met de handhaafbaarheid en met de verzekeringsgrondslag. Aantrekkelijke optie is wel polisdifferentiatie. Die kan men bereiken door keuzemogelijkheden aan te bieden voor zorgarrangementen, natura of restitutie, preferred providers, collectieve contracten (niet alleen voor bedrijven, maar ook voor groepen patiënten), een niet-roken polis en zorginkooparrangementen. Dit kan gekoppeld worden aan standaard vergoedingsbedragen voor 'modale' verstrekkingen. De patiënt kan vrijwillig bijbetalen voor duurdere verstrekkingen. De financiële gevolgen van keuzen van verzekerden op deze terreinen moeten tot uiting komen in de hoogte van de nominale premie.

Geen pakketdifferentiatie, wél polisdifferentiatie: zet in op keuzemogelijkheden voor de verzekerde

Aan de zorgaanbodskant

Het kabinet formuleert, na overleg met de zorgaanbieders, resultaatafspraken over efficiencywinst. De afspraken zijn zo geformuleerd dat afwenteling door zorgaanbieders op kwaliteit en/of productie (met andere woorden op de patiënt) kan worden voorkomen. Het kabinet biedt zorgaanbieders in ruil voor deze afspraken:

- meer mogelijkheden voor zorginnovatie, onder meer door het creëren van beleidsluwe ruimten en van innovatieve prikkels (in de zorginkoop, bijvoorbeeld een innovatiefonds);
- mogelijkheden om buiten de sfeer van de basisverzekering diensten aan te bieden;
- vergaande deregulering van prijs- en volumebeleid en verlaging van de administratieve lastendruk;
- meer mogelijkheden om rechtstreeks te onderhandelen met zorgvragers over prijs en kwaliteit.

Er moet nu echt doelmatigheidswinst gerealiseerd worden!

Maar dan zal het kabinet iets moeten bieden: deregulering!

Hiermee creëert het kabinet de condities waaronder van zorgaanbieders daadwerkelijke doelmatigheidswinst mag worden verwacht. Tot nu toe ontbraken deze condities. Eerdere pogingen van de overheid zorgaanbieders tot meer doelmatigheid te verleiden, mislukten dan ook. Essentiële factor in deze condities is de wezenlijk andere interactie tussen patiënt en hulpverleners als het resultaat van de eigen betalingen. Die interactie brengt een nieuwe dynamiek in de relatie tussen consument en producent. En die zal een positief effect kunnen hebben op de productiviteit, op het ziekteverzuim, op de efficiency in de zorgketen en op de introductie van ICT in de zorg. Ook op fraude in zorg en verzekering kan dit een positief effect hebben. Het kabinet verplicht zorgaanbieders en verzekeraars tot een actieve opstelling in deze (controle, identificatie).

Het kan, als de condities ontstaan en vraagsturing is dan essentieel

Aan de kostenbeheersingskant

Een breed financieel overzicht van de zorgsector kan een belangrijke rol vervullen in het macro-economisch beleid. Hiervan zou men een BKZ kunnen afleiden dat niet op zorguitgaven, maar op collectieve lasten betrekking heeft. Zorg die niet tot het basispakket behoort, maar ook de eigen betalingen, zouden niet tot de collectieve lasten moeten behoren. Maatregelen op deze terreinen moeten zo worden genomen dat dit definitief het geval is. In het algemeen geldt hier de regel dat reële keuzemogelijkheden voor de burger van invloed zijn op de toepassing van de definitie van collectieve last. Het verdient dus aanbeveling, waar mogelijk die keuzemogelijkheden te introduceren.

Het sluitstuk: de altijd noodzakelijke beheersing van collectieve lasten

Ramingen van de ontwikkeling van de collectieve lasten zijn alleen dan zinvol als zij realistisch zijn. De kloof die gaapt tussen de realisaties over de afgelopen jaren en de officiële ramingen laat zien dat wishfull thinking in de plaats is gekomen van realiteitszin. Op die manier draagt de overheid niet bij aan gezag en vertrouwen. En zij vergroot niet de bereidheid van verzekerden, verzekeraars en zorgaanbieders een bijdrage te leveren aan het uitgavenmanagement. Zonder die bereidheid zal dat een onmogelijke opgave blijken te zijn.

Realistische ramingen s.v.p.

Lost dit scenario iets op?

Levert het lusten voor lasten-scenario een bijdrage aan het uitgavenmanagement? Bevat het iets nieuws? Is het niet alleen maar een poging de pil te vergulden?

Lost dit nu iets op?

Het scenario levert een bijdrage, het bevat nieuwe elementen, het doet meer dan het vergulden van de bittere pil. Dit zit in de twee kernelementen van het scenario:

Ja, en wel door de combinatie van eigen betalingen en doelmatige zorgverlening

- een doelmatiger gebruik van de gezondheidszorg en complementair daaraan
- een doelmatiger organisatie van de gezondheidszorg.

Eigen betalingen – conditio sine qua non voor vraagsturing – vergroten de kans op een doelmatiger gebruik via eigen verantwoordelijkheid voor de zorg. Dit creëert een reële vraagzijde en er zal een nieuwe interactie en dynamiek tussen patiënt en hulpverlener kunnen ontstaan. De hulpverlener zal gedwongen worden tot kwaliteit en doelmatigheid. Een vergaande afbouw van de aanbodregulering, inclusief het stimuleren van de ondernemingszin, is een noodzakelijk complement van het lasten-scenario: meer verantwoordelijkheid bij de consument, meer vrijheid bij de producent. Die tweeslag en die herverdeling van rollen ziet de Raad als de enige vruchtbare aanpak van het uitgavenmanagement.

Uitgavenmanagement: dat doen consument en producent!

Bijlagen

Bijlage 1

De zorguitgaven

De spanning tussen het 'recht op zorg' en de noodzaak tot beheersing van de overheidsfinanciën loopt in snel tempo op. In het Strategisch Akkoord van het kabinet-Balkenende is het 'recht op zorg' nogmaals onderstreept. Dit heeft er toe geleid dat in de zorgsector een openeinderegeling geldt.

In tabel 1 is de versnelling van de volumegroei van de zorguitgaven te zien. Het Actieplan Zorg Verzekerd werd in 2001 van kracht. In dit plan werd het 'recht op zorg' voor het eerst vormgegeven. Dit leidde in 2001 en 2002 tot een volumegroei van de zorguitgaven van respectievelijk 6,7 % en 8,8 % (en wellicht, door de nieuwste tegenvallers, zelfs circa 10%).

Tabel 1 Gerealiseerde en geraamde volumegroei zorg

	Realisatie					CPB-raming
	1995 – 1998	1999	2000	2001	2002	2003 – 2007
Volumegroei bruto BKZ-uitgaven in % per jaar	2,4	2,6	4,3	6,7	8,8	2,5

Bron: Ministeries van Financiën en VWS (2003)

Het CPB en het Strategisch Akkoord gaan voor de periode 2003 t/m 2007 echter uit van een volumegroei van 2,5 %. Hierin zijn de financiële gevolgen van het 'recht op zorg' niet verwerkt. Rekening houdend met dit recht, komt een werkgroep van de ministeries van VWS en Financiën op een groei van de zorguitgaven in deze periode die € 2½ à 3 ½ miljard hoger uitvalt dan de basisraming van het CPB en het Strategisch Akkoord.

Naast de volumegroei moet men rekening houden met de nominale groei. De nominale groei geeft weer de prijs- en de loonontwikkeling in de zorg. Tabel 2 laat dit zien.

Tabel 2 Gerealiseerde en geraamde nominale groei zorg

	Realisatie ⁽¹⁾					Raming ⁽²⁾
	1995 – 1998	1999	2000	2001	2002	2003 – 2007
Nominale groei bruto BKZ-uitgaven in % per jaar	1.80	2.80	3.40	3.90	3.10	1.00

Bronnen:

⁽¹⁾ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

⁽²⁾ Ministeries van Financiën en VWS (2003); CPB-raming

Over de jaren 1995 – 2002 is sprake van een stijgende lijn. Het rapport Financiële Bouwstenen Zorg (VWS, Financiën, 2003) gaat in zijn raming uit van een reële loon- en prijsontwikkeling voor de totale zorg van 1% per jaar in de periode 2003 – 2007.

Hierin ligt een budgettair risico. De overheid vergoedt de loonstijging in de zorgsector via een bepaalde formule (de OVA). Werkgevers en werknemers onderhandelen echter over de lonen. Spreken zij een hoger loon af dan de vergoeding van de overheid, dan kan een instelling de extra uitgaven opvangen door efficiënter te werken. De instelling kan er echter ook voor kiezen het volume of de kwaliteit van de zorg te beperken. Met een beroep op het 'recht op zorg' zal in dit laatste geval waarschijnlijk maatschappelijke druk ontstaan om de instellingen hiervoor te compenseren.

Dit maakt Nederland binnen de EU een snelle stijger. Volgens de definitie van de OECD bedroeg het laatst bekende gemiddelde van de zorgquote in de EU in 2000 8,2%. Nederland nam toen een middenpositie in met een zorgquote van 8,1%. Nederland heeft in 2002 een zorgquote van ongeveer 9,3%. Nu is de groei van de zorgquote wel relatief. Heb je een zorgquote van 8.1%, dan moet die, bij een economische groei van bijvoorbeeld 1.5%, met 18.5% toenemen om de gehele economische groei 'op te eten'. Iets anders is dat het in zo'n situatie – de groei van de economie blijft achter bij de groei van de zorguitgaven – noodzakelijk is de allocatieve efficiency te benadrukken. Concreet: de zorgsector zou dan meer arbeidsproductiviteit en meer kwaliteit moeten leveren. En dat gebeurt nu niet.

De verwachting is dat de groei van de zorguitgaven ook na het einde van de komende kabinetsperiode zal doorzetten. Dit als gevolg van de vergrijzing en van medisch technologische ontwikkelingen. Het CPB raamde dat de zorguitgaven tot 2004 zullen oplopen met 3 ¾% tot 11% van het bruto binnenlands product. Het CPB ging daarbij uit van een zorgquote van 7% in 2001. Daarnaast geven gevoeligheidsanalyses aan dat dit percentage, bij een grotere dan verwachte stijging van de levensverwachting of een extra groei van de zorguitgaven snel zal oplopen^{1 2 3}.

In de raming van het CPB is nog geen rekening gehouden met de introductie van het 'recht op zorg'. Het percentage zal hierdoor hoger komen te liggen dan 11%. In de berekeningen van de ministeries van VWS en Financiën is daarnaast geen rekening gehouden met de capaciteitsuitbreiding op lange termijn als gevolg van het 'recht op zorg'. In die berekeningen gaat men nog uit van een dempende werking van aanbodrestricties op de uitgavenontwikkeling. Deze restricties zullen echter wegvallen.

Conclusie

1. De zorguitgaven stijgen in een versneld tempo.
2. Als het nieuwe kabinet opnieuw 'recht op zorg' leidend beginsel maakt – en er is in feite geen andere keuze – , zal de groei van de uitgaven doorzetten.
3. Een realistische uitgavenraming komt uit op een jaarlijkse groei van 10%. Een hogere uitgavengroei (15%) voor de komende jaren is niet uitgesloten.
4. Men moet uitgaan van extra versnellingen in de uitgavengroei in de periode na 2007.

Noten

- ¹ Centraal Planbureau. Ageing in the Netherlands 2000, Den Haag, 2000.
- ² Ministerie van Financiën. Een verkenning van de schuldenpolitiek op langere termijn, Den Haag, 2000.
- ³ Tweede Kamer, Advies Studiegroep Begrotingsruimte, vergaderjaar 2000 – 2001, 27 805. No. 1.

Bijlage 2

Europeesrechtelijke aspecten

1. Inleiding

Nederland is gebonden aan verschillende internationale verdragen, die normen bevatten over het niveau van de sociale zekerheid waaraan de verdragsluitende partijen moeten voldoen. Het betreft met name de zogenoemde normverdragen van de Raad van Europa en de Internationale Arbeidsorganisatie, respectievelijk de Europese Code inzake sociale zekerheid met bijbehorend Protocol, ILO-verdragen 102, 103 (ziekte en moederschap) en 121 (arbeidsongevallen en beroepsziekten). Deze verdragen strekken tot bescherming van de bevolking. Enerzijds door te bewerkstelligen dat de verdragsstaten hun sociale zekerheidsstelsels minimaal op een bepaald niveau brengen en houden en anderzijds door een level playing field tussen de staten te bevorderen, waardoor 'social dumping' wordt voorkomen.

2. Randvoorwaarden voortvloeiend uit normverdragen

De verdragen bevatten randvoorwaarden, waaraan de nationale stelsels van sociale zekerheid tenminste moeten voldoen. Het moge duidelijk zijn dat deze randvoorwaarden beperkingen stellen aan de mogelijkheden van de Nederlandse overheid om de zorguitgaven te beheersen. Toegespitst op de in het signalement voorgestelde remedies zijn met name de volgende verdragsnormen relevant:

Normen m.b.t. de kring van personen aan wie aanspraken moeten toekomen

Voor het financiële risico van ziekte en moederschap dient er een sociale bescherming te zijn voor tenminste

- a. 80% van het totaal aantal werknemers en hun gezinsleden,
- b. of 30% van het totaal aantal economisch actieve personen,
- c. of 65% van de gehele bevolking,

terwijl er voor arbeidsongevallen en beroepsziekten een zodanige bescherming dient te zijn voor welbepaalde groepen van werknemers, die in totaal tenminste 80% uitmaken van de gezamenlijke werknemers en hun gezinsleden.

Nederland voldeed lange tijd ruimschoots aan de norm dat minimaal 65% van de bevolking onder een sociale ziektekostenverzekering valt. Inmiddels is het aantal ziekenfondsverzekerden evenwel teruggelopen tot plm. 60% van de bevolking. Daarmee is reeds nu sprake van een schending van de desbetreffende norm. Een verlaging van de ziekenfondsgrens levert ongetwijfeld een verdergaande schending op en ligt om die reden niet voor de hand.

Normen ten aanzien van de inhoud en de omvang van de aanspraken

Het verzekerde pakket moet voor het financiële risico van ziekte en moederschap tenminste de volgende verstrekkingen omvatten:

- a. de hulp van huisartsen, inclusief huisbezoeken;
- b. de hulp van specialisten, zowel binnen als buiten het ziekenhuis;
- c. ziekenhuisopname;
- d. alle noodzakelijke receptgeneesmiddelen;
- e. tandheelkundige zorg voor kinderen.

Verzekerden hebben recht op deze verstrekkingen gedurende de gehele duur van het door de verzekering gedekte geval.

Voor ziekenhuisopname kan een beperking gelden tot 52 weken per geval of tot 78 weken binnen een tijdsbestek van drie opeenvolgende jaren.

Voor het risico van arbeidsongevallen en beroepsziekten dient het pakket daarenboven de volgende verstrekkingen te bevatten:

- a. opname in andere geneeskundige inrichtingen;
- b. tandheelkundige zorg;
- c. hulpmiddelen;
- d. paramedische hulp.

Gezien de omvang van de door de verdragen voorgeschreven verstrekkingen lijkt een pakketverkleining (in de breedte) weinig kans van slagen te hebben.

Normen voor de toelaatbaarheid van eigen betalingen

Eigen bijdragen zijn voor het risico van ziekte en moederschap tot bepaalde hoogte toegestaan, voorzover zij niet leiden tot hardheid van de betrokkene. Eigen betalingen zijn niet toelaatbaar voorzover zij meer bedragen dan 25% van de kosten voor huisartsenhulp, ziekenhuisopname en poliklinische specialistische hulp en voorzover zij meer bedragen dan 33,3% voor de kosten van tandheelkundige hulp. Voor medische zorg verleend bij arbeidsongevallen en beroepsziekten zijn eigen

betalingen niet toegestaan op grond van deel VI van de Europese Code inzake sociale zekerheid.

In Nederland is de medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten opgenomen in de algemene verzekering voor ziektekosten (ZFW en AWBZ); de verzekering maakt geen onderscheid tussen het inroepen van zorg wegens ziekte of wegens arbeidsongevallen en beroepsziekten. Op dit moment worden in de AWBZ-verzekering voor zorgvormen waarop de Europese Code van toepassing is reeds eigen bijdragen gehanteerd. Dit is in strijd met de bepalingen van de Europese Code indien deze eigen bijdragen worden gevraagd voor medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten. Een burger kan zich hierop met succes beroepen bij de rechter. Het introduceren (c.q. uitbreiden) van eigen betalingen in de ZFW en AWBZ draagt dan ook een zeker risico in zich.

De ons omringende landen kennen ook eigen betalingen in de sociale zorgverzekering, zonder in strijd te komen met deel VI van de Europese Code. Dat komt, doordat zij afzonderlijke wettelijke regelingen kennen voor medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten en voor medische zorg in andere situaties.

3. Mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde problemen

Opzeggen van de verschillende verdragen

Het opzeggen van de Europese Code voor sociale zekerheid is eerder (in 1998) gestuit door het parlement, zodat het realiteitsgehalte van deze optie niet hoog moet worden ingeschat. Bovendien is opzegging van de meeste verdragen slechts eens in de vijf jaar mogelijk. Opzegging is dan ook geen reële mogelijkheid voor de komende regeerperiode.

Herinstructie van het begrip arbeidsongevallen en beroepsziekten

Deze optie impliceert een 'afgesplitste' verzekering voor medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten. Integratie van deze verzekering met de ARBO-wetgeving lijkt in dat geval aangewezen. Tegen deze optie pleit dat de kosten van een dergelijke ingreep moeilijk te overzien zijn.

Modernisering verdragsverplichtingen

Nederland zou kunnen overgaan tot bekrachtiging van de herziene Europese Code, die wel eigen bijdragen toestaat voor

medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten. Door deze stap vervallen de verplichtingen van de huidige code. Complicatie hiervan is dat de herziene code ook betrekking heeft op de wetgeving omtrent uitkeringen in geld bij ziekte en invaliditeit. Het ministerie van SoZaWe voorziet problemen bij het aanvaarden van de herziene code, omdat de vormgeving van de Ziektewet hiermee waarschijnlijk niet in overeenstemming is. Een ander probleem is dat de herziene code pas in werking treedt één jaar nadat een tweede lidstaat van de Raad van Europa dit verdrag eveneens heeft geratificeerd. Tot op heden heeft nog geen andere lidstaat zich aangemeld, terwijl de herziene code toch al uit 1990 dateert. Het is derhalve niet reëel te veronderstellen dat de herziene code op enig moment - en zeker niet op korte termijn - in werking kan treden.

Consequenties van verdragschending op de koop toe nemen

Een vierde mogelijkheid is de strijdigheid met de genoemde verdragen te aanvaarden. Vraag is dan welke sancties daarop gesteld kunnen worden. Zowel de Raad van Europa als de IAO kunnen uitsluitend de tekortkomingen van de verdragssluitende staten vaststellen; ze kunnen derhalve 'slechts' een morele sanctie treffen. Uit de rechtspraak kan evenwel worden afgeleid dat burgers rechtstreeks een beroep kunnen doen op de bepalingen van genoemde verdragen, indien zij een rechtstreeks nadeel kunnen aantonen – zoals het opleggen van een eigen bijdrage voor medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten. De rechter kan in dat geval de desbetreffende maatregel onverbindend verklaren.

Bijlage 3

Pensioenen en sparen

De gezondheidszorg wordt steeds meer een zorg voor ouderen. In het eerste compartiment is dit al sinds lange tijd het geval, maar ook in het tweede compartiment worden verreweg de meeste kosten gemaakt voor de ouderen. De tien procent duurste verzekerden nemen ongeveer zeventig procent van de kosten van de totale curatieve zorg voor hun rekening (Berk en Monheit, 2001). Dit zijn veelal ouderen; zo zijn vijftientig plussers voor de Nederlandse zorg bijna tien keer zo duur als de gemiddelde zorgconsument (Polder, 2001). Door de verwachte afname van het aanbod aan informele arbeid zal dit verschil nog verder kunnen oplopen (Van de Brink, 1999). De aankomende vergrijzing van de 'baby-boomers' zal deze bestaande solidariteitsarrangementen nog verder onder druk zetten.

Naast het vraagstuk van de risicosolidariteit en de inkomens-solidariteit, zal in de toekomst dus ook de omgang met de intergenerationele solidariteit sterker in beeld komen (WRR, 1999). De huidige financiering van de zorg komt feitelijk neer op een inkomensoverdracht van jongeren naar ouderen. In de sociale verzekeringen wordt dit afgedwongen door het verbod op premiedifferentiatie. De particuliere verzekeringen kennen expliciete MOOZ- en WTZ-bijdragen, terwijl ook de leeftijd-gecorreleerde premiestelling van de verzekering zelf lang niet altijd een afspiegeling vormt van de werkelijke schadelast.

De zorg is een belangrijk onderdeel van het vergrijzings-vraagstuk en de WRR beveelt daarom aan om te bezien of het mogelijk is dat de 'babyboomers' in financieel opzicht minder afhankelijk worden van de generatie die erop volgt (WRR, 1997). De WRR is voorstander van een algemeen basispakket voor medische zorg voor ouderen, maar denkt dat dit voor de niet-medische zorg in de toekomst niet mogelijk zal zijn (WRR, 1999). Ouderen zouden met behulp van private arrangementen kunnen sparen voor hun toekomstige verzorging.

Op dit moment zijn er nog nauwelijks landen met systemen waarin het spaarmotief een belangrijke rol speelt bij de financiering van de zorg. Uitzonderingen zijn Singapore en Zuid-

Afrika (Kreuger, 2002). In de Verenigde Staten wordt geëxperimenteerd met zogenoemde ‘medical savings accounts’ (MSA). Dit is een polis waar een hoog eigen risico wordt gecombineerd met een persoonlijke spaarrekening en allerlei vormen van geavanceerde consumenteninformatie. De consument accepteert dus een hoger financieel risico in ruil voor relatief lage premies en voor consumenteninformatie (Christianson et al., 2002). Op dit moment zijn niet meer dan enkele procenten van de Amerikanen verzekerd via een MSA, maar de instroom groeit snel (Gabel et al., 2003). Critici wijzen erop dat MSA’s vooral gunstig zijn voor goede risico’s, terwijl ze de toegang voor slechte risico’s juist sterk belemmeren.

Het is op dit moment niet verstandig om in Nederland op grote schaal MSA’s in te voeren. Grote groepen burgers hebben dan te weinig tijd om een adequaat ‘account’ op te bouwen en de overheid heeft onvoldoende middelen om deze tekorten aan te vullen.

De Raad is wel voorstander om te experimenteren met dit idee in relatie tot pakketverkleiningen. Op dit moment is de markt immers niet in staat om producten in de markt te zetten die burgers behoeden voor de risico’s met betrekking tot de zorg op hun oude dag. Deze polissen zijn de facto onbetaalbaar, omdat de burgers te laat beginnen met sparen voor deze risico’s. Pogingen om dit soort polissen in de markt te zetten, bijvoorbeeld door Achmea, zijn tot dusver dan ook mislukt.

De opbrengst van pakketverkleiningen (voor die zorg waarvan met name ouderen gebruik maken, dus bijvoorbeeld in de AWBZ) en van eigen betalingen kan voor een deel gebruikt worden om het mensen fiscaal aantrekkelijk te maken om te sparen voor hun toekomstige hulp. Verzekeraars die rondom zo’n faciliteit polissen willen ontwikkelen, moeten verplicht worden om de verzekerden van allerlei consumenteninformatie te voorzien. Hiermee kan de pijn van sommige maatregelen worden verzacht, terwijl tegelijkertijd wordt gewerkt aan een meer stabiele financiering op de lange termijn.

Een dergelijke spaarregeling sluit goed aan bij de politieke discussie over een levensloopregeling.

Bijlage 4

Samenstelling Raad

Voorzitter:

Drs. F.B.M. Sanders

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J.C. Blankert

J. Franssen

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 5

Lijst van afkortingen

ABW	Algemene bijstandswet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CPB	Centraal Planbureau
EU	Europese Unie
IAO	Internationale Arbeids Organisatie
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
ILO	International Labour Organization
MOOZ	(Wet) medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden
MSA	Medical savings account
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OVA	Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling
PGB	Persoonsgebonden budget
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SoZaWe	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheid
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
WW	Werkloosheidswet
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet

Bijlage 6

Literatuur

Berk M.L. en A.C. Monheit. The concentration of health care expenditures, revisited. *Health Affairs* 20, 2001, no. 2, p. 9-18.

Brink G. van den. Een schaars goed: de betekenis van zorg in de hedendaagse levensloop. Utrecht: NIZW, 1999.

Christianson J.B., S.T. Parente en R. Taylor. Defined-contribution health insurance products: development and prospects, *Health Affairs* 21, 2002, no. 1, p. 49-64.

Gabel J.R., A.T. Lo Sasso en T. Rice. Consumer-driven health plans: are they more than talk now? *Health Affairs*, webexclusive 2002 (www.healthaffairs.org).

Kreuger M. Marktwerking in een nieuw zorgstelsel. *Liberaal Reveil*, 43, 2002, no. 6, p. 181-188.

Mierlo, J.G.A. van. Prijsinelasticiteit frustreert overheidsbeleid. *Openbare Uitgaven*, 32, 2002, no. 6 p. 272-285.

Ministerie van VWS en ministerie van Financiën. Financiële bouwstenen zorg: rapportage voor de kabinetsformatie, Den Haag: ministeries van VWS en Financiën, 2003.

Nyfer. *Zorg voor het ziekenhuis*. Breukelen: Nyfer, 2002.

Polder J.J. Cost of illness in the Netherlands: description, comparison and projection. Rotterdam, Erasmus Universiteit, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *De rollen verdeeld*. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Studiegroep begrotingsruimte, *Naar een trendmatig begrotingsbeleid*. Den Haag: Sdu, 1993.

Vliet R.C.J.A. van. Effects of price and deductibles on medical care demand, estimated from survey data. *Applied economics*, 33, 2001, no. 12, p. 1515-1524.

Vroonhof, P.J.M., J.A. de Muijnck en W.S. Swinkels.
Solidariteit in ziektekostenstelsels: Inkomens- en
risicosolidariteit in het tweede compartiment. Zoetermeer:
EIM, 2002.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
Volksgezondheidszorg. Rapporten aan de regering no. 52. Den
Haag: Sdu, 1997.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
Generatiebewust beleid. Rapporten aan de regering no. 55.
Den Haag: WRR, 1999.

Bijlage 7

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer. M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

Adviezen en achtergrondstudies

03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	EUR	15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	EUR	15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	EUR	15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	EUR	15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	EUR	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	EUR	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	EUR	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	EUR	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	EUR	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	EUR	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	EUR	15,00

02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	EUR	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	EUR	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/05	E-health in zicht	EUR	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	EUR	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	EUR	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	EUR	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	EUR	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)	EUR	11,34
01/04E	Healthy without care	EUR	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	EUR	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	EUR	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	EUR	13,61
00/03	De rollen verdeeld	EUR	13,61
99/26	Care en cure	EUR	11,34
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	EUR	11,34
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	EUR	9,08

99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/19	Gezond zonder zorg	EUR	9,08
99/18	Over e-health en cybermedicijnen (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	EUR	15,88
99/17E	The Patiënt and the Internet	EUR	11,34
99/17	Patiënt en Internet	EUR	9,08
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	EUR	18,15
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	EUR	13,61
99/10	Europa en de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/10E	Europe and health care	EUR	13,61
99/09	Ethiek met beleid	EUR	11,34
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	EUR	11,34
99/05	Octrooiering biotechnologie	EUR	13,61
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/02	Verslavingszorg herijkt	EUR	11,34
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	EUR	11,34
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	EUR	11,34
98/08	Zelftests	EUR	11,34
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	EUR	11,34
98/06	Tussen markt en overheid	EUR	9,08

98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	EUR	9,08
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	EUR	11,34
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	EUR	13,61
97/20	Besturen in overleg	EUR	13,61
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	EUR	9,08
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	EUR	9,08
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	EUR	9,08
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	EUR	4,54
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	EUR	11,34
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	EUR	11,34
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	EUR	18,15
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	18,15
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	EUR	9,08
97/10	Medische hulpmiddelen	EUR	13,61
97/09	De toekomst van de AWBZ	EUR	13,61
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	EUR	9,08
97/06	Beter (z)onder dwang	EUR	11,34
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	11,34
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	EUR	11,34
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	EUR	11,34
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/12	Thuis in de ggz	EUR	13,61
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	EUR	11,34
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	EUR	6,81
96/09	Informatietechnologie in de zorg	EUR	13,61
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/07	Preventie en ouderen	EUR	11,34
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	EUR	9,08
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	EUR	6,81
96/04	Sociale zekerheid en zorg	EUR	9,08
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	EUR	9,08
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	EUR	6,81
96/01	Programmatistische jeugdzorg	EUR	9,08

Bijzondere publicaties

01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	EUR	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	EUR	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	EUR	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	EUR	9,08
01/01	Management van beleidsadvies	EUR	11,34
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	EUR	13,61
99/24	Evaluatie en actie		gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie		gratis
98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	EUR	1,59
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	EUR	1,59
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	EUR	6,81
- -	Volksgezondheid met beleid		gratis
	Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	EUR	17,92
	Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	EUR	17,92
	De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te bestellen bij: SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop Postbus 200014, 2500 EA Den Haag Telefoonnummer: 070 378 98 80, fax: 070 378 97 83		

Signalementen

Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	EUR	15,00
-----------	---------------------------	-----	-------

Werkprogramma's

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002		gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000		gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999		gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998		gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997		gratis

Jaarverslagen

02/08	Jaarverslag 2001 RVZ		gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ		gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ		gratis
99/01	Jaarverslag 1998 RVZ		gratis
98/02	Jaarverslag 1997 RVZ		gratis
97/02	Jaarverslag 1996 RVZ		gratis

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2003
ISBN: 90-5732-115-7

*U kunt deze publicatie onder vermelding van publicatienummer
Sig 03/01 bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of
telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11). De prijs van de publicatie is
EUR 15,00.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg